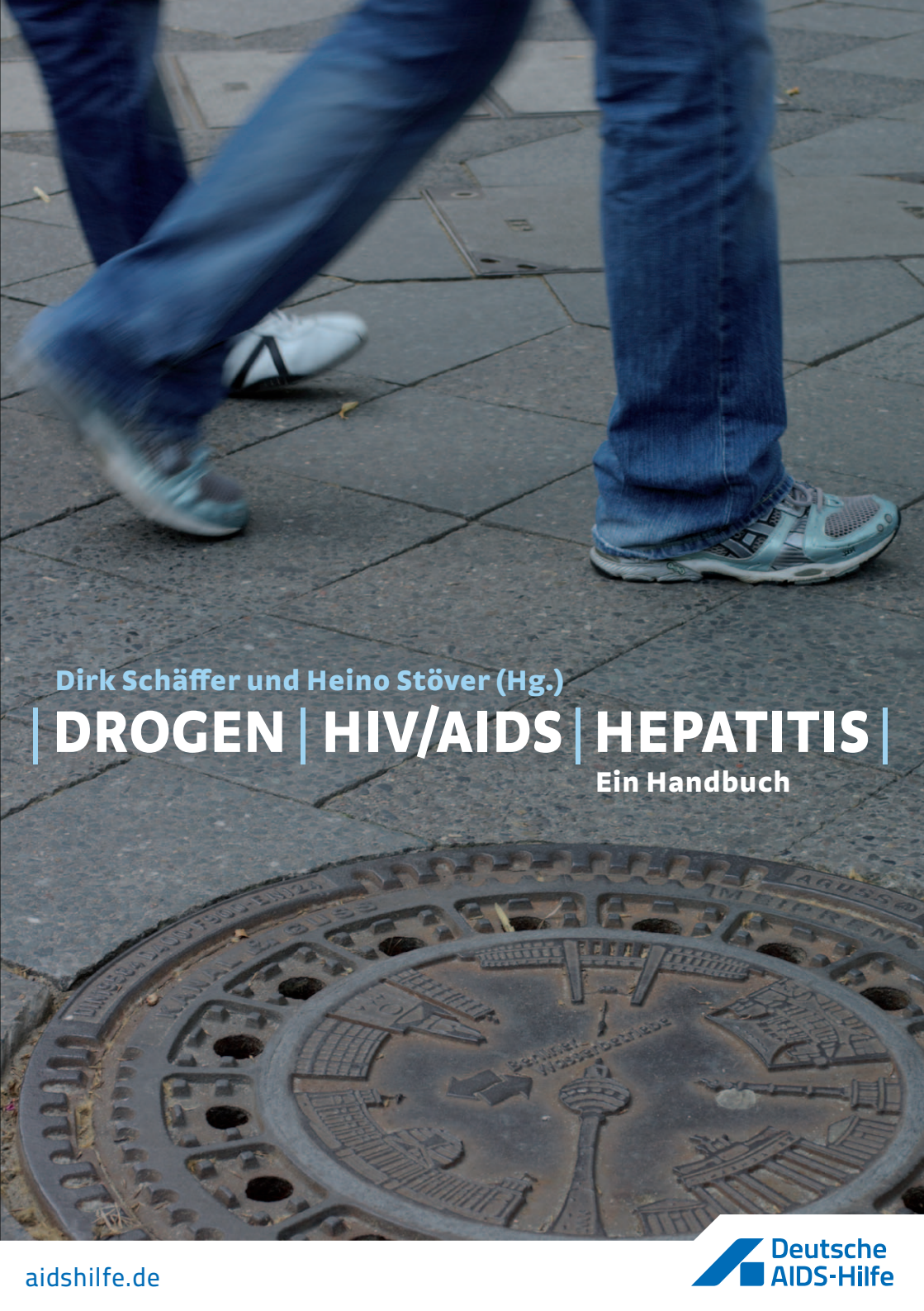




Dirk Schäffer und Heino Stöver (Hg.)

DROGEN | HIV/AIDS | HEPATITIS

Ein Handbuch

IMPRESSUM

© **Deutsche AIDS-Hilfe e. V.**

Wilhelmstr. 138
10963 Berlin

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

E-Mail: dah@aidshilfe.de

2., völlig neu bearbeitete Auflage, Mai 2011

Bestellnummer: 012001

Herausgeber: Dirk Schäffer (Berlin), Heino Stöver (Frankfurt/Main)

Redaktion: Dirk Schäffer, Heino Stöver, Christine Höpfner (Berlin)

Bearbeitung: Christine Höpfner

Titelfotos/Layout: Carmen Janiesch, Berlin

Druck: X-Press Grafik und Druck, Lützowstr. 107–112, 10785 Berlin

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

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

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

Inhalt

3 Vorwort

FUNDAMENTE

- 11 Auswirkungen der Prohibition auf Drogenkonsumenten
und Drogenhilfe

Heino Stöver

- 30 Drogenpolitik und Drogenarbeit: Wandel tut not

Heino Stöver

- 46 HIV/Aids: Epidemiologie bei i.v. Drogen Gebrauchenden

Osamah Hamouda

- 75 Epidemiologie von Hepatitis B und C

Doris Radun

- 100 Drogenkonsum im Alter

Irmgard Vogt

25 JAHRE SUBSTITUTION IN DEUTSCHLAND

- 117 Die Substitution braucht Impulse zur Weiterentwicklung

Heino Stöver und Ingo Ilja Michels

- 141 Substitution in ländlichen Regionen

Gundula Barsch

- 160 Die diamorphingestützte Behandlung in Deutschland

Karin Bonorden-Kleij

PRAXIS

- 173 Drogenkonsumräume: Verschaffen einer Gelegenheit zur Drogenhilfe
Jürgen Klee
- 191 Spotlight: Drogenkonsumräume retten Menschenleben
Dirk Schäffer
- 195 Spritzenautomaten in Nordrhein-Westfalen
Dirk Meyer und Markus Schmidt
- 207 Gesundheit und Prävention in Haft
Bärbel Knorr
- 224 KISS – Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum
Christoph Straub und Hans-Volker Happel
- 236 Drug-Checking als Beitrag zu mehr Mündigkeit und Gesundheit
Wolfgang Sterneck
- 249 Spotlight: Der Einsatz von Naloxon durch medizinische Laien
Kerstin Dettmer
- 253 Interkulturelle Drogen- und Aidshilfe
Ludger Schmidt
- 263 „test it“ – Ergebnisse des Modellprojekts
Dirk Schäffer und Holger Sweers
- 274 „Ich gebe nicht auf“ – Nachruf auf Stephanie Schmidt
- 276 HIV-Therapie bei Drogenkonsumenten und Substituierten
Jörg Götz
- 288 Hepatitis-Therapie als Chance. Ein Erfahrungsbericht
Dirk Schäffer
- 296 Spotlight: Behandlung der Hepatitis C bei Drogengebrauchern
Stephan Walcher
- 300 Für ein menschenwürdiges Leben mit Drogen – 20 Jahre JES
Dirk Schäffer
- 305 Autorinnen und Autoren

Vorwort

Unser Handbuch „Drogen, HIV/Aids, Hepatitis“ hat eine nunmehr 20-jährige Geschichte. Die Urfassung erschien 1991 unter dem Titel „Wo ist Hilfe?“. Dieser Beratungsführer stand noch ganz unter dem Eindruck des Drogenelends und der tödlichen Bedrohung durch HIV und Aids. Die Methadon-Substitution war hierzulande gerade einmal drei Jahre alt und noch ein Angebot im Aufbau. Um die Befriedigung existenzieller Bedürfnisse ging es hauptsächlich, um ein Dach über dem Kopf, ein warmes Essen, medizinische Grundversorgung, aber auch um die Frage, wo man saubere Spritzen und Kondome, eine Entgiftung, Abstinentztherapie oder vielleicht auch eine Substitutionsbehandlung bekommt. Gut die Hälfte des Buches nahmen daher die Adressen von Einrichtungen ein, die (Überlebens-)Hilfen für Drogenkonsument(inn)en bereithielten.

1994 veröffentlichte die Deutsche AIDS-Hilfe dann die zweite Fassung als „Beratungsführer Drogen und Aids“. Beiträge zu lebensweltnahen, ressourcenorientierten Interventionsstrategien, zu Schadensminimierung (Harm Reduction) und struktureller Prävention nahmen bereits breiten Raum ein. Zehn Jahre später erschien der Band schließlich ausdrücklich als „Handbuch“ zu „Drogen, HIV/Aids, Hepatitis“, und als solches legen wir es nunmehr in der zweiten Auflage vor. Auch dieser neue Band präsentiert wieder aktuelle Erkenntnisse und Erfahrungen zu Themen, die für Drogen gebrauchende Frauen und Männer wichtig und in der Drogen- und Aidshilfearbeit eine zentrale Rolle spielen.

Die Beiträge dieses Handbuchs ...

... verdeutlichen zugleich, dass wir in den vergangenen 20 Jahren viel erreicht haben. Ein gutes Beispiel ist die Substitution mit Methadon, Polamidon, Buprenorphin oder Heroin (Diamorphin), die heute die Therapie der ersten Wahl in der Behandlung opiatabhängiger Menschen darstellt. Thema sind einerseits die positiven gesundheitlichen und sozialen Wirkungen, andererseits aber auch die bisher noch unzureichend genutzten Potenziale dieser bisher wohl erfolgreichsten Behandlungsform. Dass noch vieles zu verbessern ist, gilt vor allem auch für die Substitution mit Diamorphin: Zu enge Zugangskriterien und zu hohe Auflagen ermöglichen es derzeit nur wenigen, von diesem Fortschritt in der Suchtmedizin und psychosozialen Betreuung zu profitieren.

Lässt man im Handbuch weitere Meilensteine der Aids- und Drogenpolitik Revue passieren, so fällt auf, dass die Hilfepraxis der rechtlichen Akzeptanz umstrittener Angebote stets um Jahre voraus war. Die Abgabe steriler Spritzen beispielsweise war bereits ab 1983 in vielen Kommunen gängige Praxis, bevor der Gesetzgeber sie 1992 legalisierte. Drogenkonsumräume gab es inoffiziell schon in den 1990ern in Frankfurt und Hamburg; ihr Betrieb wurde aber erst im Jahr 2000 durch eine entsprechende Änderung des Betäubungsmittelgesetzes „rechtmäßig“. Innovative Projekte sind also auch dann möglich, wenn sie noch nicht durch Gesetze abgesichert sind: durch beharrliches Engagement und fachliches Know-how von Kontaktläden, Drogenberatungsstellen und Aidshilfen sowie durch Kooperationen, politische Unterstützung und Vereinbarungen auf kommunaler oder regionaler Ebene. Beispiele für gute und couragierte Praxis sind ebenso der Einsatz von Naloxon durch medizinische Laien, KISS-Programme, das Modellprojekt „Test it“ oder auch die in Deutschland aufgrund strittiger Rechtsfragen wieder verschwundenen Drug-Checking-Angebote.

Die gut ausgebaute Drogenhilfe-Infrastruktur hat allerdings auch dazu beigetragen, dass das „Drogenproblem“ heute weniger sichtbar ist und aus der öffentlichen Diskussion mehr und mehr verschwindet. Das kommt Angeboten wie Konsumräumen oder Spritzenautomaten zugute, weil ihre Akzeptanz in der Bevölkerung dadurch gestiegen ist.

Andererseits reicht schon eine Ansammlung von fünf bis zehn Drogenkonsumenten, um zu einem „urbanen Problemfall“ zu werden. Das führt dazu, dass fast alles, was das öffentliche Bild stört, in die Drogen- und Aids-Hilfe-Einrichtungen verwiesen wird. Dort aber werden die Spielräume für nötige Innovationen angesichts der Schuldenlast vieler Kommunen immer enger.

In den Haftanstalten hat sich, was die draußen gültigen Standards der Infektionsprophylaxe und Suchtmedizin angeht, bisher nur wenig bewegt. Zwar gibt es Bestrebungen, für opiatabhängige Häftlinge den Zugang zur Substitution zu verbessern, aber immer noch werden bei Haftantritt Behandlungen abgebrochen oder mit veränderter Medikation weitergeführt. Auch die Spritzenvergabe gibt es nach wie vor nur in der Justizvollzugsanstalt für Frauen Berlin-Lichtenberg. Dass man sie hinter Gittern nicht etabliert, wird unter anderem damit begründet, dass der intravenöse Drogenkonsum bei Gefangenen nicht stark ausgeprägt und die HIV-Prävalenz in Gefängnissen gering sei – dabei liegt sie mindestens um das Zwanzigfache höher als in der Allgemeinbevölkerung.

Doch allein schon der hohe Anteil jener drogenabhängigen Gefangenen, die mit Hepatitis B oder C infiziert sind, wäre Grund genug, in sämtlichen Haftanstalten sterile Spritzen zur Verfügung zu stellen. Die Hepatitiden finden allerdings auch „draußen“ noch viel zu wenig Beachtung. Eine nationale Strategie zur Prävention und Behandlung insbesondere der Hepatitis C, wie sie viele andere europäische Länder bereits haben, gibt es in Deutschland noch nicht. Wie dringend notwendig sie ist, zeigen die Beiträge zur Epidemiologie und Behandlung dieser Infektionskrankheit.

Die Fortschritte in der akzeptierenden Drogenarbeit sichtbar machen ...

... und dazu ermutigen, noch nicht Erreichtes engagiert anzugehen – dazu will dieses Handbuch beitragen. Vieles ist heute selbstverständlich, was vor Jahrzehnten noch auf vehementen Widerstand stieß. Der

Ansatz „Harm-Reduction“ ist fest im Drogenhilfesystem verankert und inzwischen zu einer erfolgreichen gesundheitspolitischen Strategie avanciert: nicht nur auf Bundesebene, sondern – als Bestandteil des Europäischen Drogenaktionsplans – ebenso auf EU-Ebene und schließlich auch weltweit: Der im Juni 2011 erschienene „Report of the Global Commission on Drug Policy“ unter der Leitung des ehemaligen brasilianischen Präsidenten Fernando Henrique Cardoso etwa betont, dass die frühe Einführung von Harm-Reduction-Maßnahmen und geringe HIV-Prävalenzen unmittelbar zusammenhängen. Für Deutschland trifft dies ganz besonders zu, wie die Daten des Robert Koch-Instituts vom Mai 2011 zeigen: Die Anteile der HIV-Erstdiagnosen bei Menschen mit dem Infektionsrisiko „intravenöser Drogenkonsum“ sind zwischen 2001 und 2010 kontinuierlich von 8 % auf 3,2 % zurückgegangen.

Das sind günstige Voraussetzungen, um bei den politisch Verantwortlichen dringend nötige Verbesserungen im Arbeitsfeld „Drogen, HIV/Aids und Hepatitis“ einzufordern und auch in der eigenen Arbeit Vorstöße zu wagen, die bei Drogen gebrauchenden Menschen zu einem Mehr an Gesundheit beitragen. Allerdings wird immer deutlicher, dass die prohibitiv orientierte, auf Repression setzende Drogenpolitik selbst für erhebliche gesundheitliche und soziale Probleme gesorgt hat, was auf der Welt-Aids-Konferenz 2010 in Wien endlich einmal deutlich ausgesprochen wurde. In der dort verabschiedeten Deklaration heißt es, dass Drogenpolitik evidenzbasiert sein muss, statt moralisch und ideologisch geprägt zu sein. Hier ist eine umfassende strategische Neuorientierung erforderlich.

An dieser Stelle möchten wir den Autorinnen und Autoren danken, die dieses Handbuch ermöglicht haben.

Berlin, im Mai 2011

*Dirk Schäffer, Fachbereich „Drogen und Strafvollzug“
der Deutschen AIDS-Hilfe*

Heino Stöver, Institut für Suchtforschung, Frankfurt am Main

The background is a dark, textured surface, possibly a wall or a piece of paper, with various white geometric shapes and lines drawn on it. There are two prominent circular shapes, each with a crosshair inside, resembling targets or optical markers. There are also several curved lines and straight lines scattered across the surface, creating a complex, abstract pattern. The overall effect is one of depth and complexity, with the white lines and shapes standing out against the dark, grainy background.

FUNDAMENTE

Auswirkungen der Prohibition auf Drogenkonsumenten und Drogenhilfe

Heino Stöver

Einleitung

Im Kontext der Drogenhilfe wird viel über Effizienz, Effektivität, Evidenzbasierung, Qualitätssicherung, Dokumentation und Evaluation diskutiert – aber werden diese Begriffe auch auf die Drogenpolitik angewandt? Wohl kaum, denn sonst gäbe es inzwischen mehr Antworten auf dringende Fragen:

- Erreicht die Drogenpolitik mit dem Verbot bestimmter psychotroper Substanzen ihre Ziele?
- Sind die Mittel der Strafrückstellung für einen Therapiebeginn („Therapie statt Strafe“ gemäß § 35 BtMG) nachhaltig wirksam, das heißt, wird die Behandlung konsequent fortgeführt, die Abstinenz aufrechterhalten?
- Wie ist es um General- und Spezialprävention bestellt, also um das Verhindern von Ordnungswidrigkeiten und Straftaten, die Stärkung des gesellschaftlichen und individuellen Rechtsbewusstseins durch eine ordnungsgemäße Durchführung aller Strafverfahren und die Gewährleistung der Rechtssicherheit durch eine einheitliche Rechts- und Strafpraxis?

- Welche Auswirkungen haben Strafandrohung und Verbote angesichts massenhafter Übertretungen (am deutlichsten am Beispiel Cannabis)?
- Sind Veränderungen in der Verbreitung des Drogenkonsums Ausdruck von Zeitgeist und Jugendkultur oder Erfolge der Teilprohibition?
- Welche Auswirkungen hat das selektive Drogenverbot auf Ausrichtung und Ausgestaltung der Drogenhilfe und auf die Gesundheit der Drogenkonsument(inn)en?
- Wird zwischen Drogenpolitik und den von ihr verursachten Problemen überhaupt abgewogen?

Zumindest die vorletzte Frage können wir mittlerweile beantworten: Je größer die polizeiliche Repression gegen Heroinkonsument(inn)en, desto mehr Drogentote. Zu diesem Schluss kommt eine Studie der Universität Zürich, die die Entwicklung der Todesfälle seit 1975 analysiert hat (Nordt/Stohler 2009).

Die Kriminalisierung der Konsument(inn)en verbotener psychotroper Substanzen steht in der Kritik, vor allem aufgrund offensichtlicher Mängel: Zwar soll der Betäubungsmittelverkehr durch das Betäubungsmittelgesetz geregelt werden, im Grunde überlässt man ihn aber der Anarchie des Schwarzmarkts – ohne Qualitäts- und Preiskontrollen, ohne Jugend- und Verbraucherschutz, ohne Steuereinnahmen (Room u.a. 2010; Caritas 2009). In einem ansonsten (über-)kontrollierten Staat-Bürger-Verhältnis besteht die Drogenpolitik im Wesentlichen aus einer „So-tun-als-ob-Strategie“: als könnten Verbote das Suchtverhalten und die Suche nach Rausch steuern, begrenzen oder ganz eindämmen. Es handelt sich eher um eine Symbol- und willfährige Ausgrenzungspolitik, als um eine intelligente Regelung der Rauschbedürfnisse vieler Bürger/innen. Diese Politik ist außerdem enorm teuer: Vergleicht man die Kosten für „Repression“ mit denen Ausgaben für „Hilfen“, ergibt sich ein Verhältnis von 9:1 (Pfeiffer-Gerschel/Flöter 2009).

Es scheint, als hätten wir nicht nur ein Drogenproblem, sondern auch ein massives Drogenpolitikproblem sowie Legitimationsprobleme durch Verlust an Glaubwürdigkeit und Vertrauen. Gleichbehandlung und Verbraucherschutz kann man von dieser „Kontrollkonstruktion“ nicht erwarten.

Die globale Drogenkontrollpolitik hat versagt

Die deutsche Drogenpolitik hat aufgrund ihrer zahlreichen Verflechtungen und Verpflichtungen wenig Gestaltungsspielraum und kann nur im Kontext der Drogenkontrollpolitik der Vereinten Nationen verstanden werden. Besonders deutlich wird dies angesichts der hoffnungslos unrealistischen UN-Zielorientierung „A drug free world – we can make it!“, die glauben machen will, dass der globale Drogenkrieg zu gewinnen ist. Der Bericht der Europäischen Kommission über die Erfolge der UN-Kontrollpolitik in den letzten zehn Jahren, veröffentlicht am Vorabend des UN-Treffens zur Drogenpolitik der nächsten zehn Jahre im März 2009 in Wien, hat ein klares, gleichwohl erschütterndes Ergebnis: zehn verlorene Jahre – verschwendete Zeit! Der Bericht zeigt auf, dass sich die Situation in einigen der reichen Länder ein wenig verbessert, in anderen Ländern aber verschlechtert hat. Für einige hat sie sich sogar erheblich und substanziell verschlechtert, darunter Entwicklungsländer und solche, die sich im Übergangsstadium von einer zentral verwalteten Wirtschaftsform in eine marktwirtschaftlich organisierte Gesellschaftsordnung befinden (siehe Reuter/Trautmann 2009).

Weltweit gibt es mittlerweile 15 Millionen intravenös Drogen Gebrauchende; zehn Prozent der HIV-Infektionen entfallen auf diese Gruppe. Um ein Vielfaches höher muss die Zahl der Hepatitis-B- und -C-Infektionen sein, wenngleich hierzu keine Daten vorliegen (für Deutschland siehe Radun, S. 75 in diesem Band). Vor dem Hintergrund des Verbots eines wesentlichen Teils der psychotropen Substanzen ist der drogenpolitische Diskurs im Wesentlichen von Problematisierung und Stigmatisierung beherrscht. Selten ist die Rede von positiven Beispielen, z. B. von selbstkontrolliertem Drogenkonsum. Stattdessen starrt man auf die zwei bis fünf Prozent intensiv Cannabis Rauchenden oder auf Binge-Trinker¹.

1 binge = (engl.) Gelage. „Binge-Trinken“ bezeichnet exzessiven Alkoholkonsum mit der Absicht, möglichst schnell betrunken zu werden (auch als „Komasaufen“ bekannt).

Hinzu kommen die unbeabsichtigten Nebenwirkungen der Prohibition: Stigmatisierung, Ausgrenzung, sozialer Ausschluss und zum Teil immense gesundheitliche Probleme der Konsument(inn)en, Korruption bei Polizei und Zoll, Arbeitsüberlastung bei Richtern, Hehlerei, Bandenwesen, Prostitution sowie Familientragödien bis hin zu nationalen Drogenkriegen, wie etwa in Mexiko (siehe Justice in Mexico Project 2010), oder gar geopolitischen Veränderungen².

Die Gesamtrechnung der prohibitiven Drogenpolitik wurde nie aufgemacht

Die aktuelle Diskussion zur Drogenpolitik greift oft zu kurz, weil sie nur auf jene Paragraphen fokussiert, die sich auf die Drogenhilfe beziehen. Anfang der 1970er Jahre setzte sich die Drogenhilfe noch sehr stark mit dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) als Ganzem auseinander, so etwa, als viele Berliner Drogenberatungsstellen gegen die gesetzliche Verquickung von Justiz und Hilfe streikten. Es gab Zusammenschlüsse von Hilfeeinrichtungen, wie z.B. die „AG Nord“, die das Diskriminierungspotenzial des selektiven Drogenverbots in vielen Aktionen deutlich machte, es gab „Smoke-ins“ und Proteste gegen den Therapiezwang. Das Drogenverbot forderte auch die Anhänger der damals bereits in Auflösung begriffenen linken Studentengruppen heraus, die das Zusammenwirken von staatlicher Willkür und Verfolgung von Minderheiten diskutierten und skandalisierten. Der gesellschaftliche Aufbruch setzte auf Hedonismus und Aufklärung – Zwangstherapie und Entmündigung hatten hier keinen Platz.

Die starke Politisierung des Drogenthemas führte zu ideologischen Grabenkämpfen und starren Haltungen. Doch damals wurden wichtige Fragen gestellt, zum Beispiel: Wie sind Zwang und Therapie miteinander vereinbar? Kann eine Gesundheitsversorgung, die auf Freiwill-

² Ehemalige Drogenproduktions- und -transitländer wie z.B. die Staaten Zentralasiens wandeln sich zu Drogenkonsumentenländern. Damit verbunden sind erhebliche gesundheitliche und volkswirtschaftliche Kosten.

ligkeit gründet, bei Drogenabhängigen wirksam sein? Wie lassen sich die (möglicherweise verschütteten) Ressourcen der Betroffenen wieder mobilisieren, um deren gesellschaftliche Teilhabe zu verbessern? Man setzte sich kritisch mit dem Modell der „Therapiekette“ auseinander, bei dem Abhängige die Stationen Beratung → Entzug → stationäre Langzeittherapie → Nachsorge durchlaufen mussten, um so das Ziel „dauerhafte Abstinenz“ zu erreichen. Der Aufbau einer differenzierten, mit der Justiz kooperierenden Drogenhilfe schien unausweichlich zu sein.

Die Kritiker dieser Entwicklung bemängelten vor allem folgende Aspekte:

- *Abstinenzorientierung* als ausschließliches Ziel und gar als Voraussetzung von Hilfe
- „*Leidensdruck*“ und „*helfender Zwang*“ als vermeintlich geeignete Mittel der Förderung von Motivation zu Veränderung
- *lineares statt zirkuläres Verständnis von Suchtbewältigung*: In der therapeutischen Arbeit muss berücksichtigt werden, dass Sucht eine chronisch-rezidivierende Erkrankung ist, bei der es immer wieder zu Rückfällen kommt, ehe eine Stabilisierung erreicht ist.
- die Entwicklung der Drogenhilfe hin zu *stationären, hierarchisch geführten Großeinrichtungen*, wo die Antipsychiatrie-Bewegung psychiatrische Zentren doch gerade erst aufgelöst hatte. Zu deutlich war geworden, dass Großeinrichtungen für Drogenabhängige für neue Probleme und Szenebildung sorgten.
- *ökonomische Interessen* der Therapieriesen. Es kam zu einer Ausbau-Euphorie, die von Politik und allgemeiner Öffentlichkeit unterstützt wurde: Endlich schien man ein Instrument zur Bekämpfung des Drogenkonsums zu haben.
- *Verkrankung der Abhängigen*, indem man ihnen ein Therapiebedürfnis von langer Dauer unterstellte (bis zu 24 Monaten stationäre Langzeittherapie plus Nachsorge). Therapeut(inn)en waren geradezu beseelt vom Gedanken der „Umerziehung“.
- *Menschenrechtsverletzungen* durch zum Teil entwürdigende Zustände in den Großeinrichtungen.

Erst das Auftreten von HIV/Aids bei Drogenkonsument(inn)en Anfang der 1980er Jahre lenkte die öffentliche Aufmerksamkeit auf die große Zahl von gesundheitlich und sozial verelendeten Abhängigen, die nicht in der Lage oder willens waren, sich in eine Therapiekette zu begeben. Jetzt wurde klar, dass das hochschwellige Drogenhilfesystem an den Möglichkeiten und Ressourcen vieler Menschen vorbeiging: Allein der Kontakt mit diesem System zielte bereits auf das Durchlaufen der Therapiekette; ein zieloffener, auf Freiwilligkeit setzender Kontakt schien unmöglich. Das war die Geburtsstunde der akzeptierenden Drogenarbeit: Sie stellte den scheinbar selbstverständlichen Zusammenhang von Therapie und Hilfe in Frage und forderte Hilfen für Menschen ein, die keinen „Leidensdruck“ verspürten, sich in stationäre Einrichtungen zu begeben. „Ambulant und freiwillig“ lautete das Credo.

Die Aidshilfen und einige kleinere Initiativen und Vereine waren Motoren dieser Bewegung. Anfangs belächelt und diffamiert, gewann sie dann aber an Boden und brachte das örtliche Drogenhilfesystem gehörig durcheinander. Durch die Einführung der Substitutionsbehandlung Ende der 1980er Jahre, die zuerst nur für Drogenabhängige mit HIV/Aids zugänglich war, kam eine weitere Komponente ins Spiel, die gerade auch die ambulante Versorgung Drogenabhängiger verbesserte.

Ab Anfang der 1990er Jahre war Drogenpolitik eher (lokale) Gesundheitspolitik sowie Drogen- und Aidshilfe und nicht mehr der „große Wurf“ gesellschaftlichen Aufbruchs, dessen zum Teil radikale Ansätze von realpolitischen Orientierungen überlagert wurden. Gegenstand kritischer Analysen und kontroverser Auseinandersetzungen war auch nicht mehr das gesamte Betäubungsmittelgesetz. Vielmehr wurden jetzt einzelne Veränderungen und Verbesserungen diskutiert; z. B. sollte die Spritzenvergabe oder der Besitz geringer Drogenmengen zum Eigenverbrauch nicht mehr strafbar sein. Auf den Zusammenhang zwischen Kriminalisierung und Drogenhilfe ist in den letzten 30 Jahren zwar stets hingewiesen worden. Aber die große Gesamtrechnung der auf Kriminalisierung gründenden Drogenpolitik, die alle volkswirtschaftlichen, sozialen und gesundheitlichen Auswirkungen der Prohibition benennt, ist nie aufgemacht worden.

Und so ist auch das Modewort „Evidenz-Basierung“ nie auf die Drogenpolitik selbst angewandt worden: Es gibt keine öffentlich oder privat geförderten Forschungsprojekte, die das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Kriminalisierung sowie ihre Risiken und Nebenwirkungen für die Gesundheit der Drogenkonsument(inn)en untersuchen. Ebenso wenig wird untersucht, was eine nicht kriminalisierende Drogenpolitik bewirken würde oder welche Ansätze aus anderen Bereichen oder Ländern sich möglicherweise auch in Deutschland bewähren könnten.

Einige Arbeiten (z. B. Gegenhuber 2009) der letzten Jahre haben gezeigt, dass Motivation zur Veränderung des Drogenkonsumverhaltens vor allem auch über die Qualität der Behandlung erzeugt werden kann, also im therapeutischen Prozess selbst. Klienten mit „richtigerlich auferlegter Therapie“ schneiden im Endergebnis nämlich nicht schlechter ab als andere Klienten. Allerdings kann man auch fragen, ob es nicht sinnvoller wäre, den „helfenden Zwang“ des Staates ganz aufzuheben, indem man auf eine Bestrafung der Abhängigen verzichtet und sie so aus der Kriminalisierungsdynamik herauslöst.

Prohibition macht die Grenzen der akzeptierenden Drogenarbeit spürbar

Viele in der Drogenhilfe haben geglaubt, man müsse die Angebote nur weiter ausdifferenzieren, um eine deutliche Verbesserung der Lebensverhältnisse von Drogenabhängigen zu erreichen. Man entwickelte Kontaktläden, Drogenkonsumräume, Streetwork und Projekte für betreutes Wohnen, etablierte die Behandlung mit Drogensatzmitteln einschließlich psychosozialer Betreuung, hat die Diamorphin-gestützte Behandlung für Schwerstabhängige in die Regelversorgung übernommen und vieles andere mehr. Sicher, solche Angebote können Leben retten, sie wirken sozial und gesundheitlich stabilisierend und verbessern die Lebensqualität vieler Nutzer/innen. Und natürlich trägt die Drogenhilfe dazu bei, schwarzmarktbedingte Risiken zu mindern und die Härte der Kriminalisierung abzumildern. Die Grenzen der akzeptierenden Drogenarbeit sind für die Klient(inn)en allerdings täglich



spürbar, nämlich immer dann, wenn die Folgen der Prohibition in Gestalt von unkalkulierbarer Substanzqualität und Strafverfolgung ins Spiel kommen.

Deutschland hat wenig zu bieten, was einen pragmatischen Umgang der Polizei mit den Auswirkungen der Drogenpolitik erkennen ließe – von der guten Kooperation bei den derzeit 26 Drogenkonsumräumen einmal abgesehen. Das liegt daran, dass die Polizeiarbeit in Deutschland durch das Legalitätsprinzip³ gekennzeichnet ist, im Gegensatz zum Opportunitätsprinzip⁴, das beispielsweise in den Niederlanden üblich ist. Von der deutschen Polizeistrategie sind somit auch keine Anstöße für eine Abmilderung der Verfolgungshärte zu erwarten. Es gibt allerdings auch Ausnahmen. So wagte z. B. der Polizeipräsident der Stadt Münster eine Realitätsprüfung. In einem veröffentlichten Brief bezeichnete er die staatliche Repression als weitgehend erfolglos und prangerte die „politische Unbeweglichkeit“ etwa im Hinblick auf den Marihuanakonsum an (Dumke 2010; siehe auch Zucht 1997).

Auch der „Drogentourismus“ der vielen Bundestags- und Landtagsabgeordneten in die Niederlande hat kaum etwas bewegt. Konsumräume, Spritzenautomaten, geschützter Straßenstrich, Harm-Reduction-Maßnahmen der Polizei (z. B. Mitgabe von Spritzen bei Entlassung aus polizeilicher Untersuchung), ein Altersheim für Alt-Junkies, Coffee-Shops – sie dienten eher der Illustration all dessen, was möglich ist. Seit einigen Jahren touren die Abgeordneten nicht mehr nach Holland, sondern in die Schweiz. Viele unserer Innovationen wie Spritzenvergabe in Haft, Methadonverschreibung, Heroinvertgabe, Drogenkonsumräume oder auch die gendersensible Drogenarbeit haben ihre Wurzeln in der Schweiz.

3 *Legalitätsprinzip* = die Pflicht von Polizei und Staatsanwaltschaft, ein Ermittlungsverfahren einzuleiten, wenn sie von einer Straftat Kenntnis erhalten, und bei begründetem Verdacht auch Anklage zu erheben

4 *Opportunitätsprinzip* = Handlungsfreiheit der Ordnungsbehörde innerhalb eines bestimmten rechtlichen Rahmens; diese kann, muss aber nicht eingreifen, handelt also nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit

Die Diskussion um die Cannabis-Reformpolitik verläuft wellenartig

Im Dezember 2001 startete der Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (akzept e.V.) zusammen mit vielen anderen Partnern eine Initiative zu Entkriminalisierung von Cannabis-Konsument(inn)en. Gefordert wurde

- Straffreiheit für den Besitz geringer Cannabis-Mengen bis zu 30 Gramm
- Zulassung von Hanf als Medizin, Unterstützung der Erforschung weiterer therapeutischer Potenziale und medizinischer Einsatzgebiete
- Straffreiheit des Anbaus von Cannabis für den Eigenbedarf
- Zurücknahme der diskriminierenden Führerscheinregelung⁵.

Bei dieser Kampagne konnte man spüren, wie sehr das Lagerdenken auch bei den Unterstützern der Entkriminalisierung ausgeprägt ist. Da gab es sehr viele, denen 30 Gramm straffreier Cannabisbesitz nicht genug waren – denen überhaupt dieser Minimalkonsens nicht weit genug ging. Anderen wiederum gingen selbst die vier Forderungen noch zu weit: sie schienen ihnen unrealistisch. Der Endbericht im Jahr 2002 fasste den damaligen Stand der Dinge so zusammen: Die Diskussion um eine Cannabis-Reformpolitik verlaufe wellenartig. Je nach Zeitgeist variere die Einstellung in Bevölkerung und Politik von Zustimmung bis Ablehnung. Momentan scheine das Stimmungsbarometer langsam in Richtung Liberalisierung auszuschwenken. Doch trotz aller Bereitschaft, dem Thema in der drogenpolitischen Diskussion höhere Priorität einzuräumen, bleibe es mit großer Symbolik behaftet. Dass Hunderttausende den Cannabiskonsum in ihren Lebensalltag integriert hätten, scheine daran wenig geändert zu haben: „Lethargie,

5 Für einen Führerscheinentzug reicht bei Cannabis allein schon die polizeilich bekannte Tatsache aus, dass jemand Cannabiskonsument ist oder diese Droge irgendwann einmal konsumiert hat. Anders ist das beim Alkohol: Den Führerschein wird nur los, wer bei einer Verkehrskontrolle mit zu viel Alkohol im Blut erwischt wird, aber nicht, wer z. B. betrunken nach Hause läuft und dabei von der Polizei gesehen wird.

„amotivationales Syndrom“, Einstiegsdroge, physische Ruinösität, psychischer Abbau – all das sind Begriffe, mit denen Cannabis verbunden und zum Teil gleichgesetzt wird“ (akzept 2002).

Aus heutiger Sicht erscheint dieses Fazit recht optimistisch, denn bisher hat es keine weitere Liberalisierung gegeben. Immer noch handelt es sich bei einem Großteil der jährlich etwa 250.000 polizeilich festgestellten Drogendelikte um Cannabisdelikte, und in der Mehrheit von ihnen geht es um Überschreitung der zulässigen Mengen nur für den Eigenbedarf (siehe BMI 2009). Als Erfolg der Cannabiskampagne kann jedoch gewertet werden, dass die Öffentlichkeit sensibilisiert, verschiedene Initiativen zusammengebracht, politische Lobbyarbeit ermöglicht und der internationale Austausch zum Thema Cannabis gefördert wurde. Und nicht zuletzt hat die Kampagne die Entwicklung fachlich fundierter Kontrollalternativen angeregt.

Die Folgen der Prohibition am Beispiel Justizvollzug

Da es keine Drogenpolitik-Forschung gibt, müssen wir uns bei der Frage nach den Folgen der Prohibition auf Vermutungen beschränken. Am Beispiel des Justizvollzugs lässt sich verdeutlichen, wie der Drogenkonsum die Aufgabe von Sicherung und Behandlung immer wieder aufs Neue gefährdet.

Die Institution Gefängnis ist in ihren Möglichkeiten zur Durchführung der Haftstrafe von der hohen Drogenkonsum-Prävalenz und deren gesundheitlichen Folgewirkungen wesentlich beeinflusst. Schätzungsweise 22 bis 30 Prozent der Gefangenen konsumieren intravenös Drogen, obwohl laut Angaben des Statistischen Bundesamts 2008 nur 15 % aufgrund eines Betäubungsmitteldelikts inhaftiert worden sind. Jüngste Studien haben deutlich gemacht, dass die HIV-Prävalenz bei etwa einem Prozent und die Hepatitis-C-Prävalenz bei 14 bis 17 % aller Inhaftierten liegt (Schulte u. a. 2009; Radun u. a. 2007). Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sind intravenös Drogen Gebrauchende in deutschen Haftanstalten deutlich überrepräsentiert (siehe Tabelle).

Tabelle: Anteil intravenös Drogen Gebrauchender und mit Drogenkonsum assoziierter Infektionen in deutschen Haftanstalten und in der Allgemeinbevölkerung

	i. v. Drogen Gebrauchende	HCV	HIV
Haftanstalten ^{1,2}	21,9–29,6 %	14,3 %–17,6 %	0,8 %–1,2 %
Allgemein- bevölkerung	0,3 % ³	0,4 %–0,7 % ⁴	0,05 % ⁵
Faktor	73- bis 99-fach	20- bis 44-fach	16- bis 24-fach

Quellen: ¹Radun u. a. 2007; ²Schulte u. a. 2009; ³EMCDDA 2006; ⁴Radun u. a. 2007; ⁵UNAIDS 2007

Eine auf Schadensbegrenzung zielende Suchtbegleitung ist noch kaum entwickelt

In den letzten zwanzig Jahren wurden in Freiheit viele Hilfen mit unterschiedlichen Zielsetzungen entwickelt, z.B. Suchtbegleitung, Harm-Reduction-Maßnahmen, ambulante Therapie, Substitutionsbehandlung usw. (vgl. Böllinger/Stöver 2002). Im Justizvollzug dagegen beschränkt sich das Behandlungsangebot für Drogenabhängige immer noch überwiegend auf abstinenzorientierte Hilfen – getreu der Vorstellung, das Gefängnis sei ein Ort, an dem sich Drogenabhängigkeit überwinden oder ausschalten lasse. Gleichzeitig wird der Gesellschaft signalisiert, das Gefängnis sei drogenfrei und der Sicherheitsauftrag erfolgreich erfüllt. Diese Botschaft hat innerhalb und außerhalb des Justizvollzugs eine starke sozialpsychologische und politische Wirkung, denn so kann die Realität des Drogenkonsums hinter Gittern mit all seinen Risiken erfolgreich ausgeblendet werden.

Diese Politik basiert auf einem falschen Verständnis von Abhängigkeit. Wie bereits oben ausgeführt, sind bei der Opiatabhängigkeit Rückfälle oder Beikonsum Teil des chronischen Krankheitsbildes (vgl. Michels u. a. 2009). Auch wenn der Konsum psychotroper Substanzen in der Haftzeit reduziert oder gar eingestellt wird, kommt es unmittel-

bar nach der Entlassung oftmals zu Rückfällen („Kompensationskonsum“ für die Zeit der Zwangsabstinenz), verbunden mit einem stark erhöhten Sterblichkeitsrisiko (vgl. Heinemann u. a. 2002). Insofern gilt es verstärkt, das Verständnis von Suchterkrankungen und den Umgang mit ihnen bei Mediziner(inne)n wie auch Gefängnisleitungen zu verbessern und Suchtprobleme in Haft offen anzusprechen.

Abstinenz ist für viele langjährig Drogen konsumierende Gefangene keine realistische Option (mehr). Eine offensiv auf Schadensbegrenzung zielende Suchtbegleitung ist im Strafvollzug so gut wie nicht entwickelt worden. Insbesondere die Substitutionsbehandlung und die Spritzenvergabe fristen in Deutschlands Gefängnissen ein Schattendasein (Stöver u. a. 2009): Nur etwa 1.500 bis 1.700 von etwa 20.000 inhaftierten i. v. Drogenabhängigen erhalten Drogenersatzstoffe, und nur in einer einzigen Haftanstalt (JVA für Frauen Lichtenberg/Berlin) werden sterile Spritzen an Drogenabhängige vergeben.

Die starke Konzentration von i. v. Opiatgebrauchern mit drogenkonsumbezogenen Folgeerkrankungen in deutschen Haftanstalten erfordert angemessene Antworten. Dabei ist zum einen zu bedenken, dass das Gefängnis aufgrund der hohen Durchlauftrate kurzzeitig Inhaftierter Auswirkungen auf die allgemeine Gesundheit hat. Zum anderen ist vielfach belegt, dass Behandlungs- und Harm-Reduction-Maßnahmen, die sich in Freiheit als wirksam und effizient erwiesen haben, auch unter Haftbedingungen erfolgreich durchgeführt werden können (Stöver u. a. 2008).

Intensive (fach-)politische Arbeit tut not!

Das Betäubungsmittelgesetz (z. B. §§ 13, 29 BtmG) behinderte die Schaffung evidenz-basierter Hilfen, die in anderen Ländern bereits breit verfügbar waren. Die schnell erforderliche Hilfe für Opiatabhängige stand im ersten Jahrzehnt der Aids-Krise immer im Verdacht, sie würde Rechtsnormen übertreten. Deutlich wird dies an der Substitutionsbehandlung und der Abgabe steriler Einwegspritzen: Mit diesen damals bereits bekannten, erprobten und erforschten Ansätzen hätte man sofort auf das HIV-Risiko von Opiatabhängigen antworten kön-

nen. Der enge rechtliche Rahmen verzögerte jedoch die Einführung der Spritzenvergabe um zehn und die der Substitution um 15 Jahre. Als die Substitution schließlich doch ihren positiven Effekt auf die Gesundheit vieler entfalten konnte, hatte die Klientel die 15 verlorenen Jahre bereits mit massivem Mischdrogengebrauch überbrückt. Nach Ende dieser „Roche-Phase“⁶ Anfang der 1990er stieß die Substitution folglich auf eine ganz andere Situation, als dies in der Schweiz oder in Holland der Fall gewesen war, wo diese Behandlungsform schon früh etabliert wurde.

Ähnlich verhielt es sich mit der Abgabe steriler Einwegspritzen. Damit begann man zwar schon Anfang 1982, aber erst 1992 wurde diese Maßnahme mit der simplen Hinzufügung eines einzigen Satzes im BtMG legalisiert. Auch in diesem Fall wurden Jahre verschwendet, weil viele Apotheker sich nicht traute, an Drogenkonsumenten Spritzen abzugeben. Der Bundesverband der Apotheker hatte sich damals unter Verweis auf § 29 BtMG dagegen ausgesprochen, weil man befürchtete, dass die Abgabe den Straftatbestand der Beihilfe zum unerlaubten Gebrauch von Betäubungsmitteln erfülle. Eine frühe Klarstellung durch eine entsprechende Regelung hätte viel gebracht.

Fachleute können daraus lernen, dass sie noch offensiver (Fach-) Politik betreiben müssen, denn die Politiker begreifen nicht, was es bedeuten kann, wenn bewährte Strategien und -instrumente nicht genutzt werden. Das Gleiche gilt für die Heroinbehandlung (siehe Borden-Kleij, S. 160 in diesem Band). Und auch die so zögerliche Spezialisierung von Ärzt(inn)en im Fach Suchtmedizin hängt ja nicht zuletzt damit zusammen, dass ihm – immer noch – das Image „dirty medicine“ anhaftet, was durch Strafandrohung und -verfolgung ständig untermauert wird. Viele Ärzte wagten sich deshalb nicht in diesen Bereich hinein, und zum Teil gilt das auch heute noch, obwohl gerade hier Hilfe dringend benötigt wird.

6 Die nach dem Pharma-Unternehmen Hoffmann-La Roche AG benannte Phase war gekennzeichnet durch hohen Konsum von Barbituraten und Benzodiazepinen.

Es gibt Alternativen zu Kontrolle und Kriminalisierung

Portugal und Tschechien zeigen, dass selbst massive Veränderungen möglich sind. Portugal hat seit 2001 ein Gesetz, das den Konsum und den Besitz von Drogen zum Eigenbedarf strafrechtlich nicht ahndet. Die Auswertung der Daten aus den ersten sieben Jahren mit diesem Gesetz bestätigen den Entkriminalisierungsansatz: Er hat nicht dazu geführt, dass noch mehr Menschen Drogen konsumieren oder die Rate drogenkonsumbedingter (Infektions-)Krankheiten zugenommen hat. Gleichzeitig stellt man in Portugal Beratungs- und Therapieangebote bereit, die ohne Strafdruck von den bei der Polizei auffällig gewordenen Konsument(inn)en genutzt werden können (Greenwald 2009).

Tschechien verfügt seit dem 1. Januar 2010 über die liberalsten Drogengesetze in der ganzen EU. Für den Eigenbedarf sind dort 15 Gramm Marihuana, aber auch kleine Mengen „härterer“ Drogen erlaubt, nämlich fünf LSD-Trips, zwei Gramm (Meth-)Amphetamine, vier Ecstasy-Pillen, 1,5 Gramm Heroin und ein Gramm Kokain.

Am 19. Oktober 2009 legalisierte die Obama-Regierung Cannabis als Medizin. 14 Bundesstaaten der USA haben Gesetze geschaffen, die es den Patient(inn)en erlauben, in sogenannten Cannabisapotheken Marihuana oder Haschisch als Medizin anzuwenden. Die Drogenbekämpfungsbehörde (DEA) und andere Bundesbehörden dürfen nach einer Weisung des Justizministeriums nur noch dann aktiv werden, wenn die Cannabisapotheken gegen Staatsgesetze verstoßen.

Obwohl in den Niederlanden Cannabisprodukte recht frei und offen verfügbar sind, ist die Cannabiskonsum-Pävalenz im europäischen Vergleich dort recht gering: Nach dem Jahresbericht 2009 der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA 2009) haben 5,4 % der 15- bis 64-Jährigen in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert. Der europäische Durchschnitt liegt dagegen bei 6,8 %, wobei Italien mit 16,4 % die höchste Rate aufweist.

Warum also soll der Besitz von Drogen zum Eigenbedarf überhaupt bestraft werden? Könnte man irgendwann vielleicht auch die §§ 35 BtMG abschaffen und so die Attraktivität der ausreichend vor-

handenen Behandlungsangebote erhöhen? Warum soll nicht auch der Therapiebereich für den Markt geöffnet werden, sodass die attraktivsten Angebote mit der größten Wirkung zum Zuge kommen, statt dass man Monopolisten fördert, die von der Patientenzulieferung durch die Strafjustiz abhängen?

Lebensweltnahe Aufklärung, zielgruppenspezifische Information, Risikoreduktion, Vergabe von Präventionsmaterialien, Substitutionsbehandlung, Heroinprogramme, soziale und gesundheitlich orientierte Unterstützung und Betreuung: das sind die entscheidenden Antworten, mit denen wir den Begleiterscheinungen und Folgen der Opiat- und Mischdrogenabhängigkeit begegnen können.

Wie macht man weiter?

Anregungen zu geben für einen neuen, fundierten drogenpolitischen Diskurs nach dem Motto „Das eine tun und das andere nicht lassen“ heißt einerseits, die Grundsatzfrage nach einer Entkriminalisierung der Drogenkonsument(inn)en und Legalisierung der Drogenabgabe zu stellen. Angesichts der eskalierenden Gewalt in der mafösen Drogenökonomie (Beispiel Mexiko) muss dringend nach Alternativen der Drogenkontrollpolitik gesucht werden. Man sollte die in Portugal und Tschechien gemachten Erfahrungen mit den veränderten Drogengesetzen auswerten und von den (Gesundheits-)Politikern verlangen, sich damit auseinanderzusetzen. Zugleich gilt es, in Detailfragen rechtliche Reformen in kleinen Schritten auf den Weg zu bringen.

Dass dies möglich ist, zeigt beispielsweise die 23. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung, bei der § 5 BtMVV um zwei wichtige Punkte erweitert wurde. Danach können Suchtmediziner maximal vier Wochen am Stück und insgesamt zwölf Wochen im Jahr auch durch suchtmedinisch nicht qualifizierte Kollegen vertreten werden. Urlaubs- und Krankheitsvertretungen werden damit erheblich erleichtert. Um Wochenenden und Feiertage sinnvoll zu überbrücken, ist es nunmehr erlaubt, das Substitutionsmittel für bis zu zwei Tage zu verschreiben. Das erleichtert die Substitution erheblich, vor allem in

ländlichen Gegenden, wo die Patient(inn)en bis zur Arztpraxis oft weite Wege zurücklegen müssen.

Darüber hinaus sind z. B. im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen von Berlin, Niedersachsen und Hessen sogenannte Substitutionsbörsen auf dem Vormarsch. Sie sollen durch verbindliche Kooperationen eine wohnortnahe Vermittlung substituierender Ärzte gewährleisten.

Das sind kleine, für manche kaum spürbare Fortschritte. Aber viele Politiker/innen müssen erst einmal dort abgeholt werden, wo sie stehen – gefangen im Abstinenzgebot. Das bedeutet sehr viel Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit. Während es für einige Substanzen, z. B. Cannabis, bereits gut ausgearbeitete Kontrollalternativen gibt, ist das für „härtere“ Substanzen wie Kokain oder Partydrogen noch nicht einmal thematisiert worden. Die erbittert bekämpfte Behandlung mit Diamorphin dagegen ist seit Mai 2009 als krankenkassenfinanzierte Leistung anerkannt.

Durch die Ausdifferenzierung der Hilfeangebote ist es zwar möglich geworden, die Gesundheit und die Lebensverhältnisse von Drogenabhängigen deutlich zu verbessern. Das grundsätzliche Dilemma unserer Drogenpolitik können diese Hilfen jedoch nicht aus der Welt schaffen. Das Betäubungsmittelgesetz bewirkt in seiner massiven Anwendung eine erhebliche Kriminalisierung, soziale Ausgrenzung und gesundheitliche Gefährdung der Konsument(inn)en illegaler Substanzen (vgl. Stöver 2008). Gleichzeitig wird es tagtäglich von Tausenden – insbesondere Cannabiskonsument(inn)en – übertreten. Dadurch wird das Gesetz nicht glaubwürdiger.

Die Kriminalisierungspolitik umklammert nicht zuletzt auch die Drogen- und Aidshilfe. Das bedeutet, dass die Hilfearbeit nicht nur fachlich-methodisch, sondern immer auch politisch verstanden werden muss!

Literatur

akzept 2002

Bundesverband akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik – akzept e.V.: Die Cannabis-Kampagne. Endbericht der einjährigen Kampagne. 2002, 31

BMI 2009

Bundesministerium des Innern: Polizeiliche Kriminalstatistik 2008

Böllinger/Stöver 2002

Böllinger, L./Stöver, H.: Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Ein Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen. Band 12. 5. vollständig überarbeitete Auflage, Frankfurt/M.: Fachhochschulverlag Frankfurt/M. 2002

Caritas 2009

Caritas: Caritas international fordert Kehrtwende in UN-Drogenpolitik. Drogenkonferenz spricht sich für Entkriminalisierung von Konsumenten und Kokabauern aus. Pressemeldung vom 23.01.2009 (<http://www.caritas.de/2338.asp?id=19452&page=23&area=dcv>; letzter Zugriff: 11.04.2011)

Dumke 2010

Dumke, H.: Polizeichef kritisiert harte Drogenpolitik. In: *Der Westen*, 02.02.2010 (<http://www.derwesten.de/nachrichten/politik/Polizeichef-kritisiert-harte-Drogenpolitik-und-gefaehrdet-seine-Karriere-id2475153.html>; letzter Zugriff: 11.04.2011)

EMCDDA 2006

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA): Statistical Bulletin 2006

EMCDDA 2009

European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA): 2009 Annual report on the state of the drugs problem in Europe. Lissabon 2009 (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009>; letzter Zugriff: 11.04.2011)

Greenwald 2009

Greenwald, G.: Drug Decriminalization in Portugal. Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies. Washington, DC: Cato Institute 2009

Justice in Mexico Project 2010

Justice in Mexico Project: Drug Violence in Mexico. Data and Analysis from 2001–2009 (<http://justiceinmexico.org/resources-2/drug-violence>; letzter Zugriff: 11.04.2011)

Michels u. a. 2009

Michels, I. I./Sander, G./Stöver, H.: Praxis, Probleme und Perspektiven der Substitutionsbehandlung. Bundesgesundheitsblatt 1/2009

Nordt/Stohler 2009

Nordt, C./Stohler, R.: Low-threshold methadone treatment, heroin price, police activity and incidence of heroin use: The Zurich experience. In: *The International Journal of Drug Policy*, 20(6), 497–501

Pfeiffer-Gerschel/Flöter 2009

Pfeiffer-Gerschel, T./Flöter, S.: Die ökonomischen Auswirkungen der gegenwärtigen Kontrollpolitik. IFT/München. Vortrag auf dem 9. Internationalen akzept-Kongress vom 24.–26.9.2009 in Frankfurt am Main
(http://www.akzept.org/kongress/pdf09/kosten_pfeiffer_gerschel.pdf;
letzter Zugriff: 11.04.2011)

Radun 2007

Radun, D. u. a.: Cross-sectional study on seroprevalence regarding hep. b, hep. c and hiv, risk behaviour, knowledge and attitudes about blood-borne infections among adult prisoners in Germany. Preliminary Results. Abstract. Paper presented at the European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology – ESCAIDE, 2007

Reuter/Trautmann 2009

Reuter, P./Trautmann, F.: A report on Global Illicit Drugs Markets 1998–2007. European Commission 2009 (http://ec.europa.eu/justice/doc_centre/drugs/studies/doc/report_short_10_03_09_en.pdf; letzter Zugriff: 11.04.2011)

Room u. a. 2010

Room, R./Fisher, B./Hall, W./Lenton, S./Reuter, P.: Cannabis Policy: Moving Beyond Stalemate. Oxford/New York: Oxford University Press/Beckley Foundation Press 2010

Schulte u. a. 2009

Schulte, B./Gansefort, D./Stöver, H./Reimer, J.: Strukturelle Hemmnisse in der Substitution und infektiologischen Versorgung Opiatabhängiger. In: *Suchttherapie*, 10, 125–130

Stöver 2008

Stöver, H.: Sozialer Ausschluss, Drogenpolitik und Drogenarbeit – Bedingungen und Möglichkeiten akzeptanz- und integrationsorientierter Strategien. In: Anhorn, R./Bettinger, F./Stehr, J. (Hg.): *Sozialer Ausschluss und soziale Arbeit. Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit*. 2., überarb. u. erw. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag 2008, 335–354

UNAIDS 2007

UNAIDS: Overview of the global AIDS epidemic. Retrieved 5. June 2008, from http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR_CHO2_en.pdf

Zucht 1997

Zucht, M.: Polizeipräsidenten fordern: Heroin vom Staat. In: *DER SPIEGEL*, Nr. 5/27

Drogenpolitik und Drogenarbeit: Wandel tut not

Heino Stöver

Leitmotive akzeptierender Drogenarbeit

Die Ansätze „Akzeptanz“, „Niedrigschwelligkeit“ und „Suchtbegleitung“ haben vor mehr als 25 Jahren Eingang in die Drogen- und Aids-hilfearbeit gefunden. Was einmal als Gegenbewegung zu bevormundender, ausschließlich abstinenz-orientierter Arbeit mit Abhängigen von illegalen Drogen entstand, hat sich als Leitmotiv auch in anderen Feldern der Suchtkrankenhilfe (insbesondere in der Arbeit mit Konsumenten legaler Drogen) durchgesetzt: Dabei geht es längst nicht mehr um fremdgesetzte Zielvorgaben und -erwartungen („Wir wissen, was das Beste für dich ist“), sondern um Beteiligung der Betroffenen durch Einbeziehung ihrer Kompetenzen, Erfahrungen, ihres Wissens und Engagements, um „Bemündigung“ und einen zieloffenen Dialog in einer Behandlungspartnerschaft (vgl. Stöver 2008). Zwangsmaßnahmen in der Gesundheits- und Sozialarbeit sind nicht nur unethisch, sondern auch ineffektiv (Stöver [Hg.]1999). Neuere wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen:

Abhängige benötigen zum Teil mehrere Jahre, bis sie überhaupt einen Veränderungswunsch entwickeln, weitere Jahre, bis sie sich in Be-

handlung begeben, und weitere Jahre, bis sie die Sucht erfolgreich beenden können. In dieser Zeit geht es um

- Unterstützung der meist vorhandenen Motivation zu Veränderung oder bei Ambivalenzen gegenüber Veränderung
- Harm-Reduction, um irreversiblen Schäden vorzubeugen (z. B. einer HIV-Infektion), die es manchen Betroffenen nicht mehr lohnend erscheinen lassen, etwas an ihrer Situation zu verändern
- gesundheitliche und soziale Stabilisierung (meist mithilfe pharmakologischer Unterstützung).

Jene Abhängigen, die möglicherweise nicht (mehr) abstinent werden (wollen), müssen dauerhaft gesundheitlich und sozial stabilisiert werden. (Betreutes) Wohnen sowie Arbeit/Beschäftigung sollten pharmakologisch unterstützt werden (bei Opioidabhängigkeit in der Regel durch eine Behandlung mit Substitutionsmitteln einschließlich Diarmorphin). Ein legaler Zugang zur Droge würde weitere, mit Beschaffung und Finanzierung verbundene Probleme sowie gesundheitliche Risiken durch schwankenden Reinheitsgrad verhindern.

Außerdem müssen Selbsthilfepotenziale stärker angesprochen werden, als dies bisher der Fall ist. In Deutschland ist der Ansatz des Empowerment, also der professionellen Unterstützung und „Bemächtigung“ Betroffener durch Schaffung günstiger Rahmenbedingungen zur Selbstartikulation und Selbsthilfe, zu schwach ausgeprägt. Das Gleiche gilt für methodische Ansätze, die auf Partizipation ausgerichtet sind (Peer-Support, Peer-driven Interventions). Ein gutes Beispiel für Empowerment ist die Unterstützung, die das JES-Netzwerk anbietet (siehe Schäffer, „20 Jahre JES-Selbsthilfe in Deutschland“, S. 300 in diesem Band).

Was ist akzeptierende Drogenarbeit?

Normative Ebene

Der Begriff „Akzeptanz“ drückt auf normativer Ebene aus, dass der Konsum psychotroper Substanzen als persönliche Entscheidung des Einzelnen anzusehen ist. Ein gewandeltes Suchtverständnis betrach-

tet Drogenkonsum (auch den fortgesetzten, abhängigen) in seiner Ambivalenz von erwünschten und unerwünschten Effekten – einerseits Kontrollverlust und Dominanz der Drogen, andererseits bewusste Entscheidung zur Selbstmedikation, individuelle und kulturelle Strategien der Risikobewältigung – sowie seiner individuellen und kollektiven Funktionalität.

In der Drogenhilfe wird Abhängigen oft pauschal ein Opfer-Status zugeschrieben („Sklave der Droge“, „Opfer der Händler“), und man sieht sie als beratungs- und therapiebedürftig an. Diese einseitige Sichtweise wirkt lähmend und dient lediglich als Legitimationsbasis für fremdbestimmte Hilfsinterventionen. Außerdem blendet sie die Nutzbarmachung und Förderung von Selbstheilungskräften und der Betroffenenkompetenz aus. Auch wenn die Entscheidungsspielräume und Handlungsalternativen bei den Konsumenten bestimmter Drogen oftmals stark eingeschränkt sind, so sind sie es letztlich selbst, die sich entscheiden. Diese Sichtweise bedeutet, dass die Definition von Drogenkonsum als selbstbestimmter Lebensstil oder aber als Krankheit immer eine Gratwanderung darstellt. Auch dort, wo Drogenabhängigkeit als Krankheit begriffen wird, muss eine vorurteilsfreie gesundheitlich-medizinische und soziale Hilfe angeboten werden.

Akzeptanz ist also einerseits eine Arbeitshaltung, die differierende oder sogar konkurrierende Wertkonzepte nicht nur zulassen kann, sondern sich auch „zieloffen“ mit ihnen auseinandersetzen will. Als Grundlage des Dialogs dienen die Organisationsmuster, Lebensorientierungen, Handlungsmuster und Kompetenzen, die das Gegenüber in seinem bisherigen Leben entwickelt hat. Diese Erfahrungen und ihre Konsequenzen machen subjektiv Sinn, sind möglicherweise funktional – und in den meisten Fällen hilfreich.

Methodisch-praktisches Vorgehen

„Akzeptanz“ in der sozialen Arbeit bezeichnet andererseits ein methodisch-praktisches Vorgehen: Der Schwerpunkt liegt auf dem Dialog in der Beziehungsarbeit. Diese Beziehung muss in einigen Bereichen der sozialen Arbeit erst hergestellt werden; sie entsteht vor allem dort nicht

selbstverständlich, wo es sich um gesellschaftlich stigmatisiertes, ausgegrenztes, verpönte oder sogar strafrechtlich verfolgtes Verhalten geht. Hier muss Hilfe zuerst einmal erreichbar gemacht werden: durch offene, niedrighschwellige und unverbindliche Angebote, die nicht per se an die grundsätzliche Bereitschaft zur Verhaltensänderung gekoppelt sind. Akzeptanz als Methode heißt zugleich, dass in der Beziehung andere Wertkonzepte und Lebensentwürfe ernst zu nehmen sind, auch wenn sie der Lebensweise der meist mittelschichtsorientierten Helferinnen und Helfer noch so fern sein mögen. Die Erkenntnis, dass die pädagogische oder therapeutische Wirkkraft begrenzt ist, sollte dazu verhelfen, im Dialog kleinere Teilschritte zur gesundheitlichen, emotionalen oder sozialen Stabilisierung zu erarbeiten. Es geht hier also nicht darum, den „großen Wurf“, das Maximalziel Abstinenz, zu verfolgen.

Neben der Dialogfähigkeit muss es professionelle Hilfe ebenso ermöglichen, eigene – vielleicht verschüttete – Ressourcen zur Lebensbewältigung zu aktivieren. „Hilfe zur Selbsthilfe“ umschreibt die Zielrichtung, die von anfänglichen Versorgungsleistungen bis zur Schaffung von Bedingungen reichen kann, unter denen (unterstützte) Selbsthilfe initiiert und gefördert werden kann. Um „Self-empowerment“ muss es einer Drogenhilfe letztlich gehen, die auf die Herstellung und Wahrung der Unabhängigkeit des Hilfesuchenden vom Hilfesystem bedacht ist.

Angebotsebene

Akzeptierende Arbeit fokussiert auf Hilfen und Unterstützung zur Vermeidung oder Minderung nicht beabsichtigter Schäden für den Konsumenten und die Gesellschaft. „Harm-Reduction“ – Schadensminimierung – hat sich als Begriff für diesen Ansatz international durchgesetzt. Bei schadensminimierenden Angeboten geht es darum, möglichst ohne ideologisch geprägte Erwartungen frühzeitig Kontakt zu jenen Drogenkonsumenten herzustellen, die einen (vor allem für sich) problematischen Substanzgebrauch aufweisen. Der Kontakt erfolgt über niedrighschwellige Angebote, z. B. Kontaktläden/Gesundheitsräume, ambulante Wundversorgung, Infektionsprophylaxe, Streetwork, Wohn- und Übernachtungsprojekte usw.

Hier liegen die Ausgangspunkte für weitergehende Beratung und – falls nötig – medizinische Behandlung mit dem Ziel gesundheitlicher Stabilisierung (z. B. Substitution, niedrigschwelliger Entzug, Unterstützung beim Selbstentzug) sowie für psychosoziale Betreuung und Unterstützung mit dem Ziel der sozialen Integration (Wohnen, Regelung sozialer Belange, Ausbildung, Arbeit und Beschäftigung).

Der Ansatz „Harm-Reduction“ auf der Basis der Akzeptanz einer selbstbestimmten Konsumententscheidung geht jedoch als „Philosophie“ in die gesamte Drogenhilfe und Drogenpolitik ein und muss quer zu den Präventions-, Versorgungs-, Beratungs- und Behandlungsebenen unterschiedlicher Schwellenhöhe gedacht werden. In der Prävention beispielsweise drückt sich Harm-Reduction darin aus, dass sich der Schwerpunkt immer stärker in Richtung Suchtprävention verschiebt: Es geht nicht länger nur um eine Strategie der „Immunisierung“ gegenüber allen illegalen Drogen, sondern um Unterstützung zur Vermeidung unerwünschter Effekte wie etwa des Kontrollvermögens oder der Reduzierung des Alltagslebens auf Drogenkonsum und -beschaffung. Selbst bei süchtigem Verhalten können Berater und Betroffene differenzierte Kontroll- und Stabilisierungsstrategien entwickeln, die das völlige Abrutschen in die Verelendung verhindern (z. B. Erlangung von mehr Kontrolle über den eigenen Konsum, Reduktion des Gebrauchs weiterer psychotroper Substanzen).

Der partizipative Ansatz der akzeptierenden Drogenarbeit steht im Einklang mit der Philosophie der Gesundheitsförderung. Deren Konzept bildet im kritischen Gesundheitsdiskurs die theoretische Grundlage für eine ressourcenorientierte Stärkung der Gesundheit. Die Kernaussage der 1986 verabschiedeten „Ottawa-Charta“ zur Gesundheitsförderung lautet: Menschen sollen befähigt werden, möglichst viel Einfluss auf die Erhaltung und Verbesserung der eigenen Gesundheit zu nehmen und Verantwortung für die eigene Gesundheit und die Gesundheit anderer zu tragen. Dieser Prozess ist aber nur möglich, wenn soziale, politische und ökonomische Rahmenbedingungen geschaffen werden, die nicht auf Stigmatisierung und Ausgrenzung, sondern auf die Stärkung individueller Ressourcen und auf Akzeptanz orientiert sind.

Von ideologisch geprägten Debatten zur Versachlichung

Die Anfänge der akzeptierenden Drogenarbeit waren geprägt von der Auseinandersetzung mit den damals herrschenden abstinenzorientierten Haltungen und Methoden. Der Glaubenskrieg um die Einführung der Methadonbehandlung zeigt dies besonders deutlich. Emotional stark aufgeladene ideologische Debatten verstellten oftmals den Blick für eine pragmatische, und vor allem patientenorientierte Unterstützung. In den letzten 20 Jahren ist durch Forschung und den Austausch von wissenschaftlichen Erkenntnissen und praktischen Erfahrungen ein fachlicher Konsens entstanden, der sowohl auf fachlicher als auch politischer Ebene handlungsleitend geworden ist. Als Beispiele seien genannt

- *der Abschied vom Mythos der drogenfreien Gesellschaft bzw. der Freiheit von illegalen Drogen:* Die heutigen illegalen Drogen (und weitere neu entwickelte oder wieder entdeckte Substanzen) werden uns auch in den nächsten 50 Jahren begleiten. Es gilt, Schäden für den einzelnen Konsumenten und die Gesellschaft so gering wie möglich zu halten.
- *der Abschied vom Mythos der suchtfreien Gesellschaft:* Es geht nicht mehr nur darum, Sucht zu verhindern, sondern auch, zu lernen, bedürfnisgerecht damit umzugehen – dies unter Wahrung der Menschenwürde und unter Einbeziehung der Betroffenenkompetenz.
- *das Verständnis von Abhängigkeit als einem chronisch-rezidivierenden Phänomen,* das meist nur in einem längeren Prozesses bewältigt oder überwunden werden kann.
- *der Abschied von einer Sucht- und Drogenpolitik, die zwischen legalen und illegalen Drogen unterscheidet.* Dies bedeutet den Abschied von Doppelmoral und einer fundamental unterschiedlichen Behandlung der beiden Konsumentengruppen (Akzeptanz versus Ausschluss).
- *das Ende der Vorstellung von einem (linearen) „Königsweg“ in der Behandlung von Drogenabhängigkeit* (z.B. einer „Therapiekette“ vom

Entzug in einer Entwöhnungsfachklinik zur abstinenzorientierten stationären Langzeittherapie zur Nachsorge). Die Suchtdynamik verläuft in der Regel über längere Zeiträume zirkulär – der Rückfall ist der Normalfall.

- *der Abbau von Schwellen im Zugang zum Drogenhilfesystem, um die Reichweite und Haltekraft der Hilfsangebote zu vergrößern* – insbesondere für jene Drogengebraucher, die von hochschwelligen, auf Drogenfreiheit setzenden Angeboten nicht mehr erreicht werden können.

Akzeptierende Drogenarbeit und Drogenpolitik

Die Suchtkrankenhilfe für Abhängige von illegalen Drogen hat nicht nur mit den Folgen des Substanzkonsums, sondern vor allem auch mit den Folgen der prohibitiven Drogenpolitik zu tun. Prohibitionsbedingte Schädigungen führen zu sozialer Ausgrenzung, sozialem Ausschluss sowie zu sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit: Die Kriminalisierung ist der Motor für Stigmatisierung, Diskriminierung und dafür, dass Drogenabhängige strafrechtlich verfolgt, verurteilt und inhaftiert werden: Bei zwei Drittel der polizeilich erfassten Delikte geht es um Drogenmengen für den Eigenbedarf (etwa 170.000 von insgesamt 250.000 Fällen im Jahr 2007). Immer noch erfolgt in mehr als einem Fünftel der polizeilich erfassten Delikte eine straf- oder jugendgerichtliche Verurteilung (mehr als 57.000 Fälle im Jahr 2007). Mehr als ein Fünftel der Inhaftierten (von insgesamt 80.000 pro Jahr) sind oder waren bis vor kurzem intravenös injizierende Drogenkonsumenten, jeder Siebte ist Hepatitis-C-positiv (siehe Stöver, „Auswirkungen der Prohibition auf Drogenkonsumenten und Drogenhilfe“, S. 11 in diesem Band).

Seit 1998 hat sich die Bundesregierung um eine Sucht- und Drogenpolitik bemüht, die nicht mehr zwischen legalen und illegalen Drogen unterscheidet, sondern den gesellschaftlichen Umgang mit psychotropen Substanzen und die gesundheitlichen Auswirkungen des Konsums dieser Drogen ganzheitlich betrachtet. Dieser integrieren-

de Ansatz gibt den Blick frei für übergeordnete gesundheitspolitische und sozialpolitische Überlegungen. Folgende Trends lassen sich dabei beobachten:

- Im Mai 2009 hat der deutsche Bundestag einen lange umstrittenen Versuch, die wissenschaftlich begleitete Diamorphinvergabe (www.heroinstudie.de), als krankenkassenfinanzierte Leistung anerkannt. Damit ist der Weg frei, die Palette der Substitutionsmittel für die Behandlung Opioidabhängiger zu erweitern und jenen Abhängigen wirksam zu helfen, die von der herkömmlichen Behandlung mit Methadon, Polamidon oder Buprenorphin nicht oder nur schlecht erreicht werden (siehe Bonorden-Kleij, S. 160 in diesem Band).
- Die Gesamtzahl der Substituierten ist in den letzten fünf Jahren um 50 % auf nunmehr fast 80.000 gestiegen. Damit werden 5 % der ca. 150.000 bis 175.000 Opioidkonsumenten erreicht. Allerdings hat sich die Arzt-Patient-Relation verschlechtert: von 1:20 im Jahr 2003 auf 1:27 im Jahr 2008. Immer mehr Ärzte geben die Substitutionsbehandlung wegen ihres schlechten Images („dirty medicine“) und der bürokratischen Hemmnisse auf (vgl. Schulte u.a. 2009; siehe Stöver/Michels, S. 117 in diesem Band).
- In Deutschland können Drogengebraucher und Drogengebraucherinnen in 26 Konsumräumen unter hygienischen Bedingungen ihre Substanzen konsumieren. Die große Zahl dieser Räume – sie ist weltweit einzigartig – hat in vielen Städten, wo es offene, von den Anwohnern nicht geduldete Drogenszenen gab, zu einer merklichen Entlastung geführt (siehe Klee, S. 173 in diesem Band).
- In Haft stehen intravenös injizierenden Drogenabhängigen die erfolgreichen Präventions- und Behandlungsangebote nicht in dem Maße zur Verfügung wie in Freiheit. Nur etwa 600–800 von ca. 20.000 opiodabhängigen Inhaftierten werden substituiert – das sind etwa 3–4 % aller opiodabhängigen Gefangenen, die für diese Behandlungsform in Frage kämen. Sterile Spritzen werden nur noch in einer einzigen Haftanstalt (JVA für Frauen in Berlin-Lichtenberg) von insgesamt 220 in Deutschland an Drogenabhängige vergeben (siehe Knorr, S. 207 in diesem Band).

Erhöhungen der Tabaksteuer und Imagekampagnen zur Stärkung des Verzehrs auf Nikotin und Alkohol sind schon seit etlichen Jahren gesundheitspolitische Maßnahmen gegen den Konsum dieser legalen Drogen. Die Effekte einschließlich der Kompensationshandlungen sind wissenschaftlich nicht eindeutig geklärt. Die rückläufige Zahl der Raucherinnen und Raucher in jüngeren Altersgruppen weist zumindest darauf hin, dass mit diesen gebündelten Maßnahmen Erfolge zu erreichen sind – auch wenn sie nur darin bestehen sollten, dass das Einstiegsalter hinausgezögert wird.

Die Drogenbeauftragten der einzelnen Bundesregierungen haben allerdings meist nur die Suchtgefahr beschworen, statt realitätsge-rechte und glaubwürdige Präventionsmaßnahmen zu entwickeln, die den Ambivalenzen des Drogenkonsums – Lust und Last, Genuss und Gefahr – vor allem bei Jugendlichen Rechnung tragen (als Beispiel sei hier auch die „Computersucht“ genannt). Mit dieser „Versüchtelung“ unserer Gesellschaft werden eher Suchtstrukturen und Bilder von „Fremdsteuerung“ zementiert, als dass Ressourcen für den Umgang mit einem möglicherweise problematischen Konsum gefördert würden.

Vor allem aber müssten die gesetzlichen Regelungen der selektiven Prohibition (legale versus illegale Drogen) auf ihre Folgen für die Gesamtgesellschaft neu überprüft werden: Förderung von Doppelmo-ral, Behinderung von Maßnahmen der Drogenhilfe, Kriminalisierung, Ausgrenzung und Gefährdung der Gesundheit sind nicht hinnehmbare Konsequenzen einer vorwiegend auf Bestrafung zielenden Drogenkontrolle. Dies gilt insbesondere für junge Gebraucher von Drogen wie Cannabis, Kokain, Heroin oder Ecstasy.

Der heutigen Drogenpolitik fehlt außerdem eine ressortübergrei-fende Sicht- und Arbeitsweise, z. B. der Gesundheits-, Sozial-, Innen- und Rechtspolitik. Eine im Wesentlichen repressive Verbotspolitik dominiert alle „gut gemeinten“ Präventions- und Hilfeanstrengungen. Am Beispiel des Cannabiskonsums wird deutlich, dass es bisher nicht gelungen ist, den Zusammenhang zwischen Prohibition einerseits und gesundheitlichen und sozialen Schäden andererseits zu erfassen. Angesichts der enormen Zunahme des Cannabiskonsums in der Bevöl-kerung (eine „Abstimmung mit den Tüten“) und der rechtlichen Un-

gleichheit in Deutschland (die Einstellung der Justiz gegenüber dem Cannabisbesitz zum Eigenbedarf variiert je nach Bundesland zum Teil erheblich) wäre es dringend geboten, alternative, also nicht vom Strafrecht dominierte Kontrollformen zu erproben. Dadurch würde Drogenpolitik glaubwürdig.

Stattdessen bleibt es bei der – unbeabsichtigten – staatlichen Förderung eines völlig unregulierten Schwarzmarktes: Es gibt keine Qualitäts- und Preiskontrollen, keinen Jugend- und Verbraucherschutz, keine Steuereinnahmen. Während beispielsweise Portugal und Tschechien mit einer neuen Politik der Entkriminalisierung mutig vorangehen, hält man hierzulande am Motto „Immer mehr desselben“ fest.

Hilfestrategien

Die Drogenkonsumentinnen und -konsumenten verändern sich, dementsprechend müssen auch die Hilfeangebote modifiziert werden. So mangelt es an migranten-, gender-, alters- und schichtspezifischen Zugängen und Methoden, die sich gezielt an die einzelnen Gruppen wenden. Vor allem die auf Männer ausgerichtete Prävention, Beratung und Behandlung steckt noch in den Kinderschuhen (siehe Jacob/Stöver [Hg.] 2006 und 2009; Stöver u. a. 2010). Lange Zeit hat man auf eine „geschlechtslose“ Suchtkrankenhilfe gesetzt, aus der sich lediglich das Arbeitsfeld „Frau und Sucht“ entwickelt hat. Und auch bei allgemeinen Präventionsmaterialien wurde viele Jahre nicht nach sozialen Schichten differenziert – zu Lasten von benachteiligten Jugendlichen.

Allerdings hat es in den letzten Jahren methodische Neuerungen gegeben. Diese erlauben es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, systematisch und trotzdem zieloffen auf Motivationen zu Veränderung einzugehen. Methoden wie Konsumreduktions- und -kontrollprogramme (z. B. KISS – Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum, siehe Happel u. a. 2009) oder „Motivierende Gesprächsführung“ (siehe Miller/Rollnick 2010) sind zu Standards vieler Beratungsstellen und Behandlungseinrichtungen geworden. Sie ermöglichen differenzierte Hilfestrategien, die angesichts der Zunahme des Drogenmischkonsums gebraucht werden.

Nationale Politikstrategien

Welche Politik könnte dazu beitragen, die gesellschaftliche Ausgrenzung von Drogenkonsumenten und -abhängigen abzubauen? Hierzu folgende Thesen:

- Obwohl Sucht primär ein Thema der Sozial- und Gesundheitspolitik ist, reagiert unsere Gesellschaft darauf in erster Linie kriminal- und ordnungspolitisch und grenzt damit aus (siehe Stöver, „Auswirkungen der Prohibition auf Drogenkonsumenten und Drogenhilfe“, S. 11 in diesem Band; Pfeiffer-Gerschel/Flöter 2009).
- Die Einbeziehung von Betroffenenkompetenz und die Selbsthilfe sind tragende Elemente der Gesundheitspolitik und müssen viel stärker als bisher gefördert werden.
- Risikokompetenz (sprich: Risikobewusstsein beim Umgang mit Suchtmitteln) und der Verbraucherschutz müssen gestärkt werden. Drug-Checking als strukturierte Qualitätskontrolle ist ein zentrales Instrument für mehr (Überlebens-)Sicherheit (siehe Sterneck, S. 236 in diesem Band).
- Ohne eine Veränderung der gesellschaftlichen und vor allem kriminalpolitischen Rahmenbedingungen ist auch keine innovative, auf Integration zielende Suchtkrankenhilfe möglich. Die Strafflosstellung des Erwerbs und Besitzes bestimmter Mengen von Drogen zum Eigenbedarf ist ein wesentlicher Schritt zur Entkriminalisierung von Drogengebrauchern (siehe Stöver, „Auswirkungen der Prohibition auf Drogenkonsumenten und Drogenhilfe“, S. 11 in diesem Band).
- Cannabis sollte aus der Anlage I des Betäubungsmittelgesetzes gestrichen werden, um legal zugänglich zu sein. Die Kontrolle des Anbaus und Vertriebs von Cannabisprodukten sollte über das Arznei- oder Lebensmittelrecht geregelt werden.

Exkurs Hepatitis C: Keine nationale Antwort auf die stumme Epidemie

Das „Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch“ (vgl. www.hepatitisfachtag.de) versucht, „Hepatitis C“ als Querschnittsthema in der Diskussion zur gesundheitlichen Versorgung Drogenabhängiger zu verankern. Zwar kann diese Infektionskrankheit immer besser behandelt werden, doch vielen Drogenabhängigen (ein Großteil von ihnen mit HIV/Hepatitis-Koinfektionen) ist der Zugang zur antiviralen Therapie verschlossen.

Die Gründe, weshalb dieses schwerwiegende Gesundheitsproblem vieler Menschen in Deutschland sowie seine finanziellen wie auch organisatorischen Konsequenzen ausgeblendet werden, sind bei der Politik, in der psychosozialen Arbeit und in der medizinischen Versorgung ebenso zu finden wie bei den Betroffenen selbst:

- > Die Hauptbetroffenengruppe der Drogenabhängigen stößt auf Ablehnung.
- > Man vertraut auf die „Huckepack“-Wirkung der HIV-Prävention.
- > Es mangelt an Aufklärung über die Therapiemöglichkeiten sowie die Wirkungen und Nebenwirkungen der Behandlung.
- > Viele Drogenkonsumenten vernachlässigen die Infektionsprophylaxe. Angesichts der hohen Prävalenz wird die Infektion als unentrinnbares Schicksal betrachtet.
- > Die Präventionsarbeit wird vernachlässigt. Dies betrifft sowohl die Personalkommunikation als auch die Bereitstellung von Präventionsmitteln.
- > Die Möglichkeit, sich gegen Hepatitis A und B impfen zu lassen, wird zu wenig genutzt.

Im Gegensatz zu 22 anderen EU-Staaten gibt es in Deutschland keine nationale Strategie zur Bekämpfung der Hepatitis C (siehe Knorr/Schäffer/Sweers 2006). Regionale, in Zusammenarbeit von Behörden und Drogenhilfe-Einrichtungen entwickelte Maßnahmen wie z.B. die Hepatitiswochen in Hamburg (siehe Stöver/Schulte 2007) könnten hier als Modelle dienen. Nötig ist unter anderem Folgendes:

- > Der Zugang zu Prävention, Tests und Behandlung für drogenabhängige Migranten mit Hepatitis C muss verbessert werden (Schulte u.a. 2008).
- > Grundsatzfragen zu Epidemiologie und Übertragungswegen der Hepatitis C sind dringend zu klären (Radun 2006).
- > Die Substitutionsbehandlung in der Arztpraxis bietet ein Setting, das sich für HCV-Tests und die Behandlung der Hepatitis C, aber auch für die Impfung gegen Hepatitis A und B besonders gut eignet. Die entsprechende Nutzung dieses Settings muss gefördert werden (siehe Schäffer/Sweers, „test it‘: Ergebnisse des Modellprojekts“, S.263, und Radun, S.75 in diesem Band).

Kommunale Politikstrategien

Die 2008 veröffentlichten Frankfurter Thesen zur Drogenpolitik und Drogenarbeit (siehe www.drogenkonferenz.de) weisen zu Recht darauf hin, dass zu schadensminimierenden Hilfeansätzen ein allgemeiner Konsens besteht. Was die konsequente Weiterentwicklung dieses Ansatzes angeht, zeigen sich allerdings erhebliche regionale Unterschiede. Hinzu kommt, dass durch die Auflösung der offenen Drogenszenen und den Ausbau von Hilfeangeboten der Drogenkonsum in den Kommunen heute weniger sichtbar ist als in früheren Jahren. Das hat dazu geführt, dass sich die Bevölkerung weniger bedroht fühlt, wie aus Umfragen hervorgeht. Geringer geworden ist dadurch aber auch die Aufmerksamkeit der Politik und in der Folge das Engagement für

nötige drogenpolitische Weiterentwicklungen (z.B. in Sachen Drug-Checking) und die Bereitschaft, die Drogenarbeit angemessen zu finanzieren. Akzeptierende Angebote, mithin die Überlebenshilfen sind somit gefährdet, weshalb ihre Akzeptanz in Politik und Bevölkerung immer wieder neu hergestellt werden muss (siehe Stöver 2004). Aus der Schweiz, dem Vorreiterland für eine professionelle, flächendeckende Harm-Reduction-Arbeit, wird Ähnliches berichtet.

Die Frankfurter Thesen erwähnen ebenso die Notwendigkeit intra- und interkommunaler Zusammenarbeit. Das heißt: Wenn sich Szenen vermischen oder weiter ausdifferenzieren, sind neue Kooperationen zwischen Drogen- und Aidshilfen und anderen Hilfseinrichtungen innerhalb der Kommune und in der Region erforderlich, um die Drogenarbeit und die Drogenpolitik gemäß den neuen Herausforderungen weiterzuentwickeln – und zwar lange bevor auf Bundesebene entsprechende Gesetze entworfen und verabschiedet werden (siehe Kalke 2001).

Fazit

Um gesellschaftlicher Ausgrenzung entgegenzuwirken, muss die Drogen- und Suchtdiskussion entdramatisiert werden. Auf drogenpolitischer Ebene gilt es, auf das Strafrecht bezogene Reaktionen abzubauen. Die Drogenhilfe wiederum muss sich von Strategien „der besten Absicht“ verabschieden, die oftmals in unheiliger Allianz mit einer strafenden Drogenpolitik den Drogenkonsum pathologisiert. Mehr Gelassenheit, eine pragmatische, realitätsgerechte Aufklärung über Drogen sowie die Einbeziehung der Zielgruppen und die Nutzung ihrer Kompetenzen und Erfahrungen wären wichtige Schritte in Richtung einer „Normalisierung“ im Umgang mit den Konsumentinnen und Konsumenten psychoaktiver Substanzen.

Literatur

Happel u.a. 2009

Happel, H.-V.Becker, G./Körkel, J.: Angewandte Methoden und Programme: Verhaltensorientiertes Selbstmanagementprogramm „Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum (KISS)“. 2009

Jacob/Stöver [Hg.] 2006

Jacob, J./Stöver, H. (Hg.): Sucht und Männlichkeit. Wiesbaden: VS-Verlag, 21–40

Jacob/Stöver [Hg.] 2009

Jacob, J./Stöver, H. (Hg.): Männer im Rausch. Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht. Reihe Studien interdisziplinäre Geschlechterforschung. Bielefeld: transcript 2009

Kalke 2001

Kalke, J.: Innovative Landtage. Eine empirische Untersuchung am Beispiel der Drogenpolitik. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag 2001

Knorr u. a. (Hg.) 2006

Knorr, B./Schilling, R./Schäffer, D./Sweers, H. (Hg.): HIV- und Hepatitis-Prävention. AIDS-FORUM DAH, Band 51. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V. 2006

Knorr/Schäffer/Sweers 2006

Knorr, B./Schäffer, D./Sweers, H.: Auf dem Weg zu einer deutschen Hepatitis-C-Strategie. In: Knorr u. a. (Hg.) 2006

Miller/Rollnick 2010

Miller, W. R./Rollnick, S.: Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus 2010

Pfeiffer-Gerschel u. a. 2009

Pfeiffer-Gerschel, T./Flöter, S.: Die ökonomischen Auswirkungen der gegenwärtigen Kontrollpolitik. Vortrag auf dem 9. Internationalen akzept-Kongress vom 24.–26.09.2009 in Frankfurt. München: IFT – Institut für Therapie-forschung 2009 (http://www.akzept.org/kongress/pdfog/kosten_pfeiffer_gerschel.pdf; letzter Zugriff: 16.04.2011)

Radun 2006

Radun, D.: Epidemiologie von Hepatitis B und C. In: Knorr u. a. (Hg.) 2006

Schulte u. a. 2008

Schulte, B./Stöver, H./Leicht, L./Schnackenberg, K./Reimer, J.: Prävention der Hepatitis C bei Drogenkonsumenten. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 51, 1210–1217 (<http://www.springerlink.com/content/q460l23227477682>; letzter Zugriff: 16.04.2011)

Schulte u. a. 2009

Schulte, B./Gansefort, D./Stöver, H./Reimer, J.: Strukturelle Hemmnisse in der Substitution und infektiologischen Versorgung Opiatabhängiger. In: *Suchttherapie*, 10, 125–130

Stöver [Hg.] 1999

Stöver, H. (Hg.): Akzeptierende Drogenarbeit. Eine Zwischenbilanz. Freiburg: Lambertus 1999

Stöver 2004

Stöver, H.: Gesundheitsförderung und HIV/Hepatitis-Prävention für Drogengebraucher oder wie man Gutes noch besser machen kann. In: Klee, J./Stöver, H. (Hg.): *Drogen, HIV/Aids, Hepatitis. Ein Handbuch*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2004, 10–25

Stöver 2008

Stöver, H.: Sozialer Ausschluss, Drogenpolitik und Drogenarbeit – Bedingungen und Möglichkeiten akzeptanz- und integrationsorientierter Strategien. In: Anhorn, R./Bettinger, F./Stehr, J. (Hg.): *Sozialer Ausschluss und soziale Arbeit. Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Wiesbaden: VS Verlag 2008, 335–354

Stöver/Schulte 2007

Stöver, H./Schulte, B.: Vorwort der Veranstalter. In: *Neue Modelle erfolgreicher HCV-Arbeit*. 4. Internationaler Fachtag Hepatitis C, Hamburg 2007. Dokumentation (http://www.akzept.org/hepc_dokument/doku_HEP4_kompl.pdf; letzter Zugriff: 16.04.2011)

Stöver u. a. 2010

Stöver, H./Bockholt, P./Vosshagen, A.: Männlichkeiten und Sucht. 2. Aufl., hg. vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe – LWL-Landesjugendamt, Koordinationsstelle Sucht. Münster 2010 (http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Vernetzung/Arbeitskreise/Maenner-sache_Sucht/Materialien_Maenner; letzter Zugriff: 16.04.2011)

Epidemiologie von HIV/Aids bei i.v. Drogen Gebrauchenden

Osamah Hamouda

Einleitung

Die weltweite HIV/AIDS-Epidemie hat sich zu einem der größten Gesundheitsprobleme der heutigen Zeit entwickelt. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und UNAIDS lebten Ende 2010 weltweit insgesamt 33,3 Millionen Menschen mit HIV oder AIDS. Für 2009 wurde die Zahl der HIV-Neuinfektionen auf 2,6 Millionen und die der HIV-bedingten Todesfälle auf 1,8 Millionen geschätzt (UNAIDS 2010).

Die Situation in Deutschland stellt sich im europäischen und internationalen Vergleich relativ günstig dar. Dies kann vor allem den früh begonnenen und effektiv durchgeführten Präventionsmaßnahmen angerechnet werden, die zusammen mit dem großem Engagement von Selbsthilfegruppen zu einer Verminderung von Verhaltensweisen mit Infektionsrisiko geführt haben (UNAIDS 2010; ECDC 2010).

HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen sind in der Bevölkerung sehr ungleich verteilt. Bestimmte Bevölkerungsgruppen, die durch ihren Lebensstil oder andere Faktoren einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt sind, tragen die Hauptlast der HIV/AIDS-Epidemie. Wenn gleich die HIV-Prävalenz^a in der Gesamtbevölkerung Deutschlands mit

kleiner als 1 pro 1.000 Einwohner (RKI 2010) und die Inzidenz^b neu diagnostizierter HIV-Infektionen mit 3,5 pro 100.000 Einwohner im Jahr 2009 im Vergleich zu vielen anderen Ländern Europas relativ gering sind, so führt die HIV/AIDS-Epidemie regional, in bestimmten Bevölkerungsschichten und bestimmten Altersgruppen doch zu erheblicher Morbidität^c und Mortalität^d.

Zu Beginn der Epidemie war der Erreger unbekannt, und labordiagnostische Tests standen nicht zur Verfügung. Daher stützte sich die epidemiologische Überwachung (Surveillance) in den frühen 1980er Jahren fast ausschließlich auf die Erfassung von klinisch manifest erkrankten Personen im AIDS-Fallregister. Heute bildet die Erfassung neu diagnostizierter HIV-Infektionen nach § 7 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) eine wesentliche Säule der HIV-Surveillance (Hamouda u. a. 1999).

Die Überwachung des aktuellen Infektionsgeschehens ist jedoch schwierig. Die HIV-Infektion verläuft in den ersten Jahren in aller Regel symptomarm. Dies führt dazu, dass zwischen dem Zeitpunkt der Infektion und dem Zeitpunkt der Diagnose ein individuell unterschiedlich langer Zeitraum von oftmals mehreren Jahren liegt. Auch die heute routinemäßig verwendeten labordiagnostischen Tests können nicht zuverlässig zwischen frischen (akuten) oder bereits längere Zeit bestehenden HIV-Infektionen unterscheiden. Die klinischen Zeichen einer akuten Infektion (Fieber, Lymphknotenschwellungen, ein flüchtiges Exanthem und andere unspezifische Symptome) bleiben – sofern vorhanden und besonders, wenn keine genaue Risikoanamnese erhoben wird – oft unerkannt. Die neu diagnostizierten HIV-Infektionen stellen daher eine Mischung von neu erworbenen und bereits länger bestehenden HIV-Infektionen dar.

a Prävalenz = Häufigkeit einer Erkrankung in einer definierten Bevölkerungsgruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt

b Inzidenz = Zahl der neu diagnostizierten Erkrankungsfälle in einer definierten Bevölkerungsgruppe in einem bestimmten Zeitraum (z. B. ein Jahr)

c Morbidität = Erkrankungshäufigkeit

d Mortalität = Sterbehäufigkeit

Die Meldungen über HIV-Neudiagnosen erlauben somit keinen direkten Rückschluss auf den Infektionszeitpunkt und müssen entsprechend vorsichtig interpretiert werden. Sie dürfen nicht mit der HIV-Inzidenz (Zahl der neu erworbenen HIV-Infektionen), aber auch nicht mit der HIV-Prävalenz (Zahl der zu einem bestimmten Zeitpunkt bestehenden HIV-Infektionen) gleichgesetzt werden. Weitere Faktoren, die die HIV-Meldedaten beeinflussen können, sind Testangebote, deren Inanspruchnahme und das Meldeverhalten der Ärzte. Veränderungen dieser Parameter im Zeitverlauf können die Interpretation der Daten besonders erschweren. Trotz all dieser Einschränkungen liefern die gemeldeten HIV-Neudiagnosen derzeit die besten Daten zur Abschätzung des aktuellen Infektionsgeschehens.

Für eine möglichst realitätsnahe Einschätzung der aktuellen Situation und der zukünftigen Entwicklung bedarf es einer zusammenfassenden Analyse und Interpretation von verschiedenen Datenquellen, Studien und Untersuchungen. In Deutschland stehen für die epidemiologische Überwachung von HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in erster Linie die Meldungen über die Zahl der bestätigt positiv getesteten HIV-infizierten Personen (ab 1987 nach Laborberichtsverordnung, seit 2001 nach Infektionsschutzgesetz) sowie die freiwilligen und anonymen Fallberichte der behandelnden Ärzte über AIDS-Erkrankungs- und -Todesfälle (ab 1982) zur Verfügung. Ergänzt werden diese Daten durch die Ergebnisse weiterer Untersuchungen des RKI.

Datenquellen

Die wichtigsten für die Beschreibung der HIV/AIDS-Epidemie herangezogenen Erhebungsinstrumente sollen hier zum besseren Verständnis kurz beschrieben werden.

Das AIDS-Fallregister

Seit 1982 werden die freiwilligen und anonymen Fallberichte der behandelnden Ärzte über AIDS-Erkrankungs- und -Todesfälle in Deutschland in einem zentralen Fallregister zusammengetragen und ausgewertet.

Das AIDS-Fallregister hat in der Vergangenheit die grundlegenden Daten für die Abschätzung des Ausmaßes der HIV/Aids-Epidemie geliefert und ist auch heute noch ein unverzichtbares Instrument. Erhoben werden

- belastbare Angaben zu Alter, Geschlecht, Region des Wohnorts sowie zum möglichen Infektionsrisiko der AIDS-Patienten,
- zuverlässige Informationen über die zur Diagnose AIDS führenden Erkrankungen, zur medizinischen Betreuung und zur antiretroviralen Therapie sowie
- andere für die epidemiologische Bewertung relevante Angaben.

Die Vollständigkeit der Erfassung der in Deutschland aufgetretenen Fälle im AIDS-Fallregister lag viele Jahre bei über 85 %, hat aber in den letzten Jahren auf etwa 65 % abgenommen (Hamouda 2003).

Grundlage der Meldungen ist die jeweils geltende AIDS-Falldefinition zur epidemiologischen Erfassung. Die europaweit angewendete „AIDS-Falldefinition für die epidemiologische Überwachung“ von 1993 ist deckungsgleich mit dem Stadium „C“ der klinischen Stadieneinteilung der CDC^e von 1993. Die freiwilligen und anonymisierten Meldungen an das AIDS-Fallregister erfolgen auf einem speziellen Bogen, der als vertraulicher Arztbericht gekennzeichnet ist und den standesrechtlichen Regelungen unterliegt.

Um bei dem erfahrungsgemäß häufigen Arzt- und Klinikwechsel der Patienten Mehrfachmeldungen ein und derselben Person zu erkennen und um die Zuordnung von Todesfallmeldungen zu ermöglichen, wird ein Personencode verwendet, der aus Elementen des Vor- und Zunamens generiert wird und so die Anonymität wahrt. Diese fallbezogene Verschlüsselung wurde 1985 mit der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten (AGLMB, heute AOLG) und den Datenschutzbeauftragten der Länder und des Bundes abgestimmt.

^e CDC = Centers for Disease Control and Prevention, eine US-amerikanische Bundesbehörde zur Eindämmung von Infektionskrankheiten

Berichtspflicht für positive HIV-Bestätigungstests

Die erste Fassung der „Verordnung über die Berichtspflicht für positive HIV-Bestätigungsteste (Laborberichtsverordnung, LabVO)“ trat am 1. Oktober 1987 in Kraft. Sie verpflichtete jeden Arzt, der Bestätigungstests zum Nachweis von HIV-Antikörpern durchführte, die positiven Ergebnisse in Form eines anonymen Berichts an das Robert Koch-Institut zu melden. Ziel der Verordnung war es damals, anhand der zusammengeführten Daten aus all den Laboratorien, die HIV-Bestätigungstests durchführen, einen Überblick über die Gesamtzahl, die Hauptübertragungswege und die regionale Verteilung der HIV-Infizierten zu erhalten. Das Problem der Mehrfachtestung und -meldung wurde hierbei jedoch zunächst unterschätzt. Die Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) hatte – auf freiwilliger Basis – entsprechende Daten schon vor Inkrafttreten dieser Verordnung gesammelt, sodass in begrenztem Umfang auch Informationen über die Jahre vor 1987 verfügbar sind.

Zwischen 1987 und 1992 bezogen sich die Meldungen nach der Laborberichtsverordnung nicht auf untersuchte Personen, sondern auf untersuchte Blutproben, da die Meldung und Erfassung der Daten völlig anonym und – im Gegensatz zum AIDS-Fallregister – auch ohne jede fallbezogene Verschlüsselung erfolgte. Daher konnten Mehrfachmeldungen nur dann erkannt werden, wenn das berichtende Labor auf dem Berichtsbogen vermerkte, dass die untersuchte Blutprobe von einer bereits als HIV-positiv bekannten Person stammte. Angaben zum Infektionsweg wurden insgesamt nur bei einem Drittel der Meldungen gemacht. Ab 1993 konnte die Qualität und Vollständigkeit der Daten kontinuierlich verbessert werden. Ein veränderter Meldebogen und intensivere Nachrecherchen erlaubten eine bessere Differenzierung zwischen gesicherten Erstdiagnosen und Meldungen, bei denen dem Labor keine Informationen über einen eventuell bereits früher durchgeführten positiven HIV-Antikörpertest vorlagen.

Ab Mitte 1998 wurde in Ergänzung der geltenden Laborberichtsverordnung eine freiwillige Meldung des behandelnden Arztes eingeführt, mit dem Ziel, die bisherige Testerfassung in eine fallbezoge-

ne Registrierung überzuleiten. Auf diese Weise konnte die tatsächliche Zahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen wesentlich genauer erfasst werden. Darüber hinaus orientierte sich diese Art der Erfassung an dem Ziel, die fallbezogene Erfassung der HIV-Daten (HIV case reporting system) europaweit in Ergänzung zur bestehenden AIDS-Fall-erfassung zu installieren. Auch im Zusammenhang mit den verbesserten therapeutischen Möglichkeiten und den in der Folge rückläufigen Zahlen der AIDS-Neuerkrankungen hat diese Neuerung bei der Analyse der Daten aus der LabVO zu einer besseren Einschätzung der aktuellen Situation beigetragen.

Mit dem Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) zum 1. Januar 2001 wurde die für AIDS-Fallberichte lange zuvor etablierte fallbezogene Verschlüsselung auch für die Meldungen von HIV-Infektionen verwendet und das ab Mitte 1998 eingeführte Verfahren im Gesetz festgeschrieben.

Rückrechnungsmodelle

Aus der Zahl der diagnostizierten AIDS-Erkrankungen und mithilfe der aus Kohortenstudien gewonnenen Daten lässt sich der Verlauf der HIV-Inzidenz in Deutschland mathematisch modellieren.

Bei der Methode der Rückrechnung („back calculation“, auch „back projection“) wird zum einen von der in einem bestimmten Diagnosezeitraum (in der Regel ein Quartal) gemeldeten Zahl der AIDS-Fälle ausgegangen, die im Hinblick auf Meldeverzug und Untererfassung korrigiert wird. Zum anderen legt man die von der HIV-Infektion bis zum Vollbild AIDS vergangene Zeit zugrunde. Diese Zeit wird anhand von Inkubationszeitverteilungen, die in verschiedenen Kohortenstudien beobachtet werden, sowie unter Berücksichtigung von Änderungen der AIDS-Falldefinition und von Therapieeffekten geschätzt. Auf dieser Grundlage wird dann für die verschiedenen Betroffenenengruppen der Verlauf der HIV-Inzidenz berechnet (Dietz u. a. 1994).

Über die Zahl der Personen, die sich in den letzten drei bis vier Jahren infiziert haben, kann diese Methode jedoch nur sehr ungenaue Schätzungen liefern. Denn die Zahl der AIDS-Fälle, die aus diesen In-

fektionen hervorgegangen sind (sie bilden zugleich die Berechnungsgrundlage), ist noch zu gering. Außerdem können die Effekte der antiretroviralen Therapie und der damit verbundene starke Rückgang der AIDS-Fallmeldungen ab 1996 in den verfügbaren Modellen bisher nicht berücksichtigt werden. Der Verlauf der HIV-Inzidenz ab diesem Zeitpunkt muss daher durch andere Methoden geschätzt werden.

Unter Verwendung der AIDS-Falldaten bis 1995 kann diese Modellrechnung jedoch eine relativ zuverlässige Schätzung des Verlaufs der HIV-Inzidenz bis 1991/1992 geben.

Weitere Datenquellen

Weitere Daten, die zur Bewertung des HIV-Geschehens herangezogen werden, stammen aus der „Klinischen Surveillance von HIV (ClinSurv)“, der HIV-Dokumentation Nordrhein (Hamouda u. a. 2002), der HIV-Serokonverterstudie (Bartmeyer u. a. 2010) sowie der Blutspender-Surveillance (Offergeld u. a. 2010). Daten zu Wissen, Einstellungen und Verhalten von Risikogruppen stammen aus dem STD-Sentinel^f (Bremer u. a. 2005), aus Wiederholungsbefragungen bei Männern, die Sex mit Männern haben (Bochow u. a. 2010), und aus den Wiederholungsbefragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA 2010). Ergänzende Daten zu HIV/AIDS-bedingten Todesfällen werden aus der Todesursachenstatistik der Statistischen Landesämter und vom Statistischen Bundesamt bezogen.

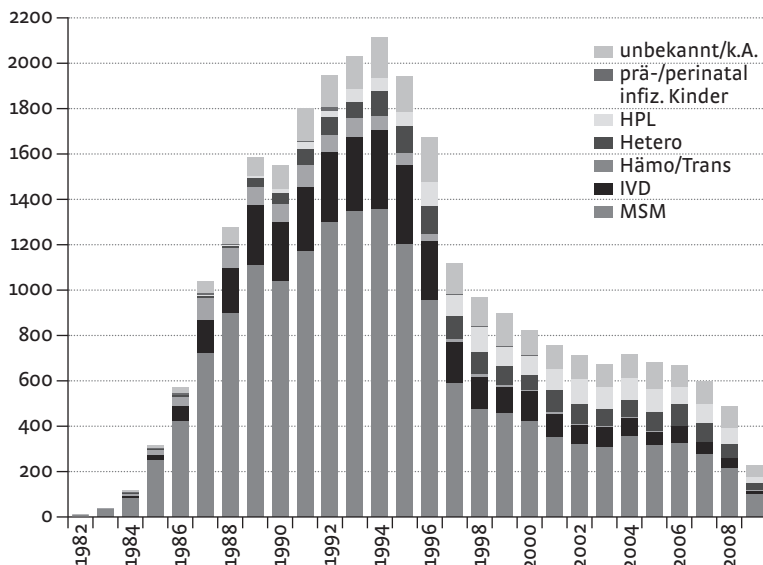
f Mit Hilfe der STD-Sentinel-Surveillance (sie erfolgt anhand stichprobenartiger Erhebungen) kann der epidemiologische Verlauf von sexuell übertragbaren Infektionen in Deutschland beurteilt werden.

Entwicklung der HIV/AIDS-Epidemie

AIDS-Fälle

Nachdem 1981 aus den USA Berichte über die ersten Fälle des später als AIDS bezeichneten Krankheitsbildes eingetroffen waren, wurden 1982 auch in Deutschland die ersten AIDS-Fälle aus Frankfurt am Main, München und Berlin berichtet. In den folgenden Jahren stieg die Zahl der neu diagnostizierten AIDS-Fälle rasch an und erreichte 1994 über 2.000 Patienten. Ab 1995 war in Deutschland – wie in den meisten Industrieländern – ein deutlicher Rückgang der AIDS-Neuerkrankungen zu beobachten, der in erster Linie auf die verbesserten Möglichkeiten der HIV-Behandlung sowie ihren breiten und frühen Einsatz zurückzuführen ist. Dieser Trend hat sich in den letzten Jahren nur noch verlangsamt fortgesetzt. Im Vergleich zu dem 1994 erreichten Höchststand (2.040 Fälle) und zu den in Modellen errechneten Vorausschät-

Abbildung 1: AIDS-Fälle in Deutschland 1982 bis 2009 nach Diagnosejahr und wahrscheinlichem Übertragungsweg (N=27.305)

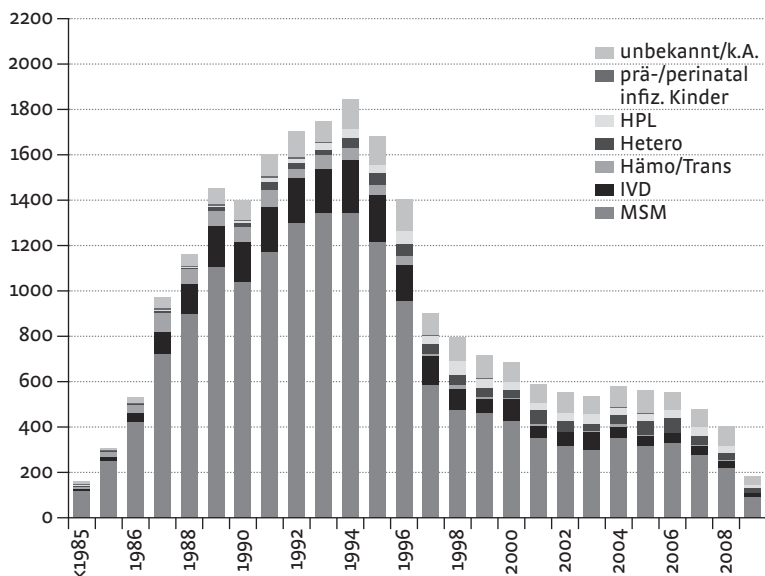


zungen (ohne Berücksichtigung von Therapieeffekten) ist die Zahl der AIDS-Neudiagnosen um nahezu zwei Drittel zurückgegangen. Die Zahl der neu an AIDS Erkrankten betrug 2010 (unter Berücksichtigung der noch zu erwartenden Meldungen und einer Untererfassung von 35 %) etwa 800 und ist mit leicht abnehmender Tendenz auf dem Niveau der letzten Jahre geblieben (Abbildung 1). Etwa 550 Menschen sind im Jahr 2010 an den Folgen der HIV-Infektion bzw. an AIDS verstorben.

Entwicklung in den Hauptbetroffenengruppen

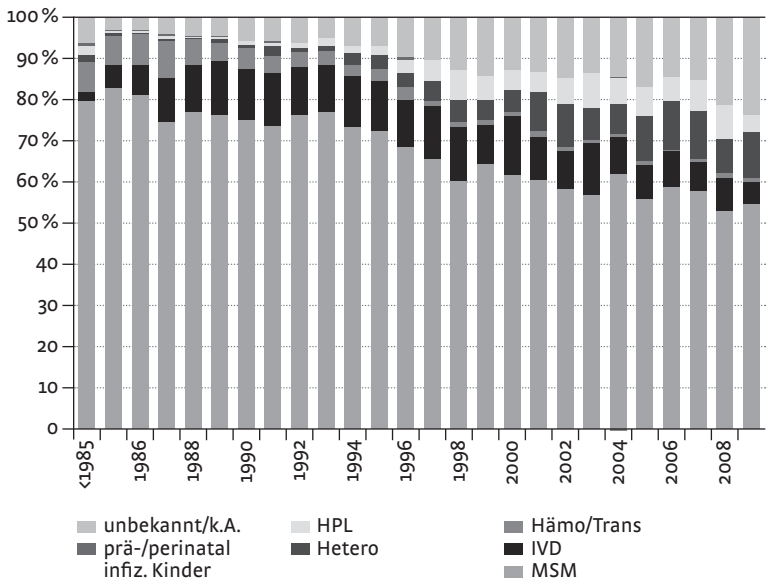
Von den seit Beginn der Epidemie berichteten 27.305 AIDS-Fällen betreffen 86 % Männer und 14 % Frauen. Dabei stellen Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), mit 70 % die größte Gruppe dar (Abbildung 2). An zweiter Stelle liegen mit 11 % Männer, die ihre Infektion über in-

Abbildung 2a: Absolute Zahl der AIDS-Fälle bei Männern in Deutschland 1982-2009 nach Diagnosejahr und wahrscheinlichem Übertragungsweg



travenösen Drogengebrauch (IVD) erworben haben. Deutlich weniger häufig vertreten sind Personen, die sich bei heterosexuellen Kontakten infizierten (4 %) oder aus einem Land mit hoher HIV-Prävalenz in der allgemeinen Bevölkerung (Hochprävalenzländer, HPL) stammen (knapp 3 %). Für 9 % der berichteten AIDS-Fälle bei Männern liegen keine Angaben zum Infektionsrisiko vor.

Abbildung 2b: Prozentuale Verteilung der AIDS-Fälle bei Männern in Deutschland 1982-2009 nach Diagnosejahr und wahrscheinlichem Übertragungsweg



Ganz anders stellt sich die Risikoverteilung bei Frauen dar (Abbildung 3). Hier ist i.v. Drogengebrauch mit 36 % der insgesamt häufigste Übertragungsweg bei den bisher berichteten AIDS-Fällen. „Heterosexuelle Kontakte“ (Hetero) und „Herkunft aus einer Hochprävalenzregion“ (HPL) wurde jeweils für 22 % der AIDS-Fälle bei Frauen angegeben. Für 15 % der Frauen liegen keine Angaben zum Infektionsweg vor.

Abbildung 3a: Absolute Zahl der AIDS-Fälle bei Frauen in Deutschland 1982-2009 nach Infektionsweg und Diagnosejahr

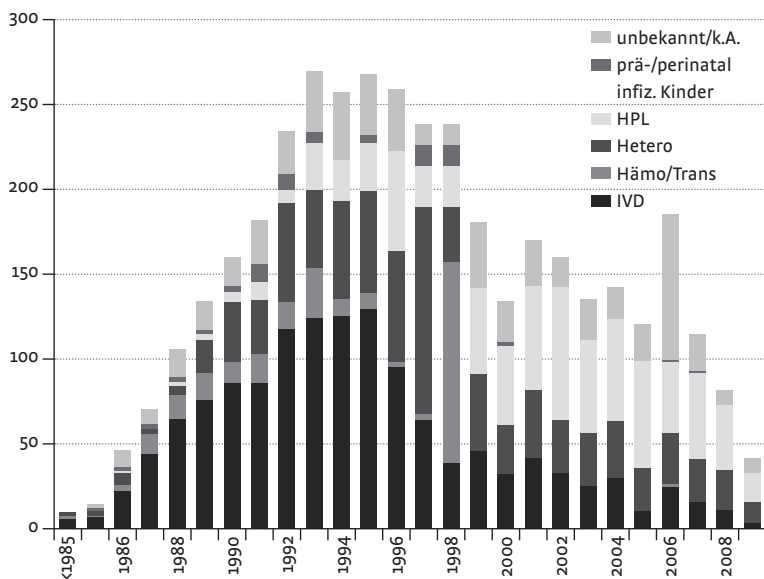
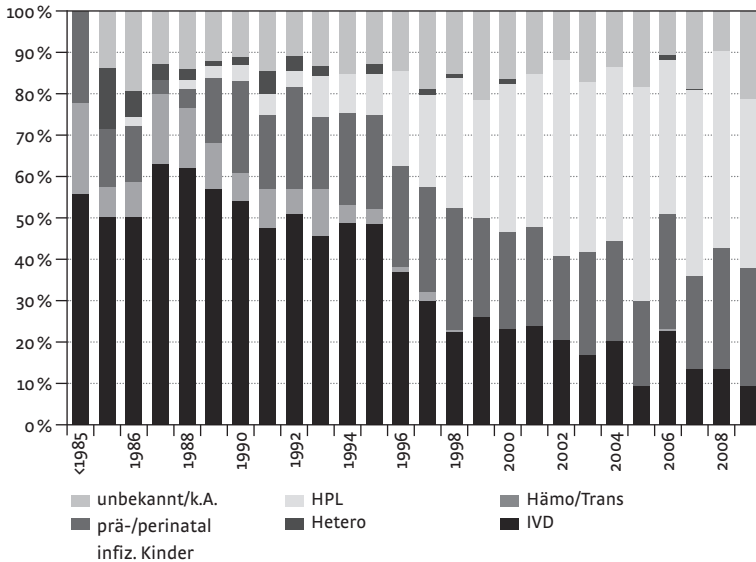


Abbildung 3b: Prozentuale Verteilung der AIDS-Fälle bei Frauen in Deutschland 1982–2009 nach Infektionsweg und Diagnosejahr



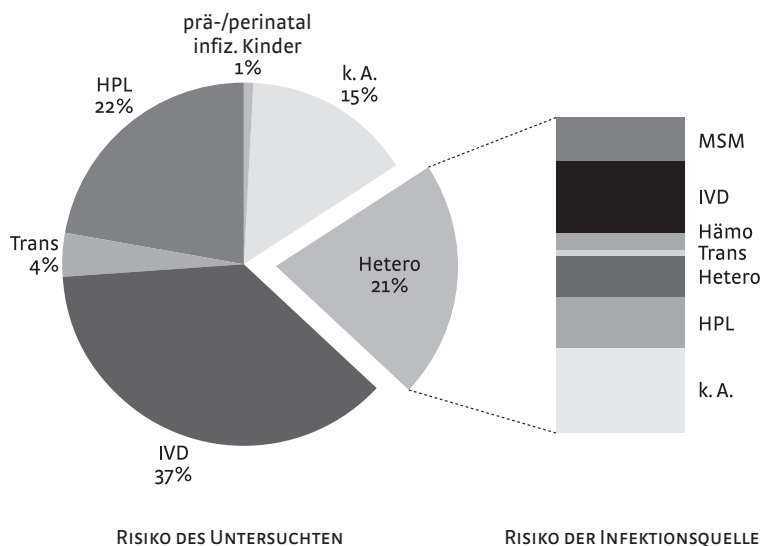
Aktuelle Entwicklung

Die Zahl der neu diagnostizierten AIDS-Fälle hat seit Mitte der 1990er Jahre deutlich abgenommen, und auch die Anteile der verschiedenen Hauptbetroffenengruppen haben sich stark verändert. Um Verzerrungen aufgrund des hohen Meldeverzugs zu vermeiden, werden bei der Geschlechts- und Risikoverteilung die gemeldeten Erkrankungen der letzten 36 Monate zusammengefasst.

Von den zwischen 01.01.2007 und 31.12.2009 neu an AIDS Erkrankten waren 82 % Männer und 18 % Frauen. Dabei stellten Männer, die Sex mit Männern haben, mit 55 % die größte Gruppe dar. Männer, die sich auf heterosexuellem Weg infizierten, lagen mit 11 % an zweiter Stelle. „Intravenöser Drogengebrauch“ wurde nur noch bei 7 % und „Herkunft aus einem Land mit hoher HIV-Prävalenz“ bei knapp 7 % der neu diagnostizierten AIDS-Fälle angegeben. Für 20 % der berichteten AIDS-Fälle bei Männern liegen keine Angaben zum Infektionsrisiko vor.

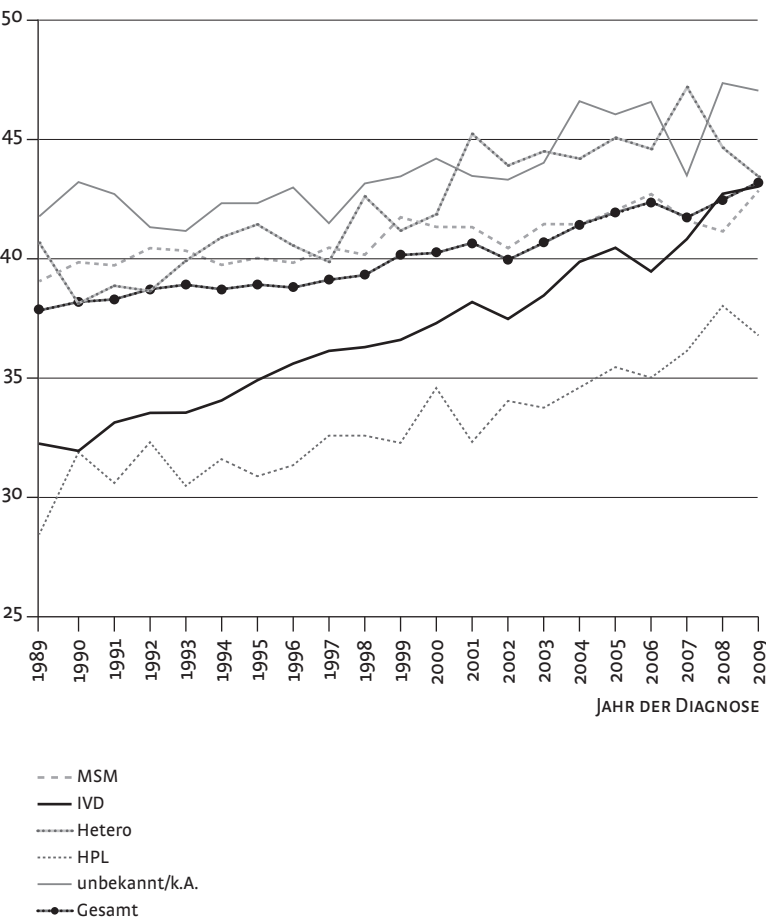
Im gleichen Zeitraum wurden bei den Frauen dagegen 45% der AIDS-Fälle bei Frauen aus Hochprävalenzregionen diagnostiziert. „Heterosexuelle Kontakte“ wurden für 26% und „i.v. Drogengebrauch“ für 13% als wahrscheinlichstes Infektionsrisiko angegeben. Bei 16% der gemeldeten AIDS-kranken Frauen fehlte eine Angabe zum Infektionsrisiko. Diese 16% verteilen sich zu unbekannten Anteilen im Wesentlichen auf i.v. Drogengebraucherinnen und auf Frauen, die sich über heterosexuelle Kontakte infiziert haben. Von den Letzteren gab fast ein Drittel an, dass der (Sex-)Partner intravenös Drogen konsumiert (Abbildung 4).

Abbildung 4: Prozentuale Verteilung der AIDS-Fälle bei Frauen in Deutschland 1982–2009 nach Infektionsweg sowie Infektionsquelle bei heterosexuell infizierten Frauen



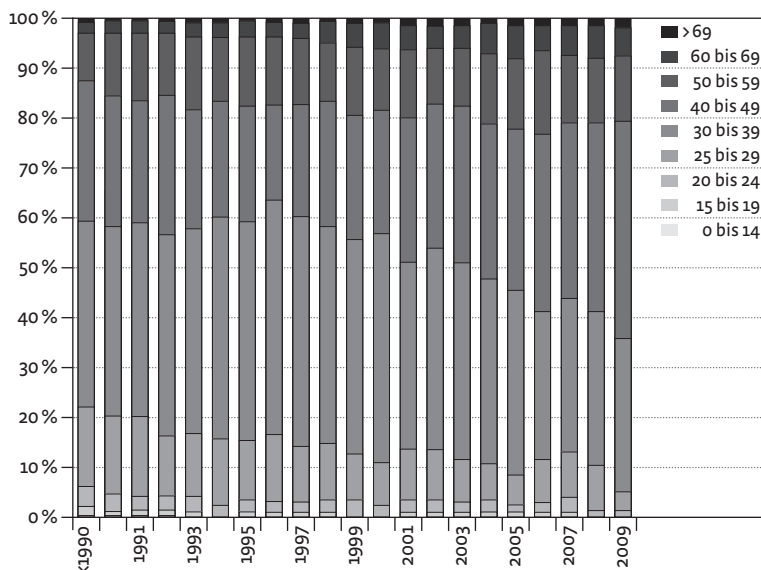
Das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt der AIDS-Diagnose steigt im Laufe der Jahre bei allen Hauptbetroffenengruppen durch die verbesserten Therapiemöglichkeiten an. Bei intravenös Drogen Gebrauchenden fällt dieser Anstieg jedoch stärker aus als bei den anderen Gruppen. Dies kann als Anzeichen dafür gewertet werden, dass in dieser Gruppe nur wenige junge Neuinfizierte hinzukommen (siehe Abbildung 5).

Abbildung 5: Durchschnittliches Alter zum Zeitpunkt der AIDS-Diagnose nach Diagnosejahr und Infektionsweg, 1989–2009



Insgesamt hat der Anteil der 40- bis 49-Jährigen bei den neu mit AIDS Diagnostizierten zugenommen und der Anteil der unter 40-Jährigen um ein Drittel von 60 % auf 40 % abgenommen (Abbildung 6).

Abbildung 6: Zeitpunkt der AIDS-Diagnose nach Diagnosejahr und Altersgruppen, 1989–2009



Neu diagnostizierte HIV-Infektionen

Die Zahl der gemeldeten HIV-Neudiagnosen hat in Deutschland – nach einem Rückgang in den 1990er Jahren – zeitgleich mit der Einführung des Infektionsschutzgesetzes im Jahr 2001 wieder zugenommen. Wenngleich ein Teil dieser Steigerung einer verbesserten Erfassung von neu diagnostizierten Fällen und einer verstärkten Testbereitschaft zugeschrieben werden kann, muss von einer Zunahme der HIV-Neuinfektionen in den letzten Jahren ausgegangen werden (Abbildung 7a und 7b).

Abbildung 7a: Neu diagnostizierte HIV-Infektionen in Deutschland 1993 bis 2009 nach Diagnosejahr und Übertragungsweg

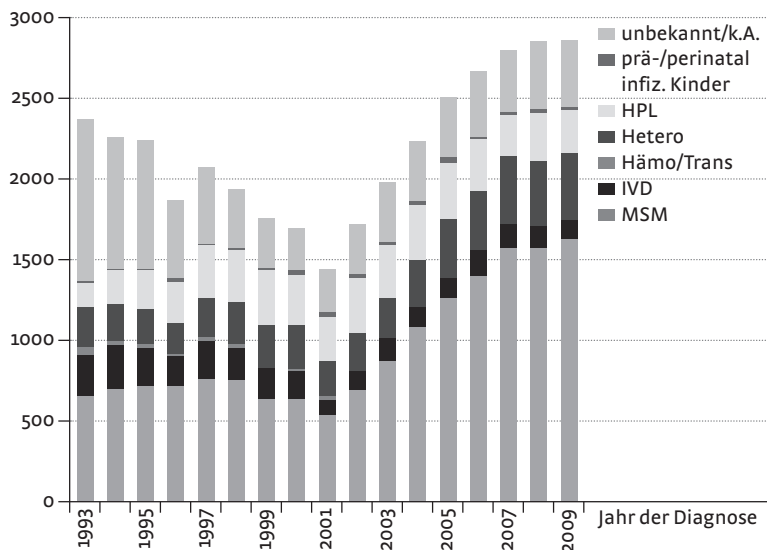
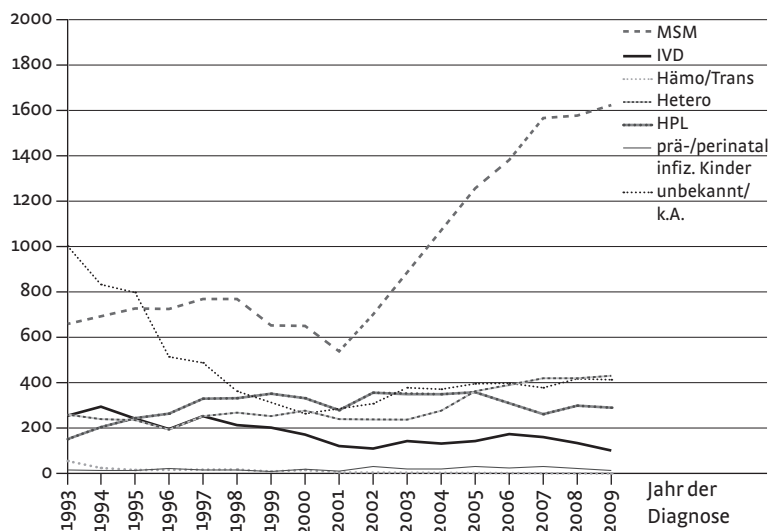


Abbildung 7b: Neu diagnostizierte HIV-Infektionen in Deutschland 1993 bis 2009 nach Diagnosejahr und Übertragungsweg

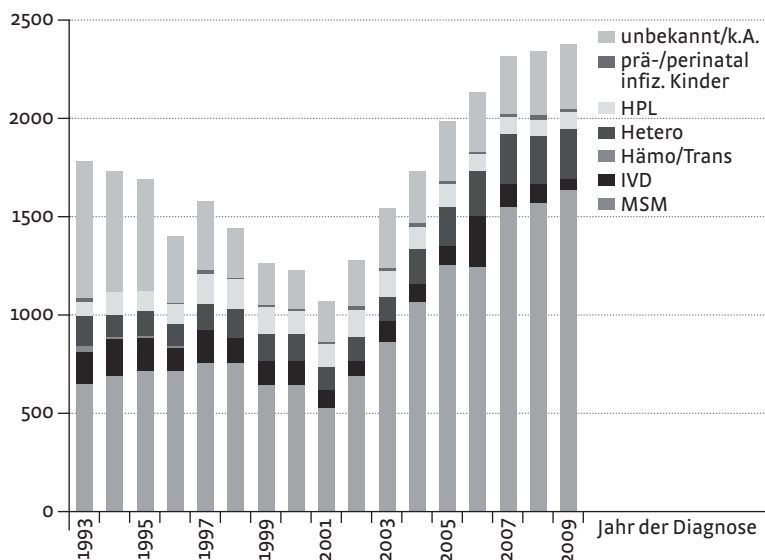


Dem RKI wurden im Jahr 2009 insgesamt 2.856 HIV-Infektionen gemeldet, die im selben Jahr neu diagnostiziert wurden. Dies entspricht einer bundesweiten Inzidenz von 3,5 Fällen pro 100.000 Einwohner. Die Gesamtzahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen, die von 1.718 im Jahr 2002 auf 2.843 im Jahr 2008 angestiegen war, ist damit gegenüber dem Vorjahr weitgehend stabil geblieben.

Angaben zum Infektionsweg lagen für 86 % der im Jahr 2009 neu diagnostizierten HIV-Infektionen vor. MSM stellen mit 67 % die größte Betroffenengruppe. Sowohl die absolute Zahl als auch der prozentuale Anteil an allen neu diagnostizierten HIV-Infektionen hatte in dieser Gruppe von 2001 bis 2007 kontinuierlich zugenommen. Dieser Anstieg hat sich 2008 und 2009 nur noch sehr schwach fortgesetzt.

Heterosexuell infizierte Personen, die nicht aus Ländern mit hoher HIV-Prävalenz stammen, stellen mit 17 % die zweitgrößte Betroffenengruppe. Von 2006 bis 2009 haben sich Zahl und Anteil der HIV-Erstdiagnosen hier nicht wesentlich verändert. Die meisten dieser

Abbildung 8a: Neu diagnostizierte HIV-Infektionen bei Männern in Deutschland 1993–2009 nach Diagnosejahr und Übertragungsweg



Infektionen fanden in Deutschland statt. Bei heterosexuellen deutschen Männern, die sich im Ausland angesteckt haben (ein Drittel der Männer mit heterosexuellem Risiko), wurden als Infektionsregionen am häufigsten Südostasien und am zweithäufigsten Subsahara-Afrika genannt, während sich die im Ausland infizierten Frauen (20 % der heterosexuell infizierten Frauen) überwiegend in Subsahara-Afrika infiziert haben.

Personen aus Hochprävalenzländern stellen mit 12 % die drittgrößte Gruppe bei den HIV-Erstdiagnosen. Der weit überwiegende Teil hat sich bereits in den Herkunftsländern infiziert, aber es finden auch in Deutschland neue Infektionen in dieser Gruppe statt.

Bei den Männern stellt die Gruppe der MSM mit 69 % den Großteil der neu diagnostizierten HIV-Infektionen (Abbildung 8a und 8b). Bei den anderen Männern sind sowohl die Zahl als auch der Anteil an HIV-Neudiagnosen entweder stabil (Hetero) oder abnehmend (IVD, HPL).

Abbildung 8b: Neu diagnostizierte HIV-Infektionen bei Männern in Deutschland 1993–2009, nach Diagnosejahr und Übertragungsweg

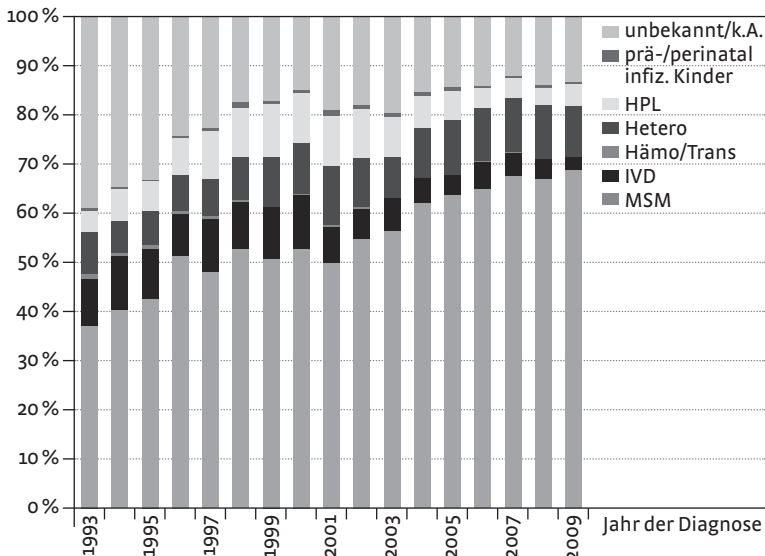
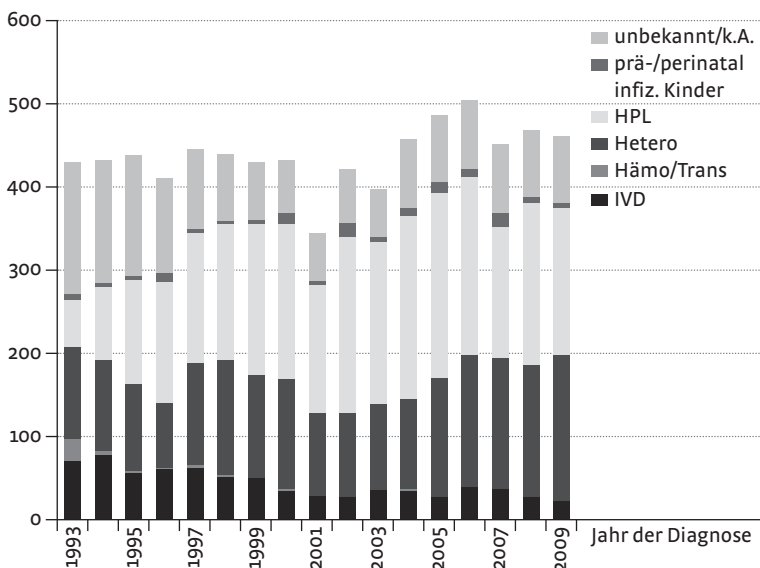


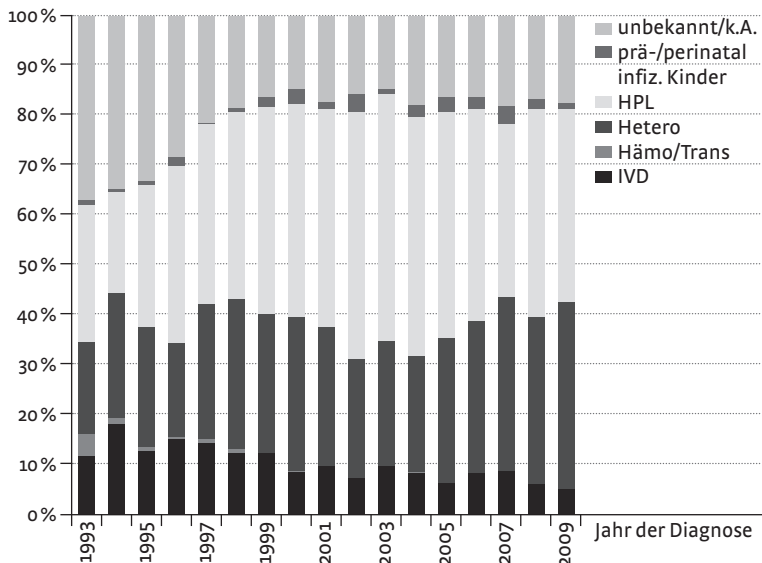
Abbildung 9a: Neu diagnostizierte HIV-Infektionen bei Frauen in Deutschland 1993–2009 nach Jahr der Diagnose und wahrscheinlichem Übertragungsweg



Die Zahl der HIV-Erstdiagnosen bei Frauen in Deutschland hat sich in den letzten Jahren praktisch nicht verändert und beträgt zwischen 400 und knapp 500 Fälle pro Jahr. Der Anteil der Frauen an allen HIV-Neudiagnosen ist aber seit 2000 von 26 % auf 16 % (2008) gefallen, da die Zunahme der HIV-Erstdiagnosen in den letzten Jahren in erster Linie bei Männern erfolgte. Auch bei den Frauen geht in der Gruppe der i.v. Drogen Gebrauchenden (IVD) sowohl die Zahl als auch der Anteil der HIV-Neudiagnosen zurück (Abbildung 9a und 9b).

Im Jahr 2009 wurden neun HIV-Infektionen bei Kindern bis 14 Jahren diagnostiziert. Drei Kinder wurden von HIV-infizierten Müttern in Deutschland geboren, in zwei Fällen war die HIV-Infektion der Mutter vor der Geburt bekannt. Sechs Kinder sind bereits infiziert nach Deutschland eingereist.

Abbildung 9b: Neu diagnostizierte HIV-Infektionen bei Frauen in Deutschland 1993–2009 nach Diagnosejahr und Übertragungsweg



Neu diagnostizierte HIV-Infektionen bei i.v. Drogen Gebrauchenden

Über i.v. Drogengebrauch infizierte Personen standen mit 4 % (100) unverändert an vierter Stelle der im Jahr 2009 gemeldeten Fälle. Die Zahl der HIV-Neudiagnosen ist in dieser Gruppe nach einem Spitzenwert von 163 Meldungen im Jahr 2006 wieder rückläufig. Mit 100 HIV-Neudiagnosen wurden 2009 wiederum 25 Fälle weniger als im Vorjahr diagnostiziert. Die meisten Neudiagnosen erfolgten mit 51 Fällen in Nordrhein-Westfalen. Nach den Erfahrungen örtlicher Einrichtungen, die HIV-Tests für Drogenkonsumenten anbieten, wird dieses Angebot angenommen und mit steigender Tendenz in Anspruch genommen. Die optimalen Rahmenbedingungen der substitions-gestützten Behandlung – enger Kontakt zu Patientinnen und Patienten, lange Be-

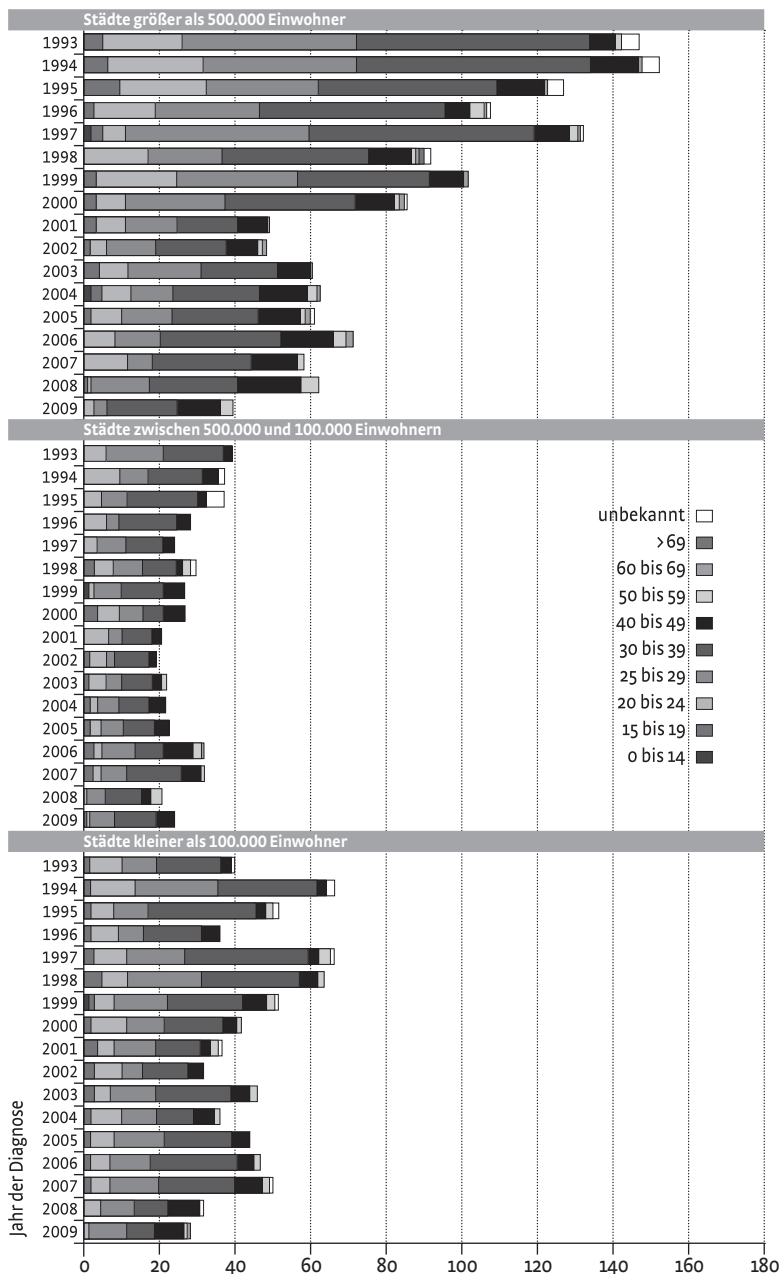
handlungsdauer – sollten verstärkt genutzt werden, um serologische Untersuchungen auf wichtige Infektionen anzubieten.

Regionale Verteilung

HIV-Infektionen bei i.v. Drogen Gebrauchenden (IVD) werden meist nur vereinzelt diagnostiziert. Nur aus wenigen Städten wurde 2009 mehr als eine HIV-Infektion bei dieser Gruppe gemeldet, nämlich aus Dortmund (13), Düsseldorf (8), Frankfurt und Hamburg (4), Stuttgart, Hannover, Köln (3), Berlin, München und Krefeld (2). Ein Teil dieser Fälle kann bei Aufnahmeuntersuchungen in Haftanstalten diagnostiziert worden sein. Da als Wohnort die Haftanstalt angegeben wird, entspricht der Diagnose-Ort in diesen Fällen nicht dem Ort, wo die Infektion erworben wurde oder die betreffende Person zum Infektionszeitpunkt lebte; das könnte zu regionalen Verzerrungen führen.

Am deutlichsten nimmt die Zahl neu diagnostizierter HIV-Infektionen bei IVD in Großstädten mit mehr als 500.000 Einwohnern ab (Abbildung 10). In Städten mit 100.000 bis 500.000 Einwohnern und in eher ländlich geprägten Gebieten (unter 100.000 Einwohner) ist die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei IVD relativ konstant. Aber auch hier nimmt sie bei den unter 30-jährigen eher ab.

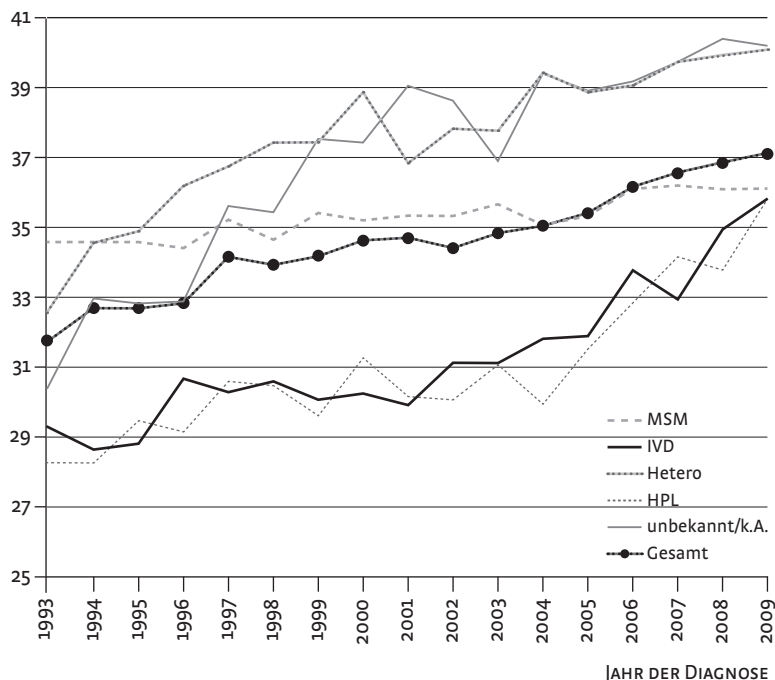
*rechte Seite:
Abbildung 10:
Neu diagnostizierte
HIV-Infektionen bei
i.v. Drogen Gebrauchenden
in Deutschland 1993–2009
nach Diagnosejahr,
Altersgruppe und
Einwohnerzahl
der Wohnregion*



Altersentwicklung

Auch bei den neu diagnostizierten HIV-Infektionen steigt das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt der HIV-Diagnose in allen Betroffenen-gruppen kontinuierlich an (Abbildung 11). Betrug es im Jahr 1993 noch 32 Jahre, so ist es bis 2009 auf 37 Jahre angestiegen. Im gleichen Zeitraum ist das Durchschnittsalter bei intravenös Drogen Gebrauchenden von 29 auf fast 36 Jahre angestiegen; wie bereits beschrieben, ist dies ein Anzeichen dafür, dass nur wenige junge HIV-Infizierte hinzukommen. Bemerkenswert ist, dass das Durchschnittsalter bei IVD deutlich stärker steigt als bei MSM, wo diese Entwicklung am schwächsten ausgeprägt ist.

Abbildung 11: Durchschnittliches Alter bei HIV-Erstdiagnose nach Diagnosejahr und Übertragungsweg 1993–2009



Herkunftsregionen

Die meisten bei i.v. Drogen Gebrauchenden neu diagnostizierten HIV-Infektionen wurden laut Angaben in Deutschland erworben (Abbildung 12a). Im Vergleich zu IVD, die sich in anderen Ländern infiziert haben, fällt jedoch auf, dass Personen aus Zentraleuropa (4 %) sowie dem Baltikum und den GUS-Staaten (17 %) deutlich überrepräsentiert sind. Zu den bedeutsamsten ausländischen Infektionsregionen gehört außerdem Westeuropa, wo 4 % der Infektionen erworben wurden. In den letzten Jahren ist die Verteilung der Herkunftsregionen weitgehend gleich geblieben (Abbildung 12b).

Abbildung 12a: Neu diagnostizierte HIV-Infektionen bei i.v. Drogen Gebrauchenden in Deutschland 2001–2009 nach Herkunftsregion (N=1.177)

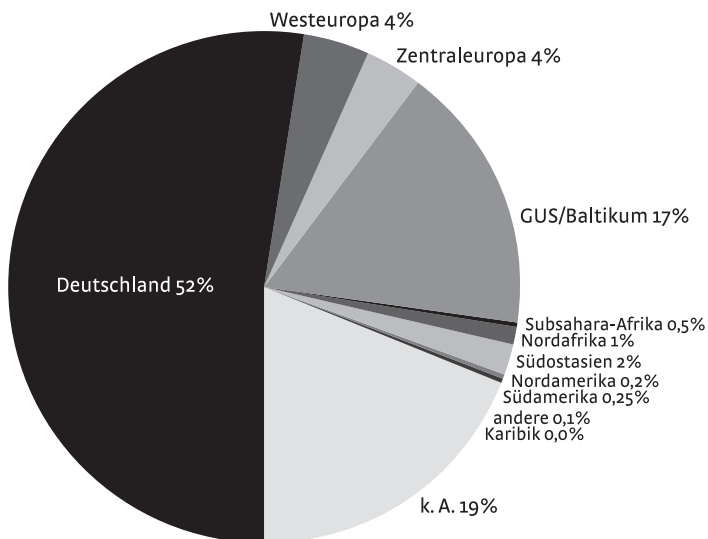
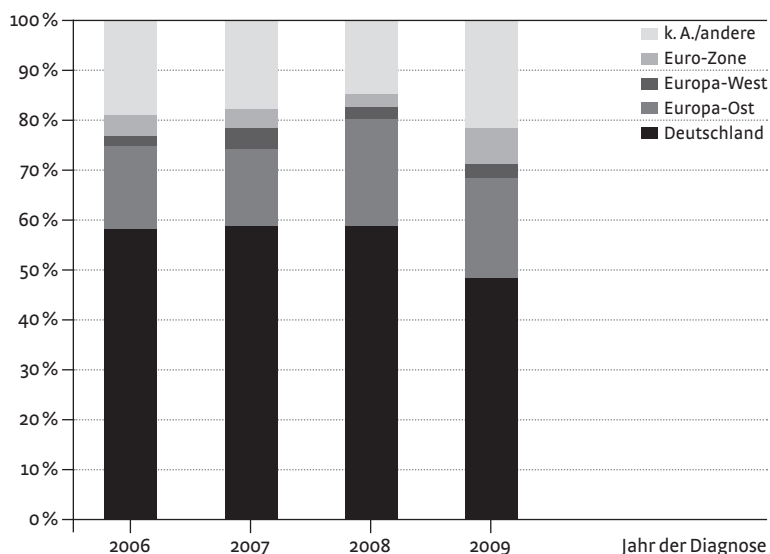


Abbildung 12b: Neu diagnostizierte HIV-Infektionen bei i.v. Drogen
Gebrauchenden in Deutschland 2006–2009 nach Diagnosejahr und
Herkunftsregion (N=544)



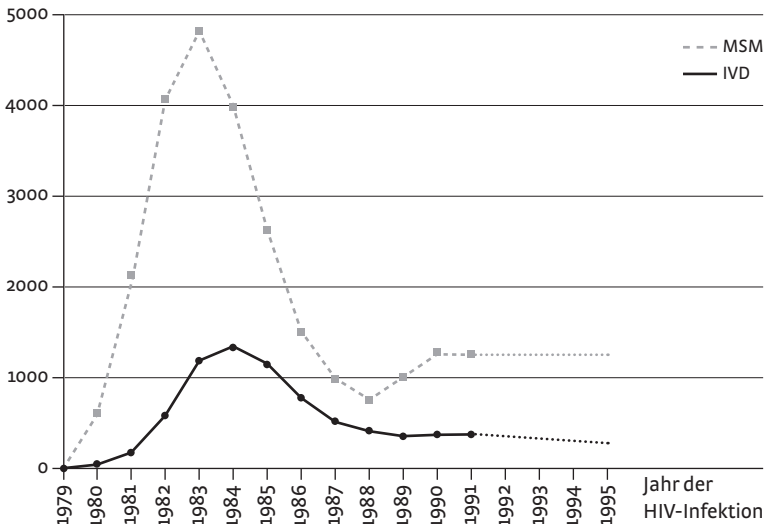
Modellierung der HIV-Epidemie

Nach Modellrechnungen zur HIV-Inzidenz hatte die Ausbreitungsgeschwindigkeit der HIV-Epidemie in Deutschland bereits 1983/1984 ihren Höhepunkt erreicht. Besonders schnell breitete sich die HIV-Infektion unter homo- und bisexuellen Männern aus. Bei i.v. Drogen Gebrauchenden trat die höchste HIV-Inzidenz vermutlich ein bis zwei Jahre später ein. Wiederum mit ein- bis zweijähriger Verzögerung kam es zu einem Anstieg der über heterosexuelle Kontakte erworbenen Infektionen; bei der Mehrzahl handelte es sich um Infektionen über Partner aus den Hauptbetroffenengruppen.

Intravenös Drogen Gebrauchende

Die höchste HIV-Inzidenz wurde bei IVD wahrscheinlich 1984 mit ungefähr 1.500 Neuinfektionen pro Jahr erreicht (Abbildung 13). Doch wie bei den homo- und bisexuellen Männern gingen die HIV-Inzidenzen auch hier ab Mitte der 1980er Jahre durch Verhaltensänderungen zurück (aber auch aufgrund von „Sättigungsprozessen“ in Gruppen mit hohem Infektionsrisiko). Die Zahl der Neuinfektionen bei IVD lag 1990 noch bei etwa 400 pro Jahr und hat danach weiter abgenommen.

Abbildung 13: Verlauf der HIV-Inzidenz bei i.v. Drogen Gebrauchenden und MSM 1979–1995 (Modellrechnung)



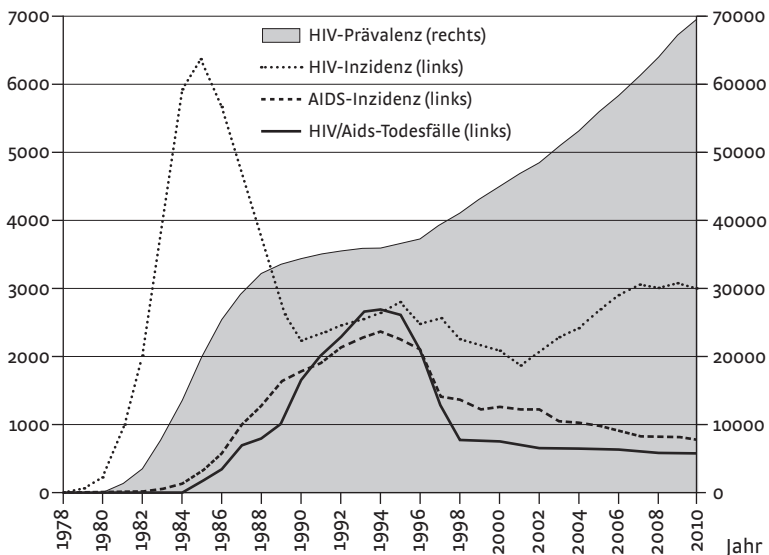
Derzeit muss man davon ausgehen, dass sich etwa 150 bis 200 Drogengebraucher pro Jahr neu mit HIV infizieren. Verhaltensänderungen haben bei IVD – stärker als zu Beginn der Epidemie erwartet – stattgefunden: Die Wiederverwendung bzw. der gemeinsame Gebrauch nicht (ausreichend) gereinigter Spritzen und Nadeln wurde im Allgemeinen

deutlich reduziert. Das gilt jedoch nicht an Orten, wo saubere Spritzbestecke nur eingeschränkt verfügbar sind (unter anderem in Haftanstalten).

Schätzung der HIV-Prävalenz

Die Zahl der in Deutschland lebenden Personen mit HIV war Anfang bis Mitte der 1990er Jahre relativ stabil. Seither steigt sie wieder an, da sich eine fast gleichbleibende, in den letzten Jahren sogar leicht zunehmende Zahl neu infiziert, HIV-Positive aber dank der verbesserten antiretroviralen Therapie deutlich länger leben als früher (Abbildung 14). Weil sich immer mehr HIV-Infizierte frühzeitig in medizinische Behandlung begeben, ist auch die Zahl der in ambulanter Behandlung befindlichen Patienten in den letzten Jahren deutlich angestiegen.

Abbildung 14: Verlauf der HIV- und AIDS-Inzidenz sowie der HIV-Prävalenz in Deutschland (Modellrechnung)



Nach aktuellen Schätzungen des RKI lebten in Deutschland zum Ende des Jahres 2010 insgesamt 70.000 (60.000 bis 83.000) Menschen mit einer HIV-Infektion, darunter etwa 13.000 (11.000 bis 16.000) Frauen und etwa 200 Kinder (unter 15 Jahren). Die Zahl der HIV-Neuinfektionen (einschließlich der noch Ungetesteten) wird für 2010 auf etwa 3.000 geschätzt, davon entfallen etwa 170 (150 bis 190) auf Personen, die sich über i.v. Drogengebrauch infiziert haben. Etwa 550 Menschen sind 2010 an den Folgen der HIV-Infektion verstorben. Die Zahl der HIV-Positiven, die sich über i.v. Drogenkonsum infiziert haben, wird Ende 2010 auf etwa 10.000 (8.500 bis 12.000) geschätzt.

Bislang wurde nicht beobachtet, dass sich HIV in der allgemeinen Bevölkerung in bemerkenswertem Maße ausbreitet. Ob sich hier zukünftig eine eigenständige HIV-Epidemie – möglicherweise innerhalb größerer Zeiträume – entwickeln wird, kann auch heute nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

Trotz der erheblichen Fortschritte, die in der medizinischen Behandlung der HIV-Infektion in den letzten Jahren erzielt wurden, bleibt diese eine lebensbedrohliche Erkrankung. Es muss davon ausgegangen werden, dass in absehbarer Zeit weder eine wirkliche Heilung noch eine Schutzimpfung zur Verfügung stehen wird. Damit bleibt die Prävention – also der Schutz vor Ansteckung beim Sexualverkehr (konsequente Anwendung von Kondomen) und beim Drogengebrauch (Safer Use) – auch weiterhin das wirksamste Mittel zur Eindämmung der HIV-Epidemie.

Literatur

Bartmeyer u. a. 2010

Bartmeyer, B./Kuecherer, C./Houareau, C./Werning, J./Keeren, K./Somogyi, S./Kollan, C./Jessen, H./Dupke, S./Hamouda, O.: Prevalence of Transmitted Drug Resistance and Impact of Transmitted Resistance on Treatment Success in the German HIV-1 Seroconverter Cohort. In: *PLoS ONE*, 5(10): e12718. doi:10.1371/journal.pone.0012718

Bochow u. a. 2010

Bochow, M./Schmidt, A./Grothe, S.: Schwule Männer und HIV/Aids: Lebensstile, Szene, Sex 2007. Bd 55, AIDS-Forum DAH. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V. 2010

Bremer u. a. 2005

Bremer, V./Marcus, U./Hofmann, A./Hamouda, O.: Building up a sentinel surveillance in Germany 2003. In: *Sex Transm Inf*, 81: 173–179

BZgA 2010

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2009. Endbericht 2010. Köln: BZgA 2010

Dietz 1994

Dietz, K./Seydel, J./Schwartländer, B.: Back-projection of German AIDS data using information on dates of tests. In: *Statistics in Medicine*, 13: 1991–2008

ECDC 2010

European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe: HIV/AIDS Surveillance in Europe 2009. Stockholm: ECDC 2010

Hamouda 2003

Hamouda, O.: HIV/AIDS surveillance in Germany. In: *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 32 (Suppl. 1): 49–54

Hamouda u. a. 1999

Hamouda, O./Nießing, W./Voß, L.: AIDS/HIV 1997 – Bericht zur epidemiologischen Situation in der Bundesrepublik Deutschland zum 31.12.1997. AIDS-Zentrum im Robert Koch-Institut, Berlin. In: *RKI Hefte*, 1/1999

Hamouda u. a. 2002

Hamouda, O./Kollan, C./Goetzenich, A./Schlüfter, E./Knechten, H./Kramer, M.: HIV-Dokumentation Nordrhein – Verlaufsdokumentation von HIV-Patienten in der ambulanten Versorgung. In: Hoffmann, C./Jäger, H. (Hg.): *AIDS – die Auseinandersetzung geht weiter*. Landsberg: verlag moderne industrie 2002

Offergeld u. a. 2010

Offergeld, R./Ritter, S./Quabeck, L./Hamouda, O.: Infektionsepidemiologische Daten von Blutspendern in Deutschland 2007. In: *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz*, 53: 1188–1196

RKI 2010

Robert Koch-Institut (RKI): HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland – Jahresbericht 2009. In: *Epidemiologisches Bulletin*, 22/2010

UNAIDS 2010

United Nations AIDS Programme (UNAIDS): Report on the Global AIDS Epidemic 2010. (http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_em.pdf; letzter Zugriff: 18.04.2011)

Epidemiologie von Hepatitis B und C

Doris Radun

Die Virushepatitiden B und C sind Infektionskrankheiten, die mit einer Leberentzündung einhergehen. Das Hepatitis-B-Virus (HBV) gehört zu den Hepadnaviren, das Hepatitis-C-Virus (HCV) zu den Flaviviren. Die Übertragung dieser Viren durch kontaminiertes Blut und andere Körperflüssigkeiten weist viele Gemeinsamkeiten auf. Beide Infektionen können einen chronischen Verlauf nehmen. Eine erhebliche gesundheitspolitische und epidemiologische Bedeutung der Hepatitis B und C ergibt sich vorrangig aus den möglichen Folgeerkrankungen chronischer Verläufe, insbesondere der Entwicklung einer Leberzirrhose bzw. eines Leberzellkarzinoms. Für Hepatitis B und C besteht in Deutschland eine namentliche Labor- und Arztmeldepflicht (RKI 2008; RKI 2009a).

Hepatitis B

Hepatitis B ist eine weltweit beim Menschen vorkommende, durch HBV verursachte Leberentzündung. HBV wird parenteral^a übertragen, und zwar vorwiegend sexuell oder durch andere Kontakte mit infiziertem Blut oder infizierten Körperflüssigkeiten.

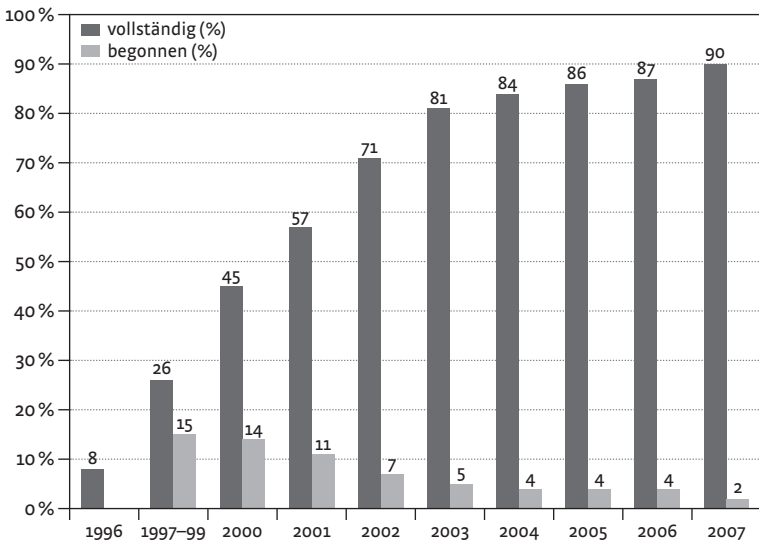
a parenteral = unter Umgehung des Verdauungsweges

Impfung

Seit Anfang der 1980er Jahre steht ein hochwirksamer, gut verträglicher Impfstoff gegen Hepatitis B zur Verfügung. Es ist erklärtes Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO), chronische Hepatitis-B-Infektionen zu verhindern und damit das Aufkommen an Leberzirrhose und hepatozellulärem Karzinom durch eine allgemeine Impfung im Kindesalter zu senken. Seit 1995 empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (RKI) eine Hepatitis-B-Impfung nicht nur für Gruppen mit erhöhtem Infektionsrisiko, sondern generell für Säuglinge sowie Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 17. Lebensjahres (RKI 2009b).

In Deutschland betrug der in Schuleingangsuntersuchungen festgestellte Anteil vollständig grundimmunisierter Kinder mit vorliegendem Impfpass im Jahr 2007 insgesamt 90 % (RKI 2009c, Abb. 1).

Abb. 1: Anteil der gegen Hepatitis B geimpften Kinder bei Einschulung, Deutschland 1996–2007



Stand: April 2009; Quelle: RKI

Die Impfraten bei Kindern konnten in den letzten Jahren kontinuierlich gesteigert werden und waren bei ihnen deutlich besser als bei Jugendlichen, für die eine Hepatitis-B-Impfung gleichermaßen empfohlen wird. In der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen hatten 55,9 % bis 60,6 % eine vollständige Immunisierung gegen Hepatitis B erhalten, sodass vermehrt Anstrengungen unternommen werden sollten, die Hepatitis-B-Impfquote zu erhöhen (Poethko-Müller u. a. 2007).

Eine Hepatitis-B-Impfung wird außerdem Personen empfohlen, die definierten Gruppen mit erhöhtem Infektionsrisiko angehören. Dies gilt beispielsweise für

- Beschäftigte im Gesundheitsdienst, einschließlich der Auszubildenden, Student(inn)en und des Reinigungspersonals, außerdem weitere Gruppen, bei denen im Rahmen ihrer Tätigkeit ein Kontakt mit Hepatitis-B-Virus denkbar ist
- Personen mit chronischer Nierenkrankheit, Dialysepatient(inn)en, Personen, die häufig Blutprodukte erhalten, und Patient(inn)en, bei denen größere chirurgische Eingriffe bevorstehen; bei terminaler, dialysepflichtiger Niereninsuffizienz ist die Immunantwort nach einer Hepatitis-B-Impfung oft unzureichend, weshalb in dieser Gruppe besonders dafür Sorge zu tragen ist, dass HBs-Antikörper-Titerkontrollen erfolgen und gegebenenfalls intensivisierte Impfschemata zur Anwendung kommen
- Personen mit anderen (nicht HBV-verursachten) chronischen Lebererkrankungen
- Patient(inn)en, die eine chronische Krankheit mit Leberbeteiligung haben
- HIV-Positive
- Personen, die aufgrund ihres Kontakts mit chronisch Infizierten (z. B. innerhalb der Familie) einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt sind
- Männer, die Sex mit Männern haben, Drogenkonsument(inn)en, Sexarbeiter/innen, Gefangene mit längeren Haftstrafen.

Bei Fortbestehen eines hohen Infektionsrisikos mit hoher Infektionsdosis wird nach zehn Jahren eine Auffrischimpfung empfohlen (RKI 2009b).

Nach derzeitigem Wissensstand sind besonders intravenös (i.v.) Drogen Konsumierende in unzureichendem Maße gegen Hepatitis B geimpft – vor allem aufgrund eingeschränkten Zugangs zur medizinischen Versorgung und mangelhafter Compliance. In solchen Fällen kann ein alternatives, verkürztes Impfschema erwogen werden, z. B. 0 – 7 – 21 Tage, gegebenenfalls eine spätere Auffrischimpfung (Christensen u. a. 2004). In einer aktuellen Studie unter Substituierten in Deutschland gaben 214 (74 %) von 289 Befragten an, sie hätten keine Hepatitis-B-Impfung erhalten, während lediglich 75 (26 %) berichteten, sie seien gegen Hepatitis B geimpft worden (DAH/JES 2009). Ein verbesserter Impfschutz sollte in dieser Gruppe dringend angestrebt werden, wie es generell gilt, einen besseren Zugang zu schwer erreichbaren Gruppen mit hohem Infektionsrisiko zu erhalten, um präventiv wirksam werden zu können (BMGS/RKI/Drogenbeauftragte [Hg.] 2004; Francois u. a. 2002).

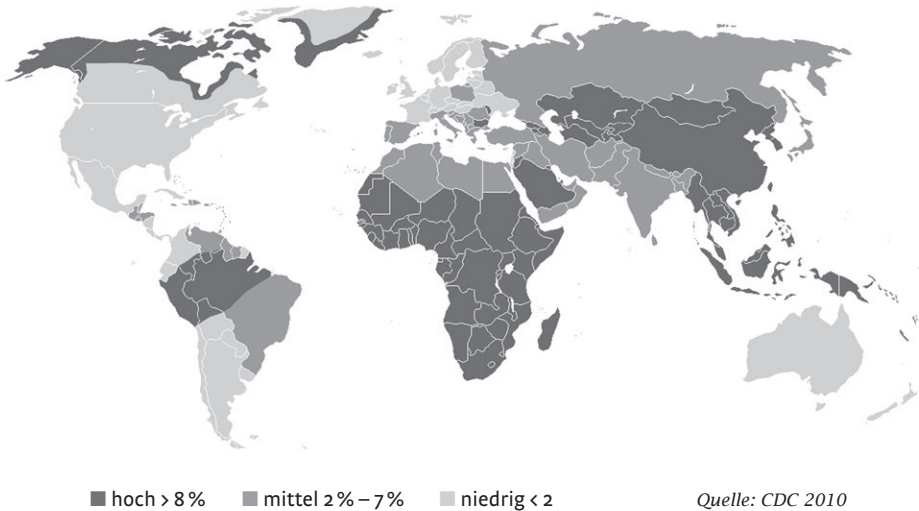
Seit 1994 wird im Rahmen der Schwangerenfürsorge nach den Mutterschaftsrichtlinien eine Untersuchung nach der 32. Schwangerschaftswoche auf HBs-Antigen^b (HBs-Ag) durchgeführt. Durch eine Hepatitis-B-Simultanprophylaxe (aktive und passive Impfung) bei Neugeborenen von Hepatitis-B-infizierten Müttern kann in über 95 % der Fälle eine Infektion des Kindes vermieden werden. Die Hepatitis-B-Impfung schützt zugleich vor einer Infektion mit dem Hepatitis-D-Virus.

b Das HBs-Antigen ist ein Bestandteil der Hülle des Hepatitis-B-Virus.

Epidemiologie

Das Reservoir für Hepatitis-B-Viren bilden neben akut HBV-Infizierten insbesondere chronisch infizierte Personen.

Abb. 2: Prävalenz^c von HBs-Antigen weltweit, 2006



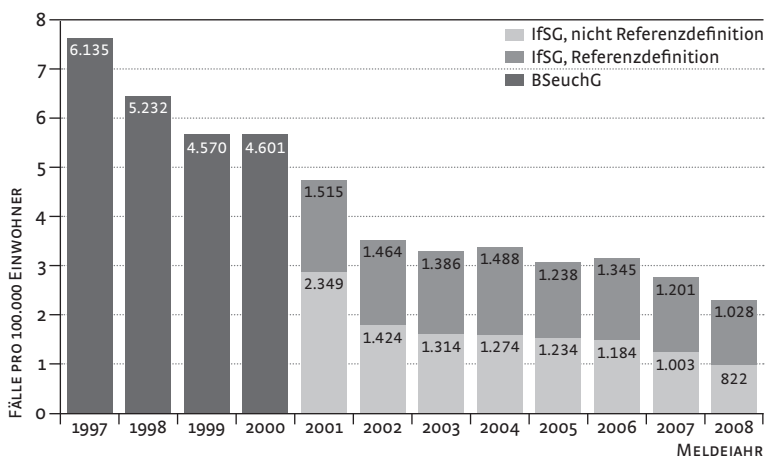
Im internationalen Vergleich stellt Deutschland ein Gebiet mit niedriger Hepatitis-B-Prävalenz dar (Abb. 2). Es ist davon auszugehen, dass etwa 5–8 % der bundesdeutschen Bevölkerung eine HBV-Infektion durchgemacht haben und etwa 0,4–0,7 % Virusträger sind. Dies entspricht ca. 300.000 bis 650.000 Personen (Thierfelder u. a. 2001; Jilg u. a. 2001). Angenommen wird, dass etwa 42 % aller in Deutschland lebenden chronisch HBV-Infizierten aus Ländern mit mittlerer bzw. hoher HBsAg-Prävalenz stammen (Marschall u. a. 2005).

Mit dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), das am 1.1.2001 in Kraft trat, erhielt das System der meldepflichtigen Krankheiten in Deutschland eine neue Basis. Die Meldung akuter Hepatitis-B-Fälle erfolgt

^c Häufigkeit einer Erkrankung in einer definierten Bevölkerungsgruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt

seither anhand eindeutiger Falldefinitionen (RKI 2007). Seit 1997 wird in Deutschland ein tendenzieller Rückgang der gemeldeten Hepatitis-B-Erkrankungen bzw. der jährlichen Inzidenz^d beobachtet (Abb. 3). Im Jahr 2008 wurden 822 Hepatitis-B-Erkrankungen gemäß Falldefinition übermittelt. Dies entsprach einer bundesweiten Inzidenz von 1 Erkrankung pro 100.000 Einwohner/innen (RKI 2009d). Da ein Teil der Infektionen asymptomatisch verläuft – insbesondere bei Kindern in etwa 90 % der Fälle – ist die tatsächliche Inzidenz jedoch höher als die durch Meldungen symptomatischer Fälle ermittelte Inzidenz.

Abb. 3: Übermittelte Hepatitis-B-Fälle pro 100.000 Einwohner/innen nach Meldejahr, Deutschland 1997–2008



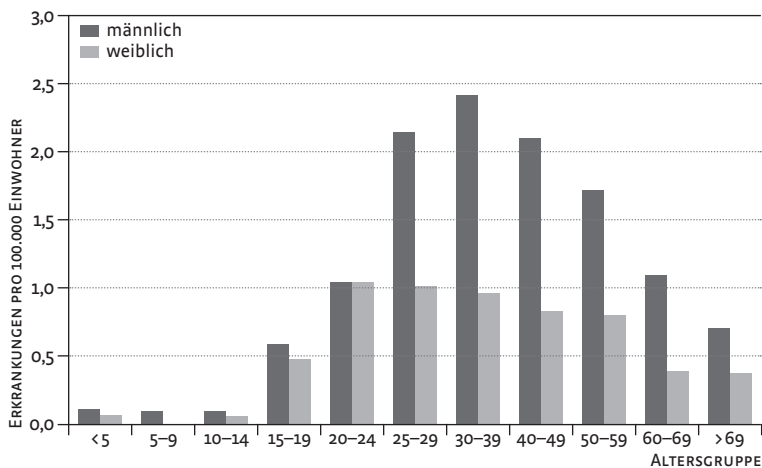
Stand: März 2009; Quelle: RKI

Erläuterung: Bei Fallmeldungen, die der Referenzdefinition entsprechen, sind die Kriterien des Labornachweises sowie des klinischen Bildes einer akuten Hepatitis erfüllt. Bei Fallmeldungen, die nicht der Referenzdefinition entsprechen, liegt zwar ein Labornachweis vor, das klinische Bild ist jedoch entweder nicht gegeben, oder es liegen keine diesbezüglichen Angaben vor (RKI 2007).

^d Inzidenz = Zahl der neu diagnostizierten Erkrankungsfälle in einer definierten Bevölkerungsgruppe in einem bestimmten Zeitraum (z. B. ein Jahr)

In Deutschland ist die Mehrzahl der gemeldeten Neuinfektionen auf sexuelle Kontakte zurückzuführen. Hierfür spricht die typische Altersverteilung mit einem Altersgipfel akut Erkrankter unter jungen Erwachsenen (Abb. 4).

Abb. 4: Übermittelte Hepatitis-B-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner/innen nach Altersgruppen und Geschlecht, Deutschland 2008 (n = 818)



Stand: März 2009; Quelle: RKI

Bei 83,6 % der im Jahr 2008 übermittelten Fälle gemäß Referenzdefinition lagen Angaben zu möglichen Expositionen^e vor. Am häufigsten wurden sexuelle Expositionen (43,2 %) genannt; von den Betreffenden waren 11,1 % Männer, die Sex mit Männern angaben (MSM). Injizieren der Drogenkonsum wurde bei 4,1 % angegeben. Von den 28 Fällen, bei denen dieses Infektionsrisiko genannt wurde, waren 92,9 % männlichen Geschlechts (RKI 2009d).

Es wird geschätzt, daß 50–60 % der i.v. Drogenkonsumenten eine Hepatitis-B-Infektion durchgemacht haben. Insgesamt 3–5 % von ih-

^e Exposition = hier: Fachbezeichnung für eine Situation, in der jemand einem Infektionsrisiko ausgesetzt ist

nen gelten als chronisch HBV-infiziert und stellen somit ein Reservoir für die Virusübertragung dar (Stark u. a. 1995, Stark u. a. 1997). Nicht selten liegen bei diesen Personen gleichzeitig Infektionen mit Hepatitis C oder HIV vor. Zu den Gruppen mit erhöhtem Hepatitis-B-Risiko gehören ebenso Inhaftierte, unter denen sich vielfach ein erheblicher Anteil von Drogenkonsumenten befindet. Infektionsrisiken beruhen in dieser Gruppe im Wesentlichen auf Spritzen- und Kanülentausch, aber auch ungeschützte sexuelle Kontakte oder Tätowierungen können eine Rolle spielen.

Die Tatsache, dass bei zwei bedeutsamen Übertragungswegen – nämlich Sexualkontakten zwischen Männern und i.v. Drogenkonsum – nur Männer vertreten bzw. deutlich überrepräsentiert sind, trägt in Deutschland zu der deutlich höheren Inzidenz von Hepatitis B bei Männern im Vergleich zu Frauen bei.

Nosokomiale^f Infektionen kommen in Deutschland nur noch sporadisch vor. Das Risiko, bei der Übertragung von Blut oder Blutprodukten mit HBV infiziert zu werden, war bis zur Einführung der Testung aller Blutspender auf HBsAg Anfang der 1970er Jahre beträchtlich, hat dann aber durch die zunehmend verbesserte Spenderauswahl und insbesondere die immer spezifischere HBsAg-Testung der Spender/innen stark abgenommen. Heute wird das Restrisiko einer unerkannt infektiösen Blutspende auf 1:250.000 bis zu 1:500.000 geschätzt. Plasma-derivate konnten bis zur Einführung sicherer Inaktivierungsverfahren und der Testung der Plasmapools auf HBV-DNA^g mit HBV kontaminiert sein. Heute sind sie als virussicher zu betrachten.

20–30 % der übermittelten Hepatitis-B-Fallmeldungen entfielen in den Jahren 2003/2004 auf ungeimpfte Personen, für die nach STI-KO eine Impfempfehlung wegen der Zugehörigkeit zu einer Gruppe mit erhöhtem Infektionsrisiko galt (Walter u. a. 2005). Wenn auch der Rückgang der Hepatitis-B-Inzidenz unter Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren bereits als Auswirkung der aktuellen Impfstrategie

f nosokomial = mit Bezug zum Krankenhaus, z. B. im Krankenhaus erworbene Infektionen

g DNA steht für Desoxyribonukleinsäure, die Trägerin der Erbinformation, hier: des Hepatitis-B-Virus

anzusehen ist, scheint die Hepatitis-B-Impfempfehlung für Drogenkonsumenten in unzureichendem Maß umgesetzt. Es ist somit vorrangig, das großzügige und weit gefasste Impfangebot gerade für Angehörige von Risikogruppen zu nutzen (RKI 2009d; Zanetti 2008).

Koinfektionen

Da HBV, Hepatitis-C-Virus (HCV) und HIV Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Übertragungswege aufweisen, kann es zu Koinfektionen mit mehreren der genannten Viruserkrankungen kommen. In Studien unter HIV-Infizierten aus Westeuropa und den Vereinigten Staaten fand sich zusätzlich eine chronische Hepatitis-B-Infektion bei 6–14 % der Betroffenen (4–6 % unter Heterosexuellen, 9–17 % unter MSM und 7–10 % unter i.v. Drogenkonsumenten). Eine HCV-Infektion fand sich insgesamt bei 25–30 % der HIV-Infizierten (72–95 % unter i.v. Drogenkonsumenten, 1–12 % unter MSM und 9–27 % unter Heterosexuellen) (Alter 2006).

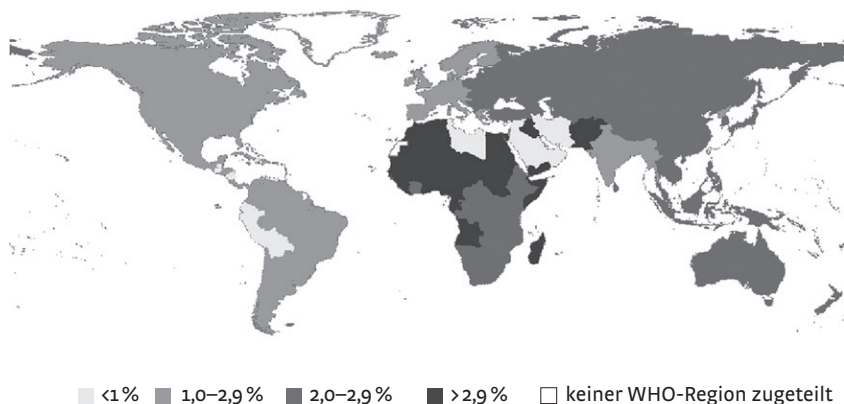
Hepatitis C

Epidemiologie

Die gemittelte HCV-Antikörper-Prävalenz weltweit wurde auf ca. 2 % geschätzt, was etwa 120 Millionen Personen entsprechen dürfte. Vermutlich 86 bis 104 Millionen Menschen haben eine chronische HCV-Infektion. Insgesamt bestehen erhebliche regionale Unterschiede in der Verbreitung von Hepatitis-C-Infektionen (Abb. 5).

Das Hepatitis-C-Virus breitete sich weltweit vor allem im späten 20. Jahrhundert aus. Das parenteral übertragbare Virus nutzte dabei zum einen die „Epidemie“ des i.v. Drogenkonsums in Industrieländern, zum anderen die „Epidemie“ unsteriler medizinischer Injektionen vor allem in nicht industrialisierten Ländern. Eine große Gruppe Betroffener weist asymptomatische Infektionen auf, und ein Teil von ihnen leidet an einer langsam voranschreitenden Lebererkrankung (Armstrong 2003).

Abb. 5: Geschätzte HCV-Prävalenz gemäß WHO-Regionen



Quelle: Mit freundlicher Genehmigung von Perz u. a. (2004)

In vielen industrialisierten Ländern Europas wie auch in Deutschland hat sich der Schwerpunkt der HCV-Übertragungswege in den vergangenen Jahren verlagert. Während in der Zeit vor Einführung des HCV-Antikörpertests das Virus vor allem durch infizierte Blutspenden und nosokomial übertragen wurde, spielen diese Übertragungswege in Deutschland aktuell eine vollständig untergeordnete Rolle. Inzwischen sind vielmehr einzelne Gruppen mit erhöhtem Risiko von Neuinfektionen betroffen, vor allem i.v. Drogenkonsumenten (Wiessing/Nardone 2006; Wiessing 2008).¹

1 Nach dem 2. Weltkrieg kam es mit der Entwicklung der invasiven Medizin, der Entdeckung der Antibiotika und dem Aufbau des Blutspendewesens in der Allgemeinbevölkerung zunehmend zu nosokomialen HCV-Infektionen. Mit verbesserter Krankenhaushygiene ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurden Neuinfektionen auf diesem Weg in Deutschland seltener. Es ist kaum anzunehmen, dass HCV-infizierte Personen der Allgemeinbevölkerung ohne definiertes Risikoverhalten (wie etwa i.v. Drogenkonsum) die Infektion in nennenswertem Maße an andere weitergeben. Unter i.v. Drogenkonsumenten in Deutschland ist die HCV-Antikörper-Prävalenz unbestimmt hoch, und es muss davon ausgegangen werden, dass Hepatitis-C-Infektionen durch gemeinsames Benutzen von Injektionszubehör oder anderes Risikoverhalten innerhalb der Peer-Gruppe in nennenswertem Maße weitergegeben werden (Wiessing u. a. 2008).

In Deutschland wurde im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 die HCV-Antikörper-Prävalenz (HCV-Ak-Prävalenz) untersucht (Thierfelder u. a. 2001). Sie betrug 0,4 % (95-Prozent-Konfidenzintervall: 0,2–0,5), was aktuell, bezogen auf die Bevölkerung der 20- bis 79-Jährigen, einer Anzahl von ca. 250.000 Personen entsprechen würde. Die Daten des Bundes-Gesundheitssurveys stimmen mit einer weiteren Studie überein, bei der 0,63 % (95-Prozent-Konfidenzintervall: 0,42–0,84) der Allgemeinbevölkerung HCV-Ak-positiv waren (Palitzsch u. a. 1999); bezogen auf die Bevölkerung der 20- bis 79-Jährigen würde dies ca. 400.000 Personen entsprechen. Die tatsächliche HCV-Ak-Prävalenz dürfte jedoch höher liegen, da bei diesen Studien Personen aus Heil- und Pflegeanstalten, Krankenhäusern, Justizvollzugsanstalten ausgeschlossen waren und injizierende Drogenkonsumenten oder weitere, stärker betroffene Gruppen gar nicht oder wahrscheinlich nicht repräsentativ vertreten waren.

Aktuell wird die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) durchgeführt (RKI 2009; Radun u. a. 2009), anhand derer unter anderem eine aktuelle und für die Allgemeinbevölkerung Deutschlands repräsentative Schätzung zur HCV-Ak-Prävalenz vorgenommen werden kann. Darüber hinaus wird man beurteilen können, ob ein Trend im Vergleich mit den Ergebnissen früherer Surveys vorliegt.

Deshalb kann die Zahl der zurzeit in Deutschland lebenden Virusträger/innen nur vage auf 400.000 bis 500.000 Menschen geschätzt werden. Eine Schätzung wird besonders durch das Fehlen belastbarer Daten zur Hepatitis-C-Prävalenz bei i.v. Drogenkonsumenten erschwert. Gezielte und repräsentative epidemiologische Erhebungen zur Hepatitis-B- und -C-Prävalenz und zu Risikoverhaltensweisen werden entsprechend für vermehrt betroffene Gruppen – wie i.v. Drogenkonsumenten – benötigt, um eine solide Datenbasis zur Verfügung zu haben.

Aus Prävalenzstudien zu HCV-Seromarkern^h unter i.v. Drogenkonsumenten im europäischen Kontext ist bekannt, dass Hepatitis C in dieser Gruppe hyperendemisch, also dauerhaft weit verbreitet ist. Je

^h Seromarker = Indikator, z.B. ein Bestandteil eines Erregers wie HCV, der im Bluttest festgestellt wird

nach Studie betrug die Seroprävalenz hier bis zu über 80 % (Roy u. a. 2002). Die Serokonversionsrate (als Maß von Neuinfektionen) wurde mit 10 bis 30 pro 100 Personenjahre, bei den unter 20-jährigen sogar mit 76 pro 100 Personenjahre bestimmt (Mansson u. a. 2000; van Beek u. a. 1998). Als Risikofaktoren galten „Dauer des Drogengebrauchs“, „Nadeltausch und gemeinsamer Gebrauch von Hilfsmitteln“, „Inhaftierung“ und „Alter unter 20 Jahren“.

Auch bei Insassen von Justizvollzugsanstalten, unter denen sich häufig ein erheblicher Anteil i.v. Drogen Gebrauchender befindet, wurde immer wieder eine hohe Hepatitis-C-Prävalenz festgestellt (Rotily u. a. 2001; Stark u. a. 1990; Stark u. a. 1995; Stark u. a. 1997). Es wird angenommen, dass etwa die Hälfte aller Häftlinge drogenerfahren ist und etwa 50 % der i.v. Drogen Gebrauchenden den intravenösen Konsum auch in Haft mit zum Teil hochriskanten Praktiken² fortsetzen. Haftaufenthalte spielen außerdem eine Schlüsselrolle für den Einstieg in den Drogenkonsum. Infektionsrisiken beruhen in dieser Gruppe im Wesentlichen auf Spritzen- und Kanülentausch, jedoch können auch ungeschützte sexuelle Kontakte und die in Haft verbreitete Praxis des Tätowierens zu Neuinfektionen beitragen.

Eine 2006/2007 in Deutschland durchgeführte Querschnittsstudie bei Insassen von sechs Justizvollzugsanstalten dreier Bundesländer ergab, dass rund 30 % der Befragten schon einmal Drogen injiziert hatten. Insgesamt hatten 10,5 % der Teilnehmenden eine Hepatitis-B-Infektion durchgemacht, und 2,5 % wiesen eine replizierende Hepatitis-B-Infektion¹ auf (akute oder chronische Hepatitis B). HCV-Antikörper fanden sich bei 17,6 % und HIV-Antikörper bei 0,8 % der Teilnehmer. Von denjenigen, die angaben, schon einmal Drogen injiziert zu haben, hatten 22,5 % bereits eine Hepatitis-B-Infektion durchgemacht. Insgesamt 7,9 % wiesen eine replizierende Hepatitis-B-Infektion, 50,4 % HCV-Antikörper und 1,6 % HIV-Antikörper auf (Radun u. a. 2007; WIAD 2008).

2 Da in Haftanstalten sterile Spritzbestecke in aller Regel nicht verfügbar sind, werden häufig die wenigen vorhandenen Spritzen („Stationspumpen“) von mehreren Häftlingen gemeinsam benutzt.

i Bei einer replizierenden HBV-Infektion findet sich eine messbare Viruslast im Blut – ein Hinweis darauf, dass sich das Virus vermehrt („repliziert“).

In der bereits oben genannten Befragung von Substituierten in Deutschland gaben 97 (56 %) von 172 Teilnehmenden mit einer Substitutionsdauer von mehr als fünf Jahren an, dass sie eine Hepatitis C haben (DAH/JES 2009).

HCV-infizierte Personen, die serologisch keine Zeichen einer durchgemachten Hepatitis-A- oder -B-Infektion aufweisen, sollten gegen beide Virusinfektionen geimpft werden, da eine Ansteckung mit HAV oder HBV bei bereits bestehender chronischer Hepatitis-C-Infektion zu schwereren Krankheitsverläufen führen kann (RKI 2009b).

Koinfektionen mit HBV oder HIV werden besonders häufig bei i.v. Drogenkonsumenten angetroffen. Eine gleichzeitige HIV- oder HBV-Infektion kann den Verlauf einer Hepatitis C ungünstig beeinflussen.

Infektionsepidemiologische Überwachung (Surveillance) der Hepatitis C in Deutschland

Etwa 75 % der Hepatitis-C-Neuinfektionen verlaufen asymptomatisch. Für die meist unbemerkt erworbene Hepatitis C ist der genaue Infektionszeitpunkt in der Regel nicht bestimmbar. Auch positive Seromarker erlauben keine zeitliche Zuordnung. Aufgrund dieser Schwierigkeiten im Hinblick auf Diagnostik und Meldung akuter Hepatitis-C-Fälle ist in Deutschland jede erstdiagnostizierte Hepatitis C meldepflichtig (RKI 2009a; RKI 2009d).

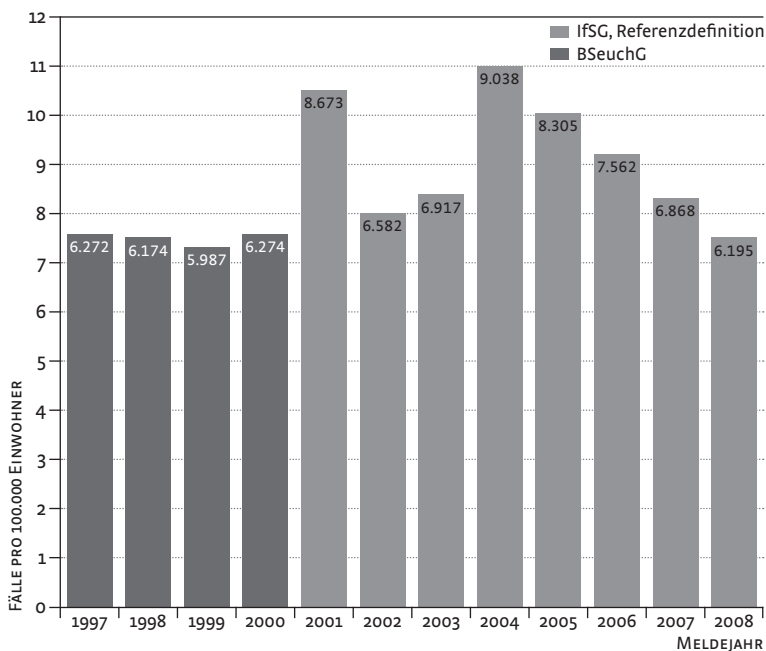
Die Bestimmung der HCV-Inzidenz (Anzahl von HCV-Neuinfektionen pro Zeiteinheit) ist aus verschiedenen Gründen methodisch schwierig und nur mit erheblichem Aufwand möglich. Die übermittelten HCV-Erstdiagnosen dürfen weder mit der HCV-Inzidenz noch mit der HCV-Prävalenz (Anzahl der zu einem bestimmten Zeitpunkt bestehenden HCV-Infektionen) gleichgesetzt werden und erlauben keinen direkten Rückschluss auf den Infektionszeitpunkt. Der Übertragungsweg lässt sich gegenwärtig bei einem Teil der bekannt gewordenen HCV-Infektionen nicht eindeutig klären.

Weitere Faktoren, die die Meldedaten beeinflussen können, sind das Angebot von Testmöglichkeiten, deren Inanspruchnahme und das Meldeverhalten der Ärztinnen und Ärzte. Insbesondere Veränderungen dieser Parameter im Zeitverlauf können die Interpretation der Daten

erschweren. Trotzdem erlauben die übermittelten HCV-Erstdiagnosen – in Ermangelung anderer Datenquellen zur HCV-Inzidenz – die derzeit bestmögliche Abschätzung des aktuellen Infektionsgeschehens.

Ein Anstieg der Fallzahlen vom Jahr 2000 auf 2001 ist darin begründet, dass mit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) eine spezifische Falldefinition für Hepatitis C zur Verfügung steht und angestrebt wird, *erstdiagnostizierte* Hepatitis-C-Infektionen (ungeachtet ihrer Akuität) zu erfassen. Seit 2004 ist ein sinkender Trend der bundesweiten, jährlichen Inzidenz übermittelter Erstdiagnosen zu verzeichnen (Abb. 6). Die bundesweite Inzidenz für das Jahr 2008 betrug 7,5 Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner/innen (RKI 2009d).

Abb. 6: Übermittelte Hepatitis-C-Fälle pro 100.000 Einwohner/innen nach Meldejahr; Deutschland 1997–2008

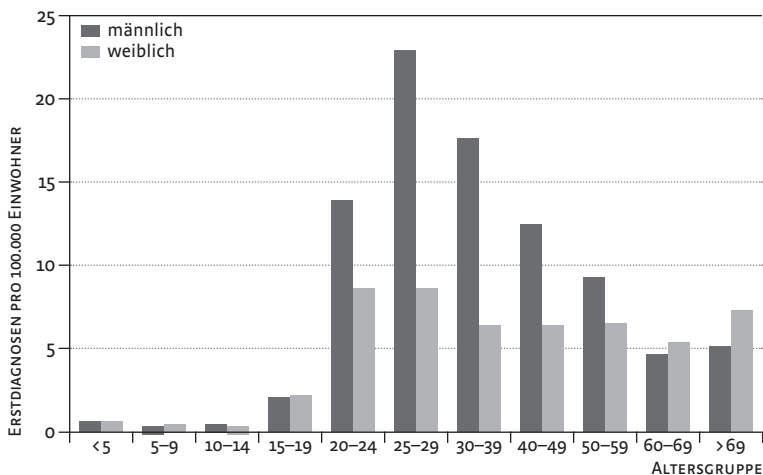


Stand: März 2009; Quelle: RKI

j Akuität = akutes Krankheitsbild (im Gegensatz zur „Chronizität“)

Die Inzidenz erstdiagnostizierter Fälle unter Jungen und Männern (9,4/100.000) war im Jahr 2008 wesentlich höher als unter Mädchen und Frauen (5,7/100.000). Wie in vorangegangenen Jahren zeigte sich ein Häufigkeitsgipfel in der Altersgruppe der 25- bis 29-jährigen mit einer hier beinahe dreimal höheren Inzidenz an Erstdiagnosen bei Männern im Vergleich zu Frauen (RKI 2009d, Abb. 7).

Abb. 7: Übermittelte Hepatitis-C-Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppen und Geschlecht, Deutschland 2008 (n = 6.156)



Stand: März 2009; Quelle: RKI

Bei 71,9 % der im Jahr 2008 übermittelten Fälle lagen Angaben zu möglichen Expositionen vor. Injizierender Drogengebrauch, derzeit der bedeutsamste Übertragungsweg für Hepatitis C in Deutschland, wurde am häufigsten (36 %) angegeben. Bei 73 % der 20- bis 29-jährigen Männer wurde i.v. Drogengebrauch genannt. Die Tatsache, dass Männer in dieser Gruppe deutlich überrepräsentiert sind, erklärt die erheblich höhere Inzidenz erstdiagnostizierter Hepatitis C bei Männern im Vergleich zu Frauen (RKI 2009d).

Sexuelle Expositionen wurden an zweiter Stelle (31 %) genannt. Von diesen waren 9,7 % MSM. „Operativ-diagnostische Eingriffe“ wurden an dritter Stelle (23 %), „Erhalt von Blutprodukte“ an vierter Stelle (13 %) genannt. Tätowierung wurde bei 11 %, Injektionen im Ausland bei 10 % angegeben. Der Stellenwert der angegebenen Expositionen ist – besonders wenn sie lang zurückliegen – im Hinblick auf einen Kausalzusammenhang allerdings fraglich (RKI 2009d). Es gibt Hinweise darauf, dass riskante Sexualpraktiken unter MSM, besonders HIV-positiven MSM, einen Risikofaktor für eine Hepatitis-C-Infektion darstellen. Ein solches Risiko zu quantifizieren und Risikoverhaltensweisen zu identifizieren, ist Gegenstand aktueller epidemiologischer Untersuchungen.

Das Risiko einer Übertragung von Hepatitis C durch Blutprodukte wird aktuell auf kleiner als 1:5 Millionen geschätzt. Zu nosokomialen HCV-Übertragungen kommt es in Deutschland aufgrund des üblicherweise hohen Hygienestandards heutzutage nur noch sporadisch.

Ausblick

Erfordernisse der Prävention, des Monitoring und der Forschung

In der 63. Versammlung der Weltgesundheitsversammlung^k vom Januar 2010 wurde eine Resolution zur weltweiten Bekämpfung von Virushepatitiden formuliert. Danach ist ein umfassendes, strategisches Vorgehen bei der Erfassung und Bekämpfung dieser Infektionen anzustreben, das infektionsepidemiologische Überwachung, Gesundheitsaufklärung einschließlich des Verfassens von Empfehlungen, Umsetzung der Hepatitis-B-Impfempfehlung und gezielte Forschung beinhaltet (WHO 2010).

^k Die Weltgesundheitsversammlung (World Health Assembly, WHA) ist das höchste Entscheidungsorgan der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Deren Mitglieder treffen sich einmal pro Jahr in Genf, um die künftigen Programme der WHO festzulegen.

Die verschiedenen Ebenen der Prävention im Gesundheitsbereich wurden bereits 1965 von Leavell postuliert (Abb. 8).

Abb. 8: Leavells Ebenen der Prävention am Beispiel von Hepatitis B und C

Primäre Prävention:	Vermeidung von Neuinfektionen → Gesundheitsaufklärung/Beratung → Hepatitis-B-Impfung
Sekundäre Prävention:	Früherkennung und Behandlung → Testung von Risikogruppen/Beratung → Hepatitis-B/C-Screening
Tertiäre Prävention:	Linderung von Krankheit/Krankheitsfolgen → Therapie von Pfortaderhochdruck → Empfehlungen (Alkohol meiden, Lebertransplantation, usw.)

Quelle: Leavell/Clark 1965

Aufgrund einer Reihe von Maßnahmen und einer insgesamt guten medizinischen Infrastruktur bestehen in Deutschland bereits wertvolle Gesundheitsressourcen. Andererseits gibt es Bereiche, die einer vermehrten Aufmerksamkeit und Aktivität bedürfen. Zum Beispiel ist positiv hervorzuheben, dass für Deutschland aktuelle Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Hepatitis-B- bzw. -C-Infektion erarbeitet wurden, die auch Belange besonderer Gruppen, wie Drogenkonsumenten, berücksichtigen (Cornberg u. a. 2007; Sarrazin u. a. 2010). Auch international wurden Empfehlungen zu freiwilligen medizinischen Untersuchungen und zu Beratung formuliert (Blystad/Wiessing 2009). Am European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) werden Daten zur Surveillance von Infektionskrankheiten

unter i.v. Drogenkonsumenten gesammelt und analysiert (Wiessing u. a. 2008).

Positiv hervorzuheben ist weiterhin eine in Deutschland großzügig gefasste Hepatitis-B-Impfempfehlung, die Drogenkonsumenten einschließt. Zu ihrer Umsetzung besteht jedoch weitgehend Unkenntnis, und dort, wo sporadisch Daten vorliegen, wurde eine unzureichende Hepatitis-B-Impfprävalenz bei Drogenkonsumenten festgestellt. Ein verbesserter Impfschutz sollte in dieser Gruppe dringend angestrebt werden.

Es besteht ein Bedarf an aktuellen epidemiologischen Studien zur Erfassung der Verbreitung von Hepatitis B und Hepatitis C (sowie HIV) unter i.v. Drogenkonsumenten in Deutschland, zur Ermittlung von Risikofaktoren für diese Infektionen sowie zur infektionsbedingten Morbidität¹ von i.v. Drogenkonsumenten allgemein. Darüber hinaus sind gezielte Präventionsmaßnahmen in dieser Population, aber auch in anderen Risikogruppen zu intensivieren. Hierunter fällt die Entwicklung von präventiven Konzepten im weitesten Sinne wie auch ein großzügiges Angebot von Screening-Tests für i.v. Drogenkonsumenten, wie dies von der WHO empfohlen wird, sowie Beratung und gegebenenfalls Behandlung (WHO 1999). Einige Länder Europas haben in jüngerer Zeit einen nationalen HCV-Bekämpfungsplan entwickelt (Goldberg 2008; Schulte u. a. 2008).

Die Vermeidung von Hepatitis-B- und -C-Neuinfektionen stellt auf lange Sicht den konsequentesten Weg dar, damit verbundene Komplikationen zu reduzieren. Es ist vordringlich, zu verhindern, dass ein injizierender Drogenkonsum aufgenommen wird. Außerdem sollte auf einen Entzug bzw. eine Substitutionstherapie hingewirkt werden, und wo das nicht möglich ist, auf die Bereitstellung von sterilen Spritzen (Schulte u. a. 2008).

Um speziell den durch die Hepatitis-C-Epidemie entstehenden Herausforderungen zu begegnen, sollten alle Personen mit erhöhtem Infektionsrisiko möglichst frühzeitig über die Übertragungswe-

1 epidemiologische Fachbezeichnung für die Häufigkeit einer Erkrankung während eines bestimmten Zeitraums in der Gesamtbevölkerung oder einer bestimmten Gruppe (Erkrankungsrate)

ge von HCV informiert werden und Zugang zu einem möglichst niedrigschwelligen HCV-Testangebot haben (siehe oben). Bereits Infizierte sollten eine umfassende Beratung erhalten, um zusätzlich schädigende Einflüsse (z. B. Alkohol oder Koinfektionen) und eine Übertragung des Virus auf weitere Personen vermeiden zu können. Außerdem sollten sie gegen Hepatitis A und B geimpft werden, um eine schwerer verlaufende Koinfektion zu verhindern. Eine enge Zusammenarbeit von Suchtmedizinerinnen und Hepatologen in der medikamentösen Therapie einer Hepatitis C bei Drogenkonsumenten ist sinnvoll.

Generell sollte dafür Sorge getragen werden, dass Infizierte Zugang zu medizinischer Diagnostik und einer indikationsgerechten Therapie haben (Blystad/Wiessing 2009; Sarrazin u. a. 2010; Cornberg u. a. 2007; Perz/Alter 2006).

Es ist zu erwarten, dass sich die Hepatitis-C-assoziierte Morbidität und Mortalität^m – vor allem durch vermehrtes Auftreten von Leberzirrhosen und Leberzellkarzinomen – in den kommenden Jahren deutlich erhöhen wird. Für das Gesundheitswesen sind damit erhebliche Kosten verbunden. Neben medizinischen Gesichtspunkten müssen deshalb auch gesundheitsökonomische Aspekte in die Ressourcenzuweisung einfließen (Wasem u. a. 2006; Jäger u. a. [Hg.] 2004).

^m epidemiologische Fachbezeichnung für die Häufigkeit der Todesfälle in einem bestimmten Zeitraum, bezogen auf die Gesamtbevölkerung oder eine bestimmte Gruppe (Sterberate)

Literatur

Alter 2006

Alter, M. J.: Epidemiology of viral hepatitis and HIV co-infection. In: *Journal of Hepatology*, 2006, 44, 6–9

Armstrong 2003

Armstrong, G. L.: Commentary: Modeling the epidemiology of hepatitis C and its complications. In: *International Journal of Epidemiology*, 2003, 32, 725–726

Blystad/Wiessing 2009

Blystad, H./Wiessing, L.: Guidance on Provider-initiated Voluntary Medical Examination, Testing and Counselling for Infectious Diseases in Injecting Drug Users. Pre-final unedited version 5.5, Lisbon: EMCDDA 2009 (im Internet unter http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_87147_EN_EMCCDA_; letzter Zugriff: 04.05.2011)

BMGS/RKI/Drogenbeauftragte [Hg.]

2004

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung/Robert Koch-Institut/ Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.): Hepatitis. Verbesserung der Hepatitis-Prävention und -Behandlung für Drogenabhängige. Dokumentation des Expertengesprächs am 5. September 2003 im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Berlin: BMGS/RKI/Drogenbeauftragte 2004

CDC 2010

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Health information for international travel, 2010 (im Internet unter <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2010/chapter-2/hepatitis-b.aspx>; letzter Zugriff: 04.05.2011)

Christensen u. a. 2004

Christensen, P. B./Fisker, N./Krarup, H. B./Liebert, E./Jaroslavtsev, N./Christensen, K./Georgsen, J.: Hepatitis B vaccination in prison with a 3-week schedule is more efficient than the standard 6-month schedule. In: *Vaccine* 2004, 22, 3897–3901

Cornberg u. a. 2007

Cornberg, M./Protzer, U./Dollinger, M. M./Petersen, J./Wedemeyer, H./Berg, T./Jilg, W./Erhardt, A./Wirth, S./Schirmacher, P./Fleig, W.E./Manns, M. P.: Diagnostik und Therapie der Hepatitis-B-Virus (HBV)-Infektion. Upgrade der Leitlinie, AWMF-Register-Nr.: 021/011. In: *Z Gastroenterol.* 2007, 45(12), 1281–328

DAH/JES 2009

HIV/HCV kein Thema für die Substitution? Erhebung von JES und DAH zeigt alarmierende Daten. In: *Drogenkurier – Magazin des bundesweiten JES-Netzwerks*, März 2009, 77, 18–20

EMCDDA 2009

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA): An overview of the drug-related infectious diseases (DRID) key indicator (im Internet unter http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_67055_EN_EM-CDDA-DRID-overview.pdf; letzter Zugriff: 04.05.2011)

Francois u. a. 2002

Francois, G./Hallauer, J./van Damme, P.: Hepatitis B vaccination: how to reach risk groups. In: *Vaccine* 2002, 21, 1–4

Goldberg u. a. 2008

Goldberg, D./Brown, G./Hutchinson, S. u. a.: Hepatitis C action plan for Scotland: phase II (May 2008–March 2011). In: *Euro Surveill* 2008, 13(21)

Jager u. a. (Hg.) 2004

Jager, J./Limburg, W./Kretzschmar, M./Postma, M./Wiessing, L. (Hg.): Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options. Lissabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) 2004 (ISBN 92-9168-168-7)

Jilg u. a. 2001

Jilg, W./Hottenträger, B./Weinberger, K. u. a.: Prevalence of markers of hepatitis B in the adult German population. In: *Journal of Medical Virology* 2001, 63, 96–102

Leavell/Clark 1965

Leavell, H. R./Clark, E. G.: Preventive Medicine for the Doctor in His Community. 3rd ed. New York: McGraw-Hill 1965

Marschall u. a. 2005

Marschall, T./Krämer, A./Prüfer-Krämer, L./Mikolajczyk, R./Kretzschmar, M.: Erhöhen Migrationen aus hohen und mittleren Endemiegebieten die Hepatitis-B-Prävalenz in Deutschland? In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2005, 130, 2753–2758

Mansson u. a. 2000

Mansson, A. S./Moestrup, T./Nordenfelt, E. u. a.: Continued transmission of hepatitis B and C viruses, but no transmission of human immunodeficiency virus among intravenous drug users participating in a syringe/needle exchange program. In: *Scandinavian Journal of Infectious Diseases* 2000, 32(3), 253–258

Palitzsch u. a. 1999

Palitzsch, K. D./Hottenträger, B./Schlottmann u. a.: Prevalence of antibodies against hepatitis C virus in the adult German population. In: *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 1999, 11(11), 1215–20

Perz u. a. 2004

Perz, J. F./Farrington, L. A./Pecoraro, C. u. a.: Estimated global prevalence of hepatitis C virus infection. Poster. 42nd Annual Meeting of the Infectious Diseases Society of America. Boston, MA, USA, Sept 30–Oct 3, 2004

Perz/Alter 2006

Perz, J. F./Alter, M. J.: The coming wave of HCV-related liver disease: Dilemmas and challenges. In: *Journal of Hepatology* 2006, 44, 441–443

Poethko-Müller u. a. 2007

Poethko-Müller, C./Kuhnert, R./Schlaud, M.: Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland – Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2007, 50, 851–862

Radun u. a. 2007

Radun, D./Weilandt, C./Eckert, J. u. a.: Cross-sectional study on seroprevalence regarding hepatitis B, hepatitis C, and HIV, risk behaviour, knowledge and attitude about bloodborne infections among adult prisoners in Germany – Preliminary results. Abstract. The European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology (ES-CAIDE). Stockholm, Sweden, 18–20 October 2007

Radun u. a. 2009

Radun, D./Cai, W./Stark, K./Thamm, M./Hamouda, O.: Bevölkerungsbezogener Serosurvey mit Bestimmung der Prävalenz von Virushepatitiden in Deutschland – DGES. Poster. 6. HepNet Symposium. Hannover, 5.–6. Juni 2009

RKI 2007

Robert Koch-Institut (RKI): Falldefinitionen des Robert Koch-Instituts zur Übermittlung von Erkrankungs- oder Todesfällen und Nachweisen von Krankheitserregern. Ausgabe 2007 (im Internet unter <http://www.rki.de> → Infektionsschutz → Infektionsschutzgesetz → Falldefinition → nach IfSG)

RKI 2008

Robert Koch-Institut (RKI): Hinweis zur Meldepflicht einer Hepatitis-B-Infektion: FAQ zum Infektionsschutzgesetz (Aus welchen Laborbefunden ergibt sich eine meldepflichtige Hepatitis B Infektion?) (im Internet unter http://www.rki.de/cln_169/nn_468102/SharedDocs/FAQ/IfSG/FAQ12.html; letzter Zugriff: 04.05.2011)

RKI 2009a

Robert Koch-Institut (RKI): Hinweis zur Meldepflicht einer Hepatitis-C-Infektion: FAQ zum Infektionsschutzgesetz (Aus welchen Laborbefunden ergibt sich eine meldepflichtige Hepatitis-C-Infektion?) (im Internet unter http://www.rki.de/cln_169/nn_468106/SharedDocs/FAQ/IfSG/FAQ13.html; letzter Zugriff: 04.05.2011)

RKI 2009b

Robert Koch-Institut (RKI): Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut, Stand: Juli 2009. In: *Epidemiologisches Bulletin*, 30/2009, 279–298 (im Internet unter <http://www.rki.de> → Infektionsschutz → Impfen; letzter Zugriff: 04.05.2011)

RKI 2009c

Robert Koch-Institut (RKI): Impfquoten bei den Schuleingangsuntersuchungen in Deutschland 2007. In: *Epidemiologisches Bulletin*, 20/2009, 143–145 (im Internet unter <http://www.rki.de> → Infektionsschutz → Impfen; letzter Zugriff: 04.05.2011)

RKI 2009d

Robert Koch-Institut (RKI): Virushepatitis B, C und D: Situationsbericht 2008. In: *Epidemiologisches Bulletin*, 18/2009, 189–199 (im Internet unter <http://www.rki.de> → Infektionsschutz → Epidemiologisches Bulletin → Archiv)

RKI 2009e

Robert Koch-Institut. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: DEGS – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Projektbeschreibung. 2009. ISBN: 978-3-89606-199-7 (im Internet unter http://www.rki.de/cln_187/nn_199884/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBE-DownloadsB/degs__projektbeschr,templatelid=raw,property=publicationFile.pdf/degs_projektbeschr.pdf; letzter Zugriff: 04.05.2011)

Rotily u. a. 2001

Rotily, M./Weilandt, C./Bird, S. M. u. a.: Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. A multicentre pilot study. In: *European Journal of Public Health* 2001, 243–50

Roy u. a. 2002

Roy, K./Hay, G./Andragetti, R. u. a.: Monitoring hepatitis C virus infection among injecting drug users in the European Union: A review of the literature. In: *Epidemiology and Infection* 2002, 129, 577–585

Sarrazin u. a. 2010

Sarrazin, C./Berg, T./Ross, R.S./Schirrmacher, P./Wedemeyer, H./Neumann, U./Schmidt, H. H./Spengler, U./Wirth, S./Kessler, H. H./Peck-Radosavljevic, M./Ferenci, P./Vogel, W./Moradpour, D./Heim, M./Cornberg, M./Protzer, U./Manns, M. P./Fleig, W. E./Dollinger M. M./Zeuzem, S.: Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus(HCV)-Infection, AWMF-Register-Nr.: 021/012. In: *Z Gastroenterol* 2010, 48(2), 289–351 (Epub 2010 Jan 29)

Schulte u. a. 2008

Schulte, B./Stöver, H./Leicht, A./Schnackenberg, K./Reimer, J.: Prävention der Hepatitis C bei Drogenkonsumenten. In: *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2008, 51, 1210–1217

Stark u. a. 1990

Stark, K./Müller, R./Guggenmoos-Holzmann, I. u. a.: HIV infection in intravenous drug abusers in Berlin: risk factors and time trends. In: *Klinische Wochenschrift* 1990, 68, 415–420

Stark u. a. 1995

Stark, K./Schreier, E./Müller, R. u. a.: Prevalence and determinants of anti-HCV seropositivity and of HCV genotype among intravenous drug users in Berlin. In: *Scandinavian Journal of Infectious Diseases* 1995, 27, 331–337

Stark u. a. 1997

Stark, K./Bienzle, U./Vonk, R./Guggenmoos-Holzmann, I.: History of syringe sharing in prison and risk of hepatitis B virus, hepatitis C virus, and human immunodeficiency virus infection among injecting drug users in Berlin. In: *International Journal of Epidemiology* 1997, 1359–1366

Thierfelder u. a. 2001

Thierfelder, W./Hellenbrand, W./Meisel, H./Schreier, E./Dortschy, R.: Prevalence of markers for hepatitis A, B and C in the German population. Results of the German National Health Interview and Examination Survey 1998. In: *European Journal of Epidemiology* 2001, 17, 429–435

van Beek u. a. 1998

van Beek, I./Dwyer, R./Dore, G. J. u. a.: Infection with HIV and hepatitis C virus among injecting drug users in a prevention setting: a retrospective cohort study. In: *British Medical Journal* 1998, 317(7156), 433–437

Walter u. a. 2005

Walter, J./Radun, D./Claus, H./Hamouda, O./Stark, K.: Risikofaktoren der Hepatitis B und C in Deutschland – Ergebnisse der bundesweiten Surveillance. In: *Gesundheitswesen* 2005, 67, 441–447

Wasem u. a. 2006

Wasem, J./Srocynski, G./Aidelsburger, P./Buchberger, B./Hessel, F./Conrads-Frank, A./Peters-Blöching, A./Kurth, B. M./Wong, J. B./Rossol, S./Siebert, U.: Gesundheitsökonomische Aspekte chronischer Infektionskrankheiten am Beispiel der Hepatitis C. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2006, 49, 57–61

WHO 1999

World Health Organization (WHO): Global surveillance and control of hepatitis C. Report of a WHO Consultation organized in collaboration with the Viral Hepatitis Prevention Board, Antwerp, Belgium. In: *Journal of Viral Hepatology* 1999, 6, 35–47

WHO 2010

World Health Organization (WHO): Resolution of the Sixty-third World Health Assembly/Viral Hepatitis. 126 Session, Agenda 4.12, EB126.R16, 23 January 2010 (im Internet unter http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB126/B126_R16-en.pdf; letzter Zugriff: 04.05.2011)

WIAD 2008

Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD): Infektionskrankheiten unter Gefangenen in Deutschland: Kenntnisse, Einstellungen und Risikoverhalten. Teilergebnisse des Projekts: „Infectious Diseases in German Prisons. Epidemiological and Sociological Surveys among Inmates and Staff“ (im Internet unter http://www.wiad.de/projekte/inf/inmates%20&%20staff/Endbericht_Gefangene_060808_kompl.pdf; letzter Zugriff: 04.05.2011)

Wiessing/Nardone 2006

Wiessing, L./Nardone, A.: Ongoing HIV and viral hepatitis infections in IDUs across the EU, 2001-2005. In: *Euro Surveill.* 2006, 11(47), pii=3084 (im Internet unter <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=3084>; letzter Zugriff: 04.05.2011)

Wiessing u. a. 2008

Wiessing, L./Guarita, B./Giraudon, I./Brummer-Korvenkontio, H./Salminen, M./Cowan, S. A.: European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs) – the need to improve quality and comparability. In: *Euro Surveill* 2008, 22;13(21)

Zanetti u. a. 2008

Zanetti, A. R./van Damme, P./Shouval, D.: the global impact of vaccination against hepatitis B: a historical overview. In: *Vaccine* 2008, 26, 6266–73

Drogenkonsum im Alter

Irmgard Vogt

Problemdefinition und Schätzungen zu älteren Menschen mit problematischem Opiatkonsum

Drogenkonsum und Drogenprobleme verbindet man im Allgemeinen nicht mit Menschen in der zweiten Lebenshälfte oder im Rentenalter. Tatsächlich ist die Freude am Experimentieren mit legalen und illegalen Drogen bei jungen Menschen erheblich stärker ausgeprägt als bei den Älteren (45–60 Jahre) und den Alten (ab 65 Jahren). Das heißt aber nicht, dass es unter ihnen keine Drogenkonsumenten und Drogenabhängigen gibt (Vogt 2010). Dieser Beitrag beschränkt sich auf die Konsumenten von Straßenheroin und auf Patienten, die als Heroin-Ersatzmittel Methadon oder Buprenorphin erhalten (= Substitutionsbehandlung), das heißt auf Personen mit einer F11-Diagnose (Heroin- bzw. Opioidabhängigkeit)¹ oder einer F19-Diagnose (Polytoxikomanie).² Ältere Menschen,

¹ Für Einzelheiten vgl. ICD-10, Kapitel V (F).

² Im Folgenden werden die Begriffe Opiatkonsumenten und Drogenkonsumenten synonym verwendet.

die Kokain, (illegal gehandelte) psychoaktive Medikamente oder andere Stoffe gebrauchen bzw. von ihnen abhängig sind, werden nicht berücksichtigt.³

Tabelle 1: Schätzungen zu Menschen mit problematischem Opiatkonsum in Deutschland⁴ für das Jahr 2006 und Prognosen für das Jahr 2016, aufgeschlüsselt nach den Altersgruppen 35 Jahre und älter sowie 40 Jahre und älter

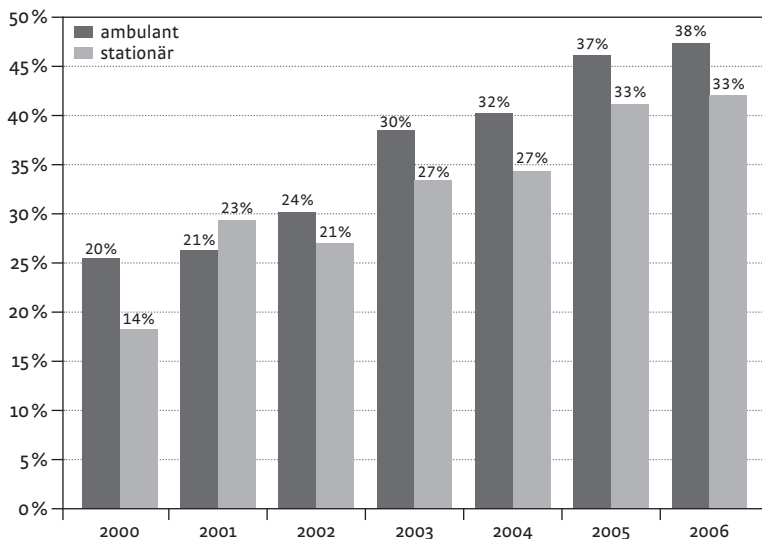
Schätzungen für 2006	Gesamtzahl	davon in Behandlung	davon in der DHS/DRV-Statistik ^a
35 Jahre und älter	ca. 60.000	ca. 35.000	ca. 12.000
40 Jahre und älter	ca. 40.000	ca. 25.000–30.000	ca. 8.000
Prognosen für 2016 ⁵			
35 Jahre und älter	ca. 120.000	ca. 70.000	ca. 24.000
40 Jahre und älter	ca. 80.000	ca. 50.000 – 60.000	ca. 16.000

a DHS=Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen; DRV=Deutsche Rentenversicherung

Bei genauerer Untersuchung der für den Zeitraum 2000 bis 2006 vorliegenden Daten über Ältere, die Angebote der Suchthilfe wahrnehmen, stellt man fest, dass ihr relativer und absoluter Anteil an allen Hilfesuchenden kontinuierlich ansteigt (vgl. Abbildung 1).

- 3 Die Ergebnisse von Befragungsstudien und klinischen Studien weisen darauf hin, dass der Konsum von Kokain und Amphetamin mit dem Alter kontinuierlich abnimmt. In Deutschland gibt es vermutlich nur sehr wenige ältere und alte Kokainisten. Sehr wahrscheinlich gibt es aber eine relativ große Gruppe, die auch mit zunehmendem Alter mehr oder weniger regelmäßig Cannabisprodukte konsumiert. Allerdings gibt es hierzu noch keine einschlägigen empirischen Daten (vgl. Vogt 2010).
- 4 Die Schätzungen beruhen auf einer Vielzahl von Quellen, darunter Schätzungen zu Menschen mit Opiatproblemen in Deutschland im Jahr 2006, Angaben zu Personen, die aufgrund ihrer Opiatabhängigkeit medikamentös behandelt werden (Substitutionstherapie), und Daten zu Patientinnen und Patienten in psychosozialer (und medizinischer) Behandlung. Ausführliche Literaturangaben dazu finden sich bei Vogt u. a. 2009.
- 5 In Anlehnung an Gfroerer u. a. 2002, 2003.

Abbildung 1: Relativer Anteil der 35-jährigen und älteren Drogenkonsumenten mit der Diagnose „Opiatabhängigkeit“ (ambulante und stationäre Behandlungsdaten) im Zeitraum 2000 bis 2006*



*Bezug: Alle Personen mit F11-Diagnose. Quellen: Sonntag 2006, 2007; Vogt u. a. 2009
(dort: Daten der Rentenversicherung)

Diese Entwicklung ist nicht auf Deutschland beschränkt, sondern lässt sich im gesamten westlichen Kulturkreis beobachten (neben vielen anderen: Beynon u. a. 2007, 2010; Eisenbach-Stangl/Reidl 2009; Hser u. a. 2007a und b; Maffli u. a. 2009; Shaw 2009). Zusammenfassend kann man feststellen, dass der Anteil der älteren Menschen (ab 35 bzw. 40 Jahren) mit problematischem Konsum von illegalen Drogen wie Heroin und verwandten Stoffen in vielen Ländern seit mindestens zehn Jahren kontinuierlich wächst. Geht diese Entwicklung im derzeitigen Tempo und Umfang weiter, ist im Zeitraum 2016 bis 2020 mit einer Verdoppelung der Fallzahlen zu rechnen. Die Suchthilfe in Deutschland hätte es dann mit ca. 120.000 über 35-jährigen bzw. 80.000 über 40-jährigen Opiatabhängigen zu tun. Da längst nicht alle Menschen mit Drogenproblemen die Angebote der Suchthilfe in Anspruch neh-

men, ist nur mit etwa 16.000 bis 24.000 Personen zu rechnen, die dort Hilfe und Unterstützung suchen (vgl. Tabelle 1).

Alle vorliegenden Daten belegen, dass der demografische Wandel auch die Konsumenten und Abhängigen von Straßenheroin wie auch anderen illegalen Drogen betrifft. Das ist insofern bemerkenswert, als das Risiko, in jüngeren Lebensjahren zu versterben, in dieser Gruppe erheblich höher ist als in der Durchschnittsbevölkerung.

Die Lebenssituation von älteren und alten Heroinabhängigen

In Deutschland verfügen wir zurzeit nur über wenige Daten zur Lebenssituation der älteren und alten Konsumenten und Abhängigen von Straßenheroin. Gut bekannt sind die Lebensumstände der rund 8.000 bis 12.000 Personen, die mit einer entsprechenden Diagnose in einer stationären Rehabilitationseinrichtung registriert bzw. an eine ambulante psychosoziale Betreuung angebunden sind. Diese Klientel ist in der Regel Teil des Drogenmilieus. Auf die Lebensbedingungen dieser Gruppe wird gleich noch genauer einzugehen sein.

Die weitaus größere Gruppe der Opioidabhängigen, die heute mit Methadon oder Buprenorphin behandelt wird, hat sich offenbar vom Drogenmilieu abgesetzt. Es handelt sich um Menschen, die medikamentöse Angebote nutzen und kontinuierlich ärztlich betreut werden. Ob sie darüber hinausgehende psychosoziale Angebote anderer Institutionen in Anspruch nehmen, ist derzeit nicht bekannt. Sicher ist jedenfalls, dass die meisten Menschen, die wegen ihrer Opiatabhängigkeit ärztlich behandelt werden, die psychosozialen Angebote der Suchthilfe nicht nutzen. Studien, die sich mit den Lebensumständen dieser Personengruppe auseinandersetzen, liegen zurzeit nicht vor. Daher wissen wir wenig darüber, wie sie ihren Alltag gestalten und wie gut oder schlecht sie sozial und beruflich integriert sind.

Tatsächlich beschränken sich unsere Kenntnisse über die Lebenssituation älterer und alter Konsumenten von Straßenheroin auf die vergleichsweise kleine Gruppe derjenigen, die Angebote der Suchthilfe

in Anspruch nehmen und von denen die meisten fest im Drogenmilieu verankert sind (Vogt u. a. 2010b). Ihre Wohnsituation ist relativ gut. Nur noch wenige leben auf der Straße, die Mehrheit hat einen festen Wohnort. Allerdings leben die meisten von ihnen allein. Das schließt Partnerschaften nicht aus, aber diese sind offenbar eher auf Distanz angelegt. Die finanzielle Situation der Älteren ist eher schlechter als die der Jüngeren. Sie verfügen über sehr geringe finanzielle Mittel, haben wenig Chancen, diese aufzustocken, und haben zudem sehr oft relativ hohe Schulden. Der Anteil derer, die (noch) einer geregelten Erwerbstätigkeit nachgehen, ist kleiner als bei den Jüngeren. Dazu kommen Bewährungs- und Strafauflagen sowie drohende Verurteilungen. Der personale und finanzielle Hilfebedarf nimmt also mit dem Alter (und der Dauer des Drogenkonsums) deutlich zu. Außerdem nehmen gesundheitliche Beschwerden zu, wie im folgenden Abschnitt dargestellt wird.

Fragt man ältere Drogenkonsumenten in Einrichtungen der Drogenhilfe nach ihrem Alltag, sprechen sie sehr differenziert und detailliert über Erfahrungen von Diskriminierung und Ausgrenzung (Anderson/Levy 2003; Conner/Rosen 2008; Eppler/Kuplewatzky 2010; March u. a. 2006). Manche sind sich durchaus bewusst, dass sie mit ihrem Verhalten die „Normalgesellschaft“ provozieren, andere eher nicht. Auf Diskriminierung und Ausgrenzung reagieren sie mit Rückzug und Vermeidung entsprechender Kontakte. Das vertieft ihre Isolation – und verankert sie zugleich noch fester im Drogenmilieu. Auch darum haben viele ältere und alte Drogenkonsumenten kaum noch Kontakte zu Menschen, die keine illegalen Drogen konsumieren, sondern vor allem zu Personen, die selbst Teil des Drogenmilieus sind, sowie zu professionellen Helfern. Die Kontakte zur „Normalgesellschaft“ laufen dann ebenfalls über professionelle Helfer, die auf diese Weise zu Vermittlern zwischen den beiden Welten werden.

Mitarbeiter/innen der Suchthilfe sehen das ähnlich wie ihre Klientel. Auch sie weisen darauf hin, dass (ältere) Drogenkonsumenten von der „Normalgesellschaft“ oft abgelehnt, marginalisiert und isoliert werden. Sie wissen aber auch nicht, wie sie ihrer Klientel aus der Isolation heraushelfen können.

Gesundheitliche Probleme bei Älteren mit chronischem Drogenkonsum

Konsumenten und Abhängige von Straßenheroin und anderen Drogen altern in der Regel etwas schneller als andere Menschen (Dowling u.a. 2008; Lofwall u.a. 2007; Vogt 2009). Das liegt zum einen am Drogenkonsum, zum andern an dem Lebensstil, der mit der Abhängigkeit von verbotenen Drogen verbunden ist. Wer seine Drogen auf dem Schwarzmarkt kauft, ist notgedrungen in illegale Geschäfte verwickelt mit der Gefahr, straffällig zu werden. Dazu kommt, dass illegal angebotene Drogen keinerlei Qualitätskontrollen unterliegen. Das Risiko, minderwertige Drogen zu erwerben, ist erheblich. Das zeigt sich aber erst, wenn die Substanzen injiziert, geschnupft, geraucht oder eingenommen werden. Auf diese Risiken lassen sich die Konsumenten ein. Mit dem intravenösen Konsum sind weitere Gesundheitsrisiken verbunden, vor allem, wenn es zum Spritzentausch kommt oder Utensilien gemeinsam benutzt werden. Akute und chronische Infektionen wie Erkältungen und Bronchitis, ebenso HIV- und Hepatitis-Infektionen können auf diesem Weg weitergegeben werden. Durch ständiges unhygienisches Injizieren kommt es zu Venenerkrankungen, Abszessen und in der Folge zu Herz-Kreislauf-Problemen. Je riskanter die Konsumgewohnheiten, umso größer ist auch die Gefahr von Drogennotfällen mit Bewusstlosigkeit und kurzfristigem Atemstillstand.

Bei Menschen mit chronischem Konsum von Straßenheroin sind die langfristigen gesundheitlichen Belastungen folglich erheblich und nehmen mit der Dauer des Konsums zu. Auch Alterserkrankungen wie z.B. Muskel- und Skeletterkrankungen, Herz-Kreislauf- und Stoffwechsel-Erkrankungen, aber auch Krebs, Diabetes mellitus Typ 2 oder Osteoporose können bei Drogenabhängigen früher auftreten als in der übrigen Bevölkerung. Das Gleiche gilt möglicherweise für die altersbedingte Demenz (Dürsteler-MacFarland u.a. 2010).

Weitere typische Beschwerden sind Zahnerkrankungen aller Art, die eine konsequente Zahnpflege und Zahnsanierung notwendig machen. Da diese sehr oft nicht stattfinden, kommt es zu chronischen Erkrankungen im Mundraum und zu Parodontose; letztere kann wieder-

um das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöhen. Erfolgt dann nach Jahren der Vernachlässigung doch einmal eine Zahnbehandlung, müssen häufig alle Zahnstummel entfernt werden (Fan u. a. 2006; Reece 2007b). Insgesamt ist festzuhalten, dass die Zahngesundheit unter Drogenkonsum stark gefährdet ist und sehr häufig bereits im Alter von 25–35 zum Verlust aller Zähne führt.

Deutlich wird, dass bei älteren Drogenkonsumenten die körperliche Gesundheit stark belastet ist, dass sich Krankheitsprozesse oft überlagern und im ungünstigen Fall gegenseitig verstärken. Drogenkonsumenten, die medizinisch gut betreut werden und bereit sind, den Anweisungen ihrer Ärzte zu folgen, profitieren davon. Bei fortgesetztem intravenösem Drogenkonsum ist jedoch davon auszugehen, dass sich auch bei ihnen die Alterungsprozesse früher bemerkbar machen, als man das sonst erwartet. Das bedeutet, dass diese Menschen früher Unterstützung bei der Lebensführung benötigen als sonst üblich. Darauf wird im nächsten Absatz zurückzukommen sein.

Ältere und alte Drogenkonsumenten leiden außerdem häufiger unter psychischen Störungen als andere Bevölkerungsgruppen, wie Tabelle 2 belegt. Zum Vergleich sind hier die Ergebnisse der Studie von Rosen u. a. (2008) und Vogt u. a. (2010 a und b, Eppler/Kuplewatzky 2010) einander gegenübergestellt. Es fällt auf, dass trotz erheblicher Unterschiede vor allem bei der Stichprobenziehung und der Art der Erhebung von Angaben zur Komorbidität die Befunde erstaunlich ähnlich sind: Ungefähr jeder zweite ältere Drogenkonsument leidet nicht nur unter Substanzabhängigkeit (abhängig von mindestens drei verschiedenen Drogen), sondern auch unter mindestens einer zusätzlichen psychischen Störung. Besonders häufig werden Ängste und Depressionen diagnostiziert oder genannt. Sie erklären zum Teil auch die Schwierigkeiten der Drogenkonsumenten, Kontakte zur sogenannten Normalbevölkerung aufzubauen.

Tabelle 2: Komorbidität bei älteren Drogenabhängigen

Studie von Rosen u. a. 2008, USA	Studie von Vogt u. a. 2010a und b, Deutschland
Sample: 140 Personen in Methadonbehandlung	Sample: 50 Personen, „convenience sample“ (Schneeballverfahren)
Durchschnittsalter: 53,9 Jahre Diagnostik durch Ärzte	Durchschnittsalter: 52,7 Jahre Selbstangaben
Komorbidität: Bei 57 % wurden eine oder mehrere psychische Störungen diagnostiziert, am häufigsten Ängste und Depressionen.	Komorbidität: 46 % der Befragten geben eine oder mehrere psychische Störungen an, am häufigsten Ängste und Depressionen.

Dazu kommen möglicherweise noch weitere psychische Belastungen, zum Beispiel durch erste Anzeichen eines demenziellen Abbaus, die bislang aber kaum untersucht und dokumentiert sind.

Werden ältere Drogenkonsumenten krank und brauchen über längere Zeit Hilfe und Pflege, gibt es in der Regel keine Angehörigen, die Helfer mobilisieren könnten. Vielmehr sind die Betroffenen wie auch die Helfer auf die sozialen und pflegerischen Netzwerke in der Kommune angewiesen, um Betreuung und kontinuierliche Versorgung zu organisieren und sicherzustellen.

Als sehr hilfreich hat sich die Kooperation zwischen Aidshilfe und Suchthilfe erwiesen. Diese hat sich in vielen Städten über die Jahre entwickelt und bewährt sich heute sowohl bei der ambulanten Pflege von älteren Drogenkonsumenten und -abhängigen als auch bei der stationären Unterbringung Schwerkranker und Sterbender. Sollte die Zahl älterer und hilfebedürftiger Drogenkonsumenten wie prognostiziert ansteigen (vgl. Tabelle 1), reichen die (sehr) begrenzten Kapazitäten der Aidshilfen und der mit ihnen verbundenen Pflegedienste auf Dauer nicht aus. Hier besteht Handlungsbedarf.

Tabelle 3: Drogentote nach Alter in Prozent, 2001–2007

Alter	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
bis 39	74	71	69	68	56	53	56
40–49	21	21	23	24	25	29	27
50 plus	5	8	8	8	19	18	17
%	100	100	99	100	100	100	100
N	707	633	677	613	729	663	691

Quelle: Pfeiffer-Gerschel u. a. 2009, 114

Wie Tabelle 3 zeigt, steigt der Anteil der Älteren (50 Jahre und älter) seit 2001 kontinuierlich an, während der Anteil der Jüngeren (bis 39 Jahre) kontinuierlich abnimmt. Die Daten weisen darauf hin, dass bei den Jüngeren riskante Konsumformen abnehmen. Der Anstieg der Todesfälle steht bei den Älteren zum einen in Zusammenhang mit der schlechten Gesundheit, zum andern mit einer Zunahme von Überdosierungen mit Todesfolge.

Ausblick

Die Daten zur Lebenssituation und zur gesundheitlichen Lage von älteren und alten Drogenabhängigen weisen darauf hin, dass der Anteil derjenigen, die relativ früh im Leben Bedarf an psychosozialer Beratung und Betreuung sowie an Unterstützung im Alltag haben, recht hoch ist. Damit stellen sich Fragen nach adäquaten ambulanten und stationären Angeboten für diese Klientel neu.

Die Sucht- und Drogenhilfe hat durchaus Instrumente, um diesen Herausforderungen zu begegnen. Dazu gehören Konzepte zum Case-Management und zur Fallführung, die bei der Planung und Steuerung der Hilfen für ältere und alte gesundheitlich beeinträchtigte Drogenkonsumenten eingesetzt werden sollten. Danach initiiert der Case-Manager die ersten Schritte für ein aussagefähiges Assessment und erarbeitet auf dieser Grundlage einen ersten Hilfeplan. Ermittelt wer-

den dabei unter anderem die Wohnbedürfnisse sowie die Bereitschaft und Fähigkeit, auf eher engem Raum mit anderen zusammenzuleben, der Grad der Behinderung sowie Art und Umfang der Unterstützung, die notwendig ist, um z. B. das Weiterleben in der eigenen Wohnung zu garantieren. Hilfsinstrumente für dieses Assessment liegen mit dem ICF⁶ oder dem in den Niederlanden bereits erprobten MATE⁷ (Buchholz u. a. 2009) vor.

Ist das Ausmaß der Behinderung bekannt, müssen die Fragen zu Unterbringung, Finanzierung und zu den Kooperationspartnern für die ambulante Versorgung geklärt werden. Klienten und Klientinnen mit starken gesundheitlichen Belastungen benötigen eine Reihe von Hilfen wie ambulante Pflegeleistungen, Hauswirtschaftshilfen (z. B. SGB V und SGB XI: Leistungen der Krankenpflege und der Pflegeversicherung) oder auch Wiedereingliederungshilfen (häufiger nach SGB XII, eher selten nach SGB II). Wie die genannten Finanzierungsquellen genutzt werden können, zeigen Beispiele aus der Suchthilfe (vgl. ZIK 2008/2009; Hilckmann 2011) und von Vereinen, die sich für psychisch kranke Menschen einsetzen (Sielaß/Gutierrez 2011).

Für die Klientel ist die Frage des Wohnumfeldes sehr wichtig. Wie die Ergebnisse von qualitativen Interviews mit älteren Drogenabhängigen belegen (Vogt u. a. 2010a), möchten einige mehr oder weniger alleine leben. Andere dagegen brauchen Mitmenschen und Mitbewohner. Der Case-Manager klärt ab, welche Wohnform für welchen Klienten in Frage kommt. Für „Einsiedler“ ist das Betreute Wohnen oder das Intensiv Betreute Wohnen besser geeignet als eine Wohngemeinschaft, selbst wenn dort alle ihren eigenen selbstbestimmten Wohnraum haben.

- 6 *Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dient einer einheitlichen Beschreibung von gesundheitlichen und sozialen Beeinträchtigungen eines Menschen sowie der relevanten Umgebungsfaktoren.*
- 7 *MATE (Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation) ist eine Interviewform, die bei Menschen mit substanzbezogenen Störungen die Behandlungszuweisung und die Evaluation der Behandlung vereinfachen soll. Erfasst werden der Schweregrad der substanzbezogenen Probleme, somatische und psychiatrische Begleiterkrankungen sowie deren Einfluss auf den Lebensalltag der betroffenen Person.*

Unverzichtbare Kooperationspartner sind ambulante Pflegedienste und Hauswirtschaftshilfen. Auf die Zusammenarbeit der Suchthilfe und Aidshilfe wurde bereits kurz hingewiesen. Da jedoch mit einem steigenden Bedarf an ambulanten Pflegeleistungen zu rechnen ist, muss sich die Suchthilfe um weitere Kooperationspartner bemühen. Sie muss mit anderen Pflegediensten ins Gespräch kommen, bei den Pflegenden das Verständnis für die Bedürfnisse und Besonderheiten ihrer Klientinnen und Klienten fördern und wohl auch für eine fortlaufende Unterstützung der Pflegedienstmitarbeiter sorgen. Hier sind neue Ideen gefragt, ebenso neue Kooperationsmodelle. Das gilt noch mehr für den Bereich der Hauswirtschaft, der bislang eher vernachlässigt worden ist. Hier steht die Suchthilfe mit ihren Bemühungen um Kooperationspartner eher noch am Anfang. Gelingt es nicht, hauswirtschaftliche Dienstleister für die Suchthilfe zu mobilisieren, sind die Chancen für eine ambulante Versorgung von (körperlich) behinderten Drogenkonsumenten in der eigenen Wohnung beschränkt. Es braucht Menschen, die sich um einen Mindeststandard an Sauberkeit in der Wohnung und um die Versorgung mit Nahrung kümmern. Case-Manager der Suchthilfe können diese Aufgaben nicht miterledigen, zumal sie dafür oft nicht über das nötige Wissen und Handwerkszeug verfügen.

Zunächst geht es also um den gezielten Ausbau der ambulanten Hilfen für diese Klientel. Das reicht aber auf die Dauer nicht aus; man wird auch Angebote der stationären Unterbringung von älteren und alten behinderten Drogenkonsumenten benötigen. Verschlechtert sich nämlich der Gesundheitszustand, wird die Frage danach akut. In vielen Städten gibt es für schwerkranke und sterbende Drogenkonsumenten kleine, aus der Aidshilfe hervorgegangene Einrichtungen, die bereit sind, diese Menschen aufzunehmen. In gewisser Weise handelt es sich hier um Sterbekliniken, die sich eng an die Einrichtungen der Hospizbewegung anschließen: Kranke werden medizinisch gut versorgt, und das Sterben wird intensiv begleitet.

Für viele ältere und behinderte Drogenkonsumenten eignen sich diese Einrichtungen jedoch nicht. Sie sind zwar krank, vielleicht auch nur noch eingeschränkt mobil, aber durchaus lebenslustig. Ihre Le-

benserwartung ist auch nicht so kurz, dass eine Unterbringung in einer Sterbeklinik gerechtfertigt wäre. Gebraucht werden daher Pflegeheime, wobei mehrere Modelle denkbar sind. Zum einen kann man Pflegeheime speziell für diese Klientel einrichten – die Niederlande haben das einmal ausprobiert, damit aber keinen Erfolg gehabt (Sagrudny 2005). Daraus ist sicherlich nicht der Schluss zu ziehen, dass so etwas gar nicht geht. Man muss aber sehr genau überlegen, wie ein solches Pflegeheim eingerichtet werden soll und welche Regeln dort verbindlich sind. Dass ältere Drogenkonsumenten und -abhängige Regeln durchaus einhalten, zeigen viele Beispiele. Sie sind umso eher bereit, Regeln zu akzeptieren und zu befolgen, wenn sie an deren Ausarbeitung beteiligt waren (Rizzi 2006). Es wäre also durchaus wünschenswert, einen erneuten Versuch mit einem Pflegeheim speziell für diese Menschen zu starten. Eine wissenschaftliche Begleitung könnte helfen, unerwünschte Entwicklungen frühzeitig zu erkennen und zu unterbinden.

Um eine Gettoisierung von älteren Drogenkonsumenten zu vermeiden, könnte man sich andererseits bei bereits vorhandenen Wohnheimen für eine Öffnung gegenüber dieser Klientel stark machen, z. B. bei Wohnheimen für psychisch Kranke oder, besser noch, ausgewählten Altenpflegeheimen. Ältere Drogenkonsumenten in Altenpflegeheimen zu integrieren, ist nur dort sinnvoll, wo die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereit sind, ein solches Experiment mitzutragen. Dazu bedarf es im Vorfeld intensiver Kontakte zwischen der Suchthilfe und der Altenpflege. Die Suchthilfe hat sich in dieser Hinsicht bislang wenig engagiert. Angesichts des demografischen Wandels wird es jedoch höchste Zeit, hier einzusteigen und Kooperationsmodelle zu entwickeln, die für alle Beteiligten attraktiv sind.

Literatur

Anderson/Levy 2003

Anderson, T./Levy, J. A.: Marginality among older injectors in today's illicit drug culture: assessing the impact of ageing. In: *Addiction*, 98, 761–770

Beynon u. a. 2007

Beynon, C. M./McVeigh, J./Roe, B.: Problematic drug use, ageing and older people: trends in age of drug users in north-west England. In: *Ageing & Society*, 27, 799–810

Beynon u. a. 2010

Beynon, C./McVeigh, J./Hurst, A./Marr, A.: Older and sicker: changing mortality of drug users in treatment in the North West of England. In: *International Journal of Drug Policy*. Doi: 10.1016/j.drugpo.2020.01.012

Buchholz u. a. 2009

Buchholz, A./Rist, F./Küfner, H./Kraus, L.: Die deutsche Version des Measurement in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): Reliabilität, Validität und Anwendbarkeit. In: *Sucht*, 55(4), 291–242

Conner/Rosen 2008

Conner, K. O./Rosen, D.: "You're nothing but a junkie": multiple experiences of stigma in an aging methadone maintenance population. In: *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 8, 244–264

Dowling u. a. 2008

Dowling, G. H./Weiss, R. B./Condon, T. P.: Drugs of Abuse and the Aging Brain. In: *Neuropsychopharmacology*, 33, 209–218

Dürsteler-MacFarland u. a. 2010

Dürsteler-MacFarland, K. M./Schmid, O./Vogel, M.: Ältere OpiatkonsumentInnen in Substitutionsbehandlung. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 42, 611–624

Eisenbach-Stangl/Reidl 2009

Eisenbach-Stangl, I./Reidl, C.: Senior drug dependents and care structures: Report Austria and Vienna (<http://www.sddcare.eu/images/PDF/austriadata.pdf>)

Eppler/Kuplewatzky 2010

Eppler, N./Kuplewatzky, N.: Lebensqualität trotz Multimorbidität? Wie ältere DrogenkonsumentInnen mit Erkrankungen umgehen. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 42(3), 625–636

Fan u. a. 2006

Fan, J./Hser, Y.I./Herbeck, D.: Tooth retention, tooth loss and use of dental care among long-term narcotics abusers. In: *Substance Abuse*, 27, 25–32

Gfroerer u. a. 2002

Gfroerer, J. C./Penne, M. A./Pember-ton, M. R./Folsom, R. E.: The aging baby boom cohort and future prevalence of substance abuse. In: Körper, S. P./Council, C. I. (Hg.): *Substance use by older adults: estimates of future impacts on the treatment system*. National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information, Rockville, M.D., 2001 (www.oas.samsha.gov/aging/toc.htm)

Cfroerer u. a. 2003

Cfroerer, J. C./Penne, M. A./Pember-ton, M. R./Folsom, R. E.: Substance abuse treatment need among older adults in 2020: the impact of the aging baby-boom cohort. In: *Drug and Alcohol Dependence*, 69, 127–135

Hilckmann 2011

Hilckmann, M.: Wohn- und Pflege-gemeinschaften für ältere Drogenkon-sumenten mit HIV und AIDS: Modell-projekte am Beispiel von „ZIK – zuhause im Kiez“ in Berlin. In: Vogt, I. (Hg.): *Auch Süchtige altern*. Frankfurt: Fachhoch-schulverlag 2011 (im Druck)

Hser u. a. 2007a

Hser, Y.-I./Huang, D./Chou, C.-P./Anglin, M. D.: Trajectories of heroin addiction: growth mixture modelling results based on a 33-year follow-up study. In: *Evaluation Review*, 31, 548–563. Doi:10.1177/0193841X07307315, [http://erx.sagepub.com/cgi/content/ab-stract/31/6/548](http://erx.sagepub.com/cgi/content/abstract/31/6/548)

Hser u. a. 2007b

Hser, Y.-I./Longshore, D./Anglin, M. D.: The life course perspective on drug use: a conceptual framework for under-standing drug use trajectories. In: *Evaluation Review*, 31, 515–547. Doi: 10.1177/0193841X07307316, [http://erx.sagepub.com/cgi/content/ab-stract/31/6/515](http://erx.sagepub.com/cgi/content/abstract/31/6/515)

Levy/Anderson 2005

Levy, J. A./Anderson, T.: The drug career of the older injector. In: *Addiction Re-search & Theory*, 13, 245–258

Lofwall u. a. 2007

Lofwall, M. R./Brooner, R. K./Bigelos, G. E./Kindbom, K./Strain, E. C.: Characteristics of older opioid maintenance patients. In: *Journal of Substance Abuse Treat-ment*, 28, 265–272

Maffli u. a. 2009

Maffli, E./Kuenzi, U./Schaaf, S./Schaub, M./Delgrande Jordan, M.: The Swiss sit-uation of older drug users in treatment. Presentation prepared for „The treat-ment demand indicator (TDI), 9th an-nual expert meeting, 14.–15 September 2009, EMCDDA, Lisbon. SFA-ISPA

March u. a. 2006

March, J.C./Oviedo-Joekes, E./Romero, M.: Drugs and social exclusion in ten European cities. In: *Eur Addict Res.*, 12, 33–41

Pfeiffer-Gerschel u. a. 2009

Pfeiffer-Gerschel, T./Kipke, I./Flöter, S./Lieb, C./Raiser, P.: Bericht 2009 des nati-onalen REITOX-Knotenpunktes an die EBDDE. Deutschland. Neue Entwicklun-gen, Trends und Hintergrundinformati-onen. Drogensituation 2008/2009

Reece 2007

Reece, A. S.: Dentition of addiction in Queensland: poor dental status and major contributing drugs. In: *Aust. Dent. Journal*, 52, 144–149

Rizzi 2006

Rizzi, E.: Junkies und Alkoholiker wollen das Zimmer nicht mit Hochbeträgten teilen. In: *Curaviva*, 9/2006, 16–17

Rosen u. a. 2008

Rosen, D./Lidsey Smith, M./Reynolds III, C. F.: The prevalence of mental and physical health disorders among older methadone patients. In: *American Journal of Geriatrics and Psychiatry*, 16(6), 488–497

Sagrudny 2005

Sagrudny, I.: Junkie-Senioren / Senioren-Junkies oder auch einfach: Wir im Alter. JES NRW e.V. 2005

Shaw 2009

Shaw, A.: Senior drug dependents and care structures: Scotland and Glasgow report (<http://www.sddcare.eu/images/PDF/nationalscotland.pdf>)

Sielaff/Gutierrez 2011

Sielaff, M./Gutierrez, T.: Ein Ort der Selbstbestimmung. In: Vogt, I. (Hg.): *Auch Süchtige altern*. Frankfurt: Fachhochschulverlag 2011 (im Druck)

Sonntag 2006

Sonntag, D.: Deutsche Suchthilfestatistik 2004. In: *Sucht*, 52, Sonderheft 1

Sonntag 2007

Sonntag, D.: Deutsche Suchthilfestatistik 2006. In: *Sucht*, 53, Sonderheft 1

Vogt 2009

Vogt, I.: Lebenslagen und Gesundheit älterer Drogenabhängiger: Ein Literaturbericht. In: *Suchttherapie*, 10, 17–24

Vogt 2010

Vogt, I.: Alter und Alkohol, Zigaretten, Cannabisprodukte und andere illegale Drogen: Herauswachsen aus der Sucht, Weitermachen wie gewohnt oder Hineinwachsen in die Sucht? In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 42(3), 593–609

Vogt u. a. 2009

Vogt, I./Simmedinger, R./Kuplewatzky, N.: SDDCARE. Re-analysis of selected German national and local data. <http://www.sddcare.eu/images/PDF/datagermany.pdf>

Vogt u. a. 2010a

Vogt, I./Eppler, N./Ohms, C./Stiehr, K./Kraucher, M.: Ältere Drogenabhängige in Deutschland. Abschlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Frankfurt: Institut für Suchtforschung der Fachhochschule Frankfurt 2010 (unveröffentlicht)

Vogt u. a. 2010b

Vogt, I./Eppler, N./Kuplewatzky, N./Simmedinger, R.: Qualitative Interviews mit älteren Drogenabhängigen über ihre Lebenssituation und ihre Zukunftsvorstellungen. Frankfurt: Institut für Suchtforschung der Fachhochschule Frankfurt 2010 (<http://www.sddcare.eu>)

ZIK gGmbH 2008/2009

ZIK gGmbH: Jahresbericht 2008/2009. Wohnen im Leben. Gemeinnütziges Wohnprojekt für Menschen mit HIV/AIDS oder Hepatitis C. Berlin: ZIK – zuhause im Kiez gGmbH 2008/2009 (<http://www.zik-ggmbh.de>)

The background is a complex, abstract composition. On the left, a stylized face with large, dark eyes and a prominent ear is visible. The face is rendered in a way that suggests a collage or a layered image. To the right of the face, there are various geometric shapes, including a large, dark, angular form that resembles a hat or a piece of furniture. The overall color palette is muted, with shades of gray, black, and white, accented by some darker tones. The text is overlaid on the right side of the image, in a bold, sans-serif font.

**25 JAHRE
SUBSTITUTION
IN DEUTSCHLAND**

Die Substitution braucht Impulse zur Weiterentwicklung

Heino Stöver und Ingo Ilja Michels

Einleitung

Die Opiatabhängigkeit ist eine komplexe chronische Erkrankung, die von häufigen Rückfällen (u. a. Beigebrauch) und meist von einem langen Prozess des Herauswachsens aus der Abhängigkeit geprägt ist. Das psychische und physische Abhängigkeitspotenzial ist bei Opiaten sehr hoch: Bereits nach wenigen Wochen regelmäßiger Einnahme entwickelt sich eine Abhängigkeit. Das heißt, dass drei- bis viermal täglich durch das Absinken des Opiatspiegels im Körper quälende Entzugserscheinungen und ein starkes Verlangen nach erneuter Opiateinnahme ausgelöst werden. Die diagnostischen Kriterien nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen für einen schädlichen oder abhängigen Gebrauch von Opioiden werden sehr schnell erfüllt (ICD 10, Kapitel V F11).

Da die Zahl der mit Diamorphin Behandelten derzeit noch stark beschränkt ist, kann die Abhängigkeit von dem Opiat Heroin meist nur auf dem Schwarzmarkt befriedigt werden. Daraus ergeben sich eine Vielzahl sozialer und gesundheitlicher Risiken und Probleme, z. B. kriminelle Handlungen und Prostitution, psychiatrische Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen oder Psychosen, Infektionen mit

Hepatitis (insbesondere B und C) und HIV mangels Hygiene beim Drogenkonsum sowie psychosoziale Verelendung. Insbesondere langjährig Opiatabhängige, die sich nicht in Behandlung befinden, weisen ein überproportional hohes Sterblichkeitsrisiko auf. Oftmals ist ihre Lebenssituation von starker sozialer Marginalisierung, hoher Straffälligkeit und langjährigen Hafterfahrungen gekennzeichnet.

Aus all dem ergibt sich, dass die Opiatabhängigkeit behandlungsbedürftig ist, entweder mit dem Ziel einer Abstinenz (Ausstieg aus dem Drogenkonsum) oder einer medikamentösen Beeinflussung (Substitution), um die Patientinnen und Patienten zu stabilisieren. Beide Herangehensweisen liefern die Basis für die Behandlung körperlicher und psychischer Vor- und Folgeerkrankungen sowie für psychosoziale Betreuung zur Regulierung der mit Opiatabhängigkeit verbundenen sozialen und finanziellen Probleme.

Im Folgenden soll auf die Entwicklung und Erfolge der Substitutionsbehandlung, ihre Probleme und ihre Perspektiven eingegangen werden.

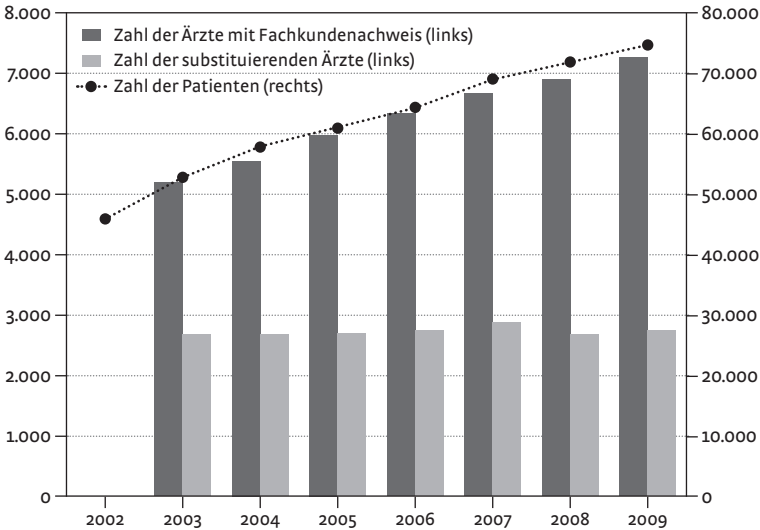
Entwicklung und Erfolge der Substitutionsbehandlung

Die US-amerikanischen Forscher Marie Nyswander und Vincent P. Dole fanden vor mehr als 40 Jahren heraus, dass mithilfe des Opiats Methadon das Verlangen nach Opiaten für 24 bis 32 Stunden gestillt werden kann. Ihre Entdeckung war ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Überlebensrate und der Lebensqualität von opiatabhängigen Menschen (vgl. Stöver/Gerlach 2010a).

In Deutschland wurde die Substitution, verglichen mit den Nachbarländern, allerdings erst relativ spät – im Jahr 1987 – systematisch eingeführt (MAGS NRW [Hg.] 1993). Die Orientierung auf die in einem therapeutischen Prozess zu erreichende Abstinenz („therapeutische Kette“) hatte zwar zu einer gut ausgebauten Infrastruktur der Drogenhilfe geführt, aber die Anwendung der medikamentengestützten Behandlung lange verhindert (MAGS NRW [Hg.] 1997; Stöver 1992).

Anfangs kam vor allem Methadon zum Einsatz, wobei nur wenige Patienten behandelt wurden und die Substitution nur in wenigen Städten angeboten wurde. Nach langen kontroversen, oftmals moralisch und ideologisch gefärbten Debatten ist die Substitution schließlich zur Methode der Wahl geworden. Die Behandlungsrate ist über die Jahre stark gestiegen. Allein von 2003 bis 2009 hat sich die Zahl der Substituierten um mehr als 50 % auf etwa 74.600 erhöht (siehe Abb. 1). Zu der im Substitutionsregister genannten Zahl der Behandelten muss außerdem eine unbekannte, aber eher kleine Zahl von Patienten zugerechnet werden, deren Ärzte sie ohne Meldung an das Register der Bundesopiumstelle mit Substitutionsmitteln versorgen. Insgesamt wird ein Drittel bis zur Hälfte der schätzungsweise 120.000 bis 150.000 Opiatabhängigen erreicht. Ähnlich rasant verlief die Entwicklung der Substitution in den anderen Ländern der Europäischen Union: Im Jahr 2008 wurden dort insgesamt über 600.000 Drogenabhängige substituiert.

Abb. 1: Zahl der substituierten Opiatabhängigen im Zeitraum 2002–2009



Quelle: Daten des Substitutionsregisters

Durch die Erweiterung der Indikationen, die Anwendung weiterer Medikamente (z.B. Buprenorphin) und die beginnende Entbürokratisierung der Behandlung ist diese für viele Opiatabhängige fast überall in Deutschland verfügbar geworden (Gerlach/Stöver 2005). In der Behandlung der Opiatabhängigkeit bildet sie heute den quantitativ bedeutendsten Baustein (Wittchen u. a. 2005a). Seit Mitte der 1980er Jahre, als sich HIV und Aids auch bei intravenös injizierenden Drogenkonsumenten zu verbreiten begannen, ist die Substitution zudem zentraler Bestandteil aller schadensminimierenden Maßnahmen (Harm Reduction) der niedrigschwelligen Drogenhilfe. Diese bietet allen – unabhängig davon, ob sie abstinent werden wollen oder können – Hilfen für das Überleben und für mehr Gesundheit an.

Durch diese Neuorientierung (Newman 1988; Michels 2000; Verthein u. a. 1998; Gerlach 2002; Michels 2005) hat die Substitutionsbehandlung einen eigenständigen Wert erhalten: Sie leistet einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität vieler Drogenabhängigen, indem sie die Rate der Erkrankungs- und Sterbefälle reduziert sowie die Patienten gesundheitlich und sozial stabilisiert, so dass sie den alltäglichen Anforderungen in Partnerschaft und Familie, in Ausbildung und Berufsleben gerecht werden können. Weltweit wird eindrucksvoll bestätigt, dass die Behandlung eine hohe Haltekraft und Reichweite hat und den Heroinkonsum, die Kriminalitäts- und Inhaftierungsrate sowie die Rate der HIV-Transmissionen reduziert (Stöver/Michels 2007; Michels u. a. 2007).

Das Bundesministerium für Gesundheit fördert die Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie mit dem Ziel, die therapeutischen Prozesse und organisatorischen Abläufe zu optimieren, die Kooperation und Vernetzung zwischen den substituierenden Ärzt(inn)en und den Einrichtungen des Drogenhilfesystems zu verbessern und die Rechtssicherheit für substituierende Praxen und Ambulanzen zu erhöhen. Wichtigstes Arbeitsergebnis in diesem Bereich ist das „Handbuch zur Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger“, das von Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Professionen entwickelt wurde. Ärzte, medizinisches Personal sowie Mitarbeiter/innen von Einrichtungen der Sucht- und

Drogenhilfe werden außerdem in Seminaren umfassend zum Thema „Qualitätsmanagement“ informiert (siehe Übersicht) (Follmann/Nolting 2004).

Übersicht: Erfolgsparameter der Substitutionsbehandlung (Uchtenhagen u. a. 1997)

- > klientenfreundliche Atmosphäre
- > Mindestbehandlungsdauer von 6-12 Monaten
- > hohe Qualität der begleitenden Hilfen
- > flexible Dosierung
- > Begleitmedikation zur Minimierung von Nebenwirkungen
- > Durchschnittsdosis (von Methadon) von >60 mg/Tag
- > flexibles Kontrollsystem (Urintests und Selbstangaben)
- > sofortiger und leichter Zugang zur Behandlung
- > Ansprechen des Drogenkonsums und der damit verbundenen medizinischen, psychologischen, sozialen und rechtlichen Probleme
- > individuelle Behandlungspläne, die evaluiert und angepasst werden
- > Beratung (z.B. motivierende Beratung) und verhaltenstherapeutische Interventionen (z.B. Psychoedukation)
- > integrierte Behandlung psychiatrischer Begleiterkrankungen
- > Monitoring fortgesetzten Drogenkonsums
- > Integration der Prävention und Behandlung von HIV- und Hepatitis-Infektionen
- > ein Verständnis dafür, dass oft mehrere Behandlungszyklen erforderlich sind.

Die Potenziale der Substitution sind noch nicht ausgeschöpft

Die Substitution ist heute in Politik, Fachwelt und Ärzteschaft weithin anerkannt. Man begegnet ihr aber auch immer wieder mit Vorbehalten und sogar Ablehnung, wie etwa im Justizvollzug (vgl. Stöver/Michels 2010). Die aktuelle Debatte konzentriert sich dabei hauptsächlich auf die suchtmmedizinische Zielsetzung: Diese ist in Deutschland – anders als in fast allen europäischen Ländern – als „Abstinenz“ fixiert (z.B. in der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung) und nicht als Reduktion bzw. Verhinderung von Todesfällen, des illegalen Heroinkonsums und infektionsrelevanten Risikoverhaltens.

In einigen Regionen und Settings bestehen zudem Engpässe in der medizinischen wie auch psychosozialen Betreuung (PSB) der Patient(inn)en. In ländlichen Regionen sind immer weniger Ärztinnen und Ärzte bereit, die mit der Abgabe des Substitutionsmittels verbundenen Belastungen auf sich zu nehmen. Die engen staatlichen Regelungen zur ärztlichen Verschreibung von Substitutionsmitteln und die strafrechtlichen Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes verunsichern viele und halten sie von dieser stark regulierten, administrativ aufwändigen Behandlung ab (Wittchen u. a. 2004; Stöver 2007; Wittchen u. a. 2008). Zwar hat die Zahl suchtmmedizinisch qualifizierter Ärztinnen und Ärzte zugenommen. Doch im Jahr 2009 führten nur etwa ein Drittel von ihnen Substitutionen durch (vgl. Michels u. a. 2009). Die Bundesärztekammer hat in ihrer jüngsten Umfrage festgestellt, dass bei substituierenden Ärzten das Durchschnittsalter gestiegen ist und es an entsprechendem Nachwuchs fehlt. Außerdem waren sechs von 16 Landesärztekammern der Meinung, die Rahmenbedingungen der Substitution hätten sich verschlechtert (zehn meinten, sie wären gleich geblieben) (BÄK/Kunstmann 2008).

Hinzu kommt, dass die Ziele, Qualitätsstandards und Finanzierung der PSB nicht klar genug geregelt (vgl. Stöver/Gerlach 2010b) und die Zusammenarbeit der Ärzte mit den Einrichtungen der Drogenhilfe in der PSB ungenügend ist. Die Bundesärztekammer kommt in der Bewertung der Rahmenbedingungen zu dem Schluss, dass die Subs-

titutionsbehandlung in Deutschland von vermehrter Bürokratie, erhöhten Anforderungen, juristischen Konsequenzen bei Fehlern, häufig fehlender psychosozialer Betreuung, geringer Honorierung und zunehmend kränkeren Patienten geprägt ist (BÄK/Kunstmann 2008). Das Potenzial der Substitutionsbehandlung ist – trotz der Steigerungsraten in den letzten Jahren – somit noch nicht ausgeschöpft. Es gibt immer noch Wartelisten, es mangelt an substituierenden Ärzten und es bestehen strukturelle Hemmnisse (Schulte u. a. 2009a).

Im Folgenden soll auf einige Problembereiche der Substitutionsbehandlung näher eingegangen werden. Sie verdeutlichen, welche Entwicklungsaufgaben noch zu leisten sind.

Unterversorgung in ländlichen Regionen

In vielen ländlichen Regionen ist die Versorgungslage defizitär. Die Patient(inn)en müssen daher oft unzumutbar weite Wege in die Arztpraxis in Kauf nehmen, um ihr Substitutionsmittel entgegenzunehmen. Dieser Strukturmangel behindert sowohl die gesundheitliche Stabilisierung der Patienten als auch ihre soziale, vor allem berufliche Integration. Die in schlecht versorgten Gebieten noch substituierenden Ärzte wiederum sind chronisch überlastet und riskieren, dass sie Behandlungsvorschriften (z. B. zur Mitgabe von Betäubungsmitteln) nicht einhalten. Außerdem erhalten sie zu wenig Unterstützung von ihren Kolleg(inn)en und den Standesorganisationen (Heinz u. a. 2010).

Die Sicherstellung der Substitutionsbehandlung ist originäre Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Sie nehmen diese Pflicht aber nicht überall mit dem gebotenen Nachdruck wahr. Denkbar wäre z. B. die Einrichtung von Substitutionspraxen, die von den KVen finanziert werden, um die Substitution in unterversorgten Regionen sicherzustellen. Bisher gibt es nur in Baden-Württemberg sieben Schwerpunktpraxen (sie wurden 1995 gegründet), die in Kooperation mit den Kommunen, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und dem Sozialministerium des Bundeslandes betrieben werden.

Eingeschränkte Therapiefreiheit

Paragraf 5 der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) regelt die Substitutionstherapie. Hier ist unter anderem festgelegt, welche Patient(inn)en von der Substitution auszuschließen sind, in welchen Fällen die Behandlung abubrechen ist und welche Substitutionsmittel verschrieben werden dürfen (Madlung u.a. 2006). Außerdem enthält der Paragraf Vorschriften zur Kontrolle der Einnahme. Da eine tägliche Abgabe des Medikaments die soziale Integration erschwert (tägliche Arztbesuche machen es z.B. nahezu unmöglich, einer geregelten Arbeit nachzugehen), werden auch die Mitgabe des Substitutionsmittels und dessen eigenverantwortliche Einnahme ermöglicht. Diese ist jedoch auf maximal sieben Tage begrenzt. Noch dazu müssen die Patienten hohe Voraussetzungen erfüllen, um in diese Regelung eingezogen zu werden. Anzustreben ist daher, dass die Verschreibung noch flexibler gehandhabt werden kann.

Ein weiteres Problem ergibt sich aus dem im Betäubungsmittelgesetz festgelegten Therapieziel „Abstinenz“, denn nicht alle Patient(inn)en können oder wollen dieses Ziel erreichen. Abstinenz anstreben zu müssen, bedeutet für den Arzt aber zwangsläufig, dass er andere Ziele, z.B. psychosoziale Stabilität, vernachlässigen muss. Das kann Behandlungsfortschritte gefährden. Den Ärzt(inn)en sollte es daher ermöglicht werden, die Behandlung auf den Einzelfall zuzuschneiden.

Bei Nichteinhaltung der in § 5 BtMVV festgelegten Behandlungsmodalitäten kann der Arzt nicht nur berufsrechtlich, sondern auch strafrechtlich belangt werden. Die Substitution ist daher für viele Mediziner/innen ein wenig attraktives Arbeitsfeld. Die Folge ist, dass die Zahl der substituierenden Ärzte nicht parallel zur Patientenzahl ansteigt (siehe Abb. 2). Das Verhältnis zwischen substituierenden Ärzten und der Gesamtzahl der Ärzte betrug 2003 noch 1:20, im Jahr 2008 bereits 1:27. Das bedeutet, dass der einzelne Arzt immer mehr Patienten versorgen muss. Die Teilnehmer/innen des Fachtags „Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung“, der zusammen mit dem Bundesgesundheitsministerium im Februar 2007 in Berlin durchgeführt wurde (akzept/Uni Bremen 2007), kamen zu dem Schluss, dass die Behandlung Opi-

atabhängiger im Rahmen einer Substitutionsbehandlung mit der Behandlung anderer schwerer chronischer Erkrankungen gleichgestellt werden und die Substitutionspraxis dereguliert werden muss. Der bürokratische Aufwand wirke abschreckend und sei eine der Ursachen dafür, dass die Zahl substituierender Ärztinnen und Ärzte stagniert.

Behandlungsunterbrechung bei Setting-Wechsel

Zu erheblichen Problemen in der Substitution kommt es, wenn Patient(inn)en in ein anderes Setting wechseln, z.B. inhaftiert oder aus der Haft entlassen werden, an einer Rehabilitation teilnehmen oder eine abstinenzorientierte Therapie unter Beibehaltung der Substitution machen wollen. Da je nach Setting eine andere Haltung zur Substitution besteht und der Aufenthalt jeweils unterschiedlich finanziert wird, kann es zu einer unfreiwilligen Unterbrechung der Substitution kommen, was die Gefahr von Drogentodesfällen erhöht (Heinemann u. a. 2002).

Beispiel Justizvollzug: 22 % aller Gefangenen in Deutschland sind intravenös injizierende Drogenkonsumenten (Schulte u. a. 2009b), das sind etwa 17.000 von ca. 76.500 Häftlingen. Nur etwa 500 von ihnen erhalten eine Langzeit-Substitution (knapp 3 %). In Freiheit werden hingegen mehr als 30 % der Drogenkonsumenten substituiert. Daran wird deutlich, dass die Chancen zur Reduzierung des illegalen Opiatkonsums, der Infektionsrisiken (Stallwitz/Stöver 2007) und der Todesfälle nach der Entlassung infolge rückfallbedingter Überdosierungen (Stöver/Casselmann 2006) weitgehend ungenutzt bleiben. Auch bereits in Freiheit begonnene Behandlungen werden nach Haftantritt meist nicht weitergeführt (Stöver [Hg.] 2007) – aus medizinischer Sicht ist das ein „Kunstfehler“. In den meisten Gefängnissen heißt Substitution lediglich „kalter Entzug“. Diese Praxis missachtet nicht zuletzt auch die Menschen- und Patientenrechte.

Die Gefängnisse könnten von einem Ausbau der Substitution deutlich profitieren. Erfahrungen haben gezeigt, dass durch die Substitution

- Entzugssymptome besser kontrollierbar werden,
- der Drogenhandel und -konsum zurückgeht,
- die Arbeitsfähigkeit und Produktivität der Behandelten steigt und
- ihre Ansprechbarkeit und damit ihre Integration in den Haftalltag verbessert wird (BISDRO/WIAD 2008).

Inzwischen wurde ein Ratgeber zur Substitution unter Haftbedingungen erstellt, der Anstaltsärzte ermutigen soll, sich in diesem Behandlungsfeld zu engagieren (Kastelic u. a. 2008).

Medizinische Rehabilitation: kein Platz für Substituierte?

Für viele therapiebereite Patient(inn)en bleibt die medizinische Rehabilitation verschlossen, weil sie substituiert werden – dies, obwohl die zuständigen Kostenträger bereits seit 2001 eine Rehabilitation unter Substitution ermöglichen. Der Drogen- und Suchtbericht 2008 der Bundesregierung (BMG 2008) verweist darauf, dass substituierte Drogenabhängige gemäß Anlage 4 der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom Mai 2001 medizinisch unter definierten Rahmenbedingungen rehabilitiert werden können. Für eine entsprechende Bewilligung muss vor Beginn der Maßnahme erkenntlich sein, dass die Substitution im Lauf der Rehabilitation beendet werden kann.

Zumindest einige Einrichtungen nehmen mittlerweile auch Substituierte in die stationäre Drogentherapie auf. Dabei hat sich gezeigt, dass bei ihnen eine medizinische und berufliche Rehabilitation sehr wohl möglich ist: Der Ansatz erlaubt es, die Patienten zu stabilisieren und therapeutisch an der sozialen Rehabilitation zu arbeiten (Agostini 2005; Hüsgen 2009). Zu diesen Einrichtungen gehört auch die Fachklinik „Release“ in Ascheberg. Sie hat seit 1996 fast 700 Patienten aufgenommen, die bei Rehabilitationsbeginn noch substituiert wurden. Auch hier stellte man fest, dass die Behandlung genauso erfolgreich ist wie bei den nicht substituierten Patienten.¹

1 siehe unter <http://www.drogenhilfe-hamm.de/release/index.htm>

Psychosoziale Betreuung (PSB): sinnvoll und trotzdem im Abseits

Gemäß Paragraf 5 (2) Satz 2 der BtMVV muss jede Substitutionsbehandlung „erforderliche psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen“ einbeziehen. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bindet die Übernahme der Kosten für die Substitutionsbehandlung denn auch an die Durchführung solcher Maßnahmen. Jedoch ist nicht definiert, was eine PSB eigentlich ist, was sie leisten, was sie bewirken und wer sie durchführen soll, welche Qualitätskriterien zu erfüllen sind und welche Qualifikation die Betreuenden brauchen. Auch die Finanzierung dieser Pflichtmaßnahme ist nicht gesichert, denn abrechenbar sind lediglich psychiatrische bzw. psychotherapeutische Leistungen. PSB-Leistungen sind dagegen nicht als Teil der Krankenbehandlung definiert, sondern als soziale Unterstützungsmaßnahmen. Diese tragen zwar zum Erfolg der Behandlung bei, liegen aber nicht in der Leistungspflicht der GKV. Das hat dazu geführt, dass eine PSB als psychologische Beratung, als Kurzzeitintervention oder als soziale Unterstützung ausgestaltet werden kann. Aber auch die Inanspruchnahme psychiatrischer oder psychotherapeutischer Leistungen gestaltet sich schwierig, weil sich unter den Niedergelassenen kaum Psychiater oder Psychotherapeuten finden, die Substituierte behandeln wollen.

Die PSB in der internationalen Literatur

Der Begriff „psychosoziale Betreuung“ scheint eine deutsche Besonderheit zu sein. Jedenfalls taucht er in dem 2004 von WHO, UNAIDS und UNODC verabschiedeten Positionspapier zur „Substitution Maintenance Therapy“ nicht auf. Unterstützende Maßnahmen finden aber Erwähnung als Teil der Behandlungsstruktur (WHO/UNAIDS/UNODC 2004).

In diesem Positionspapier wird davon ausgegangen, dass die Integration der Substitution in das öffentliche System gemeindeorientierter Gesundheitshilfen und sozialen Hilfen zu besseren Handlungs-

ergebnissen führt. Substitutionsbegleitende Hilfen müssen jedoch Elemente verschiedener Hilfesysteme enthalten. Jede Opiatabhängigkeit hat eine Geschichte, in der kulturelle, familiäre, entwicklungspsychologische, psychiatrische und viele andere Faktoren eine Rolle gespielt haben, und ihr Fortschreiten führt zu weiteren körperlichen, psychischen, sozialen oder biografischen Störungen. Die Behandlung der Opiatabhängigkeit muss daher kontextübergreifend, umfassend und auf einen längeren Zeitraum angelegt sein (vgl. Gerlach/Stöver 2009).

In der Weiterentwicklung der Substitution deuten sich allerdings Veränderungen an. So lautet der Titel der neuesten WHO-Richtlinie in der deutschen Übersetzung „Richtlinien für die psychosozial unterstützte pharmakologische Behandlung der Opioidabhängigkeit“ (WHO 2009). Sie hebt hervor, dass die Unterstützung auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet sein soll. Der Suchtmediziner Uchtenhagen folgert daraus: „Das eine ist eine vertrauensvolle Beziehung, das andere eine ausreichende Abklärung der Unterstützungsbedürfnisse zu Beginn und im Verlauf, um das Nötige zu tun und um Unnötiges zu vermeiden. Als Regel kann gelten: das PSB-Regime ist ein maßgeschneidertes, das auf Veränderungen im Leben Betroffener flexibel zu reagieren hat“ (Uchtenhagen 2009).

Forscher/innen und Praktiker/innen sind sich grundsätzlich einig, dass psychosoziale Angebote eine sinnvolle und notwendige Ergänzung der Substitutionsbehandlung sind und sich positiv auf die Behandlungsverläufe und die soziale Integration auswirken können (Abb. 3). Die internationale Forschung (Degkwitz 2008) konzentriert sich bei Wirkungsnachweisen auf die Parameter „Verbleib in der Behandlung“, „Haltekraft der Behandlung“ und „Reduktion des illegalen Opiatkonsums“. Weitere untersuchte Bereiche sind Nebenwirkungen, HIV-Risikoverhalten, Gesundheitszustand, Sterblichkeit und Kriminalität. Bei Substitutionen mit psychosozialen Begleittherapien – das sind in der Regel strukturierte (verhaltens)psychotherapeutische Verfahren unter Einbeziehung der Familie – zeigen randomisierte kontrollierte Studien für den „Verbleib in der Behandlung“ leicht erhöhte Werte; Unterschiede zwischen den verschiedenen Behandlungsver-

fahren wurden jedoch nicht beobachtet. Auch der illegale Opiatkonsum wird durch begleitete Substitutionen wirksamer reduziert. Eine Rückfallprävention oder kognitive Verhaltenstherapie (Standard-CBT) bewirkt für sich genommen aber keine Reduktion des Beikonsums.

Bei der Behandlung mit Methadon kann ein sogenanntes Kontingenz-Management zu einer deutlichen langfristigen Reduktion des Beikonsums führen: Bei dieser Methode werden Verstärker eingesetzt, um Verhaltensänderungen zu erreichen; bei den einzelnen Verstärkern – Gutscheine, Geld und Privilegien – zeigten sich keine Unterschiede. Auch durch eine Paar- oder Familientherapie kann der Beikonsum zurückgehen. Psychodynamische Therapien bewirken keine Reduktion des illegalem Opiatkonsums; es gibt aber Hinweise, dass unter solchen Therapien der Gebrauch von Stimulanzien reduziert wird.

Die PSB bietet Unterstützung im Alltag

In Deutschland hat man den Einfluss von Maßnahmen professioneller psychosozialer Unterstützung auf den Behandlungsverlauf bisher nur spärlich untersucht. Das liegt daran, dass ihre Wirkung von derjenigen anderer Faktoren nur schwer zu unterscheiden ist. Außerdem ist noch nicht einmal bekannt, welche Wirkfaktoren man in Betracht ziehen kann (Küfner/Rösner 2005).

Gemeinhin wird die PSB in Form von Drogensozialarbeit für den Behandlungsverlauf als hilfreich erachtet. Sie ist „niedrigschwelliger Gesprächspartner“, hilft beim Umgang mit Ämtern und Anträgen, informiert über soziale Hilfsangebote und über Möglichkeiten der beruflichen Wiedereingliederung. Die PSB bietet somit Unterstützung im Alltag, was soziale Kontakte, Wohnen, (Sozial-)Recht, Arbeit, Kindererziehung usw. angeht. Nach Auffassung des Hamburger Oberverwaltungsgerichts² entspricht sie – sofern sie die genannten Leistungen erbringt – dem Ziel des § 53 Abs. 2 Satz 2 SGB XII. Danach hat

2 Beschluss des Hamburger Oberverwaltungsgerichts vom 11. April 2008, 4 Bf 83/07.Z. 5 K 5935/03

die Eingliederungshilfe vor allem die Aufgabe, „den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen“.

Erwiesen ist allerdings, dass allein schon der Einsatz von Substitutionsmitteln den Verlauf der Heroinabhängigkeit günstig beeinflusst. Daher ist ein Abbruch der Behandlung, der aufgrund einer nicht in Anspruch genommenen PSB erfolgt, ärztlich nicht vertretbar und wissenschaftlich nicht begründet. Ob die Koppelung der ärztlich kontrollierten Substitutionsbehandlung an eine psychosoziale Betreuung tatsächlich immer sinnvoll ist, sollte deshalb überprüft werden.

Als Beispiel für eine sinnvolle Koppelung sei die Substitution in Berlin genannt. Merkmale der PSB sind hier Transparenz der Hilfe, vertrauensvolle Zusammenarbeit, gemeinsame Ziel- und Hilfeplanung, ressourcenorientiertes Arbeiten sowie Fachlichkeit und Qualität (Kalinna 2008). Außerdem ist die Finanzierung eindeutig und sinnvoll als Wiedereingliederungshilfe gemäß §§ 53, 54 SGB XII geregelt. Die PSB wird empfohlen, aber nicht aufgedrängt und von den Klient(inn)en und Betreuenden gemeinsam beantragt. Die Anträge werden der Qualitätskommission der gesetzlichen Krankenversicherung vorgelegt, die je zur Hälfte mit Vertretern der Ärzteverbände und der Krankenkassen besetzt ist. Die Kommission übermittelt ihr Votum dem zuständigen Sozialamt, das dann eine (in der Regel positive) Entscheidung trifft. Die PSB ist meist auf zwei Jahre befristet.

Die Qualität der PSB in Berlin spiegelt sich in der Akzeptanz durch die Betreuten wider. Im Jahr 2007 wurden die rund 1.100 Klient(inn)en der beiden größten Träger in anonymisierter Form über ihre Zufriedenheit mit der PSB befragt (Rücklaufquote 64 %, N = 701). Diese war für nahezu alle erfragten Bereiche sehr hoch: 43 % der Befragten waren zufrieden und 47,7 % sehr zufrieden. Positiv beurteilt wurde insbesondere die persönliche Beziehung zu den Betreuenden (Kalinna 2008).

Wichtig ist ein differenziertes medikamentöses Angebot

Bei der Opiatabhängigkeit handelt es sich um eine chronische Erkrankung mit sehr unterschiedlicher Ausprägung. Daher müssen für eine individuell richtige Behandlung auch verschiedene Medikamente zur Wahl stehen. Dazu gehören z.B. retardierte Morphine (eingesetzt in Österreich und Slowenien), Dihydrocodein (eingesetzt in Schottland, teilweise auch in Deutschland) und Diacetylmorphin (eingesetzt in der Schweiz, den Niederlanden, in Großbritannien und Deutschland).

Die Frage, welche Medikamente den Patient(inn)en am besten helfen, ist allerdings noch nicht ausreichend beantwortet. Alle in Deutschland verfügbaren Medikamente (einschließlich Diamorphin) haben unter Berücksichtigung des Einzelfalls in der Behandlung ihre Berechtigung. Neben der Verträglichkeit spielt der Wunsch des Patienten nach stärkerer Sedierung³ (durch Opiatagonisten wie L-Polamidon oder DL-Methadon) oder geringerer Sedierung und größerer Klarheit (durch Partialagonisten wie Buprenorphin oder Buprenorphin/Naloxon) eine Rolle. Bei Vorliegen von Begleiterkrankungen wie Hepatitis C und HIV-Infektion oder psychiatrischen Erkrankungen (diese sind bei Drogenabhängigen sehr häufig) ist zu beachten, dass zwischen den für ihre Behandlung eingesetzten Medikamenten und den Substitutionsmitteln Wechselwirkungen möglich sind. Zur Unterstützung einer antidepressiven Medikation spielen Substitutionsmittel mit aufhellender Wirkung wie z. B. Buprenorphin eine wichtige Rolle.

Bislang gibt es in Deutschland zu wenig übergreifende Studien, auf deren Grundlage evidenzbasierte⁴ Empfehlungen für einen patientenorientierten und wirtschaftlichen Medikamenteneinsatz erarbeitet werden könnten. Im englischsprachigen Raum sind jedoch

3 Sedierung: Dämpfung von Funktionen des zentralen Nervensystems, z.B. durch Beruhigungsmittel

4 In der evidenzbasierten medizinischen Behandlung gilt es, patientenorientierte Entscheidungen möglichst auf der Grundlage von empirisch nachgewiesener Wirksamkeit zu treffen.

Leitlinien zur Anwendung der unterschiedlichen Substitutionsmittel vorhanden⁵ (NLM o.J.; NHS 2010). Insgesamt gilt es, die Erforschung weiterer Substanzen und ihrer Einsatzmöglichkeiten zu fördern. Auch der kombinierte Einsatz unterschiedlicher Präparate sollte, ähnlich wie bei anderen Krankheiten, wissenschaftlich erforscht und erprobt werden.

Forschung zu Langzeitverläufen der Substitution

Gering ist ebenso das Wissen über Langzeitverläufe von Substitutionsbehandlungen. Ende 2007 wurde daher die vom Bundesgesundheitsministerium geförderte PREMOS⁶-Studie auf den Weg gebracht, um Erkenntnisse über die längerfristigen Wirkungen (über vier bis fünf Jahre) der Substitution sowie die Prädiktoren und Moderatoren des Therapie-Erfolgs zu erhalten. Die vorangegangene COBRA-Studie⁷ (Wittchen u. a. 2004, 2005b), in der man die Situation der Substitution und Versorgung Opiatabhängiger in Deutschland umfassend empirisch und klinisch evaluierte, lieferte dagegen Erkenntnisse über die kurzfristigen Wirkungen der Substitution. Hierzu wurde eine bundesweit repräsentative Stichprobe von 2.694 Patienten standardisiert befragt, ärztlich untersucht und dokumentiert. Diese Stichprobe wurde über einen Zeitraum von zwölf Monaten mit einer beachtlichen Rücklaufquote von 91 % weiterverfolgt und hinsichtlich ihres Therapieerfolgs beurteilt.

Nach bisherigen Erkenntnissen variieren die mittelfristig erzielten Effekte individuell erheblich. Viele Patienten können in der Substitution gehalten werden und erleben eine durchaus bemerkenswerte gesundheitliche und psychosoziale Stabilisierung. Einige erreichen sogar das Therapieziel der Abstinenz. Bei anderen wiederum zeigen sich problemreiche Verläufe. Zur Verbesserung der Behandlung und

5 siehe unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK14677> (letzter Zugriff: 14.03.2011)

6 PREMOS = Predictors, Moderators and Outcomes of Substitution Treatment (Prädiktoren, Moderatoren und Ergebnisse der Substitutionsbehandlung)

7 COBRA = Cost, Benefit and Risk Appraisal of Substitution Treatments (Bewertung der Kosten, Nutzen und Risiken der Substitutionsbehandlung)

für die Erarbeitung von Handlungsleitlinien für den Einzelfall ist es daher notwendig, die den Behandlungsverlauf beeinflussenden Faktoren zu untersuchen.

Diamorphingestützte Behandlung

Im Mai 2009 beschloss der Deutsche Bundestag eine Änderung des Betäubungsmittelgesetzes, die am 21. Juli 2009 in Kraft trat. Damit wurde die gesetzliche Grundlage geschaffen, um die Behandlung mit Diamorphin (Heroin) in den Katalog der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen. Durch sie wird das Angebotspektrum für jene Heroinabhängigen erweitert, denen mit der methadon- oder buprenorphingestützten Substitution nicht ausreichend oder überhaupt nicht geholfen werden konnte. Eine in sieben deutschen Städten durchgeführte Studie hat belegt, dass bei Schwerst-opiatabhängigen die Behandlung mit Diamorphin dem Einsatz der herkömmlichen Substitutionsmittel überlegen ist (Krausz/Uchtenhagen 2007).

Seit 1. Oktober 2010 wird die diamorphingestützte Behandlung von den Krankenkassen finanziert. Ihre Erstattungsfähigkeit ist allerdings an hohe Hürden geknüpft. So ist die Behandlung für täglich zwölf Stunden und mit drei Vollzeit-Ärztstellen sicherzustellen – unabhängig von der Zahl der zu behandelnden Patient(inn)en. Das aber verursacht hohe Kosten, weshalb viele potenzielle Anbieter diese Auflagen nicht erfüllen können. Bezeichnenderweise führen bisher (Stand März 2011) lediglich jene Einrichtungen die Behandlung durch, die bereits am Modellprojekt beteiligt waren – weitere sind nicht hinzugekommen. Der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat sich daher zu einer Überarbeitung der Richtlinien für die Leistungserstattung entschlossen, um die Substitutionsbehandlung auch für Praxen mit geringerer Patientenzahl zu ermöglichen.

Perspektiven der Substitutionsbehandlung

Trotz aller beachtenswerten Fortschritte in der Substitutionstherapie sind wir von einem „normalen“ Umgang mit opiatabhängigen Patient(inn)en noch weit entfernt. Für sie ist z. B. die freie Arztwahl allein schon deswegen eingeschränkt, weil nur ein kleiner Teil der Ärztinnen und Ärzte eine solche Behandlung durchführt. Zurzeit werden über 72.000 opiatabhängige Patienten von rund 2.700 Ärzten substituiert. Gebraucht werden weit mehr Ärzte, um die Potenziale der Substitution ausschöpfen und weitere Behandlungssettings – z. B. Gefängnisse, medizinische Rehabilitation, Maßregelvollzug – erschließen zu können. Zu berücksichtigen ist auch die wachsende Zahl älterer Patienten (in Berlin sind über 470 Substituierte über 50 Jahre alt), für die altersgerechte Angebote entwickelt werden müssen. Für ein angemessenes Substitutionsangebot bedarf es also dringend rechtlicher Klärungen⁸, administrativer Vereinfachungen und organisatorisch-technischer Verbesserungen. Gefordert sind hier Mediziner/innen, Bundes- und Landesministerien, Krankenkassen, Ärztekammern, Kasernenärztliche Vereinigungen, Praktiker/innen in den Bereichen Psychosoziales und Gesundheit und viele andere mehr.

Gewachsene Interessen und Regelungen der Bundesländer, Finanzierungssysteme außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit parzellierten Zuständigkeiten (z. B. für den Justizvollzug) und „Systemfehler“ erschweren die Verbesserung der Substitutionsbehandlung (die psychosoziale Betreuung beispielsweise wird zwar gefordert, ist aber nicht als Teil der Substitutionsbehandlung definiert

8 Derzeit werden von Fachleuten auf der Grundlage eines 2008 erstellten Gutachtens (akzept 2008) unter Gewährleistung der Betäubungsmittelsicherheit Perspektiven entwickelt, die der ärztlichen Selbstkontrolle mehr Gewicht verschaffen und das Berufs- und Standesrecht vor Strafandrohungen setzen. Auf diese Weise sollen Barrieren beseitigt werden, die Ärzte von der Durchführung der Substitution abhalten. Für das Gutachten wurden die Vorgaben des § 5 BtMVV für die Substitution mit den Richtlinien der Bundesärztekammer und den BUB-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen verglichen. Es benennt viele Gründe, warum § 5 BtMVV und/oder eine aus ihm abgeleitete Strafbarkeit ganz oder teilweise entbehrlich ist und weshalb eine entsprechende Änderung die Behandlung- und Betäubungsmittelsicherheit nicht gefährden würde.

und wird, statt aus der GKV, aus Kommunal- oder Landesmitteln finanziert). Patienten, Ärzte und Fachverbände identifizieren immer wieder Versorgungslücken und zeigen Alternativen auf. In jedem Fall müssen kurz-, mittel- und langfristige Strategien entwickelt werden, die es ermöglichen, die Reichweite der Behandlung zu erhöhen, sie auch in ländlichen Regionen sicherzustellen, ihre Qualität zu verbessern und sie flexibel – sprich: patientenorientiert und für den Arzt machbar – zu gestalten. Wichtig ist ebenso, dass verschiedene Interventionsangebote enger miteinander verzahnt und die Kommunikation und Zusammenarbeit auf lokaler und regionaler Ebene verbessert werden, um Synergieeffekte (stärker als bisher) nutzen zu können.

Was substitutionsbegleitende psychosoziale Hilfen (PSB) angeht, bedarf es einer Begriffsklärung und einer Diskussion zu Profil und Professionalisierung des Angebots. Das heißt, dass sich die Fachverbände über einheitliche Standards und Leitlinien der PSB verständigen müssen. Hier gibt es keinen Konsens, unter anderem deshalb, weil die PSB je nach Bundesland anders aussieht. Was unter der PSB zu verstehen ist, wird derzeit von ihren Trägern und den Kommunen definiert. Unterschiedliche Zielprioritäten und Finanzierungsgrundlagen führen zu Bruchstellen zwischen Suchtmedizin und psychosozialen Hilfen. Darunter leidet zwangsläufig die Akzeptanz der PSB.

Defizite sind die eine Seite der Medaille. Die andere Seite sind die vielen Erfahrungen, die man in Deutschland in den 25 Jahren Substitutionspraxis gewonnen hat. Diese spiegeln sich wider

- in der Entwicklung einer Forschung zur Substitutionsbehandlung
- in der Entwicklung von Leitlinien zur Behandlung und Qualitätssicherung
- in der Substitutionspraxis, sprich: in der Anamnese, bei der Dosiseinstellung, in der Kontrolle von und im Umgang mit Beigebruch (Alkohol, Benzodiazepine, Kokain, Cannabis), im Umgang mit „schwierigen“ Patienten, in der Einbeziehung des sozialen Umfelds
- in der Entwicklung von Programmen zur psychosozialen Begleitung
- in der Allokationsforschung, um die „richtige“ Therapieform und den „richtigen“ Zeitpunkt für den Therapie-Einstieg zu ermitteln
- im Modellprojekt „Heroingestützte Behandlung“

- in Expertisen zur Behandlung von Begleiterkrankungen wie HIV/ Aids, Hepatitis und psychiatrische Erkrankungen
- in der (wenn auch nur zum Teil verwirklichten) Substitution im Strafvollzug
- in der Einbeziehung und Förderung der Selbsthilfe
- in Herstellung, Zulassung, Vertrieb und Kontrolle von Substitutionsmitteln und im Aufbau eines Substitutionsregisters.

Deutlich wird: Die medikamentengestützte Behandlung der Opiatabhängigkeit in Deutschland ist fachlich hoch entwickelt und erreicht einen erheblichen Anteil der Abhängigen. Sie benötigt aber Impulse zur Weiterentwicklung.

Literatur

Agostini 2005

Agostini, R.: Substitutionsbehandlung im Rahmen stationärer Therapie. In: Gerlach/Stöver (Hg.) 2005

akzept/Uni Bremen 2007

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (akzept e.V.)/Universität Bremen: Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung. Berlin: Eigenverlag 2007

akzept 2008

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (akzept e.V.): Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung: § 5 BtMVV im Vergleich mit § 43 AMG, den Richtlinien der Bundesärztekammer, den BUB-Richtlinien. Gutachten erstellt von Prof. D. Rzepka, Bielefeld. Berlin: Eigenverlag 2008

BÄK/Kunstmann 2008

Bundesärztekammer/Kunstmann, W.: Aktueller Stand der Substitution Opiatabhängiger. Ergebnisse einer Befragung der Landesärztekammern (unveröff. Manuskript, Berlin)

BISDRO/WIAD 2008

Bremer Institut für Drogenforschung (BISDRO)/Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD): Reduction of drug-related crime in prison: the impact of opioid substitution treatment on the manageability of opioid dependent prisoners. Universität Bremen 2008

BMG 2008

Bundesministerium für Gesundheit: Drogen- und Suchtbericht 2008. Referat für Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung. Berlin: Eigenverlag 2008, 88

Degkwitz 2008

Degkwitz, P.: Was wissen wir über die Psychosoziale Betreuung? Wissen-schaftliche Wirksamkeitsnachweise, offene Fragen und weiterer Forschungsbedarf. Vortrag auf der Fachtagung „Psychosoziale Betreuung der Substitution“ in Berlin am 23. Mai 2008. In: *Newsletter der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin*, Sondernummer 6. Juni 2008

Degkwitz 2009

Degkwitz, P.: Der aktuelle Stand der Forschung zur Wirksamkeit psychosozialer Unterstützungsangebote bei Substitutionsbehandlung. In: Gerlach, R./Stöver, H. (Hg.): *Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung*. Praxis und Bedeutung. Freiburg: Lambertus 2009, 47–55

Follmann/Nolting 2004

Follmann, A./Nolting, H. D.: Qualitätsorientiertes Management der Substitution im Alltag. In: *Suchtmedizin*, 6, 127–130

Gerlach 2002

Gerlach, R.: Drug-substitution treatment in Germany: a critical overview of its history, legislation, and current practice. In: *Journal of Drug Issues*, 32 (2), 503–521

Gerlach/Stöver (Hg.) 2005

Gerlach, R./Stöver, H. (Hg.): 20 Jahre Substitutionsbehandlungen in Deutschland. Eine Zwischenbilanz und Aufgabenstellungen für die Zukunft. Freiburg: Lambertus 2005, 359–369

Gerlach/Stöver (Hg.) 2009

Gerlach, R./Stöver, H. (Hg.): Psycho-soziale Betreuung: Zur Praxis und Bedeutung psycho-sozialer Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus 2009, 15–34

Heinemann u. a. 2002

Heinemann, A./Kappos-Baxmann, I./Püschel, K.: Haftentlassung als Risiko-zeitraum für die Mortalität drogenabhängiger Strafgefangener. Eine katamnestische Analyse von Hafterfahrungen vor drogenbedingten Todesfällen in Hamburg. In: *Suchttherapie*, 3, 162–167

Heinz u. a. 2010

Heinz, W./Poehlke, T./Stöver, H.: Glossar: Substitutionstherapie bei Drogenabhängigkeit. 3. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag 2010

Hüsgen 2009

Hüsgen, A.: Über die Entwicklung der Substitution bei Opiatabhängigkeit in der medizinischen Rehabilitation. In: *Suchttherapie*, 10, 180–185

Kalinna 2008

Kalinna, V.: Akzeptanz von PSB. Auswertung einer aktuellen Zufriedenheitsbefragung in Notdienst- und Vista-Einrichtungen. Vortrag auf der Fachtagung „Psychosoziale Betreuung der Substitution“ in Berlin am 23. Mai 2008. In: *Newsletter der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin*, Sondernummer 6. Juni 2008

Kastelic u. a. 2008

Kastelic, A./Pont, J./Stöver, H.: Opioid substitution treatment in custodial settings. A practical guide. WHO/UNDOC. Oldenburg: BIS-Verlag 2008

Krausz/Uchtenhagen 2007

Krausz, M./Uchtenhagen, A.: Heroin-gestützte Behandlung in Europa – Forschungsstand und Perspektiven. In: *Suchttherapie*, 8, 2–11

Küfner/Rösner 2005

Küfner, H./Rösner, S.: Forschungsstand 2005 zur Substitutionsbehandlung: Ergebnisse zur Evaluation und Indikation. In: Gerlach, R./Stöver, H. (Hg.): Vom Tabu zur Normalität. Freiburg: Lambertus 2005

Madlung u. a. 2006

Madlung, E./Dunkel, D./Haring, C.: Substitutionsmittel und Beikonsum bei Opiatabhängigen. Eine explorative Studie unter besonderer Berücksichtigung von retardierten Morphinen in der Substitutionsbehandlung. In: *Suchttherapie*, 7, 18–23

MAGS NRW (Hg.) 1993

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Medikamentengestützte Rehabilitation bei i.v. Opiatabhängigen. Prognos-Abschlussbericht über das wissenschaftliche Erprobungsvorhaben. Köln: Eigenverlag 1993

MAGS NRW (Hg.) 1994

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): 10 Jahre Methadon-Substitution in NRW. Düsseldorf: Eigenverlag 1994

Michels 2000

Michels, I. I.: Qualitative Anforderungen an eine Substitutionsbehandlung. In: Gerlach, C. (Hg.): Fortbildung in der Drogenarbeit, Bd. IV: Psychosoziale Betreuung Substituierter. Eine kritische Zwischenbilanz. Bremen: Kommunale Drogenpolitik/Verein für akzeptierende Drogenarbeit e.V. 2000

Michels 2005

Michels, I. I.: Substitutionsbehandlungen in Deutschland – vom Tal der Tränen in die Mühlen der Ebene. In: Gerlach/Stöver (Hg.) 2005, 359–369

Michels u. a. 2007

Michels, I. I./Stöver, H./Gerlach, R.: Substitution treatment for opioid dependents in Germany. In: *International Journal of Harm Reduction*, 4/5

Michels u. a. 2009

Michels, I. I., Sander, G., Stöver, H. (2009): Praxis, Probleme und Perspektiven der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2009, 52: 111–121

Newman 1988

Newman, R. G.: Is there a role for methadone in Germany? In: *Aids & Public Policy Journal*, 3(2), 23–29

NHS 2010

National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS): Drug misuse – methadone and buprenorphine: Appraisal consultation document. London: National Institute for Health and Clinical Excellence 2010; siehe unter <http://www.nice.org.uk:80/guidance/index.jsp?action=article&r=true&o=33831> (letzter Zugriff: 14.03.2011)

NLM o. J.

National Library of Medicine TIP 43: Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs. Health Services/Technology Assessment Text (HSTAT) of National Library of Medicine; siehe unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK14677> (letzter Zugriff: 14.03.2011)

Schulte u. a. 2009a

Schulte, B./Gansefort, D./Stöver, H./Reimer, J.: Strukturelle Hemmnisse in der Substitution und infektiologischen Versorgung Opiatabhängiger. In: *Suchttherapie*, 10, 125–130

Schulte u. a. 2009b

Schulte, B./Stöver, H./Thane, K./Schreiter, C./Gansefort, D./Reimer, J.: Substitution treatment and HCV/HIV infection in German prisons. In: *International Journal Of Prisoner Health*, 5 (1), 39–44

Stallwitz/Stöver 2007

Stallwitz, A./Stöver, H.: The impact of substitution treatment in prison – a literature review. In: *International Journal of Drug Policy*, Volume 18, Issue 6, 464–474

Stöver 1992

Stöver, H.: Methadon, Methadon... Eine kritische Durchsicht aktueller Literatur zur Substitutionsbehandlung. In: *Kriminologisches Journal*, 2/92, 116–132

Stöver 2007

Stöver, H.: Es kommt Bewegung in die Substitutionsbehandlung. Eindrücke vom Expertengespräch „Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung“ am 14.2.2007 in Berlin. In: *Suchtmedizin*, 9(1), 26

Stöver (Hg.) 2007

Stöver, H. (Hg.): Substitution in Haft. AIDS-Forum DAH, Bd. 52. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2007

Stöver/Casselmann 2006

Stöver, H./Casselmann, J.: Substitutionsbehandlungen in europäischen Gefängnissen (Substitution Treatment in European Prisons). In: *Suchttherapie*, 7, 66–71

Stöver/Gerlach 2010a

Stöver, H./Gerlach, R.: Geschichte und aktuelle Problembereiche der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger. Vom „Glaubenskrieg“ zur Standardtherapie. In: *Konturen*, 8(2), 8–13

Stöver/Gerlach 2010b

Stöver, H./Gerlach, R.: Zur Bedeutung und zum Stellenwert der Psycho-sozialen Betreuung in der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger. In: *Suchtmedizin*, 12(2), 63–73

Stöver/Michels 2007

Stöver, H./Michels, I.I.: Die Substitutionsbehandlung in Deutschland: Erfolgsgeschichte mit Hindernissen. In: *Dr. med. Mabuse*, 168, Juli/August 2007, 51–53

Stöver/Michels 2010

Stöver, H.; Michels, I.I. (2010): Drug use and opioid substitution treatment for prisoners. In: *Harm Reduction Journal*, 7, 17 (<http://www.harmreductionjournal.com/content/7/1/17>; letzter Zugriff: 17.03.2011)

Uchtenhagen u. a. 1997

Uchtenhagen, A./Gutzwiller, F./Dobler, M. A./Stefen, J.: Programme for a medical prescription of narcotics. A synthesis of results. In: *Eur Add Res*, 3(4), 160–163

Uchtenhagen 2009

Uchtenhagen, A.: Vorwort. In: Gerlach, R./Stöver, H. (Hg.): *Psychosoziale Betreuung: Zur Praxis und Bedeutung psychosozialer Unterstützung in der Substitutionsbehandlung*. Freiburg: Lambertus 2009, 9–14

Verthein u. a. 1998

Verthein, U./Kalke, J./Raschke, P.: Substitution treatment with methadone in Germany: politics, programmes and results. In: *International Journal of Drug Policy*, 9, 71–78

WHO 2009

World Health Organization (WHO): Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva: WHO 2009

WHO/UNODC/UNAIDS 2004

World Health Organisation (WHO)/United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)/United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS): Substitution therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS. Geneva 2004

Wittchen u. a. 2004

Wittchen, H.-U./Apelt, S. M./Christl, B. u. a.: Die Versorgungspraxis der Substitutionstherapie Opiatabhängiger (COBRA). In: *Suchtmedizin*, 6, 80–87

Wittchen u. a. 2005a

Wittchen, H.-U./Apelt, S.M./Mühlig, S.: Die Versorgungslage der Substitutionstherapie. In: Gerlach/Stöver (Hg.) 2005, 64–77

Wittchen u. a. 2005b

Wittchen, H.-U./Apelt, S.M./Bühringer, G. u. a.: Buprenorphine and methadone in the treatment of opioid dependence: methods and design of the COBRA study. In: *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, Vol. 14, Issue 1, 14–28

Wittchen u. a. 2008

Wittchen, H.-U./Apelt, S.M./Soyka, M. u. a.: Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: A naturalistic study in 2694 patients. In: *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 95, Issue 3, 245–257

Substitution in ländlichen Regionen

Gundula Barsch

Bei einer Opiatabhängigkeit liegen in der Regel komplexe Problemlagen vor. Für Betroffene, die sich für eine Substitution entscheiden, muss daher eine individuell zugeschnittene, ganzheitliche Behandlung¹ verfügbar sein, die vielfältige, aufeinander bezogene medizinische, psychologische (psychoedukative, psychotherapeutische) und soziale Unterstützungsmaßnahmen² umfasst. Die Regelungen zur Substitution und die damit verbundenen Anforderungen haben allerdings dazu geführt, dass sich diese effektive Behandlungsform bisher meist nur in Metropolen und größeren Städten etablieren konnte. Doch illegali-

- ¹ Der Begriff „ganzheitlich“ ist angemessen, weil bei der Substitution nicht nur eine illegalisierte Substanz durch ein legales Medikament ersetzt wird: Die angestrebten psychischen und sozialen Veränderungen gehen auch mit der Ablösung von Alltagsroutinen und sozialen Bezügen einher, die sich für den Klienten als ungeeignet oder unproduktiv erwiesen haben. Diese müssen nun durch neue oder veränderte soziale Strukturen, Lebensperspektiven und Gewohnheiten u. Ä. ersetzt werden.
- ² Das in Fachkreisen übliche Kurzwort „PSB“ macht nicht deutlich, was genau gemeint ist: Begriffe wie Beratung, Begleitung, Betreuung und Behandlung werden synonym verwendet, obwohl sich mit jedem andere Methoden psychosozialer und therapeutischer Arbeit verbinden. Für diesen Beitrag wird daher der Begriff „psychosoziale Hilfen“ gewählt, die in Form von Beratung, Begleitung, Betreuung und Behandlung erfolgen können. So lassen sich die jeweils einzubringenden Fachkompetenzen klar benennen, wodurch auch deutlich wird, welche Akteure zu beteiligen sind.

sierte Substanzen sind heute auch in Kleinstädten und ländlichen Regionen erhältlich, weil die modernen Kommunikationsmittel und die gewachsene Mobilität die Strukturen des Schwarzmarkts verändert haben. Auch dort leben daher Menschen, die Opiate konsumieren und von einer Substitutionsbehandlung profitieren könnten.

Kleinstädte und Landkreise stehen folglich vor der Herausforderung, Angebote einer ganzheitlichen Substitution zu schaffen, ohne dabei auf die vielfältigen spezialisierten Hilfe-Einrichtungen einer Metropole zurückgreifen zu können. Notwendig ist ein starker Modernisierungsschub, der engagiert angegangen werden muss. In vielen ländlichen Regionen haben Opiatabhängige keinen Zugang zur Substitution, weil es nicht gelingt, dort eine entsprechende Versorgungslandschaft zu entwickeln. Die Auswirkungen sind nicht nur für die Betroffenen katastrophal, sondern sorgen sowohl in den Großstädten als auch in der Herkunftsregion der Patient(inn)en für erhebliche soziale und finanzielle Belastungen.

Wo die Probleme im Einzelnen liegen und wie auch ländliche Regionen für die Substitution erschlossen werden können, soll in diesem Beitrag am Beispiel des Saalekreises dargestellt werden.

Die Versorgungslage im Saalekreis

Der Saalekreis ist das Ergebnis einer 2007 durchgeführten Gebietsreform der Landkreise Sachsen-Anhalts, bei der auch die Verwaltungsstrukturen verschlankt und die finanzielle Ausstattung der einzelnen Landkreise neu geregelt wurde. Mit einer Fläche von 1.433 km und 200.227 Einwohnern (Stand 2010) zählt der Saalekreis zu den großen Landkreisen Sachsen-Anhalts. Er umfasst sieben Städte, fünf Gemeinden, eine Verbandsgemeinde und zwei Verwaltungsgemeinden. Die durchschnittliche Bevölkerungsdichte beträgt 139 Einwohner je qkm.³

Die Entfernung zwischen der nördlichen und der südlichen Kreisgrenze beträgt 49 km, die Ost-West-Achse ist etwa 57 km lang. In den Landkreis eingebettet ist die kreisfreie Stadt Halle/Saale mit 232.323

3 vgl. Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, <http://www.saalekreis.de/index.php?id=104011000098&cid=104011003022> (letzter Zugriff: 29.03.2011)

Einwohnern.⁴ Sie gilt als eigenständiges Versorgungsgebiet und übernimmt nur bedingt Versorgungsaufgaben für den Landkreis. Im Landkreis beträgt die nach Halle zurückzulegende Wegstrecke durchschnittlich 25,3 km. Für die alternde und damit auch weniger mobile Bevölkerung bedeutet das, dass sie weit fahren muss, wenn sie spezialisierte Angebote, aber auch Leistungen der Basisversorgung in Anspruch nehmen will. Erschwerend kommt hinzu, dass der öffentliche Nahverkehr ausgedünnt wurde.

Versorgungspolitische Herausforderungen durch Überalterung und Abwanderung

Zum Saalekreis gehören Merseburg (ca. 36.000 Einwohner) und die Kleinstädte Bad Dürrenberg (12.481 Einwohner), Bad Lauchstädt (9.342 Einwohner), Braunsbedra (12.077 Einwohner), Leuna (14.552 Einwohner), Mücheln/Geiseltal (9.487 Einwohner) und Querfurt (11.994 Einwohner). Die übrige Bevölkerung (94.294 Einwohner, ca. 47 %) verteilt sich auf eher ländliche Gemeinden mit sehr geringer Bevölkerungsdichte (Stand 2010).⁵

In den ländlichen Regionen dominiert die landwirtschaftliche Produktion. In größeren Gemeinden gibt es oft auch Gewerbegebiete mit Handwerksbetrieben. Weitere Merkmale dieser Landstriche sind Überalterung und Abwanderung und folglich Verödung. Für die alte, nicht mehr mobile Bevölkerung sind größere Städte nur schwer erreichbar, sodass diese Regionen den Anschluss an städtische Lebensstandards immer mehr verlieren. Ihre Wiederbelebung wäre nur durch die Schaffung neuer Arbeitsplätze möglich. Das ist bisher jedoch nur im „Speckgürtel“ von Halle gelungen, wo auch ein Zuzug junger Familien erreicht werden konnte. In der Mehrheit der ländlichen Gemeinden sinken die Einwohnerzahlen stetig.

Besonders der Wegzug junger, leistungsfähiger und qualifizierter Menschen stellt den Landkreis vor die schwierige Herausforderung, medizinische und soziale Hilfeangebote zu entwickeln, mit denen Ge-

⁴ ebenda

⁵ ebenda

meinden in Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte und einer älteren, weniger gesunden, weniger leistungsfähigen und weniger mobilen Einwohnerschaft effektiv erreicht werden können. Dies gilt ebenso für eine effiziente Substitution, die nur über neue Versorgungsmodelle sicherzustellen ist.

Strukturelle Besonderheiten bergen Chancen für die Substitution

Traditionell sind viele stationäre Einrichtungen, die sich auf die Behandlung von Abhängigkeit spezialisiert haben, auf dem „platten Land“ angesiedelt – ein Hinweis darauf, dass die strukturellen Besonderheiten und die Nähe zur Natur durchaus positiven Einfluss auf die Entwicklung der Patient(inn)en nehmen und folglich auch den Erfolg einer Substitution befördern können. So sorgen die gewachsenen sozialen Kontakte in überschaubareren Orten dafür, dass man Privates und Öffentliches weniger starr voneinander abgrenzt. Insofern bieten ländliche Regionen die Chance, die Natur als wertvolles Lebensumfeld zu entdecken, gemeinschaftliches Handeln anzuregen, Erwerbsarbeit und Selbstsorge kreativ miteinander zu verbinden und in Eigenregie zu gestalten sowie alte soziale Netzwerke zu aktivieren und neue zu knüpfen.

Hinzu kommt, dass nicht nur die gesetzlichen Regelungen zur Substitution eine starke Kontrolle der Behandelten bewirken, sondern ebenso das (in der Regel ambulante) Substitutionsregime. Begründet wird sie unter anderem damit, dass die Patient(inn)en meist noch starke soziale und emotionale Bezüge zur illegalisierten Drogenszene haben und die Fähigkeiten zu einem selbstinitiierten Ausstieg aus der Abhängigkeit manchmal eingeschränkt sind. Kontrolle kann zwar Struktur und Halt geben, aber auch das Selbstbild, den Selbstwert und die Selbstwirksamkeit untergraben. In den spezialisierten Behandlungszentren größerer Städte lassen sich die dort geschaffenen Versorgungsangebote für eine institutionelle Kontrolle nutzen. Im ländlichen Raum dagegen kann diese durch eine informelle Kontrolle ersetzt bzw. ergänzt werden, bei der das Verhältnis zwischen Vertrauen und Kontrolle neu auszubalancieren ist.

Bedarf an Substitution

In Halle/Saale gibt es vier substituierende Ärzte in zwei Gemeinschaftspraxen, zwei auf die psychosoziale Hilfestellung spezialisierte Drogenberatungsstellen und ein Projekt für betreutes Wohnen mit 24 Plätzen, das auch für Substituierte offensteht (2010 wohnten dort 15 Substituierte).⁶ Auch wenn damit noch keine umfassende Hilfe vorgehalten wird, hat Halle im Vergleich zum Saalekreis und den angrenzenden Landkreisen viel zu bieten. Die Stadt zieht deshalb die im näheren und weiteren Umfeld lebenden Opiatabhängigen an, die eine Substitution wünschen. Das aber bringt die an der Behandlung beteiligten Einrichtungen an die Grenzen der Belastbarkeit.

Der Bedarf an Substitution im Landkreis ist nicht genau zu beziffern. Statistiken über Klient(inn)en in der obligatorischen „psychosozialen Begleitung“ weisen seit 2007 eine in etwa gleichbleibende Zahl von rund 230 Substituierten aus, die ihren Wohnsitz im Landkreis oder in Halle haben.⁷ Im Jahr 2009 nahmen 36 im Landkreis lebende Personen mit Opiatproblemen Kontakt zur Drogenberatungsstelle Halle auf. Nimmt man die Klient(inn)en der beiden Hallenser Drogenberatungsstellen und der Beratungsstelle in Merseburg zusammen, so nahmen 2009 35 Opiatabhängige aus dem Landkreis eine psychosoziale Hilfestellung in Anspruch. In welchem Umfang weiterer Bedarf besteht, der mangels substituierender Ärzte und psychosozialer Hilfen nicht gedeckt werden kann oder wegen zu langer Anfahrtswege erst gar nicht im Hilfesystem angemeldet wird, lässt sich nicht ermitteln.

Die statistisch erfassten Klient(inn)en in psychosozialer Hilfe werden mehrheitlich in Halle von den beiden Drogenberatungsstellen betreut (insgesamt 201, darunter 29 aus dem Saalekreis; Stand 2009).⁸ Unter den 28 Substituierten, die 2009 in der auf Alkoholprobleme spezialisierten Beratungsstelle der Arbeiterwohlfahrt versorgt wurden, waren drei Personen aus dem Saalekreis. Die dem Landkreis zugeord-

6 *Jahresbericht der Drogenberatungsstelle Halle 2010*

7 *ebenda*

8 *Jahresbericht des Gesundheitsamtes des Saalekreises 2009*

nete Beratungsstelle Kontext in Merseburg betreut seit 2007 durchgehend drei in Merseburg wohnhafte Klienten.⁹

Deutlich wird, dass in ländlichen Regionen wie dem Saalekreis die Zahl der Opiatabhängigen mit Substitutionswunsch eher gering ist. Das erschwert es den an einer ganzheitlichen Versorgung beteiligten Einrichtungen, die dafür erforderlichen Routinen zu entwickeln. Andererseits hat sich in großen zentralisierten Einrichtungen gezeigt, dass die Konzentration von Patient(inn)en, die sich in unterschiedlichen Behandlungsphasen befinden, Probleme mit sich bringt, die den Behandlungserfolg gefährden und die Akzeptanz der Einrichtungen beeinträchtigen können.

Ärztliche Versorgung

Wie viele ländliche Regionen in den östlichen Bundesländern steht auch der Saalekreis vor der Herausforderung, die haus- und fachärztliche Versorgung auch in Zukunft zu gewährleisten. Ein besonderes Problem dabei ist, dass in den nächsten fünf bis zehn Jahren viele Ärztinnen und Ärzte ihre Tätigkeit aus Altersgründen beenden werden. Werden ihre Praxen dann nicht von jungen Ärzt(inn)en weitergeführt, brechen vielerorts wichtige Stützpunkte der Basis- und fachärztlichen Versorgung ersatzlos weg. Das bedeutet für die verbleibenden Ärzte, dass sie mehr Patienten versorgen und noch weitere Wege für Hausbesuche zurücklegen müssen. Die Patienten wiederum haben es weit bis zur nächsten Arztpraxis und müssen lange Wartezeiten in Kauf nehmen – sowohl bei akuten gesundheitlichen Problemen als auch für Routineuntersuchungen.

Die etwa 200.000 Einwohner des Saalekreises werden von insgesamt 86 Hausarzt(inn)en betreut. Davon sind 35 in den größeren Städten tätig (19 in Merseburg, 9 in Querfurt und 7 in Bad Dürrenberg) und 51 in den umliegenden Ortschaften.¹⁰ Diese relativ gute Versorgungssituation wird sich in den kommenden Jahren deutlich verschlechtern,

⁹ *ebenda*

¹⁰ *ebenda*

wenn ca. 30 % der heute tätigen Ärzte in den Ruhestand gehen. Dann wird es dort an Kinderärzten, Anästhesisten, Augenärzten, Chirurgen, Internisten, Hautärzten, Orthopäden, Psychotherapeuten, Radiologen, Urologen mangeln. Nach heutigen Erkenntnissen wird lediglich die allgemeinmedizinische Versorgung relativ stabil bleiben.

In dieser Situation kann den besonderen Bedürfnissen Substituierter nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Der medizinische Teil der Substitution

Arztpraxen

Wegen des bürokratischen Aufwands, den die Behandlung mit sich bringt, und der in der Regel geringen Zahl der Drogenabhängigen, die eine Substitution wünschen, sind nur wenige in der Regelversorgung tätige Ärzte zu einem Engagement in diesem Feld bereit. Hinzu kommt, dass bei mangelnder Routine in der Substitutionspraxis die Gefahr strafrechtlich sanktionierter Behandlungsfehler hoch ist. Aus einer Befragung substituierender Ärzte des Saalekreises¹¹ geht hervor, dass sich erst ab einer Zahl von 25 bis 50 Patient(inn)en Routinen für ein effizientes Behandlungsangebot entwickeln und die Substitution sich erst dann finanziell lohnt. Die administrativen und gesetzlichen Regelungen sowie die festgelegten Entgelte für die medizinischen Leistungen halten gerade kleine Arztpraxen von der Substitution ab und fördern die Zentralisierung des Behandlungsangebots in wenigen großen Praxen – mit allen Nachteilen, die damit für die Patienten und die beteiligten Einrichtungen verbunden sind.

Von den Ärzt(inn)en, die den Saalekreis versorgen, haben sieben die Fachkunde „Sucht“ erworben. Aber nur drei haben sich auch um eine kassenärztliche Zulassung für diese Behandlungsform bemüht und sie offiziell zu ihrem Angebot erklärt. Jede dieser Praxen betreut derzeit etwa 25 Patient(inn)en; sie haben dadurch ein gewisses Maß

¹¹ Im Rahmen eines regionalen Forschungsprojekts haben Studierende der Hochschule Merseburg im Wintersemester 2010/2011 substituierende Ärzte im Saalekreis befragt, was aus ihrer Sicht für oder gegen ein Angebot der Substitution spricht.

an Routine in Durchführung und Management der Substitution erwerben können. Ihnen stehen vier ebenfalls suchtmmedizinisch qualifizierte, aber nicht selbst substituierende Kollegen als Vertretung und Konsiliarius¹² zur Verfügung. Einer dieser vier Ärzte ist zwar pro Tag bei maximal zwei Patienten als Konsiliarius tätig, „möchte jedoch nicht noch mehr von diesen Patienten in seinem Wartezimmer sitzen haben“. Dieser gab als einziger an, er befürchte stigmatisierende Effekte für seine Praxis, wenn er die Substitution anbietet. Diese Befürchtung und die angeblich hohen Aufwendungen für die Qualifikation „Fachkunde Sucht“ werden von Fachleuten oft als Gründe genannt, weshalb so viele Ärzte diese Behandlung nicht anbieten wollen.

Allein an den guten Willen der Mediziner/innen zu appellieren, reicht allerdings nicht aus, um sie für ein Engagement in diesem Feld zu gewinnen: Ebenso müssen die derzeitigen administrativen, finanziellen und rechtlichen Regelungen vereinfacht werden, damit sich kleinere Hausarztpraxen für die Substitutionsbehandlung öffnen und sie in ihre Regelangebote aufnehmen.

Krankenhäuser

Kliniken und Krankenhäuser könnten durchaus in die Substitution eingebunden werden, nicht nur, was die stationäre Behandlung akuter Begleiterkrankungen angeht: vielmehr könnten sie auch selbst den medizinischen Teil der Substitution anbieten.

Entgiftungsstationen und -kliniken

Entgiftungs- oder Entzugsstationen und -kliniken spielen bei einer effizienten Substitutionsbehandlung eine wichtige Rolle. Sie können folgende Aufgaben übernehmen:

- kontrollierte Reduktion der Opiatdosis, wenn diese sehr hoch ist und/oder der Gesundheitszustand eine ambulante Entzugsbehandlung schwierig erscheinen lässt

¹² Der Konsiliararzt berät den behandelnden Arzt bei Diagnostik und Behandlung.

- kontrollierte Reduktion des Beikonsums bis zur Abstinenz von diesen Substanzen, wenn der psychische und körperliche Zustand eine ambulante Behandlung zu riskant erscheinen lässt
- Krisenintervention für Substituierte mit starkem Beigebrauch und prekärem Gesundheitszustand; sie sollte
 - die Substitutionsfähigkeit durch Entzug der konsumierten Substanzen wiederherstellen
 - die körperliche und psychische Gesundheit stabilisieren
 - in schwierigen Substitutionsphasen Unterstützung geben, um die Ausprägung eines problematischen Beikonsums zu verhindern und Resignation entgegenzuwirken
 - die Zahl mittel- und längerfristiger Phasen einer erfolgreichen Substitution erhöhen.
- Erreichen von Substitutionsmittel-Abstinenz bei Abbruch oder Beendigung einer Substitution.

Darüber hinaus könnten Fachkliniken kompetente Partner eines regionalen Substitutionsnetzwerks sein, indem sie die substituierenden Arztpraxen unterstützen (Konsiliarärzte stellen, Wochenendvergabe übernehmen, Urlaubsvertretung machen) und als regional gut erreichbare Anlaufstellen den medizinischen Teil der Substitution selbst durchführen.

Das Carl-von-Basedow-Klinikum des Saalekreises verfügt an seinem Standort Querfurt auch über eine auf Entzugsbehandlungen spezialisierte Fachklinik, deren Einzugsgebiet weit über den Landkreis hinausreicht. Ihre 32 Plätze sind mehrheitlich von Patient(inn)en belegt, die einen Alkoholentzug machen (28 im Oktober 2010).¹³ Patienten, deren Probleme sich hauptsächlich aus dem Konsum illegalisierter Substanzen ergeben, sind dagegen eher die Minderheit. Das liegt daran, dass die Fachklinik bisher kaum in den medizinischen Teil der Substitution eingebunden ist. Weil sie dem Abstinenzgebot verpflichtet ist, verschließt sie sich weitgehend gegenüber Substituierten mit Unterstützungsbedarf. Auch ergänzende Aufgaben wie Konsiliaris-Funk-

13 Jahresstatistik 2010 des Carl-von-Basedow-Klinikums

tion, Wochenendvergabe und Urlaubsvertretung werden in der Regel nicht übernommen, obwohl die fachlichen wie auch räumlichen Voraussetzungen dafür gegeben sind.

Psychosoziale Hilfeangebote für Substituierte

Die besondere Rolle der psychosozialen Hilfe gründet in der Erfahrung, dass Drogenkonsum und psychosoziale Probleme sich wechselseitig bedingen. Die Einnahme des Substitutionsmittels soll den Drogenkonsum unterbrechen oder reduzieren und so zum Abbau psychosozialer Probleme beitragen. Die psychosoziale Hilfe wiederum soll zum einen direkt auf die Bewältigung des Substanzgebrauchs zielen (indem sie z. B. zum Verzicht auf Beikonsum motiviert oder Rückfällen vorbeugt), zum anderen bei der Bearbeitung von Problemen der Existenzsicherung und bei der sozialen und beruflichen Integration helfen, wenn dies nicht aus eigener Kraft gelingt. Auf diese Weise sollen die Auslöser für einen erneuten Drogenkonsum beseitigt und sozial integrierte Lebensmuster stabilisiert werden.¹⁴

In Deutschland umfasst die psychosoziale Hilfe sowohl direkt als auch indirekt auf den Drogenkonsum zielende Interventionen. Wohl auch deshalb erfolgt sie in der Regel „aus einer Hand“ durch Einrichtungen der Drogenhilfe. In ländlichen Regionen gilt es jedoch zu klären, wo tatsächlich spezialisierte Hilfen notwendig sind und unter welchen Bedingungen bestimmte Leistungen auch von den Regeldiensten erbracht werden können.

¹⁴ Küfner, H./Ridinger, M.: *Psychosoziale Behandlung von Drogenabhängigen unter Substitution (PSB-D) – Manual 2.0. Lengerich: Pabst 2008*

Inhalte und Umfang der psychosozialen Basisintervention

Die Inhalte der psychosozialen Basisintervention ergeben sich zum einen aus der körperlichen, psychischen und sozialen Situation der Klient(inn)en, zum anderen aus ihren Erwartungen an die Substitution. Die Ausgangslage des Klienten wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst. Deshalb ist systematisch zu klären, inwieweit in welchen Lebensbereichen Unterstützungsbedarf besteht und welche Formen der Unterstützung jeweils angezeigt sind:

- *Bedrohung von außen* (z. B. drohende Haftstrafe, Gewalt durch den Partner oder andere Personen, Kündigung der Wohnung), *psychische Probleme* (z. B. Depressionen, Angst, Störungen der Impulskontrolle), *Persönlichkeitsstörungen* (Borderline-, narzisstische oder antisoziale Persönlichkeit) und *zwischenmenschliche Probleme* (z. B. Trennung von Bezugspersonen, Einsamkeit, Konflikte in der Partnerschaft): Lassen sich diese Probleme durch Aktivieren von Ressourcen des Klienten oder seines sozialen Umfeldes bewältigen oder müssen Instanzen des Hilfesystems eingeschaltet werden?
- *erhebliche Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung, bei der Termineinhaltung, am Arbeitsplatz, in der Herstellung einer Balance zwischen Aufgabenerledigung und Erholungsphasen*: Kann die leichte Ablenkbarkeit des Klienten (sie kann auch als Ambivalenz gegenüber Verhaltensänderungen verstanden werden) in eine stabile Motivation überführt werden, um realistische Ziele für Veränderung erarbeiten zu können? Gelingt es dem Klienten, Beispiele aus seinem Alltag zu reflektieren, daraus zu lernen sowie Änderungen durchzuspielen und im Alltag zu erproben?

Da bei jedem Klienten andere Faktoren zum Tragen kommen, kann der Bedarf an Basisintervention sehr unterschiedlich sein. Zudem wird oft erst im Hilfeverlauf deutlich, inwieweit auch andere Partner einbezogen werden müssen (z. B. ein Psychiater bei psychotischen Störungen, eine Psychotherapeutin bei Angststörungen mit starkem Leidensdruck oder Institutionen mit Wiedereingliederungsauftrag wie etwa Arbeitsagenturen).

Auch der Umfang der zu erbringenden Leistungen ist individuell sehr unterschiedlich:

- *Beratung*: Sie richtet sich an relativ stabile und sozial noch/schon gut integrierte Klient(inn)en. Bei ihnen reicht in der Regel ein Termin pro Monat aus, um die aktuelle Situation zu reflektieren und bei Problemen zu beraten.
- *Begleitung* ist in bedrohlichen Situationen, bei psychischen und zwischenmenschlichen Problemen oder bei Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung anzubieten. Erforderlich sind regelmäßige Termine in kurzen Abständen. Die Klient(inn)en sind zu befähigen, diese Termine einzuhalten, indem ambivalente oder gegensätzliche Motivationen bearbeitet werden. Durch die Begleitung bei Behördenängsten werden Selbstwirksamkeit und Selbsthilfe gefördert.
- *Betreuung* wendet sich an Klient(inn)en, die in fast allen Lebensbereichen Unterstützung brauchen. Ihre Motivation zu Veränderung ist labil und widersprüchlich, weil eine Reihe psychischer und zwischenmenschlicher Probleme vorliegen und weil sie weiterhin starke Bezüge zum Szeneleben haben. Zur Betreuung zählen unter anderem Hilfen bei der Alltagsbewältigung, Bearbeitung des Suchtthemas, Aktivierung individueller Ressourcen, Entwicklung von Selbstbewusstsein, Tagesstrukturierung.
- *Therapeutische Angebote* erfordern (sucht)therapeutisch qualifizierte Helfer/innen und haben zum Ziel, Einschränkungen in der Handlungsfähigkeit zu lindern, zu beseitigen oder zumindest eine Verschlimmerung zu verhindern. Dazu wird an den Ursachen gearbeitet, die in der Sozialisation, dem Gesundheitszustand, den Möglichkeiten der psychischen Verarbeitung und dem sozialen Umfeld liegen können. Bei einer Substitution kommen vor allem Methoden zum Einsatz, die zum selbstkontrollierten Konsum befähigen, ebenso Anti-Craving-Therapien (z.B. mit Akupunktur) und ergänzende psychosoziale Therapien in den Bereichen Arbeit, Freizeit und soziale Integration (z.B. Soziotherapie). Die meisten dieser Methoden werden ambulant in Drogenberatungsstellen oder psychotherapeutischen Praxen angewandt.

In der Basisintervention gilt es, sich gemeinsam mit dem Klienten einen Überblick über die zu verändernden Lebensbereiche zu verschaffen und auf dieser Grundlage einen individuellen Hilfeplan zu erstellen. Diese Aufgabe erfordert die fachspezifische Kompetenz und Erfahrung der Drogenberatungsstellen und kann deshalb nicht an Regeldienste delegiert werden. Die für eine erfolgreiche Umsetzung des Hilfeplans notwendigen Leistungen müssen jedoch nicht alle von Drogenberatungsstellen erbracht werden: Oft kann dabei auch auf Angebote der psychosozialen Regelversorgung zurückgegriffen werden. Das trägt zur Normalisierung des Alltags der Klient(inn)en bei und entlastet zugleich die Drogenberatungsstellen.

Ergänzende psychosoziale Hilfen

Problemlagen, Einflussfaktoren, eigene Fähigkeiten zur Problembewältigung und Ressourcen aus dem sozialen Umfeld unterscheiden sich je nach Klient/in. Die psychosoziale Basisintervention ist deshalb durch weitere, auf den Einzelfall abgestimmte Hilfen zu ergänzen. Bei ihnen geht es vor allem um die Bearbeitung sozialer Probleme, die infolge langjährigen Drogenkonsums entstanden sind und sich aus eigener Kraft kaum bewältigen lassen.

Da sich solche Probleme nicht nur bei Drogenabhängigen, sondern auch bei Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen, geistiger Behinderung, Persönlichkeitsstörungen oder chronischen Erkrankungen ergeben, ähneln sich die ergänzenden psychosozialen Hilfen für die genannten Gruppen. Zu ihnen gehören Tagesstrukturierung und -planung, Regelung der finanziellen Situation, Freizeitangebote, Trainieren gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen, Reflexion von Kommunikationsmustern, Rollenspiele, Strategien zur Bewältigung zwischenmenschlicher Konflikte, Beschäftigungsangebote, Bewerbungstraining, Aus- und Weiterbildung usw. Bei ergänzenden Hilfen ist also zu prüfen, inwieweit sie auch von den allgemeinen sozialen Diensten erbracht werden können.

Die Rolle der Drogenberatungsstellen

In der gegenwärtigen Praxis der psychosozialen Hilfestellung für Substituierte spielen Drogenberatungsstellen eine wichtige Rolle. Da sie über fachspezifische Kompetenzen und Erfahrungen im Umgang mit suchtkranken Klient(inn)en verfügen, können sie die Basisintervention durchführen (Hilfeplan erstellen, Probleme mit Beikonsum bearbeiten, Motivation zu psychosozialen Veränderungen fördern und stabilisieren, durch Krisen begleiten). Sind die ersten Schritte in Richtung psychische Stabilisierung und soziale Integration erst einmal getan, werden ergänzende Hilfen (z. B. Arbeitstrainings) zunehmend wichtiger. Der Kontakt zwischen Drogenberater/in und Klient/in muss in dieser Phase – außer in Krisensituationen – daher nicht mehr so intensiv sein. Die Mitarbeiter/innen der Drogenberatung fungieren jetzt vor allem als Case-Manager: Sie koordinieren die ergänzenden Hilfen, stehen den Erbringern dieser Angebote mit Fachberatung und Fallbesprechung zur Seite und unterstützen die Klient(inn)en bei Schnittstellenproblemen.

Wichtig für den Erfolg einer ganzheitlichen Substitution ist, dass Drogenberatungsstellen gut und schnell erreichbar sind, was in ländlichen Regionen jedoch nicht der Fall ist. Benötigt werden deshalb vor allem mobile und flexible Versorgungsformen.

Weite Wege im Saalekreis

Der Saalekreis verfügt über eine eigene Drogenberatungsstelle (Kontext gGmbH Suchtberatungsstelle) in Merseburg, die für Klient(inn)en aus dem südlichen Landkreis relativ gut erreichbar ist. Die Klienten aus dem übrigen Saalekreis sind dagegen auf die Drogenhilfe-Angebote in Halle angewiesen. Der Landkreis hat deshalb mit den beiden Hallenser Drogenberatungsstellen einen Versorgungsauftrag vereinbart. Um nach Halle zu kommen, müssen sie jedoch im Durchschnitt 30 km zurücklegen – von guter Zugänglichkeit des Hilfeangebots kann also keine Rede sein. Dass die Merseburger Drogenberatung seit Jahren nur drei Substituierte unterstützt, verweist auf ein anderes Pro-

blem in dünn besiedelten Regionen: Wo fast jeder jeden kennt, ist die Angst vor Stigmatisierung groß. Sie erschwert es, nötige Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Bei den beiden Hallenser Drogenberatungsstellen besteht zudem das Problem, dass die bisherige pauschale Vergütung von Leistungen für Substituierte nicht mehr ausreicht, um den Gesamtbedarf an Basisintervention und ergänzenden Hilfen zu decken. Insofern muss neben neuen Angebotsmodellen auch nach neuen Finanzierungsmodellen gesucht werden. Die pauschale Vergütung hat allerdings auch Vorteile: Trotz steigender Nachfrage gestaltet sich die Aufnahme in die psychosoziale Hilfe immer noch recht unkompliziert. Sie beginnt, sobald ein Substitutionswunsch geäußert wird und damit bereits lange vor der offiziellen Zulassung zur Behandlung.

Schon im ersten Gespräch werden die Rahmenbedingungen der Substitution vereinbart, sodass der Klient bereits nach dem zweiten Termin eine „PSB-Bescheinigung“ erhält, mit der er sich um den medizinischen Teil der Substitution bemühen kann. Das Verfahren dauert in der Regel nicht länger als eine Woche. Bis zur Substitutionsmittelvergabe müssen sich die Klient(inn)en jedoch auf eine Wartezeit von mehreren Wochen einstellen. Diese Zeit kann für sie wie auch ihre Drogenberater/innen zu einer Belastungsprobe werden. Hier gilt es, die Motivation zu Veränderung weiter zu festigen, was nicht einfach ist, weil sie ja noch nicht durch das Medikament unterstützt wird. Lange Anreisewege zur Drogenberatung (siehe unten) können diesen Prozess zusätzlich erschweren.

Das Leistungsspektrum der Drogenberatungsstellen in Halle und Merseburg ist ausdrücklich auf psychosoziale Hilfen – Beratung, Begleitung, Betreuung – begrenzt. Bei psychotherapeutischem Hilfebedarf ist nicht klar, wie dieser gedeckt werden soll. Darunter fallen auch ambulante Therapien, also auch solche, die zu einem selbstkontrollierten Drogenkonsum befähigen oder auf die Bereiche Arbeit, Freizeit und soziale Integration zielen (z. B. Soziotherapie). Psychosoziale Hilfen bei Substitution müssen aber dem individuell sehr unterschiedlichen Bedarf gerecht werden können, auch wenn dieser über das Leistungsangebot der Drogenberatungsstellen hinausgeht. Andererseits

darf ihre Finanzierung nicht an das Zustandekommen einer Substitution oder Abstinenztherapie gebunden sein: Ausstiegswünschen sollte man auch dann entsprechen, wenn sich der Klient für andere Wege zu diesem Ziel entscheidet.

Die Anfangsphase der Substitution – unter erschwerten Bedingungen

Die ersten Monate nach Beginn der Substitution sind eine Zeit großer Umstellungen. Hier gilt es, das individuell richtige Substitutionsmittel und die passende Dosierung zu finden, Folgeerkrankungen zu behandeln, materielle, rechtliche und soziale Probleme anzugehen und die oftmals labile Therapiemotivation zu stärken. In der Einstiegsphase brauchen die Klient(inn)en deshalb eine engmaschige Begleitung durch den Arzt und die Drogenberatung. Oft vereinbaren sie mit den Klient(inn)en einen festen Terminplan zur Tagesstrukturierung, um die Entwicklung von Strategien zur Bewältigung drogenbezogener Probleme anzustoßen und zu unterstützen.

Die Herausforderungen der Einstiegsphase sind noch größer für Klient(inn)en, die tagtäglich weite Wege bis zum Substitutionsort zurücklegen müssen. Schon vor Behandlungsbeginn fallen in der Regel zwei bis vier Termine an. Wer auf dem Land lebt, muss seine Anreise gut organisieren. Diese erfolgt meist mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Der vielerorts stark ausgedünnte Fahrplan sorgt dafür, dass ein einstündiger Termin mit der Drogenberatung einen mehrstündigen Aufenthalt in der Stadt erfordert, ehe die Rückreise angetreten werden kann. Querfurt beispielsweise ist von Halle etwa 42 km entfernt. Mit öffentlichen Verkehrsmitteln braucht man nach Halle über eine Stunde und muss dreimal umsteigen. Eine Rückfahrgelegenheit nach Querfurt gibt es ungefähr alle zwei Stunden. Die Wartezeit kann jedoch nicht in den aufgesuchten Einrichtungen überbrückt werden, weil längere Aufenthalte von Klient(inn)en dort oft nicht erwünscht sind (z. B. aus Furcht vor Szenebildung). Für einen Café- oder Restaurantbesuch wiederum fehlt oft das nötige Geld. Bei noch instabiler Motivationslage bietet es sich dann geradezu an, in die Drogenszene vor Ort einzutauchen.

Die Fahrten zu den Beratungs- und Behandlungsterminen sind außerdem mit Kosten verbunden: Von Querfurt nach Halle kostet eine Busfahrt 2,50 €, eine Wochenkarte über 20 € und eine Monatskarte fast 70 €. Bei Nutzung eines privaten PKW belaufen sich die monatlichen Kosten allein für Benzin auf rund 300 € und für Diesel auf etwa 200 € – mit legal erworbenem Geld kann das oft nicht bezahlt werden. Bei Empfängern von Arbeitslosengeld übernimmt die Arbeitsagentur zumindest die Fahrtkosten. Seit Einführung des ARGE-Sondertickets müssen die Klient(inn)en auch nicht mehr in Vorleistung treten. Anders ist das bei Klient(inn)en, die keine ARGE-Leistungen beziehen, weil sie z. B. als nicht arbeitsfähig beurteilt wurden (die Begutachtung erfolgt zu Beginn der Substitution). Für diese Klient(inn)en ist das Sozialamt zuständig, das auch die Fahrtkosten zur Substitutionsbehandlung übernehmen muss, wie im Frühjahr 2010 durch ein Gerichtsurteil klargestellt wurde. Aber sie müssen die Fahrtkosten zunächst vorstrecken.

Die am Substitutionsort zugebrachte Zeit fehlt, um den Verpflichtungen am Wohnort nachzukommen, was die ohnehin schon belasteten sozialen Beziehungen noch stärker unter Druck setzt. Wohnungssuche, Einrichtung der Wohnung, Kinderbetreuung, eigenständiges Wirtschaften jenseits der Illegalität, berufliche Qualifikation, Arbeitsuche: all das wird erschwert oder sogar unmöglich, wenn man ständig unterwegs sein muss. Ist das Geld knapp, wird die Beförderung oft auch „erschlichen“, womit man sich strafbar macht. Das Behandlungsregime bringt es mit sich, dass „Schwarzfahren“ zur Wiederholungstat wird. Die Ordnungsstrafen summieren sich so zu erheblichen Beträgen, die bei Zahlungsunfähigkeit auch durch Haftstrafen abzugelten sind. Auf den Punkt gebracht: An wenigen Orten zentralisierte Substitutionsangebote treiben Klient(inn)en aus ländlichen Regionen geradezu in die Kriminalität.

Um den Anforderungen der Anfangsphase entsprechen zu können, suchen sich manche Klient(inn)en für diese Zeit eine Unterkunft am Behandlungsort. Sie wohnen dann bei Freunden oder Bekannten, die oft selbst ein Drogenproblem haben und der Szene angehören. Wer außerhalb des Drogenmilieus niemanden kennt und mit den Gegeben-

heiten der Stadt nicht vertraut ist, hat wenig Chancen, sich ein hilfreiches soziales Netzwerk aufzubauen und einen Alltag zu leben, der Sinn stiftet und Selbstbestätigung ermöglicht. Entwurzelung, soziale Isolation und Langeweile bringen die Betroffenen dazu, Szenetreffs aufzusuchen und sich in drogenbezogene Netzwerke und Aktivitäten zu integrieren. Unter diesen Bedingungen fällt es äußerst schwer, die ersten Behandlungsmonate erfolgreich zu absolvieren.

Mit einer „Take-Home-Vergabe“ des Substitutionsmittels allein lassen sich diese Probleme nicht umgehen. Für Klient(inn)en in ländlichen Regionen ist es genauso wichtig, dass die psychosoziale Hilfestellung gut erreichbar ist – vor allem in der schwierigen Anfangsphase der Behandlung.

Der Alltag mit der Substitution

Nach erfolgreicher Bewältigung der Einstiegsphase ist es möglich, das Substitutionsregime durch Take-Home-Vergabe und größere Abstände zwischen den Arzt- und Beratungsterminen zu lockern. Dadurch haben die Klient(inn)en mehr Zeit, ihren Alltag selbst zu gestalten. Dies ist auch die Phase für neue Vorhaben und Aufgaben, die die Integration in das soziale Leben am Wohnort befördern.

Ländliche Strukturen können den Aufbau neuer sozialer Bezüge durchaus erleichtern. Die dafür notwendigen Anpassungsprozesse gehen jedoch mit Reibungsverlusten einher und gelingen meist nicht in Eigenregie. Gefragt sind jetzt Drogenberater/innen, die als Case-Manager Vermittlungs- und Klärfunktion übernehmen. Das setzt voraus, dass sie die Sachlage vor Ort kennen und sich mit den dort angesiedelten Erbringern ergänzender Hilfen auseinandersetzen. Ohne diese Unterstützung sind die Klient(inn)en weitgehend auf sich allein gestellt, was schnell zu Überforderung führt und den Erfolg der Substitution selbst dann gefährdet, wenn ihr medizinischer Teil problemlos verläuft. Weit von den Lebensbezügen entfernt liegende Drogenberatungsstellen sind daher auch im Alltag der Substitution nur begrenzt hilfreich.

Resümee

Die Substitution ist heute nicht mehr nur für bestimmte Klient(inn)en in speziellen Behandlungssettings zugänglich. Vielmehr handelt es sich um eine Standardbehandlung, auf die jede/r Opiatabhängige ein Recht hat. Wer von ihr profitieren kann, sollte sie daher auch erhalten. Dieses Recht darf nicht durch Verweis auf eine schlechte Versorgungslage oder durch unzumutbare Behandlungsaufgaben unterlaufen werden. Betrachtet man die für eine gelingende Substitution notwendigen Hilfen und die an einer ganzheitlichen Behandlung beteiligten Partner, so wird freilich deutlich, welches ein hoch spezialisiertes Angebot die Substitution heute darstellt. Dadurch ergeben sich für Klient(inn)en aus ländlichen Regionen nur schwer überwindbare strukturelle Hürden zu dieser Behandlungsform.

Die Spezialisierung und Segmentierung in diesem Feld haben inzwischen ein Ausmaß erreicht, das kritisch zu hinterfragen ist. Sie laufen zwangsläufig auf eine „Sonderbehandlung“ hinaus, die einerseits den Zugang zu den psychosozialen Regeldiensten erschwert und andererseits die Klient(inn)en länger als nötig im Hilfesystem hält. Außerdem verweist ein spezialisiertes Hilfeangebot wie die Substitution immer auf eine zentralisierte Versorgungslandschaft, die sich nur in größeren Städten lohnt und von weiter entfernt lebenden Klient(inn)en nur schwer zu erreichen ist. Aus diesen Gegebenheiten lassen sich, wie in diesem Beitrag aufgezeigt wurde, wesentliche Anforderungen für eine Modernisierung der Substitution ableiten. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Haltungen, Sichtweisen und Probleme der an einer Substitution beteiligten Einrichtungen sehr unterschiedlich sein können. Unterschiedlich sind außerdem die berufsständischen Interessen sowie die rechtlichen Regelungen und Richtlinien, die für die einzelnen Akteure gelten. Diese Unterschiede müssen transparent gemacht und, so weit dies möglich ist, überbrückt werden, um gemeinsam an einer Modernisierung der Substitution arbeiten zu können. Diese Aufgabe ist sicherlich nicht leicht zu bewältigen. Aber man muss sich ihr stellen, wenn die Substitution auch in ländlichen Regionen als Standardangebot verfügbar sein soll.

Die diamorphin- gestützte Behandlung in Deutschland

Karin Bonorden-Kleij

Am 28. Mai 2009 beschloss der Deutsche Bundestag mit großer Mehrheit die rechtlichen Voraussetzungen für die Einführung der diamorphingestützten Behandlung bei Opiatabhängigkeit. Das war ein großer Erfolg, den alle Beteiligten – Wissenschaftler, Ärzte, Drogenhilfeeinrichtungen, Fachverbände, Selbsthilfegruppen, Politiker und nicht zuletzt die betroffenen Patient(inn)en – begrüßten.

Mit der Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) und der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) endete das jahrelange politische Gerangel um eine weitere Behandlungsmöglichkeit für schwerkranke opiatabhängige Menschen. Sie steht heute aber nicht gleichrangig neben den anderen Therapieangeboten für diese Betroffenen. Lediglich eine kleine Gruppe, die den engen BtMVV-Kriterien entspricht, kann davon profitieren (siehe S. 165).

Außerdem hat der Gesetzgeber eine engmaschige Überprüfung der Behandlung nach jeweils zwei Jahren angeordnet, womit er sowohl die Patient(inn)en als auch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte unter enormen Erfolgsdruck setzt. Dies ist der Situation schwerstkranker Abhängiger nicht angemessen, da es gerade hier nicht um schnelle Erfolge gehen kann, weil die Opiatabhängigkeit eine schwere chronische, von Rückfällen gekennzeichnete Erkrankung ist. Das mit

einer Substitutionsbehandlung verbundene Ziel der Opiatabstinenz ist ohnehin schwer und in vielen Fällen überhaupt nicht zu erreichen. Bei diesen Patient(inn)en ist es nahezu absurd, Abstinenz als Therapieziel zu benennen. Das Ziel einer Diamorphinbehandlung kann zunächst nur sein, die Patient(inn)en schrittweise in therapeutische Angebote einzubinden und so die Behandlungsfähigkeit herzustellen. Die vorgeschriebene Überprüfung soll allenfalls die Gegner dieser Behandlungsform beruhigen, dient aber sicherlich nicht einer vernünftigen Therapieplanung.

Die Geschichte der diamorphingestützten Behandlung

1989 forderte Henning Voscherau, der damalige erste Bürgermeister Hamburgs, Diamorphin für Heroinabhängige verschreibungsfähig zu machen. In der Presse war von „Heroin auf Rezept“ die Rede. Das erschien visionär, war doch in Deutschland gerade erst vor zwei Jahren die Substitutionsbehandlung mit Methadon/L-Polamidon systematisch eingeführt worden. Entsprechend kritisch wurde Voscherau Vorstoß beäugt. Je nach politischer Richtung stieß er entweder auf deutliche Zustimmung oder heftige Ablehnung.

Voscherau war der Überzeugung, dass mit der Verschreibung von Heroin dem Drogenschwarzmarkt die enormen prohibitionsbedingten Profitspannen entzogen werden können. Gleichzeitig hoffte er auf einen therapeutischen Nutzen dieser Maßnahme für diejenigen, die trotz niedrigschwelliger Überlebenshilfen und Safer-Use-Programme und trotz der sich etablierenden Methadonsubstitution zunehmend verelendeten und kränker wurden.

Deutschland startet ein Modellprojekt

1994 wurde in der Schweiz in der offenen Drogenszene Zürichs ein Modellversuch mit der Vergabe von Heroin an Schwerstabhängige gestartet. Nach zwei Jahren erfolgreicher Durchführung wurde das

Angebot nach und nach auf fast alle größeren Städte der Schweiz ausgeweitet. Ermutigt durch die Erfolge dieses Modellversuchs – besonders hinsichtlich seiner ordnungspolitischen Wirkungen – riefen 1996 die Polizeipräsidenten von 20 deutschen Großstädten dazu auf, die Vergabe von Heroin nach Schweizer Vorbild auch hierzulande zu erproben. Man argumentierte, die Opiatsucht sei in erster Linie ein medizinisches Problem, die gesellschaftlichen Probleme – Beschaffungskriminalität, Prostitution, soziale Verelendung – entstünden erst durch die Illegalisierung der Droge und würden durch unzureichende Behandlungsangebote aufrechterhalten.

Zwei Jahre später, 1998, entschloss sich die rot-grüne Bundesregierung, das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger als kontrollierte, randomisierte Medikamenten- und Therapiestudie in Auftrag zu geben. Statt einen großflächigen und niedrigschwelligen Pilotversuch zu starten, wurde erst einmal eine teure und langwierige Medikamentenstudie konzipiert.

Nach langwierigen Verhandlungen zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und den an der Studie beteiligten Bundesländern, Städten, Kommunen und Bundesbehörden (Bundesopiumstelle und Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) wurden im Jahr 2002 die ersten Patienten in sieben Studienzentren aufgenommen. Für die Studie hatte man mit enormem Kostenaufwand spezielle Ambulanzen mit hohen Sicherheitsanforderungen eingerichtet, die zum Teil mit großen Widerständen zu kämpfen hatten. Die Bevölkerung befürchtete neue Szenebildungen im Umfeld der Ambulanzen, Drogenhilfeeinrichtungen sorgten sich um die Abwanderung ihrer Klienten und politische Gegner sahen in der Arzneimittelstudie ein Mittel zur Legalisierung von Heroin, nicht aber ein Zulassungsverfahren für ein neues Medikament.

Die von allen Beteiligten gehegte Erwartung, der Zulauf zu dieser Studie werde nicht zu stoppen sein, erfüllte sich weder zu Beginn noch im weiteren Verlauf. Auch seit der Zulassung von Diamorphin als Medikament im November 2009 ist die Nachfrage nach dieser Behandlungsform gering. Das liegt hauptsächlich an der Hochschwel-

ligkeit des Angebots und an der ausschließlich intravenösen Anwendung des Medikaments.

Das Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung konnte schließlich in sieben deutschen Städten – Bonn, Frankfurt, Hamburg, Hannover, Karlsruhe, Köln und München – mit 1.050 Patient(inn)en erfolgreich durchgeführt werden. Die ursprünglich bis Ende 2004 geplante Laufzeit der Studie wurde um ein Jahr verlängert, und die anschließende Follow-up-Phase mündete 2007 in eine weiterhin von der öffentlichen Hand finanzierte Behandlung. Zu diesen Veränderungen kam es unter anderem wegen der streng reglementierten Studienbedingungen, die hohe Anforderungen an die Patient(inn)en stellten.

Der lange Weg zum kassenfinanzierten Regelangebot

Die wissenschaftliche Auswertung ergab, dass schwerkranke Opiatabhängige von der Diamorphinvergabe stärker profitieren als von der Methadonbehandlung. Signifikante Ergebnisse zeigten sich in folgenden Bereichen:

- Verbesserung des körperlichen und psychischen Gesundheitszustands
- Verzicht auf zusätzlichen Konsum von Straßenheroin
- Reduktion des Beigebrauchs anderer Substanzen, besonders Kokain
- Verbesserung der sozialen Situation
- Reduktion der Delinquenz.

Der Weg für die Zulassung von Diamorphin als Medikament schien damit frei zu sein, zumal das zuständige Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte sich schon 2006 dafür aussprach, den Zulassungsantrag des pharmazeutischen Herstellers positiv zu bescheiden.

In der jetzt noch erforderlichen Änderung des BtMG und der Bt-MVV sahen die Befürworter der Diamorphinbehandlung lediglich einen formalen Akt: Schließlich hatte die Bundesregierung die Studie in

Auftrag gegeben, und mit der erfolgreichen Durchführung galt ihr therapeutischer Nutzen für eine bestimmte Gruppe von Opiatabhängigen als wissenschaftlich erwiesen. Einer Zulassung des Medikaments stand eigentlich nichts mehr im Wege.

Doch die Unionsparteien im Verbund mit den Krankenkassenverbänden behinderten die gesetzlichen Änderungen noch für weitere drei Jahre. Auch eine 2007 vom Bundesrat verabschiedete Gesetzesvorlage, die eine rasche bundesweite Ausweitung der Behandlung ermöglicht hätte, wurde von ihren politischen Gegnern boykottiert. Letztendlich ist es den politisch Verantwortlichen an den Studienstandorten, den Oppositionsparteien, den Drogen- und Gesundheitspolitikern von SPD, Grünen und Linken, den Fachverbänden sowie kirchlichen und gemeinnützigen Institutionen zu verdanken, dass die Änderung des BtMG und der BtMVV kurz vor Ende der Legislaturperiode 2009 doch noch im Bundestag entschieden wurde. Damit war der Weg frei, die diamorphingestützte Behandlung für einen größeren Patientenkreis zugänglich zu machen.

Diese Entscheidung kann nach dem Ergebnis der Bundestagswahl 2009 nicht hoch genug geschätzt werden: Unter den jetzigen Regierungsparteien wäre es wahrscheinlich zu weiteren langwierigen Studien gekommen, wie das schon 2007 erwogen wurde, ohne dass sich daraus wesentliche neue Erkenntnisse ergeben hätten.

Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung

Im Februar 2010 legte die Bundesärztekammer die novellierten Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger vor. Sie kam hiermit ihrer Aufgabe nach, gemäß § 5 Abs. 11 BtMVV Richtlinien zu formulieren, die den allgemein anerkannten wissenschaftlichen Stand auf diesem Gebiet abbilden. Neben den neuen Vorschriften zur Verordnungsfähigkeit von Diamorphin wurden die bisher gültigen Fristenregelungen für Substitutionsmittel allgemein – unter anderem zur Take-Home-Vergabe – durch Regelungen ersetzt, die sich am indi-

viduellen Behandlungsverlauf orientieren und die Entscheidungsfreiheit des Arztes im Rahmen der betäubungsmittelrechtlichen Bestimmungen stärken.

Im März 2010 wurden mit großer Spannung die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erwartet. Dieses Gremium entscheidet darüber, ob eine neue ambulante Behandlungsmethode von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird oder nicht. Die vom G-BA verabschiedeten Richtlinien entsprechen im Wesentlichen den Vorgaben der Bundesärztekammer und des Gesetzgebers. Sie stießen allerdings vielfach auf Kritik.

Nur eine kleine Gruppe hat Zugang zur Diamorphin-Substitution

Aus suchtmedizinischer Sicht müsste die Diamorphin-Substitution ein möglichst niedrigschwelliges Behandlungsangebot sein, wenn sie sich an schwerstkranken, unstrukturierte und sozial entwurzelte Menschen richten soll. Doch leider sind der Gesetzgeber und der G-BA bei ihren Vorgaben den sehr engen Einschlusskriterien der Arzneimittelstudie gefolgt. Zugang zur Behandlung hat demnach nur, wer

- seit mindestens 5 Jahren opiatabhängig ist, schwerwiegende körperliche und psychische Begleiterkrankungen aufweist und Opiate überwiegend intravenös konsumiert
- mindestens zwei erfolglos beendete oder abgebrochene Therapien – eine davon eine mindestens sechsmonatige Substitutionsbehandlung – hinter sich hat
- und das 23. Lebensjahr vollendet hat.

Zugang zur Diamorphinbehandlung sollen somit Menschen erhalten, die aufgrund einer schweren Suchterkrankung bisher nicht in der Lage waren, andere Angebote des gut ausgebauten Drogenhilfesystems mit Erfolg zu nutzen. Gleichzeitig sind gescheiterte Therapieversuche nachzuweisen, wobei auch noch ein zeitlicher Rahmen gesetzt wird. Damit werden Patienten ausgeschlossen, die ganz besonders auf die diamorphingestützte Behandlung angewiesen sind, um im Hilfesys-

tem Tritt zu fassen: nämlich diejenigen, die es noch nicht einmal geschafft haben, sechs Monate Substitution durchzuhalten.

Die Zugangskriterien sollten nach ärztlichem Ermessen möglichst flexibel handhabbar sein, um die Zielgruppe auch wirklich erreichen zu können. Die Beschränkung, wie sie der Gesetzgeber vorschreibt, ist kontraproduktiv. Hier gilt es, weitere Studien durchzuführen, um wissenschaftliche Grundlagen für eine Lockerung der Zugangskriterien zu erhalten – oder man wertet zu diesem Zweck die nunmehr fast zehnjährigen Erfahrungen mit der Diamorphinbehandlung aus.

Ein weiteres Hemmnis ist die Zulassung von Diamorphin ausschließlich für die intravenöse Anwendung. Der fast überall beobachtete Rückgang des intravenösen Konsums von Straßenheroin infolge der vielfältigen, in den Drogenszenen verankerten Harm-Reduction-Programme wird damit außer Acht gelassen. Auch unter jenen Abhängigen, die Opiate inhalieren, erfüllen viele die Zugangskriterien, aber ihnen bleibt die notwendige Hilfe versagt. Es muss also auch hier nachgebessert werden.

Behandelt werden darf nur in geeigneten Einrichtungen

Die Diamorphinbehandlung darf außerdem nur in Einrichtungen durchgeführt werden, die bestimmte Kriterien erfüllen. Dazu gehören ein multidisziplinäres Team, das sich regelmäßig fortbildet, räumliche Erfordernisse, Befolgung der Sicherheitsvorschriften und die Gewährleistung eines Behandlungsangebots von täglich zwölf Stunden. Dass das ärztliche Personal so lange anwesend sein muss und Arztstellen im Umfang von drei Vollzeitstellen vorzuhalten sind, bewerten viele Fachleute sehr kritisch. Befürchtet wird, die Diamorphinbehandlung werde sich auf einzelne große Einrichtungen beschränken, weil sie bei weniger als 50 Patienten nicht mehr wirtschaftlich sei.

Heute, ein Jahr nach der Verabschiedung der G-BA Richtlinien, scheinen sich diese Befürchtungen zu bestätigen, denn bisher ist noch kein weiteres Angebot zur diamorphingestützten Substitution entstanden. Das liegt weniger an einem mangelnden Bedarf, sondern

vielmehr an den hohen Kosten für die Einrichtung und den Betrieb entsprechender Ambulanzen.

Diamorphingestützte Behandlung konkret

In einem ersten Gespräch werden die Patient(inn)en über die Behandlung, ihren Verlauf, die Wirkung und Nebenwirkungen und vor allem auch die Gefahr eines unmittelbaren Notfalls bei Beigebrauch anderer Substanzen aufgeklärt. In der sich anschließenden Dosierungsphase wird innerhalb von etwa 14 Tagen die individuell richtige Tagesdosis ermittelt, bei der Entzugssymptome und Suchtdruck vermieden werden. Selbstverständlich müssen alle bei einer Substitution üblichen Erfordernisse – ausführliche Anamnese, körperliche Untersuchung, Blutentnahme, Urinkontrollen, Entbindung des Arztes von der Schweigepflicht, psychosoziale Betreuung usw. – akzeptiert werden.

Die Patient(inn)en müssen außerdem bereit sein, sich mehrmals täglich in der behandelnden Einrichtung einzufinden. Die Injektionen führen sie unter ärztlicher und pflegerischer Aufsicht selbst durch. In den ersten Wochen, gelegentlich auch über Monate, wird das Medikament dreimal täglich vergeben. Danach wird in Absprache mit dem Arzt auf eine zweimalige Vergabe pro Tag gewechselt. Bei konsequenter intravenöser Zufuhr einer konstanten Diamorphindosis kommt es zu einer anhaltend gleichmäßigen Wirkstoffkonzentration an den Opiatrezeptoren. In diesem Fall können zwischen zwei Vergabezeitpunkten auch mehr als acht Stunden liegen (mittlere Halbwertszeit sechs bis acht Stunden), ohne dass es zu einem Entzug kommt.

Falls der Patient eine Nachtzeit von etwa zwölf Stunden nicht ohne beginnende Entzugssymptome übersteht, erhält er bei der Abendvergabe ein weiteres Substitutionsmittel – in der Regel Methadon – in niedriger Dosierung, das er vor Ort einnehmen muss. Diese Überbrückung ist nach erfolgter Einstellung auf eine stabile Dosis nach unserer Erfahrung aber nur bei wenigen Patienten nötig. Die Dosis wird jederzeit erneut angepasst, wenn dies erforderlich ist, wie etwa bei akuten Erkrankungen, die sich auf die Verstoffwechselung von Dia-

morphin auswirken. Da die Patient(inn)en täglich in der Ambulanz erscheinen, kann die Dosis schnell verändert werden.

Eine Take-home-Regelung ist nicht möglich, da das Medikament für Menschen, die noch keine Opiate konsumiert haben, sehr gefährlich ist. Höhere Diamorphindosen können selbst bei opiatgewöhnten Menschen zu tödlichen Überdosierungen führen. Als maximale Tagesdosis sind 1.000 mg zulässig. Die ermittelte Tagesdosis wird auf zwei bis drei Einzelgaben verteilt. Die Erfahrung zeigt, dass bei stabilem Behandlungsverlauf eine durchschnittliche Tagesdosis von 350 bis 500 mg ausreicht.

Bei Urlaub, Krankenhausaufenthalt oder anderen Therapie-Unterbrechungen werden die Patient(inn)en auf ein anderes Substitut umgestellt, was in der Regel ohne wesentliche Nebenwirkungen oder Entzugssymptome vertragen wird. Ein erneuter Beginn der Diamorphinbehandlung ist jederzeit möglich.

Besonders wichtig für Abhängige ist der „Kick“, das wohlige Euphoriegefühl, das Opiate wie Diamorphin bei intravenöser Anwendung durch das schnelle Anfluten im Gehirn auslösen. Vor allem zu Beginn der Behandlung kommt es zu dieser erwünschten Wirkung. Nach längerer Diamorphinsubstitution kann sich das Euphoriegefühl abschwächen oder ganz ausbleiben.

Was ändert sich durch die Diamorphinbehandlung?

Schon in den ersten Wochen tritt eine deutliche, subjektiv wie auch objektiv wahrgenommene Verbesserung des Gesundheits- und Allgemeinzustandes ein. In den Alltag kehrt sofort Ruhe ein, da die aufwendige und stressige Beschaffung von Geld und Straßenheroin entfällt. Grundbedürfnisse wie Essen, Trinken Schlafen, Körperhygiene und Wohnen können befriedigt werden. Zwischenmenschliche Kontakte werden wieder aufgenommen und bearbeitet.

Wie die herkömmliche Substitution ist auch die diamorphingestützte Behandlung an eine psychosoziale Betreuung (PSB) gekoppelt.

Die BtMVV sieht eine PSB zunächst für die ersten sechs Behandlungsmonate vor, danach müssen der substituierende Arzt, die psychosoziale Betreuung und der Patient miteinander besprechen, in welchem Rahmen sie fortgeführt werden soll. Die Erfahrung zeigt, dass bei schwerkranken Abhängigen eine sechsmonatige PSB in der Regel nicht ausreicht, da bei ihnen der Kontakt- und Beziehungsaufbau schwieriger ist und länger dauert.

Von der diamorphingestützten Behandlung profitieren die Patient(inn)en unterschiedlich. Aber für alle gilt, dass durch sie zum ersten Mal eine therapeutische Kontinuität schaffen wird. Dabei sind immer wieder neue Therapieziele zu entwickeln, die mit einer herkömmlichen Substitutionsbehandlung bisher nicht erreichbar waren. Eine Patientin aus Hamburg hat dies mit folgenden Worten zusammengefasst: „Ohne die Therapie mit Heroin wäre ich schon längst gestorben. Jetzt kann ich wieder leben und Pläne machen.“





PRAXIS

Drogenkonsumräume: Verschaffen einer Gelegenheit zur Drogenhilfe

Jürgen Klee

Spätestens seit Bekanntwerden von Aids Mitte der 1980er Jahre gab es illegale, doch mancherorts tolerierte Versuche, Drogenkonsumräume in Einrichtungen der sich entwickelnden akzeptierenden Drogenhilfe modellhaft zu erproben. In Wohnprojekten, Kontaktläden und Not-schlafstellen, aber auch in eigens dafür hergerichteten Bussen oder Wohnmobilen wurde der Drogenkonsum zugelassen, die Nutzer/innen betreut und mit dem erforderlichen Zubehör ausgestattet.

Schon unter den Bedingungen des Betäubungsmittelgesetzes war die Einrichtung von Drogenkonsumräumen möglich. Grundlage war ein „Strafrechtliches Gutachten zur Zulässigkeit von Gesundheitsräumen für den hygienischen und stressfreien Konsum von Opiatabhängigen“ des Frankfurter Oberstaatsanwalts Dr. Körner vom Mai 1993. In Frankfurt öffneten die ersten Einrichtungen dieser Art im Dezember 1994 und Februar 1995. Sie sollten denjenigen helfen, die „nicht vom Drogenkonsum lassen wollen oder können. Um Aids-Verseuchung, Verelendung und Drogentod bei diesen Opiatabhängigen einzudämmen, bemühen sich [...] Krisenzentren in den Großstädten mit akzeptierender, niedrigschwelliger Drogenarbeit [...]. Hilfe tut insbesondere dort Not, wo auf der Szene unreine Betäubungsmittel mit unsauberem Spritzen injiziert werden und es infolgedessen zu Infektionen, Injekti-

onsverletzungen und gesundheitlichen Krisen kommt“, heißt es in diesem Gutachten (Körner 1993, 4).

Nach fachlichen, ideologischen, politischen und juristischen Auseinandersetzungen kam es gut zehn Jahre später zu bundesgesetzlichen Regelungen, die es den Bundesländern ermöglichte, die bestehenden Angebote zu legalisieren und neue zu schaffen. Als Auftaktveranstaltung der parlamentarischen Debatte kann die Konferenz „Konsumräume als professionelles Angebot der Suchtkrankenhilfe – Internationale Konferenz zur Erarbeitung von Leitlinien“ im November 1999 in Hannover gesehen werden. An der vom Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik – akzept e.V. veranstalteten Konferenz nahmen 180 Expert(inn)en aus Forschung und Praxis teil.

3. Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes und Länderverordnungen

Am 1. April 2000 trat das 3. Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (3. BtMG-ÄndG) in Kraft. Es legte in dem neu hinzugefügten Paragraphen 10a zur „Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen“ Mindeststandards fest, um – anders als dies das oben genannte Gutachten formulierte – „für die Sicherheit und Kontrolle beim Verbrauch von Betäubungsmitteln in Drogenkonsumräumen“ zu sorgen (§ 10a BtMG, Abs.2, Satz 2). Die darin vorgegebenen zehn Punkte wurden in den Folgeschritten fast überall verschärft: zunächst in den dazu erlassenen Landesverordnungen und dann durch eine Vielzahl sehr unterschiedlicher kommunaler Bestimmungen und Regeln, die die jeweiligen Machtverhältnisse vor Ort widerspiegeln: Gesundheitsämter als fachliche Aufsichtsbehörde, Polizei (von fachfremden Dezernaten über Fachkommissariate „Rauschgift“ bis zum Polizeipräsidenten), Justiz und Sozialbehörden.

Bereits drei Wochen nach Veröffentlichung des Gesetzes, am 25. April 2000, trat die erste Landesverordnung in Kraft. In 13 Punkten konkretisierte die Freie und Hansestadt Hamburg die Rahmenbedingungen des Gesetzgebers in einer Weise, die bis heute für die prakti-

sche Umsetzung vorbildlich ist. Alle nachfolgenden Landesverordnungen – Nordrhein-Westfalen im September 2000, Saarland im Juni und Hessen im September 2001, Niedersachsen im März 2002 – führten eine Fülle unbestimmter Rechtsbegriffe ein, die es den kommunalen Aufsichtsbehörden (Gesundheitsämter) und Akteuren der Umsetzung (Sozial- und Sicherheitsbehörden) erleichtern, durch eigene Interpretationen neue Hürden zu errichten. Was ist z. B. rechtssicher ein „offenkundiger Erst- oder Gelegenheitskonsument“ (§ 10a, Satz 2, Punkt 7)? Wie wird das festgestellt? Aber vor allem: welche Alternative bietet ein Konsumraum-Mitarbeiter einem abgewiesenen „Gelegenheitskonsumenten“? Sollte er ihm sagen, „geh um die Ecke und lass Hilfe holen, wenn ein Notfall eintritt, ich komme dann“? Ist das die Lösung?

Und wie erkennt man „Opiatabhängige, die sich erkennbar in einer substitutionsgestützten Behandlung befinden“¹? Die einzige Methode ist die Inaugenscheinnahme durch den Konsumraum-Mitarbeiter (BMG 2003, S. 111). Bis heute wurde keiner dieser unbestimmten Rechtsbegriffe definiert, was letztendlich nur gesetzlich oder in einem Gerichtsverfahren möglich ist. So wurden z. B. 2003 in Bielefeld sechs hochrangige Polizeibeamte, darunter der ehemalige Bielefelder Polizeipräsident, und drei Mitarbeiter der örtlichen Drogenberatung vor Gericht gestellt. Die Staatsanwaltschaft warf den Angeklagten vor, sie hätten Menschen aus der Drogenszene Gelegenheit zu Erwerb und Abgabe von Drogen verschafft.² Das Gerichtsverfahren wurde nach einem Jahr unter Auflage einer Geldzahlung eingestellt³, so wie bislang alle staatsanwaltlichen Ermittlungen und Gerichtsverfahren zu Drogenkonsumräumen ohne Urteil eingestellt wurden. Eine Wirkung hatten sie trotzdem, unter anderem die, dass sie die Betroffenen psychisch stark belasteten.

Berlin ist bislang das letzte Bundesland, das eine Rechtsverordnung zu Drogenkonsumräumen erließ (im Dezember 2002). Leider

- 1 Siehe „Verordnung über die Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen“ des Landes Hessen vom 10. September 2001.
- 2 Siehe unter http://www.123recht.net/Ex-Polizeipraumlsident-wegen-Strafuvereite-lung-in-Drogenszene-angeklagt-__a4575.html (letzter Zugriff: 03.05.2011).
- 3 Unveröff. Dokumentation der Drogenberatung e. V. Bielefeld

halten bis heute nur sechs von 16 Bundesländern Drogenkonsumräume für sinnvoll, ungeachtet der fachlichen Bemühungen und der Expertise all derer, die sich auch in anderen drogenpolitischen Feldern um Verbesserungen bemühen (siehe Tabelle S. 184). Gegen Ignoranz, beharrliches Wegsehen und ideologische Vorbehalte lässt sich jedoch kein Drogenkonsumraum verwirklichen. So fehlt im gesamten Süden und Osten Deutschlands die Grundlage dafür, die nur durch Landesverordnungen geschaffen werden kann. Diese sind vor allem deshalb notwendig, weil seit Inkrafttreten des 3. BtMG-ÄndG keine juristische Grauzone mehr besteht: Einen Drogenkonsumraum ohne Erlaubnis zu betreiben, ist nach 29 BtMG „Verschaffen einer Gelegenheit“, und damit ein Straftatbestand. Nach wie vor gilt: Gebraucht wird ein Konsens zwischen Politik, Polizei und Drogenhilfe, der ein gewisses Vertrauen voraussetzt. Ansonsten sind „Sabotageakte“ vorprogrammiert, und das Hilfeangebot kann nicht realisiert werden. Nicht weniger wichtig ist, dass Interessenkonflikte zwischen ordnungs- und gesundheitspolitischen Vorstellungen bearbeitet und ausbalanciert werden.



Foto: AK KONSUMRAUM

Von den bisher vorherrschenden Strategien der „Rauschgiftbekämpfung“ verabschiedete sich die damalige (rot-grüne) Bundesregierung außerdem in ihrem im Jahr 2000 veröffentlichten „Drogen- und Suchtbericht“. Dieser hob die Überlebenshilfe (Harm-Reduction) als „vierte Säule“ neben Prävention, Behandlung und Repression hervor und gab ihr damit einen eigenen Stellenwert. Die akzeptierende Drogenarbeit erhielt hierdurch den Auftrag, Zugangsschwellen abzubauen sowie den Bemühungen um Infektionsschutz und Überlebenshilfe Priorität vor der Drogenabstinenz einzuräumen.

Drogenkonsumräume als professionelle Drogenhilfe

Drogenkonsumräume wurden bislang nur in Einrichtungen der Drogenhilfe realisiert. Sie stellen eine strukturelle Erweiterung der Handlungsfelder sowie der Präventionsmöglichkeiten der Drogenhilfe dar, nachdem bereits – oder besser: erst – 1994 in § 29 Abs. 1 BtMG eingefügt worden war, dass die Spritzenvergabe nicht gegen das Gesetz verstößt⁴.

Wo immer es Drogenkonsumräume gibt, haben sie sich als Portale ins Hilfesystem oder als Brücken in weiterführende Angebote gesundheitlicher und psychosozialer Unterstützung bis hin zur Entzugs- und Substitutionsbehandlung erwiesen. Wie die Streetwork erreichen sie nahezu alle Konsument(inn)en vor Ort, und wie die Kontaktläden sind sie Orte, wo ein Erstkontakt zum Hilfesystem stattfindet und sich eine erste Klärung des akuten Hilfebedarfs anbietet. Bei der Entwicklung von Qualitätsstandards für die akzeptierende Drogenhilfe sind Drogenkonsumräume methodisch den personenzentrierten Hilfen zuzuordnen. Beispielhaft werden im Folgenden der „Erstkontakt“ und die „Soforthilfe“ skizziert (vgl. Drogenreferat Frankfurt 2009).

4 Am 9. März 1994 entschied das Bundesverfassungsgericht, die „Abgabe von sterilen Einmalspritzen an Betäubungsmittelabhängige und die öffentliche Information darüber sind kein Verschaffen und kein öffentliches Mitteilen einer Gelegenheit zum Verbrauch nach Satz 1 Nr. 11“.



FOTO: AK KONSUMRAUM

Voraussetzungen für gelingende Hilfemaßnahmen

Eine Hilfemaßnahme gelingt nur, wenn sich der Klient mit seinem Anliegen angenommen fühlt. Folglich kommt es nicht auf die Intention des Hilfeanbieters an, sondern auf die Bedürfnisse des Konsumraumnutzers. Um ihnen entsprechen zu können, bedarf es bestimmter Voraussetzungen. Dazu gehören eine angemessene räumliche und personelle Ausstattung, eine geregelte Ablauforganisation, eine vertrauensvolle Atmosphäre sowie persönliche und fachliche Kompetenzen. In § 10a BtMG, Absatz 2, Nr. 9 heißt es hierzu, erforderlich sei die „ständige Anwesenheit von persönlich zuverlässigem Personal in ausreichender Zahl, das für die Erfüllung der [...] genannten Anforderungen fachlich ausgebildet ist“.

Sofortmaßnahmen

Für den Erstkontakt kann es logischerweise keinen Ausschlussgrund geben: Wo es um Sofortmaßnahmen geht, gehört jede/r Anfragende zur Zielgruppe. Als Methoden kommen die Inaugenscheinnahme und

das zielgerichtete Gespräch zur Anwendung, bei dem der akute Hilfebedarf ermittelt und ein Hilfeangebot unterbreitet wird. Je nach Anliegen, das sich aus dem Gespräch ergibt, entscheidet der Mitarbeiter, ob entweder eine Sofortmaßnahme (z. B. die Nutzung des Drogenkonsumraums) oder eine weiterführende Hilfe erforderlich ist (in letzterem Fall ist zu klären, wer vor Ort dafür zuständig ist und den Klienten übernehmen kann). Als Sofortmaßnahmen kommen ebenso Notfall- und Krisenintervention (z. B. Gespräche, medizinische Maßnahmen, Notübernachtung), Infektionsprophylaxe, Information, Kurzberatung sowie die Einladung zu einem Klärungs- oder Planungsgespräch in Betracht.

Zu den genannten Maßnahmen verwenden die Einrichtungen bereits hauseigene Regelungen, Nutzungsvereinbarungen, Leistungsbeschreibungen, Dokumentations- und Abrechnungssysteme usw. Allgemeine Leitlinien für Überlebenshilfen sind an die Erfordernisse der jeweiligen Einrichtung anzupassen. Das heißt beispielsweise, dass man den Ablauf einer jeden Maßnahme detailliert beschreibt und diese Unterlagen in das Qualitätshandbuch einfügt. Zu den Mindestvoraussetzungen für eine fachlich gute Konsumraumarbeit gehört, dass man die Methode der motivierenden Gesprächsführung beherrscht, medizinische und psychiatrische Notfälle identifizieren kann, die gesetzlichen Grundlagen der Hilfeangebote kennt und über die lokale/regionale Versorgungsstruktur informiert ist.

Evaluation der Arbeit von Konsumräumen in Deutschland

Neben gesundheitspolitischen Zielen wie der Eindämmung von Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis und HIV/Aids) durch Infektionsschutz- und Hygienemaßnahmen, der Reduktion des Drogenkonsums/Abstinenz oder der Notfallhilfe wurden mit Drogenkonsumräumen immer auch ordnungspolitische Ziele verfolgt, so etwa Entlastung des öffentlichen Raums oder Kontrolle und Reduzierung der Szene und der mit ihr verbundenen Belästigungen (z. B. Dealerei, Verschmutzung). Dro-

genkonsumräume leisten in jedem Fall einen wichtigen Beitrag zur Überlebenshilfe und Risikominimierung beim Konsum illegalisierter Drogen – dies zusammen mit anderen Angeboten wie z. B. Schulungen zu Erster Hilfe und Drogennotfall, Projekte zur Naloxonvergabe, Hepatitis-Impfkampagnen, Peer-Education-Projekte, KISS-Programme zum selbstkontrollierten Drogenkonsum, Zahnprophylaxe, Förderung von „Blutbewusstsein“ und Ernährungstipps.

Bislang gibt es noch keine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse aller 26 Drogenkonsumräume in Deutschland. Außerdem sind die lokalen Gegebenheiten und das Leistungsspektrum der einzelnen Einrichtungen zum Teil sehr unterschiedlich und daher kaum miteinander vergleichbar. Dennoch ist augenfällig, dass die HIV-Prävalenz überall dort, wo ein Drogenkonsumraum eröffnet wurde, von über 20 Prozent auf unter zehn Prozent gesunken ist. In Frankfurt am Main beispielsweise weist die Auswertung der Drogenkonsumräume für 2008 nur noch eine HIV-Prävalenz von fünf Prozent aus (Bezugsrahmen: 4.500 Nutzer/innen der vier Drogenkonsumräume Frankfurts mit einer Gesamtzahl von rund 196.000 Konsumvorgängen), und bei den Hepatitiden sanken die Zahlen von anfänglich ca. 80 % auf nunmehr rund 50 % (Simmedinger/Vogt 2009).

Derzeit erstellt der „Arbeitskreis Drogenkonsumräume“⁵ eine bundesweite Dokumentation zu Drogennotfällen und deren Behandlung in Drogenkonsumräumen – dies auf der Grundlage eines einheitlichen, von allen Betreibern angewandten Dokumentationssystems und unter Hinzuziehung von Daten des örtlichen Rettungswesens. Im Jahr 2008 führte der Arbeitskreis bereits eine erste deutschlandweite „Szenebefragung“ durch (AK Konsumraum 2009). Da sich diese Erhebung jedoch meist auf die Arbeit und die Klientel der Drogenkonsumräume in den einzelnen Städten bezog, kann sie nicht als „Szenebefragung“ im eigentlichen Sinne gewertet werden. Dass sich daran aber immerhin 16 Einrichtungen aus 13 Städten beteiligten, ermutigt für weitere Vorhaben dieser Art.

5 Dieser Arbeitskreis wurde im Jahr 2000 von der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. eingerichtet, um den fachlichen Austausch zu Drogenkonsumräumen und die Weiterentwicklung dieses Angebots bundesweit zu gewährleisten.

Der Arbeitskreis stellt derzeit fest, dass die Zahlen der Konsumraum-Nutzer/innen leicht zurückläufig sind. Dieser Trend ist zwar nicht bundesweit zu beobachten, aber in einzelnen Städten mit sehr hohen Ausgangszahlen. Ob das darauf zurückzuführen ist, dass die Drogenszenen kleiner werden, ist bisher noch nicht klar, wäre aber auch als ein Erfolg der akzeptierenden Drogenarbeit zu werten. Allerdings wird auch berichtet, dass die Zunahme von Reglementierungen die Arbeit erschweren, wodurch Konsument(inn)en fernbleiben würden (z.B. Rauchverbot im Café-Bereich).

Zugang für Substituierte ermöglichen!

Schon die „Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland“ im Jahr 2003 kam zu dem Ergebnis, dass die Ausschlusskriterien in den Konsumraum-Regelungen der Bundesländer unterschiedlich sind: „Die saarländische und die niedersächsische Rechtsverordnung verlangen den Ausschluss Opiatabhängiger, die sich in einer substitutionsgestützten Behandlung befinden. Die Rechtsverordnungen der Länder Hessen und Nordrhein Westfalen verlangen den Ausschluss Opiatabhängiger, die sich erkennbar in einer substitutionsgestützten Behandlung befinden. Unklar ist, wie man die Teilnahme an einer solchen Behandlung erkennt. Einzig im Land Hamburg müssen substituierte Opiatabhängige nicht ausgeschlossen werden“ (BMG 2003, S. 132).

Unklar ist allerdings auch, warum dieses Ausschlusskriterium überhaupt Eingang in die Länderverordnungen gefunden hat. Schließlich besteht kein Grund zu der Annahme, dass dies der Wille des Gesetzgebers gewesen sei: Weder in den zehn Mindeststandards des am 1. April 2000 in Kraft getretenen § 10a BtMG noch in der ersten Landesverordnung (Hamburg, ebenfalls im April 2000) finden sich Hinweise darauf. Ein Vorstoß von Konsumraum-Betreibern Nordrhein-Westfalens im Jahr 2010, die Landesverordnung entsprechend anzupassen und den Substituierten den Zutritt zu Drogenkonsumräumen zumindest nicht zu verwehren (in Hamburg jedenfalls macht man damit keine schlechten Erfahrungen), gelangte jedoch nicht weiter als bis zum

Schreibtisch des Landesdrogenbeauftragten. Über die etwa zeitgleich gestarteten Bemühungen des Drogenhilfezentrums in Saarbrücken, Substituierten den Zutritt zum Drogenkonsumraum zu gestatten, um erfolgreich HIV-Prävention betreiben zu können, ist bisher noch nicht entschieden.

Gerade die Zulassung Substituierter ermöglicht es, die Ursachen des zusätzlichen Konsums illegalisierter Drogen zu ergründen, die damit verbundenen Probleme zu thematisieren und therapeutische Hilfen zu Veränderungen anzubieten – dies nicht zuletzt auch angesichts der Gesundheitsrisiken, die der Drogenkonsum im öffentlichen Raum mit sich bringt. Weil die Substitutionsstoffe nicht wie Drogen wirken – sie berauschen nicht und dürfen das noch nicht einmal vortäuschen –, schaffen es einfach viele (noch) nicht, „ganz ohne“ auszukommen. Wünschenswert wäre, dass diese Realität wahrgenommen und versucht wird, ihr auch Rechnung zu tragen. Rechtliche Konsequenzen für Konsumraum-Mitarbeiter/innen, die Substituierten nicht die Tür weisen, sind jedenfalls keine gute Strategie, zumal sie durch ihre Arbeit ohnehin schon genug belastet sind. Empfehlen würde sich hier ein offener Dialog mit Darlegung aller Argumente für und wider eine Zulassung oder eine Befragung von Substitutionspatient(inn)en. Sie könnten wertvolle Hinweise liefern, wie das Drogenhilfesystem seine Hilfeansätze und Behandlungskonzepte verbessern kann.

Allerdings scheinen auch die strafrechtlichen Bestimmungen zur Verschreibung von Substitutionsmitteln ohne dauerhaften Nutzen für die Patient(inn)en zu sein. Auch halten sie viele Ärzte davon ab, die Substitution anzubieten – und Missbrauch verhindern sie ohnehin nur in begrenztem Umfang. Immerhin wird in Deutschland heute rund ein Drittel aller Opiatkonsument(inn)en substituiert, wobei immer deutlicher wird, dass es unterschiedliche Patiententypen gibt. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, neben der vorherrschenden Reduktionsbehandlung (hier wird das Substitutionsmedikament nach und nach reduziert) auch auf Dauer angelegte „Erhaltungsbehandlungen“ durchzuführen, um einen Rückfall in die Schwerstabhängigkeit und die damit verbundenen Gefahren für Gesundheit und Leben zu verhindern.

Zu hoffen bleibt, dass Erkenntnisse aus der praktischen Konsumraum-Arbeit auch zu Veränderungen der Rechtsverordnungen – insbesondere jener zur Substitution – führen können, damit Elend so weit wie möglich verhindert und professionelles Handeln rechtlich abgesichert wird.

Drogenkonsumräume national und international

Deutschland

Mit insgesamt 26 Drogenkonsumräumen in 16 Städten ist Deutschland weltweit führend. In Hamburg, Frankfurt am Main, Berlin und Köln gibt es zwei oder mehrere dieser Einrichtungen, in allen anderen Städten nur eine. Die meisten finden sich in Nordrhein-Westfalen, und zwar in Aachen, Bielefeld, Bochum, Bonn, Dortmund, Düsseldorf, Essen, Köln, Münster, Troisdorf und Wuppertal. Hier nämlich gab es ein Modellprojekt der Landesregierung zur Einrichtung sogenannter drogentherapeutischer Ambulanzen, bei dem der Großteil der Kosten für Einrichtung, Ausstattung und Personal anfangs aus Landesmitteln finanziert wurde.

In allen anderen Bundesländern (Niedersachsen, Hessen und Saarland) ist bis heute keine landespolitische Strategie zur Förderung weiterer Drogenkonsumräume erkennbar. In den Ballungsräumen Nordrhein-Westfalens würden gesundheitspolitische Bemühungen durch „Zugangsbeschränkungen als ordnungspolitisches Instrument“ behindert, bemängelte bereits der 2003 veröffentlichte Evaluationsbericht des Bundesgesundheitsministeriums und schlug vor, „Konsumräume grundsätzlich allen Opiatabhängigen unabhängig vom Wohnort zugänglich zu machen“ (BMG 2003, 133). Wünschenswert wäre also eine nationale Strategie, um drogenpolitische Zielsetzungen, effektiven Infektionsschutz und Überlebenshilfen nicht an den Stadt- oder Landesgrenzen enden zu lassen.

Bundesland	Stadt	Konsumräume	Zahl der Konsumplätze nach Konsum- formen: intravenös (i.v.), nasal, inhalativ	Angebote
Baden-Württemberg		0		
Bayern		0		
Berlin	Berlin	3 (siehe SKA)	Fixpunkt e.V. • 2 mobile Konsumräume mit insge- samt 3 Plätzen für i.v./nasalen Konsum (kein inhalativer Konsum möglich)	• für Männer und Frauen • psychosoziale und medizinische Angebote • Vermittlung in weiterführende Angebote • Besonderheiten: mobiles Angebot; HIV- und HCV-Schnelltest
			Birkenstube (Vista gGmbH und Fixpunkt) • 6 Plätze i.v./nasal • 4 Plätze inhalativ	• für Männer und Frauen • psychosoziale und medizinische Angebote • Vermittlung in weiterführende Angebote • Besonderheiten: HIV- und HCV-Schnelltest
			SKA (Fixpunkt e.V.): zurzeit geschlossen, Neueröffnung Sommer/Herbst 2011 mit neuem Standort	
Brandenburg		0		
Bremen		0		
Hamburg	Hamburg	5	Drob Inn (Jugendhilfe e.V.) • 10 Plätze i.v. • 5 Plätze inhalativ/nasal	• für Männer und Frauen • psychosoziale und medizinische Angebote • Vermittlung in weiterführende Angebote • Besonderheiten: HIV- und HCV-Test

Hessen	Frankfurt	4	Stay Alive (Jugendhilfe e.V.)	• für Männer und Frauen • psychosoziale und medizinische Angebote • Vermittlung in weiterführende Angebote
			Abrigado (Freiraum e.V. Hamburg) (keine Informationen verfügbar)	• für Männer und Frauen • psychosoziale und medizinische Angebote • Vermittlung in weiterführende Angebote
			Ragazza e.V.	• für Frauen • psychosoziale und medizinische Angebote • Vermittlung in weiterführende Angebote
			Kodrobs Altona (Jugend hilft Jugend)	• für Männer und Frauen • psychosoziale und medizinische Angebote • Vermittlung in weiterführende Angebote
			Eastside – Integrative Drogenhilfe (Idh)	• für Männer und Frauen • psychosoziale und medizinische Angebote • Vermittlung in weiterführende Angebote • Besonderheiten: KISS-Gruppen, Übernachtung und tagesstrukturierende Beschäftigung
			NIDDA 49 (Integrative Drogenhilfe, idh)	• für Männer und Frauen • psychosoziale und medizinische Angebote • Vermittlung in weiterführende Angebote • Besonderheiten: KISS-Gruppen, 1 x wöchentlich KISS-Café

Bundesland	Stadt	Konsumräume	Zahl der Konsumplätze nach Konsumformen: intravenös (i.v.), nasal, inhalativ	Angebote
			La Strada (Aids-Hilfe Frankfurt e.V.)	• für Männer und Frauen
			• 7 Plätze i.v./nasal (inhalieren nicht möglich)	• psychosoziale und medizinische Angebote
			Drogennotdienst Frankfurt	• Vermittlung in weiterführende Angebote
			• 10 Plätze i.v./nasal	• für Männer und Frauen
			• 5 Plätze inhalativ	• psychosoziale und medizinische Angebote
				• Vermittlung in weiterführende Angebote
Mecklenburg-Vorpommern		0		
Niedersachsen	Hannover	1	Fixpunkt Step gGmbH	• für Männer und Frauen
			• 9 Plätze i.v.	• psychosoziale und medizinische Angebote
			• 3 Plätze nasal (Inhalieren nicht möglich)	• Vermittlung in weiterführende Angebote
Nordrhein-Westfalen	Aachen	1	Suchthilfe Aachen	• für Männer und Frauen
			• 4 Plätze i.v., davon 2 Plätze auch inhalativ	• psychosoziale und medizinische Angebote
	Bielefeld	1	Drogenberatung Bielefeld e.V.	• Vermittlung in weiterführende Angebote
			• 8 Plätze i.v./nasal	• für Männer und Frauen
	Bochum	1	• 8 Plätze inhalativ	• psychosoziale und medizinische Angebote
			Krisenhilfe Bochum e.V.	• Vermittlung in weiterführende Angebote
			• 5 Plätze i.v./nasal	• für Männer und Frauen
			• 3 Plätze inhalativ	• psychosoziale und medizinische Angebote
				• Vermittlung in weiterführende Angebote
				• Besonderheiten: Naloxon-Projekt

Bonn	1	Verein für Gefährdetenhilfe • 5 Plätze i.v./nasal • 3 Plätze inhalativ	• für Männer und Frauen • psychosoziale und medizinische Angebote • Vermittlung in weiterführende Angebote
Dortmund	1	KICK (Aids Hilfe Dortmund e.V.) • 8 Plätze i.v. • 8 Plätze inhalativ/nasal	• für Männer und Frauen • psychosoziale und medizinische Angebote • Vermittlung in weiterführende Angebote • Besonderheiten: HIV- und HCV-Schnelltest (Modellprojekt „Test it“)
Düsseldorf	1	Düsseldorfer Drogenhilfe e.V. • 6 Plätze i.v./nasal • 3 Plätze inhalativ/nasal	• für Männer und Frauen • psychosoziale und medizinische Angebote • Vermittlung in weiterführende Angebote
Essen	1	Suchthilfe direkt Essen gGmbH • 8 Plätze i.v./nasal • 5 inhalativ	• für Männer und Frauen • psychosoziale und medizinische Angebote • Vermittlung in weiterführende Angebote • Besonderheiten: Hepatitis-Impfprojekt, Schulungen für User zu Erster Hilfe im Drogennotfall und zu Hygiene
Köln	2	KAD I (SKM e.V. Köln) • 3 Plätze i.v./inhalativ/nasal	• für Männer und Frauen • psychosoziale und medizinische Angebote • Vermittlung in weiterführende Angebote • Besonderheiten: HIV-Test, Beratung zur Hygiene des Lebensraums (Mobiler medizinischer Dienst des Gesundheitsamtes/DTA)
		KAD II (Drogenhilfe Köln) • 6 Plätze i.v./nasal 2 Plätze inhalativ	• für Männer und Frauen • psychosoziale und medizinische Angebote • Vermittlung in weiterführende Angebote

Bundesland	Stadt	Konsumräume	Zahl der Konsumplätze nach Konsum- formen: intravenös (i.v.), nasal, inhalativ	Angebote
	Münster	1	INDRO e.V. • 4 Plätze i.v. nasal • 1 Platz inhalativ	• für Männer und Frauen • psychosoziale und medizinische Angebote • Vermittlung in weiterführende Angebote
	Troisdorf	1	Drogenhilfe im Diakonischen Werk Siegburg • 4 Plätze i.v.	• für Männer und Frauen • psychosoziale und medizinische Angebote • Vermittlung in weiterführende Angebote • Besonderheiten: HIV -Test
	Wuppertal	1	Gleis 1 – Drogenhilfe Wuppertal • 5 Plätze i.v. • 4 Plätze inhalativ	• für Männer und Frauen • psychosoziale und medizinische Angebote • Vermittlung in weiterführende Angebote • Besonderheiten: HIV-Test
Rheinland-Pfalz		0		
Saarland	Saarbrücken	1	Drogenhilfezentrum Saarbrücken gGmbH • 13 Plätze i.v./nasal • 3 Plätze inhalativ	• für Männer und Frauen • psychosoziale und medizinische Angebote • Vermittlung in weiterführende Angebote • Besonderheiten: HIV- und Hepatitis-Test, Beratung, KISS-Gruppe, Angebote für Frauen
Sachsen		0		
Sachsen-Anhalt		0		
Schleswig-Holstein		0		
Thüringen		0		

Andere Länder

Neben Deutschland haben die Niederlande, die Schweiz und Spanien eine nennenswerte Zahl von Drogenkonsumräumen. In allen anderen Ländern mit offiziellen Angeboten dieser Art beschränken sich diese auf jeweils eine Stadt: Luxemburg/Luxemburg, Norwegen/Oslo, Kanada/Vancouver und Australien/Sydney. Politische und fachliche Initiativen für Drogenkonsumräume gibt es schon seit mehreren Jahren in Portugal, England, Italien (Mailand und Turin) und Österreich (Graz). Doch die gesetzlichen Voraussetzungen sind dafür noch nicht geschaffen worden (Änderung des nationalen Betäubungsmittelgesetzes), und es mangelt auch am politischen Willen, solche Angebote zu finanzieren.

In Brasilien und den Vereinigten Staaten (New York und Chicago) gibt es mehrere private Initiativen in „shooting galleries“, wo neben Drogen auch Konsumzubehör und Präventionsmaterialien angeboten sowie Präventionsbotschaften (vor allem Safer Use) vermittelt werden. Drogenhilfemaßnahmen und Ausstiegsangebote werden dort in der Regel nicht vorgehalten.

Schadensminimierende Maßnahmen in aller Welt sind die Ziel-scheibe des International Narcotic Control Board (INCB), einer Behörde der Vereinten Nationen mit Sitz in Wien. Der Ton in seinen jährlichen Berichten ist in den letzten Jahren etwas moderater geworden, wenngleich der regelmäßig aktualisierte Zehnjahresplan nach wie vor eine „drogenfreie Welt“ zum Ziel hat (zuletzt für die Periode 1998 bis 2008) und der US-amerikanische „war on drugs“ als Allheilmittel propagiert wird. Nationale Entscheidungen werden zähneknirschend akzeptiert, in den Berichten jedoch negativ kommentiert.

Dabei sind Drogenkonsumräume und die dort möglichen Angebote zur Vermeidung von Infektionen, Stärkung des Gesundheitsbewusstseins, Vorbeugung von Drogentodesfällen (durch aktive Notfallhilfe), Reduktion des Konsums sowie zum Umstieg auf risikoärmere Konsumformen oder den Ausstieg aus dem Drogengebrauch geradezu ein Paradebeispiel für „strukturelle Prävention“: Durch dieses Angebot werden geeignete Verhältnisse für eine gelingende Verhaltensände-

rung geschaffen. Als wenig verantwortlich und ziemlich unprofessionell erweist sich, wer diese „Gelegenheit zur Drogenhilfe“ nicht nutzt.

Literatur

AK Konsumraum 2009

Arbeitskreis Konsumraum: Szenebefragung in Deutschland 2008. Hamburg 2009 (unveröffentlicht)

BMG 2003

Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 149 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 2003

Simmedinger/Vogt 2009

Simmedinger, R./Vogt, I.: Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2008. Dokumentationszeitraum 1.1.–31.12.2008. Frankfurt/Main: Institut für Suchtforschung der Fachhochschule Frankfurt am Main (ISFF) 2009

Körner 1993

Körner, H.H.: Strafrechtliches Gutachten zur Zulässigkeit von Gesundheitsräumen für den hygienischen und stressfreien Konsum von Opiatabhängigen. Frankfurt am Main, Mai 1993

Drogenreferat Frankfurt 2009

Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main: Weiterentwicklung der Drogenhilfe im Bahnhofsviertel (WINDIB). Anhang 2: Rahmenprozessbeschreibung. Frankfurt am Main 2009 (unveröffentlicht)

Internet

Unter www.konsumraum.de findet sich eine Informationsplattform für Mitarbeiterinnen in drogentherapeutischen Ambulanzen und Drogenkonsumräumen. Allerdings wird diese Seite nicht mehr aktualisiert. Eine neue Seite der DAH und dem AK Konsumraum ist im Aufbau.

Drogenkonsumräume retten Menschenleben

Dirk Schäffer

Eine große Rolle bei der gesellschaftlichen Wahrnehmung des Drogenproblems spielt die Zahl der Todesfälle, die auf den Konsum illegalisierter Substanzen zurückgehen. Diese Zahlen werden häufig als Indikatoren für den Erfolg oder Misserfolg gesundheitspolitischer Maßnahmen verwendet. Im Jahr 2010 kamen in Deutschland nach Angaben der Drogenbeauftragten der Bundesregierung 1.237 Menschen infolge von Drogenkonsum ums Leben. Auch wenn die Zahlen in den letzten 15 Jahren gesunken sind, liegen sie nach wie vor auf einem sehr hohen Niveau.

Die Ziele von Drogenkonsumräumen

Mit 26 Drogenkonsumräumen in 16 Städten verfügt Deutschland über die weltweit höchste Zahl solcher Angebote. Mit ihnen verbindet sich das Ziel,

- *Gesundheitsschäden zu verhindern.* Konsumräume ermöglichen es, mitgebrachte Drogen unter hygienischen Bedingungen und unter medizinischer Aufsicht zu gebrauchen. Dadurch lässt sich das Risiko für Hepatitis- und HIV-Infektionen, aber auch andere Schäden wie z.B. Spritzenabszesse oder Venenentzündungen deutlich ver-

DRUCKRAUM

Raum ohne Druck für
Drogenkonsumenten. Kein
einsamer Tod im Park,
Gesundheit erhalten, Über-
lebenschancen schaffen.

Gesellschaft haftet für ihre Fehler



ringern. Das zusätzliche Angebot einer medizinischen Grundversorgung kann den Zugang zum ärztlichen Hilfesystem verbessern.

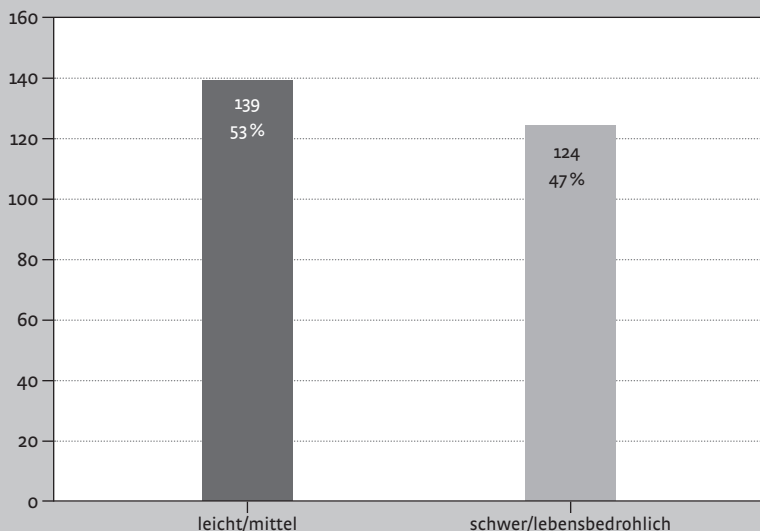
- *Überlebenshilfe bereitzustellen.* Da der Konsum ständig überwacht wird, kann bei Überdosierungen oder anderen Notfällen – z. B. Bewusstlosigkeit, Atemstillstand, Herz-Kreislauf-Kollaps, Shakes, epileptische Anfälle, Angstzustände, Halluzinationen – sofort Erste Hilfe geleistet werden. Konsumräume tragen somit entscheidend zur Reduzierung von Drogennot- und Drogentodesfällen bei.
- *weiterführende Hilfen zu vermitteln.* In der vor Ort angebotenen Beratung geht es immer auch darum, zu Veränderung motivierte Klient(inn)en zu unterstützen und sie auf Wunsch in ausstiegsorientierte Therapien zu vermitteln.
- *kommunale Netzwerkarbeit zu fördern.* Durch Arbeitskreise mit Vertreter(inn)en der Polizei, Staatsanwaltschaft und Nachbarschaft (Anwohner/innen und Geschäftsleute) soll die Toleranz gegenüber Konsumräumen und deren Nutzer(inn)en erhöht werden. Die Nutzer/innen wiederum werden motiviert, Verantwortung zu übernehmen, z. B. keine Spritzen herumliegen zu lassen oder in unmittelbarer Nähe des Konsumraums nicht mit Drogen zu handeln.

Risikofaktoren für Drogennotfälle

Um besser einschätzen zu können, welchen Beitrag Konsumräume zur Vermeidung drogenbedingter Todesfälle leisten können, führte die Deutsche AIDS-Hilfe von Juli bis Dezember 2009 eine bundesweite Erhebung zu Notfällen in Konsumräumen durch. Daran beteiligten sich 13 Einrichtungen aus elf Städten und somit die Hälfte aller Konsumräume in Deutschland.

In dem sechsmonatigen Untersuchungszeitraum dokumentierte man insgesamt 266 Drogennotfälle. Von den 263 auswertbaren Fällen wurden 139 Fälle als „leicht“ oder „mittelschwer“ und 124 als „schwer“ oder „lebensbedrohlich“ eingestuft (siehe Abb. 1). Das heißt, dass 47 % der Betroffenen in einem anderen Setting (z. B. in der eigenen Wohnung oder im öffentlichen Raum) den Notfall mit großer Wahrscheinlichkeit nicht überlebt hätten. Die Konsumraum-Mitarbeiter/innen haben in diesen Fällen durch schnelles, kompetentes Eingreifen Leben gerettet.

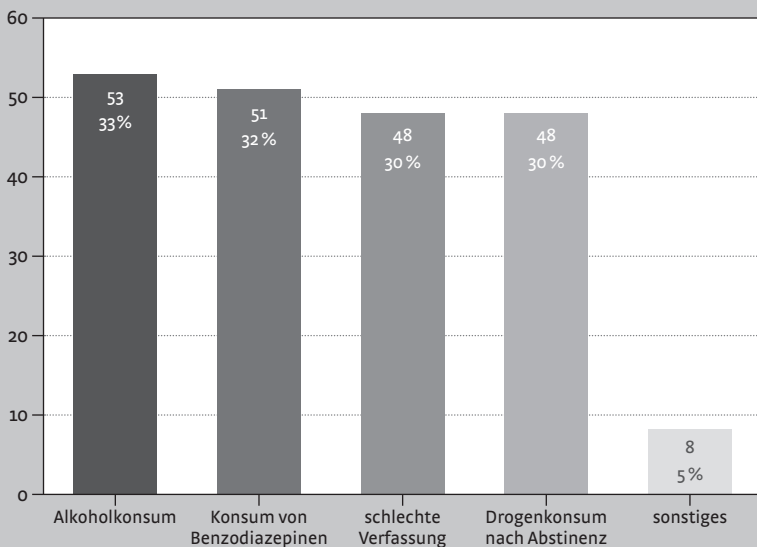
Abb.1: Schwere der Drogennotfälle (n = 263)



Für 160 Fälle (61%) ließen sich Risikofaktoren feststellen, die für den Drogennotfall maßgeblich verantwortlich waren (Abb. 2). Oft wurden diese Faktoren von den Konsumenten selbst angegeben.

Wie die Daten zeigen, ist Drogenkonsum nach einer Abstinenzphase (Gefängnisaufenthalt oder abstinenzorientierte Therapie) einer der maßgeblichen Risikofaktoren für Drogennotfälle. Ausschlaggebend für das erhöhte Risiko bei Haftentlassenen sind die gesunkene Toleranz des Körpers gegenüber Drogen, ein verändertes Konsumverhalten sowie soziale Stressoren wie Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit und fehlende soziale Bezüge.

*Abb. 2: Maßgebliche Risikofaktoren (n = 160),
Mehrfachnennungen möglich*



Spritzenautomaten in Nordrhein-Westfalen

Dirk Meyer und Markus Schmidt

1989 startete die AIDS-Hilfe NRW in Zusammenarbeit mit dem Land Nordrhein-Westfalen das landesweite Spritzenautomatenprojekt. Die Landesregierung hatte mit ihrer Entscheidung für eine pragmatische Risikominimierung jenseits aller ideologisch gefärbten drogenpolitischen Debatten den Weg dafür freigemacht. Die AIDS-Hilfe NRW, eine der Wegbereiterinnen dieses Ansatzes, übernahm die Trägerschaft und damit die Verantwortung, landesweit für die Aufstellung von Spritzenautomaten zu sorgen. Die Finanzierung des Projekts erfolgt durch das Land NRW. Mit jeder weiteren Einrichtung, die sich für einen Spritzenautomaten entscheidet, wird die Gesundheitsfürsorge für intravenös Drogen gebrauchende Menschen ein gutes Stück vorangebracht. Der Landesverband leistet damit seit über 20 Jahren einen wichtigen Beitrag zur Verhinderung von HIV- und Hepatitis-Infektionen in dieser Gruppe.

Das Projekt hat sich bewährt

Die ersten Automaten wurden angesichts steigender HIV-Infektionszahlen, zunehmender sozialer und gesundheitlicher Verelendung und vermehrter Todesfälle bei Drogengebraucherinnen und -gebern



Foto: AIDS-HILFE NRW E.V.

aufgestellt. Das landesweite Angebot zur Verbesserung der Gesundheits- und Überlebenshilfe, das rund um die Uhr Einwegspritzen, aber auch Pflegesets und Kondome verfügbar macht und zugleich die sichere Entsorgung gebrauchter Spritzbestecke ermöglicht, hat sich bewährt. Dies wird auch daran deutlich, dass der Anteil Drogen gebrauchender Menschen an den HIV-Neudiagnosen im Zeitraum 1989 bis 2009 von über 20 % auf 12 % gesunken ist und weiter sinkt.

Angesichts dieses Erfolgs entwickeln wir das Projekt, das die Beratungs- und Spritzentauschangebote von Drogenberatungsstellen, Sucht- und Aidshilfen sowie JES-Selbsthilfegruppen sinnvoll ergänzt, konsequent weiter – was nicht immer einfach ist. Wir werben bei den

zuständigen Behörden, bei der Anwohnerschaft und in der Bevölkerung um Unterstützung, damit weitere Standorte für Automaten realisiert werden können. Auch wenn das Projekt mit derzeit rund 100 Spritzenautomaten in ganz NWR gut eingeführt und weithin anerkannt ist, sind wir damit noch lange nicht am Ziel.

Rund um die Automaten

Das Sortiment

Unsere Spritzenautomaten sind mit Zigarettensautomaten vergleichbar und verfügen in der Regel über sieben Warenschächte. Drei sind mit Spritzbestecken bestückt; eine Verpackungseinheit enthält zwei 2ml-Spritzen, kombiniert mit 12, 16 oder 20 mm langen Kanülen und kostet 0,50 Euro. Ein Schacht enthält Pflegesets mit Hautcreme, Vitamin C, Kochsalzlösung und Alkoholtupfer, ein weiterer Caresets mit Stericup-Aufkochpfännchen und -Filter sowie Alkoholtupfer. In den beiden übrigen Schächten befinden sich Kondome und Cruisingpacks. Außerdem verfügt jeder Spritzenautomat über einen speziellen Entsorgungsschacht, in den gebrauchte Spritzbestecke eingeworfen werden können.

Vor der Aufstellung neuer Automaten

Wenn eine Einrichtung plant, einen Automaten an einem öffentlichen Platz aufzustellen, muss sie zunächst mit den zuständigen städtischen Behörden (das sind in der Regel das Ordnungs-, Bauaufsichts- und Gesundheitsamt) darüber reden und sich Zusagen schriftlich bestätigen lassen. Wichtig ist vor allem eine Unbedenklichkeitsbescheinigung. Auch die örtliche Polizeibehörde muss grünes Licht geben, wenn man nicht will, dass der Automat observiert wird. So etwas würde sich bei den Drogengebraucherinnen und -gebern schnell herumsprechen, und niemand würde das Angebot dann noch nutzen. Und nicht zuletzt muss der Gebäude- oder Grundstückseigentümer seine Zustimmung zur Installation des Automaten geben.

Der Betrieb der Geräte

Eigentümerin der Automaten ist die AIDS-Hilfe NRW, betreut und bestückt werden sie aber durch die regionalen Kooperationspartner. Damit die Zusammenarbeit reibungslos klappt, wurde ein Automatenbetreibervertrag ausgearbeitet. In ihm ist geregelt, wer wofür verantwortlich ist, wer welche Kosten trägt und wie bei Problemen zu verfahren ist. Der Landesverband stellt kostenlos Spritzenautomaten zur Verfügung, unterstützt bei ihrer Aufstellung und stellt das Sortiment bereit. Die Betreiber verpflichten sich, den Automaten an geeigneter Stelle zu installieren und nach Maßgabe des Vertrags die Befüllung der Schächte, die Entsorgung der gebrauchten Spritzen und die Funktionsfähigkeit des Geräts zu gewährleisten. Die Endverbraucherpreise für das Sortiment werden durch den Landesverband festgesetzt. Gewinne wollen weder die AIDS-Hilfe NRW noch die Betreiber erzielen.

Das wirtschaftliche Risiko des Automatenbetriebs liegt bei der AIDS-Hilfe NRW. Diese übernimmt ebenso die Kosten für Reparaturen und andere Erfordernisse, die mit der Nutzung der Automaten zusam-



Foto: AIDS-Hilfe NRW e.V.

menhängen, sowie eventuelle Haftungskosten, die durch eine Schädigung Dritter entstehen.

Beispiele für den Automatenbetrieb vor Ort

In den vergangenen 20 Jahren haben wir mit diesem Projekt viele Erfahrungen gesammelt und viel gelernt, vor allem, dass eine erfolgreiche Umsetzung nur durch die Kooperation mit allen Beteiligten gelingen kann: mit den Organisationen, die die Spritzenautomaten vor Ort betreuen, mit Politik und Verwaltung, den Anwohnerinnen und Anwohnern und nicht zuletzt den Drogengebraucherinnen und -gebern. Dass die erstmalige Aufstellung eines Automaten bis heute ein Politikum sein kann, zeigen die folgenden Beispiele. Oft sind erst einmal lange, zähe Verhandlungen erforderlich, und plötzlich geht es ganz schnell, weil beispielsweise eine Kommunalwahl zu veränderten politischen Mehrheitsverhältnissen geführt hat. Es gibt jedoch auch viele Standorte, an denen das Spritzenautomatenprojekt ohne Schwierigkeiten umgesetzt wird.

Aidshilfe Köln e. V.

In Kooperation mit der Lebenshaus-Stiftung und dem Kölner Gesundheitsamt betreibt die Aidshilfe Köln zurzeit acht Automaten im gesamten Stadtgebiet. Köln ist ein gutes Beispiel dafür, wie leicht, aber auch wie schwer es sein kann, Spritzenautomaten aufzustellen. Der Betrieb der Automaten läuft im gesamten Stadtgebiet seit anderthalb Jahren ohne nennenswerte Schwierigkeiten. Probleme seitens der Bevölkerung, fehlende Akzeptanz, Sachbeschädigungen oder deutliche Polizeipräsenz an den Automatenstandorten gehören der Vergangenheit an.

Im Stadtteil Mülheim ist es gelungen, den Prozess von der Antragstellung über die Absprachen mit der Polizei, dem Gesundheitsamt und allen anderen Akteuren innerhalb von vier Wochen abzuschlie-



Foto: VISION E.V.

ßen. Als jedoch im Stadtteil Kalk auf einem Gelände der Bahn ein Spritzenautomat installiert werden sollte, musste man über mehrere Jahre zäh mit der Bahn verhandeln. Schließlich wurde deutlich, dass an dem gewünschten Standort kein Gerät aufgestellt werden konnte: Die Bahn würde sich weiterhin strikt weigern, dies auf ihrem Gelände zuzulassen.

Auch wenn heute noch nicht in jedem Stadtteil ein Spritzenautomat steht, so ist zumindest an den Haupttreffpunkten der Kölner Drogenszene die Versorgung mit Einmalspritzen, Pflegesets und Kondomen durch Automaten sichergestellt.

Röntgen-Apotheke Köln

Dass ein Spritzenautomat ein besser am Bedarf orientiertes Angebot bereithalten kann als eine Apotheke, verdeutlicht Robert Fredrixen, Inhaber der Röntgen-Apotheke im Kölner Stadtteil Vingst. Er erinnert sich noch gut an die Zeiten, in denen Drogengebraucherinnen und -gebraucher auf Insulinspritzen aus der Apotheke angewiesen waren – auf Spritzen also, die sich für die Drogeninjektion nicht eignen.

Auch wenn Fredrixen Junkies in seiner Apotheke nicht als „Störfaktor“ im Alltagsbetrieb wahrgenommen hat, sondern als ernstzunehmende Kundinnen und Kunden, befürwortet er das Spritzenautomatenprojekt. Seit fast zehn Jahren betreut die Röntgen-Apotheke deshalb einen Spritzenautomaten des Landesverbandes.

Wegen des Standorts des Automaten in der Nähe eines Kinderspielplatzes mussten anfangs mit den Anwohnerinnen und Anwohnern Diskussionen geführt werden. Als sich nach dem Aufstellen des Geräts jedoch zeigte, dass der Kinderspielplatz deutlich weniger durch gebrauchte Spritzen belastet wurde als vormals, entspannte sich die Situation. Neben anderen Institutionen stand auch die katholische Kirche in Vingst hinter dem Projekt. In den ersten Jahren befand sich der Automat denn auch an einer Mauer des Kirchturms. Wegen Renovierungsarbeiten an der Kirche musste dann ein anderer Standort gefunden werden, was ohne zähe Debatten gelang.

Der Automat wird von den Drogengebrauchern gut angenommen. Beschädigungen hatten sich schon in den ersten Jahren seines Betriebs im Rahmen gehalten, und seit er regelmäßig bestückt und in Ordnung gehalten wird (auf Honorarbasis), kommen diese gar nicht mehr vor. Hier wird deutlich: Je besser ein Spritzenautomat „gepflegt“ wird, desto mehr wird er auch genutzt.

Gesundheitsamt der Stadt Bottrop

Das Gesundheitsamt der Stadt Bottrop ist seit zwanzig Jahren Kooperationspartner des Spritzenautomatenprojekts und betreut einen Automaten in der Gladbecker Straße in der Innenstadt. Anders als die Gegnerschaft der Spritzenvergabe befürchtet, ist durch den Spritzenautomat die Zahl der Heroinkonsumentinnen und -konsumenten in Bottrop nicht gestiegen, und ebenso wenig hat sich in seinem Umkreis eine offene Szene entwickelt – die Konsumenten treffen sich eher privat denn öffentlich. Zwei Rückschläge mussten jedoch hingenommen werden: Im April 1990 wurde der Automat durch einen Brandanschlag völlig zerstört. Die Nutzerinnen und Nutzer mussten daher auf andere Möglichkeiten ausweichen – im schlimmsten Fall werden sie ihr

Spritzbesteck gemeinsam mit anderen gebraucht haben. Nachdem ein neuer Automat aufgestellt worden war, kamen sie nur sehr zögerlich wieder zurück. Die gleiche Erfahrung wurde gemacht, nachdem es 1997 bei diesem Automaten zu einem Totalausfall kam. Wichtig ist in einem solchen Fall, dass das Gerät schnell repariert oder durch ein neues ersetzt wird, damit die Akzeptanz des Angebots erhalten bleibt.

Drogenberatung Dortmund

Am Schwanenwall, dem Automatenstandort in Dortmund, treffen unterschiedliche Szenen aufeinander. Da ist die schwule Szene mit ihren Saunen, Kneipen und Bars ebenso anzutreffen wie die Drogenszene, die nach ihrer Vertreibung vom Hauptbahnhof hierherkam, und das Bordellviertel ist nur wenige hundert Meter entfernt. Jährlich werden 15.000 Spritzen allein über den Automaten abgegeben, und 40.000 weitere tauscht man im nahegelegenen Café Flash – viel Arbeit also für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Dortmunder Drogenberatungsstelle.

Dass Dortmund ein hartes Pflaster ist, zeigt auch die „Automatengeschichte“: Das erste in Nordrhein-Westfalen aufgestellte Gerät wurde 1989 „gefällt“. „Anwohner gruben Drogenautomaten aus“, titelten die Ruhrnachrichten am 06. Oktober 1989 – sachlich falsch, handelte es sich doch um einen Spritzenautomaten. Doch das war noch nicht alles. Obwohl selbst der damalige Gesundheits- und Sozialdezernent der Stadt Dortmund, Dr. Manfred Scholle, den Vorfall bedauerte und eine schnelle Neuinstallation des Automaten forderte, schritt die Dortmunder Staatsanwaltschaft ein. Es wurde Strafanzeige gegen die Drogenberatung gestellt: „Wir sehen den Anfangsverdacht, dass hier jemand zu unbefugtem Verbrauch von Betäubungsmitteln verleitet wird“, ließ der damalige Oberstaatsanwalt Helmut Plett gegenüber der Presse verlauten.

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) NRW reagierte damals mit „großem Bedauern“ und kommentierte: „Das Projekt Spritzenautomat ist mit Justiz- und Innenministerium grundsätzlich abgestimmt.“ Die Drogenberatung nahm die Strafanzeige au-

ßerlich relativ gelassen hin, man verwies lediglich auf die Stellungnahme des damaligen Bundesanwalts beim Bundesgerichtshof, Manfred Bruns, der eine Abgabe von Spritzen im Rahmen der Aufklärungs- und Betreuungsarbeit für absolut unbedenklich hielt. Plett blieb dennoch hart und ließ den Automaten beschlagnahmen, was am 29. Januar 1990 durch das Landgericht Dortmund bestätigt wurde.

Im Februar 1990 schlug sich die Enquete-Kommission AIDS des Deutschen Bundestages auf die Seite der AIDS-Hilfe NRW. Es folgte eine Resolution des Bundesrates zugunsten der Aufstellung von Spritzenautomaten. Im April 1990 hatte der von der Dortmunder Staatsanwaltschaft angezettelte Spuk dann endlich ein Ende. Das Verfahren wurde eingestellt, da „die persönliche Schuld durch Irritation über missverständene Rechtsauffassungen bei den Beschuldigten als gering angesehen werden kann“.

Drogenberatungsstelle Neuss

Im Sommer 2003 konnte in der Neusser Innenstadt ein Spritzenautomat aufgestellt werden. Die zähen Verhandlungen mit den örtlichen Behörden fanden schließlich ein Ende, als in Neuss eine niedrigschwellige Anlaufstelle (Kontaktladen) für Drogen gebrauchende Menschen realisiert werden konnte. Politik und Stadtverwaltung ließen sich überzeugen, dass der Spritzenautomat eine sinnvolle Ergänzung dieses Angebots sei.

Die Jugend- und Drogenberatungsstelle in Neuss war erfreut, dass sie sich nach so langer Vorlaufzeit am Spritzenautomatenprojekt beteiligen konnte. Das Gerät wurde in unmittelbarer Nähe zum Kontaktladen aufgestellt. Seit Inbetriebnahme haben sich weder die Anwohnerinnen und Anwohner über den Automaten beschwert, noch wurde dieser in irgendeiner Weise beschädigt. Betreut wird er von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Drogenberatungsstelle. Dass mit dem Aufstellungsort die richtige Wahl getroffen wurde, belegen die Absatzzahlen. Die Nachfrage der Userinnen und User nach Einwegspritzen, Care- und Pflegesets ist bis heute kontinuierlich gestiegen.

Wir bleiben am Ball

All diese Beispiele machen deutlich, dass es weiterhin wichtig ist, neue Betreiber vor Ort anzuwerben, über das Projekt zu informieren und die Fragen potenzieller Betreiber zu beantworten. Zugleich müssen wir aber auch Bedenken ausräumen, die sowohl besorgte Anwohnerinnen und Anwohner als auch Kommunalpolitikerinnen und -politiker immer wieder äußern. Denn was nützt es, einen Automaten in bester Absicht aufzustellen, wenn man vorher nicht um Akzeptanz in der Bevölkerung geworben hat? Ebenso wichtig für den Erfolg ist ein Angebot, das dem Bedarf der Konsumentinnen und Konsumenten entspricht. Denn was bringt es, Spritzen einer bestimmten Sorte anzubieten, die zwar sinnvoll sein mögen, die aber, wie man aus der Nutzungsstatistik weiß, die Szene nicht will? Nur im Zusammenspiel aller Beteiligten kann sich das Projekt weiterentwickeln. Neuigkeiten wie Caresets mit Aufkochpfännchen, Alkoholtupfer und Filter wurden eingeführt, und manchmal muss der Bedarf für das Sinnvolle sowohl bei den Betreibern als auch den Userinnen und Usern erst geweckt werden.

Ein Blick zurück nach vorn

Noch in den 1970er und 80er Jahren wurde selbst die Beschaffung von sterilen Spritzen und Nadeln zu einem Spießrutenlauf. „Richtige“ Spritzen waren Mangelware, da über die Apotheken oft nur für die Drogeninjektion ungeeignete Insulinspritzen im Hunderterpack zu beziehen waren. Zu hohe Preise machten jede Nadel zu einem kostbaren Gut, das lange halten musste. Die Nadeln wurden immer wieder an der Reibefläche von Streichholzschachteln geschärft, an andere verliehen und so lange verwendet, bis sie Haut und Venen in ein Schlachtfeld verwandelt hatten. Die Folgen waren unzählige Abszesse, Infektionen mit Hepatitiden und HIV. Schon damals war die Hepatitis bei Drogengebraucherinnen und -gebern die häufigste Infektionskrankheit.

Obwohl es schon zu jener Zeit ausreichend Gründe gab, sterile Spritzen zugänglich zu machen, wurde dies immer wieder verhindert. Wer an eine saubere Spritze kommen wollte, musste diese oft beim

Arzt entwenden. Apotheken gaben keine Spritzen in kleinen Mengen ab, denn sie hatten Angst, sich strafbar zu machen. Wenn überhaupt, dann waren nur wenige bereit, eine Packung mit 100 Stück abzugeben. Die Diskussion änderte sich erst mit dem Auftreten von HIV und Aids Mitte der 80er Jahre. Wie einige Jahre später bei der Methadonbehandlung entbrannte nun ein heftiger Expertenstreit über den Sinn der Bereitstellung steriler Spritzen. Begriffe wie „Safer Use“ und „Harm Reduction“ waren damals noch unbekannt.

Man könnte nun einwenden, das sei doch alles „Schnee von gestern“. In vielen Bundesländern wird das Spritzenautomatenprojekt NRW aber auch heute noch mit Erstaunen und Ablehnung wahrgenommen. Dank dem großen Engagement der Kooperationspartnerinnen und -partner auf kommunaler und regionaler Ebene nimmt die AIDS-Hilfe NRW mit diesem Projekt bundesweit eine führende Rolle ein. Den 25 Automaten der ersten Jahre stehen heute über 100 Automaten gegenüber, die mithilfe von über 50 regionalen Betreibern etwa 400.000 Spritzen im Jahr umsetzen.

Brauchen wir heute noch ein Spritzenautomatenprogramm in NRW?

Die HIV-Infektion hat sich lange nicht in dem Maße ausgebreitet, wie dies vor zwanzig Jahren erwartet wurde. Aids ist im öffentlichen Bewusstsein nur noch wenig präsent und zudem zu einer behandelbaren Erkrankung geworden. Bei Drogengebraucherinnen und -gebruachern ist die Zahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen deutlich zurückgegangen. Hinzu kommt, dass durch die Änderung des Betäubungsmittelgesetzes die kostenlose oder kostengünstige Abgabe von Einwegspritzen legal geworden ist und von Aids Hilfen, Drogenhilfen und teilweise auch von Apotheken angeboten wird.

Gegnerinnen und Gegner von Spritzenautomaten versuchen immer wieder, diese positiven Entwicklungen gegen das Projekt zu verwenden, als wäre der niedrigschwellige Zugang zu sauberen Spritzen nicht mehr erforderlich und stünde nicht im Verhältnis zu den eventuellen Risiken. Als Beispiel werden herumliegende Spritzen angeführt,

die bei spielenden Kindern zu Infektionen führen könnten. Solchen Argumenten treten wir entschieden entgegen, da Gesundheitsförderung, Risikominimierung und HIV-Prävention nach wie vor wichtig sind. Die HIV-Infektion ist auch heute noch eine schwere chronische Krankheit, deren Behandlung mit vielfältigen Nebenwirkungen verbunden ist. Es gilt nach wie vor, so viele Infektions-, Krankheits- und Sterbefälle zu verhindern wie möglich. Dazu leistet das Spritzenautomatenprojekt einen wesentlichen Beitrag.

Für die Zukunft wünschen wir uns eine flächendeckende Versorgung – sowohl in ländlichen Gebieten als auch stadtteilbezogen – und mehr Automaten bei drogentherapeutischen Ambulanzen und Druckräumen. Dringend erforderlich ist ebenso eine Erweiterung der Angebote im Strafvollzug. Vielleicht kommen wir noch dahin, dass Spritzenautomaten eine Selbstverständlichkeit sind und als Baustein einer effektiven, lebensnahen Gesundheitsvorsorge zur Schaffung von mehr Akzeptanz für Drogen gebrauchende Menschen beitragen. Sie ermöglichen auch denjenigen den Zugang zu sterilen Spritzbestecken, die die Angebote der Drogenhilfe-Einrichtungen nicht nutzen wollen oder aus Angst vor Strafverfolgung auf Anonymität angewiesen sind. In ländlichen Gebieten, wo man zu Drogenhilfen und Apothekennotdiensten oft weite Wege zurücklegen muss, schließen Spritzenautomaten Versorgungslücken. Außerdem zeigt die langjährige Erfahrung, dass sie häufig die einzige Möglichkeit darstellen, gebrauchte Spritzbestecke im öffentlichen Raum sicher zu entsorgen. Bis heute kam es in Nordrhein-Westfalen zu keiner einzigen HIV-Übertragung durch herumliegende Spritzen.

Auch heute noch wird die Bereitstellung sauberer Spritzen häufig mit der Bereitstellung von Drogen gleichgestellt. Spritzenautomaten, so das Argument, förderten Drogenabhängigkeit. Doch dies ist nirgendwo belegt. Wer aber im Besitz eines Rauschmittels ist und die Absicht hat, dieses zu konsumieren, wird sich mangels sauberer Spritzen nicht davon abhalten lassen und damit gesundheitliche Risiken auf sich nehmen, die möglicherweise weitreichende Folgen haben.

Aus all diesen Gründen halten wir das Spritzenautomatenprojekt auch heute noch für sinnvoll und seinen Ausbau für dringend geboten.

Gesundheit und Prävention in Haft

Bärbel Knorr

In den letzten 20 Jahren hat sich die Haltung von Politik und Gesellschaft gegenüber Konsument(inn)en illegalisierter Drogen zumindest in einigen Bereichen positiv verändert. Einer der wesentlichen Gründe hierfür war die Angst vor einer Verbreitung der HIV-Infektion über die so genannten Risikogruppen hinaus. Man ermöglichte die Vergabe steriler Einwegspritzen (heute ein Standardangebot der Drogen- und Aidshilfen) und die Einrichtung von Kontaktläden und Konsumräumen, die Substitutionsbehandlung wurde ausgebaut, und inzwischen ist auch die heroingestützte Behandlung möglich.

Das grundsätzliche Problem jedoch, die Kriminalisierung von Drogengebraucher(inne)n, ist geblieben. Die vor Jahren noch intensiven Bemühungen um eine Entkriminalisierung haben inzwischen deutlich nachgelassen, und die Möglichkeiten, die das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) bietet¹, werden nach wie vor nur unzureichend ausgeschöpft. Es bleibt abzuwarten, ob die Übernahme der Diamorphinvergabe in die Regelversorgung vielleicht auch einen positiven Einfluss auf die Verurteilungspraxis haben wird. Bis dahin jedoch ist und bleibt der Anteil der Drogengebraucher/innen unter den Gefangenen hoch.

¹ § 31a BtMG „Absehen von der Verfolgung“ und § 37 BtMG „Absehen von der Erhebung der öffentlichen Klage“

Daten zu Gefangenen, Drogengebrauch und HIV/Hepatitis in Haft

In Deutschland waren am 31.03.2010 (Stichtag) 60.693 Menschen im Straf- oder Jugendvollzug inhaftiert, davon 57.568 Männer und 3.125 Frauen (siehe Tab. 1).²

Tabelle 1: Gefangene in deutschen Haftanstalten, Stichtag 31.03.2010

Altersgruppen	Zahl der Häftlinge
14 bis 17 Jahre	640
18 bis 20 Jahre	3.297
21 bis 29 Jahre	19.476
30 bis 49 Jahre	29.737
50 Jahre und älter	7.543
Art des Strafvollzugs	
geschlossener Vollzug	50.974
offener Vollzug	9.719
Voraussichtliche Vollzugsdauer	
unter 3 Monate	6.238
3 Monate bis 1 Jahr	19.803
mehr als 1 Jahr bis 5 Jahre	26.564
mehr als 5 Jahre bis 15 Jahre	5.504
lebenslang (einschl. Sicherungsverwahrte)	2.584

Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland, www.destatis.de

Weitere 11.442 Menschen³ befanden sich in Untersuchungshaft und 9.590 Menschen im Maßregelvollzug⁴.

2 Statistisches Bundesamt, Strafvollzugsstatistik (www.destatis.de), Stand April 2011

3 Statistisches Bundesamt: Justiz auf einen Blick, 2011. Stand 30.11.2009

4 Statistisches Bundesamt: Rechtspflege, Strafvollzug – Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen am 31.03. Fachserie 10, Reihe 4.1., 2010

In Deutschland gibt es insgesamt 185 Justizvollzugsanstalten, die meisten in Nordrhein-Westfalen (37) und Bayern (36). Insgesamt stehen in Deutschland 77.995 Haftplätze zur Verfügung. Am Stichtag 31.08.2010 befanden sich 70.103 Menschen in Haft, dies entspricht einer Belegungsquote von 90 %. Die Belegungsquote ist je nach Bundesland sehr unterschiedlich; die niedrigste hat Hamburg mit 68 % und die höchste Bayern mit 98 %. Große Unterschiede zeigen sich auch bei der Unterbringung: In Hamburg stellt die Einzelunterbringung den Regelfall dar (88 %), in Thüringen haben dagegen nur 47 % der Gefangenen eine Einzelzelle, gefolgt von Baden-Württemberg mit 53 % sowie Nordrhein-Westfalen und Bayern mit jeweils 62 %.⁵ Auch die Gefangenenerate (Anzahl der Gefangenen pro 100.000 Einwohner) variiert je nach Bundesland. Zum Stichtag 30.11.2009 war Berlin mit einer Rate von 143 Inhaftierten pro 100.000 Einwohnern Spitzenreiter in Deutschland, Schlusslicht war Schleswig-Holstein mit nur 51 Gefangenen pro 100.000 Einwohnern. Unterschiedlich sind ebenso die Ausgaben pro Gefangenen: 2007 lagen sie in Hamburg bei 45.700 € und in Bayern bei 25.500 €. In den Ausgaben enthalten sind die Kosten für den Betreuungs- und Sachaufwand pro Gefangenen.⁶

Über die Höhe des Anteils Drogen gebrauchender Gefangener im deutschen Justizvollzug gibt es keine gesicherten Daten. Expert(inn)-en gehen jedoch davon aus, dass ungefähr ein Drittel aller Inhaftierten zu dieser Gruppe gehören. Diese Annahme wird auch durch die Studie „Infektionskrankheiten unter Gefangenen in Deutschland: Kenntnisse, Einstellungen und Risikoverhalten“ bekräftigt, die das Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) und das Robert Koch-Institut (RKI) im Jahr 2008 veröffentlichten⁷. An der Studie nahmen 1.582 Gefangene teil. Rund ein Drittel der Befragten gab an,

5 Statistisches Bundesamt: *Zahlen der Anstalten, Belegungsfähigkeit und Belegung am 31.08.2010*

6 Statistisches Bundesamt: *Justiz auf einen Blick, 2011*

7 Eckert, J./Weilandt, C.: *Infektionskrankheiten unter Gefangenen in Deutschland: Kenntnisse, Einstellungen und Risikoverhalten. Teilergebnisse des Projekts „Infectious Diseases in German Prisons – Epidemiological and Sociological Surveys among Inmates and Staff“ im Auftrag der Europäischen Kommission. Bonn, Berlin: WIAD/RKI 2008*

wegen eines Drogendelikts inhaftiert zu sein, bei den Frauen waren es sogar knapp 50 %.⁸ 22,7 % der Befragten haben innerhalb und außerhalb des Gefängnisses Heroin konsumiert, 2,5 % nur im Gefängnis. 12,5 % konsumieren Heroin nur in Freiheit.⁹

Risikoverhalten hinsichtlich HIV und Hepatitiden

In der Studie wurde auch nach infektionsrelevantem Verhalten beim Drogenkonsum innerhalb und außerhalb der Gefängnismauern gefragt. 16,3 % gaben an, in Haft manchmal Nadeln gemeinsam zu benutzen, und 4,6 % berichteten, dies in Haft immer zu tun.

4,7 % aller Befragten haben im Gefängnis schon einmal Rasierklingen gemeinsam benutzt. Bei den weiblichen Gefangenen lag der Anteil mit 15,4 % wesentlich höher.

Jeder 20. Gefangene (4,7 %) hat sich in Haft piercen lassen. Bei den Frauen waren es sogar 13,9 %. In Haft stellt auch das Tätowieren ein Infektionsrisiko dar; 30 % der Befragten haben sich im Gefängnis tätowieren lassen.

Daten zu HIV und Hepatitiden

In Haftanstalten treten Infektionskrankheiten nach wie vor wesentlich häufiger auf als „draußen“. Das Strafvollzugsgesetz schreibt bei Haftantritt zwar eine medizinische Untersuchung vor („Zugangsuntersuchung“), bei der auch ein HIV-Test angeboten wird. Doch eine Stichtagserhebung, wie sie in den 1990er Jahren bestand, gibt es nicht mehr.

Zudem ist die HIV-Testrate je nach Bundesland äußerst unterschiedlich: In einigen Bundesländern sind über 90 % aller Gefangenen getestet, in anderen Bundesländern dagegen nur ein geringer Teil.¹⁰ Daten zur Verbreitung von HIV- und Hepatitis-Infektionen stammen meist aus Untersuchungen, die in einzelnen Haftanstalten durchge-

⁸ *ebenda*, S. 27

⁹ *ebenda*, S. 38

¹⁰ Nur in wenigen Haftanstalten wird der HIV-Test anonym und nach vorheriger Beratung durchgeführt.

führt wurden. Anders ist dies in der bereits erwähnten WIAD- und RKI-Studie, die für den deutschen Strafvollzug repräsentativ ist. Die in dieser Studie ermittelte Seroprävalenz von Hepatitis B und C sowie von HIV zeigt Tabelle 2.

Tabelle 2: Seroprävalenz von HBV, HCV und HIV in deutschen Haftanstalten¹¹

Marker	getestete Gefangene (n = 1.515)	Gefangene mit i.v. Drogenkonsum (n = 464)
Anti-HBc ¹²	10,4 %	19,8 %
HBsAG ¹³	2,5 %	18,0 %
Anti-HCV ¹⁴	17,6 %	50,6 %
Anti-HIV	0,8 %	1,9 %

Medizinische Versorgung

Gefangene im geschlossenen Vollzug sind nicht gesetzlich krankenversichert, sondern unterliegen der Gesundheitshilfe der Justiz. Folglich ist der Justizvollzug verpflichtet, auch für die medizinische Versorgung dieser Gefangenen aufzukommen. Weiterhin Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung ist nur, wer in einem freien Beschäftigungsverhältnis steht, also außerhalb der Haftanstalt einen Arbeitsplatz hat.¹⁵

- 11 Radun, D.: Seroprävalenz, Risikoverhalten, Wissen und Einstellungen in Bezug auf HIV, Hepatitis B und C bei erwachsenen Justizvollzugsinsassen, Deutschland. Vorstellung erster Ergebnisse, 4. Int. Fachtag Hepatitis C. Hamburg, 12.–13.09.2007
- 12 Anti-HBc = Antikörper gegen Eiweißbestandteile des Hepatitis-B-Virus (HBV)
- 13 HBsAG = HBs-Antigen, ein Bestandteil des Hepatitis-B-Virus
- 14 Anti-HCV = Antikörper gegen Hepatitis-C-Virus (HCV)
- 15 Für diese „Freigänger“ entrichtet der externe Arbeitgeber Beiträge für die Pflege- und Rentenversicherung. Für Gefangene, die im Strafvollzug einer Arbeit nachgehen, werden diese Beiträge nicht eingezahlt. In den §§ 190 bis 193 des Strafvollzugsgesetzes (StVollzG) ist die Einbeziehung der Gefangenen in die Kranken- und Rentenversicherung „vorformuliert“, diese Regelung ist jedoch nicht in Kraft getreten. Der Grund dafür ist die zu erwartende Belastung der öffentlichen Haushalte durch die abzuführenden Beiträge in die Sozialversicherung.

Gefangene haben keine freie Arztwahl, für die Behandlungen ist der Anstaltsarzt zuständig. Er entscheidet auch, ob ein/e Facharzt/ Fachärztin hinzugezogen werden soll oder eine Einweisung in ein Justizvollzugskrankenhaus notwendig ist.

Geregelt ist die medizinische Versorgung in den §§ 56 bis 66 des Strafvollzugsgesetzes (StVollzG). In § 56 heißt es, die Vollzugsbehörde habe für die körperliche und geistige Gesundheit der Gefangenen zu sorgen, und die Gefangenen seien zur Mitwirkung verpflichtet. In den Bundesländern, die Landesgesetze zum Strafvollzug erlassen haben (Hessen, Baden-Württemberg, Niedersachsen, Hamburg und Bayern), ist die medizinische Versorgung ähnlich geregelt.

Die Anstaltsmedizin muss sich grundsätzlich an den Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung orientieren. Wie aber ist es um ihre Qualität bestellt?

Qualität der medizinischen Versorgung in Haft

In einer von der Deutschen AIDS-Hilfe im Jahr 2008 durchgeführten Befragung ihrer Mitgliedsorganisationen zu deren Angeboten im Justizvollzug wurde unter anderem nach der Qualität der medizinischen Versorgung in den Haftanstalten gefragt. 21,1 % der Aidshilfen bewerteten sie als sehr gut oder gut, 54,4 % als ausreichend und 24,6 % als mangelhaft oder äußerst problematisch. Auch in der WIAD- und RKI-Studie bewerteten die Gefangenen die medizinische Versorgung in Haft. Ihre Beurteilung fällt allerdings wesentlich schlechter aus: 1,4 % bewerteten sie als sehr gut, 9,5 % als gut, 13,3 % als eher gut, 25,8 % als eher schlecht, 21,6 % als schlecht und 28,4 % als sehr schlecht.¹⁶

Während rund 75 % der Aidshilfen die Qualität der Anstaltsmedizin als sehr gut bis ausreichend einstufen, beurteilten über 75 % der Gefangenen diese als eher schlecht bis sehr schlecht. Wie die Versorgungsqualität eingeschätzt wird, kann auch davon abhängen, ob externe Dienste wie beispielsweise die Aidshilfen mitwirken. Dort, wo

¹⁶ Eckert/Weiland 2008

Externe mit gesundheitlichem Schwerpunkt tätig werden, kann dies auch einen positiven Effekt auf die Qualität der Versorgung in Haft haben.

HIV und Hepatitiden – Übertragungswege und Präventionsmaßnahmen

In Haftanstalten sind Informationsveranstaltungen und praktische Übungen zum Thema Infektionsprophylaxe seltene Angebote. Der Zugang zu Präventionsmitteln wie Kondomen oder sterilem Spritzbesteck wird häufig verwehrt oder nicht anonym ermöglicht.

Infektionsrisiken im Hinblick auf HIV und Hepatitiden ergeben sich durch

- den gemeinsamen Gebrauch von Spritzbestecken („Needle-Sharing“) sowie Löffeln, Filtern und Wasser („Work-Sharing“)
- ungeschützte Sexualkontakte unter Inhaftierten oder zwischen Gefangenen und Besuchern oder Personal
- Tätowieren und Piercen. Dies wird zwar in der Regel über die Hausordnung der Justizvollzugsanstalt untersagt, aber dennoch häufig praktiziert – mit nicht sterilem Gerät.
- gemeinsamer Gebrauch von Rasierern und Zahnbürsten. Hierüber können zumindest Hepatitisviren übertragen werden.

Zugang zu Spritzbesteck und Desinfektionsmitteln

Von den 185 Haftanstalten in Deutschland bietet derzeit nur noch die Berliner Justizvollzugsanstalt für Frauen in Lichtenberg sterile Einwegspritzen an. In Niedersachsen hat man die Spritzenvergabe 2003 und in Hamburg 2002 infolge des Regierungswechsels in diesen Bundesländern eingestellt. Das Modellprojekt in der Berliner JVA Lehrter Straße wurde 2004 gestoppt. Der von der Aids- und Drogenhilfe seit über 25 Jahren geforderte Zugang zu sterilen Spritzen und Nadeln für Gefangene ist bedauerlicherweise auch weiterhin nicht in Sicht.

Häufig teilen sich mehrere Gefangene eine Zelle und auch eine Toilette. Die in Freiheit selbstverständlichen Hygienestandards sind in Haftanstalten allerdings nicht immer gegeben. Deutschland gehört zu den wenigen EU-Ländern, in denen Gefangene keinen Zugang zu Desinfektionsmitteln (z. B. zur Desinfektion der Toilette) haben. Würden sie bereitgestellt, könnten sie auch für die Reinigung bereits gebrauchter Spritzen oder von Materialien zum Tätowieren und Piercen verwendet werden. Infolge der „draußen“ seit ca. 20 Jahren üblichen Spritzenvergabe ist das Wissen um die Reinigung und Desinfektion von Spritzen sehr gering.

Zugang zu Kondomen

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

Gelebte Sexualität innerhalb der Gefängnismauern ist weitestgehend tabuisiert. Dabei ist klar, dass auch heterosexuelle männliche Gefangene Sex mit Männern haben, sich dabei aber nur selten schützen. Sexualekontakte sind zwar auch im Rahmen von Langzeitbesuchen und Vollzugslockerungen möglich, diese werden jedoch nur relativ wenigen Inhaftierten gewährt.

Hepatitis-Impfung

Nach der WIAD- und RKI-Studie¹⁷ sind 2,5 % aller Gefangenen und 18 % der Drogen gebrauchenden potenzielle Überträger der Hepatitis B; da sie sehr leicht übertragen werden kann, ist eine Schutzimpfung im Ge-

¹⁷ Eckert/Weilandt 2008

fängnis dringend zu empfehlen. Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut empfiehlt eine Hepatitis-B-Impfung unter anderem für „Drogenabhängige, Prostituierte, länger einsitzende Strafgefangene, Menschen mit chronischen Lebererkrankungen und HIV-Positiven“¹⁸.

Grundsätzlich besteht somit auch für Gefangene die Möglichkeit, sich impfen zu lassen. Dies empfiehlt sich besonders dann, wenn bekannt ist, dass jemand Drogen nimmt, oder wenn bereits eine Hepatitis C vorliegt und eine zusätzliche Infektion mit Hepatitis A oder B verhindert werden soll. Voraussetzung ist natürlich, dass die JVA die Gefangenen über das Impfangebot informiert, was meist nicht der Fall zu sein scheint. Zudem gibt es Bundesländer, in denen Gefangene nur in Ausnahmefällen eine Hepatitis-B-Impfung erhalten, z. B. Bayern.

Substitution in Haft

In Deutschland wurden am Stichtag 1. Juli 2009 74.600 Menschen substituiert.¹⁹ Grundsätzlich ist eine Substitution auch in Haft möglich. Da die Vollzugsgestaltung jedoch Ländersache ist, wird auch die Substitution von Bundesland zu Bundesland anders gehandhabt.

In vielen Haftanstalten verbirgt sich hinter dem Begriff „Substitution“ lediglich ein medikamentengestützter Entzug oder ein Angebot zur Vorbereitung der Haftentlassung. Dies ist erstaunlich, da die rechtlichen Grundlagen eindeutig sind und sehr viel mehr Behandlungen durchgeführt werden müssten, als dies derzeit der Fall ist. So besagt z. B. die auch für Anstaltsärzte bindende Richtlinie der Bundesärztekammer zur Substitutionstherapie Opiatabhängiger: „Bei einem Wechsel in eine Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme, Inhaftierung oder andere Form einer stationären Unterbringung ist die Kontinuität der Behandlung durch die übernehmende Institution sicherzustellen.“²⁰ Ferner wird gesagt, dass die

18 Siehe unter www.rki.de → Infektionsschutz → Impfungen → Impfungen A bis Z.

19 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) 2010

20 Siehe unter www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.117.1504.1575.8070 (letzter Zugriff: 27.04.2011).

Opiatabhängigkeit eine behandlungsbedürftige schwere chronische Krankheit ist.

Ziele der Behandlung sind laut Richtlinie der Bundesärztekammer die Sicherung des Überlebens, die Reduktion des Gebrauchs anderer Suchtmittel, gesundheitliche Stabilisierung und Behandlung von Begleiterkrankungen, Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben sowie Opiatfreiheit.

Bei bereits in Freiheit substituierten Gefangenen fällt die Urinkontrolle (UK) bei der Zugangsuntersuchung häufig positiv aus. Dies wird oft zum Anlass genommen, die Substitution in Haft nicht fortzusetzen. In der Richtlinie der Bundesärztekammer finden sich jedoch mehrere Hinweise, dass die Behandlung auch in diesen Fällen fortgesetzt werden soll: Wie bereits oben erwähnt, ist eines der dort formulierten Ziele die Reduktion des Beigebrauchs. An anderer Stelle heißt es: „Bevor eine Behandlung beendet wird, sollten alle anderen Interventionsmöglichkeiten ausgeschöpft worden sein. Hierzu gehören insbesondere Optimierungen des Therapiekonzeptes, z.B. Dosisanpassung ...“

Die rechtlichen Grundlagen für die Substitution sind das Betäubungsmittelgesetz (BtMG), die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)²¹ und die „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Substitutionstherapie Opiatabhängiger“. Nicht verbindlich für die Substitution von Strafgefangenen sind dagegen die „Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (BUB-Richtlinien)²², welche die Substitution im kassenärztlichen System regeln.²³

²¹ Siehe unter www.gesetze-im-internet.de.

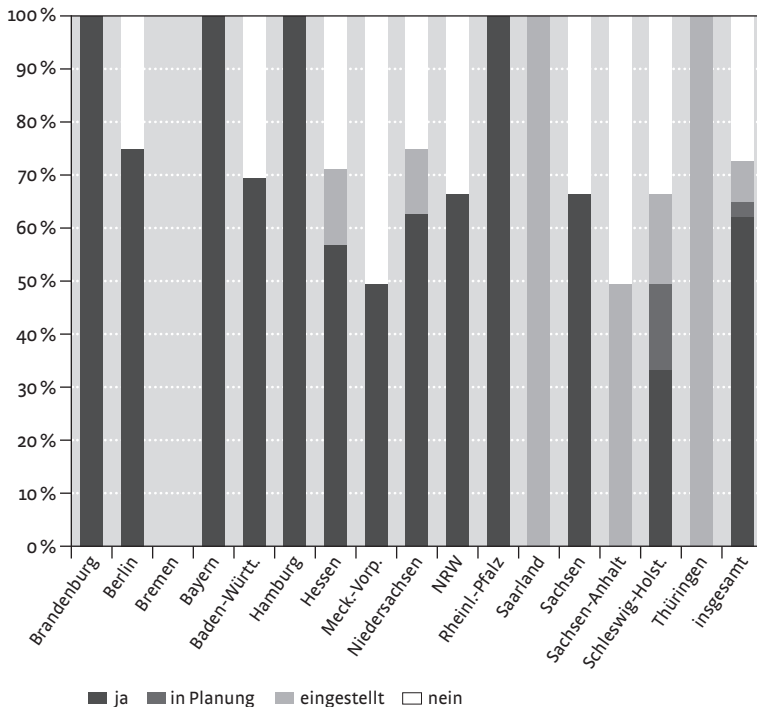
²² Siehe unter <http://www.indro-online.de/bub2002.htm> (letzter Zugriff: 27.04.2011).

²³ Weitere Informationen zum Thema enthält die Broschüre „Substitution in Haft“ der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Aidshilfen im Strafvollzug – Auszüge aus der DAH-Befragung 2008

2008 befragte die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) ihre Mitgliedsorganisationen über deren Angebote in Justizvollzugsanstalten. Nicht alle sind „klassische“ Aidshilfen, denn unter ihnen finden sich beispielsweise auch Pflegeteams und Landesverbände, die keine Angebote in Haft haben. Erhebungsgrundlage waren somit 103 Einrichtungen. Der Fragebogen wurde von 69 Aidshilfen beantwortet. Von diesen gaben 43 (62 %) an, dass sie Aufgaben im Justizvollzug wahrnehmen. 3 % planten dies, 7 % haben ihre Arbeit im Justizvollzug eingestellt und 28 % gaben an, dass sie nicht im Justizvollzugs tätig sind (siehe Abb. 1).

Abbildung 1: Aidshilfen im Strafvollzug



Aidshilfen sind in 123 von insgesamt 287 Justizvollzugsanstalten²⁴ präsent; 171 werden allerdings nicht aufgesucht.

Abbildung 2: Justizvollzugsanstalten und Aidshilfe-Angebote

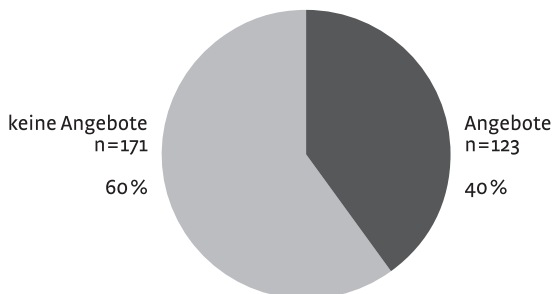
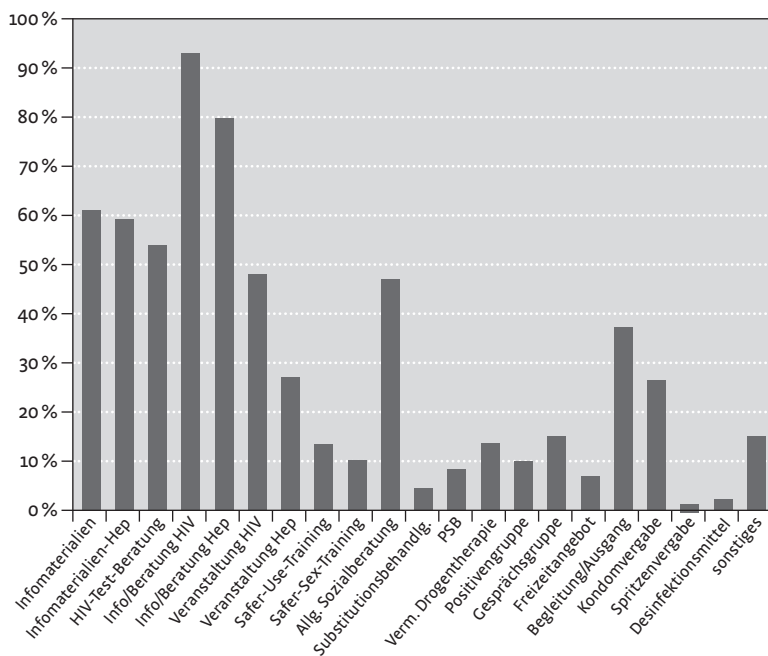


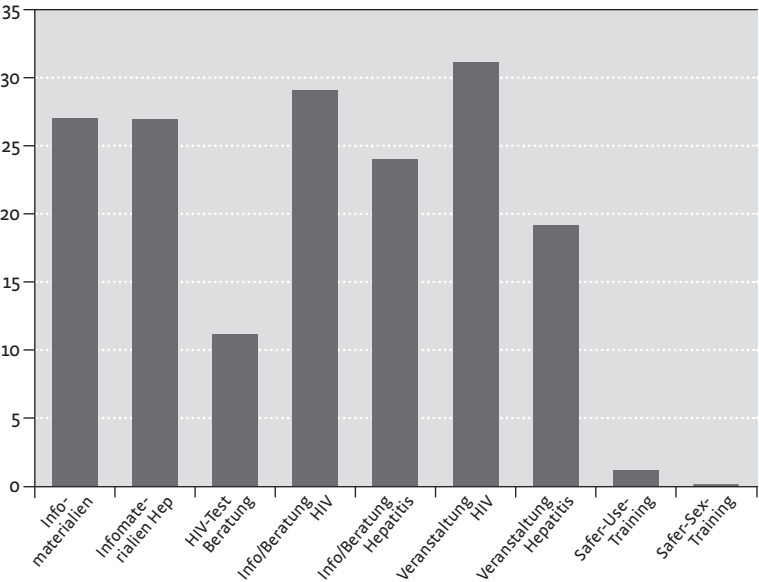
Abbildung 3: Aidshilfe-Angebote für Gefangene



²⁴ Viele der 185 Haftanstalten in Deutschland bestehen aus mehreren Häusern oder Teilanstalten. Werden diese mitgerechnet, kommt man auf insgesamt 287 Haftanstalten.

An oberster Stelle der Aidshilfe-Angebote stehen Beratung und Informationsvermittlung zu HIV und Hepatitiden, die es in beinahe allen der besuchten 123 Justizvollzugs- und Teilanstalten gibt. Dass das Thema „Hepatitis“ in der Aidshilfe-Arbeit der letzten Jahre an Bedeutung gewonnen hat, spiegelt sich auch im Haftbereich wider. In ca. 60 der von Aidshilfen aufgesuchten Anstalten werden Informationsmaterialien zu HIV und den Hepatitiden ausgelegt. In etwas weniger als der Hälfte der Anstalten bieten Aidshilfen Beratung zum HIV-Test an. Veranstaltungen zu HIV und allgemeine Sozialberatung gibt es in knapp 50 der aufgesuchten Haftanstalten. Positivengruppen oder allgemeine Gesprächsgruppen werden relativ selten, nämlich in 15 Anstalten angeboten.

Abbildung 4: Aidshilfe-Angebote für Bedienstete



In den von Aidshilfen aufgesuchten Justizvollzugs(teil)anstalten sind die Angebote für Bedienstete in allen Bereichen um etwa ein Drittel zurückgegangen. An oberster Stelle stehen nach wie vor Veranstaltungen

gen (31) und Beratung (29) zu HIV, gefolgt von der Verteilung von Informationsmaterialien (27) und Beratung zu Hepatitis (24). Wichtig ist auch das Auslegen von Informationsmaterialien (27).

Probleme von Gefangenen

In den Fragebögen wurden insgesamt 140 verschiedene Probleme benannt – deutlich mehr als in früheren Befragungen. Die Situation der Gefangenen scheint sich also verschlechtert zu haben. Am häufigsten wurden Probleme mit der medizinischen Versorgung in Haft benannt, an zweiter Stelle strukturelle Probleme und Hindernisse²⁵. An dritter Stelle folgen Probleme, die aus einem indiskreten und unsensiblen Umgang mit der HIV-Infektion resultieren: HIV-positive Gefangene haben Angst, wegen ihrer HIV-Infektion diskriminiert zu werden. Ein erzwungenes Outing als HIV-Positive/r verletzt das Recht der Gefangenen auf Geheimhaltung ihrer Infektion und hat oftmals negative Auswirkungen.

Zugang zu Präventionsmitteln

Die Aidshilfen wurden gebeten, den Zugang zu Präventionsmitteln in der von ihnen besuchten Haftanstalt zu beschreiben. Hier gab es deutliche regionale Unterschiede, die aufgrund der Föderalismusreform in den kommenden Jahren noch größer werden dürften. Zu beachten ist außerdem, dass Präventionsmittel auch durch Aidshilfen zur Verfügung gestellt werden und dass von Aidshilfen aufgesuchte Haftanstalten ohnehin eine bessere Ausgangslage haben als diejenigen, auf die das nicht zutrifft; die Situation in diesen Haftanstalten wird man daher wahrscheinlich schlechter beurteilen.

²⁵ Die strukturellen Bedingungen wirken sich oftmals direkt auf die Gesundheit und das Wohlergehen der Gefangenen aus, so etwa bei einem begrenzten Zugang zu Behandlung, Präventionsmitteln oder Informationen.

Abbildung 5: Zugang zu Kondomen

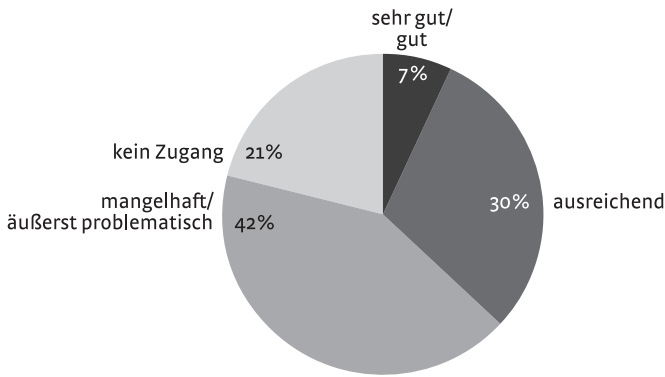
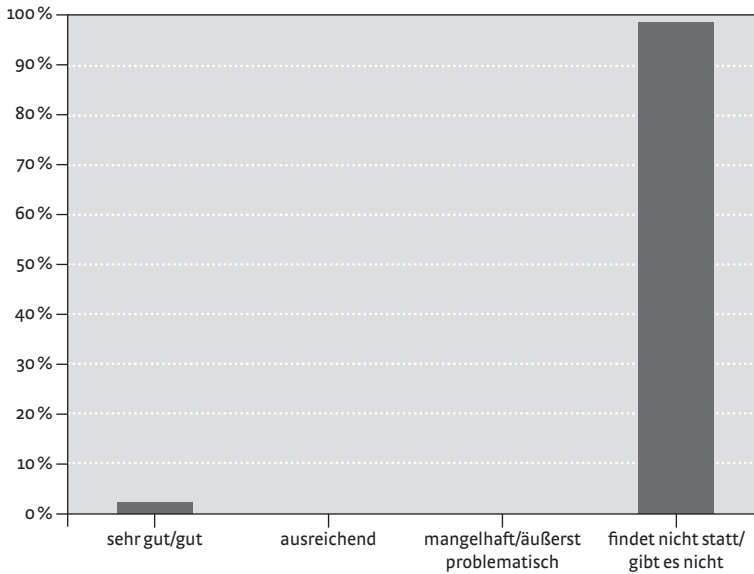


Abbildung 6: Zugang zu sterilen Spritzen und Nadeln



Drogen- und Aidshilfen sind gefordert

Außerhalb des Strafvollzugs sind sterile Spritzbestecke und sauberes Zubehör schon seit mehr als 20 Jahren problemlos erhältlich, und Kondome bekommt man beinahe in jedem Supermarkt. Innerhalb der Gefängnismauern sieht die Situation leider ganz anders aus. Wer „einfährt“, muss sich deshalb nach wie vor mit vielen Problemen herumschlagen: Wie desinfiziert man eine gebrauchte Spritze? Was tun, wenn ich keinen sauberen Filter habe? Wie soll ich mit dieser Nadelgröße zurechtkommen? Wie kann ich mir diskret Kondome besorgen? Dass eine langjährige Substitutionsbehandlung einfach abgebrochen wird, dass man plötzlich keine HIV-Medikamente mehr bekommt und dass in Krankheitsphasen nur ein äußerst beschränkter Kontakt zu Angehörigen und Freunden möglich ist: all das ist „draußen“ nur schwer vorstellbar.

Hier ist das Engagement der Aids- und Drogenhilfen gefordert. Wichtig dabei ist, sowohl die Besonderheiten der Zielgruppe(n) als auch der jeweiligen Anstalt in den Blick zu nehmen, um passende Angebote bereithalten zu können.

Unterstützung fürs Engagement in Haft

Der Strafvollzug ist eine Welt für sich – mit eigenen Gesetzen und Vorschriften, einer eigenen „Sprache“ und zahlreichen informellen Regelungen des Zusammenlebens. Wer sich hier einsetzen möchte, braucht entsprechende Informationen und Fortbildung. Folgende Angebote der Deutschen AIDS-Hilfe können die Arbeit in Haft unterstützen:

- **Betreuung im Strafvollzug:** In diesem Handbuch informieren Expert(inn)en für Kriminologie und Strafrecht, Sozialpädagogik und Prävention, Medizin und Gesundheitsförderung, aber auch Gefangene selbst über die Strukturen im Strafvollzug, die in Haft geltenden Regelungen und Verordnungen oder die Probleme bestimmter Gefangenengruppen wie z.B. Migrant(inn)en und Drogengebraucher/innen. Es gibt außerdem einen Überblick über die Rechte und Pflichten der Helfenden, die medizinische Behandlung im Justizvollzug sowie die in Haft (und in Freiheit) konsumierten Drogen.

- *Risikominimierung im Strafvollzug – Arbeitsmaterialien zur HIV-Prävention für Praktiker/innen:* Die in Trainingsmodule gegliederte Loseblattsammlung liefert zum einen Basiswissen zu Sexualität, Drogengebrauch und (sexuell) übertragbaren Infektionen in Haft sowie zu den Wirkweisen, Gebrauchsformen und Risiken verschiedener Drogen. Zum anderen bietet sie umfangreiche Arbeitsmaterialien für die Fortbildungsarbeit mit Gefangenen und Vollzugsbediensteten und geht dabei auch auf organisatorische und methodische Fragen ein, die sich bei der Planung und Durchführung von Schulungen stellen.
- *Seminarreihe „HIV/Aids im Strafvollzug“:* Über das jeweils aktuelle Angebot informiert der Veranstaltungskalender der Deutschen AIDS-Hilfe (siehe auch unter www.aidshilfe.de). Die Seminare finden in der Regel von Freitag bis Sonntag statt. Die Teilnahmegebühr beträgt maximal 30 €; Fahrtkosten, Unterkunft und Verpflegung werden gestellt.

KISS – Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum

Christoph Straub und Hans-Volker Happel

Wenn der Wunsch nach Veränderung des Drogenkonsums besteht, werden neben abstinenzorientierten Angeboten auch Programme zur Konsumkontrolle und -reduzierung gebraucht – und bei den Fachkräften eine entsprechende Zieloffenheit.

Gezielte Maßnahmen zur Reduzierung des Drogenkonsums wie etwa einladende Gespräche im Sinne des Motivational Interviewing oder zieloffene Angebote und deren Erweiterung bis hin zu Konsumreduktionsprogrammen gehören bislang allerdings nicht zum Selbstverständnis der niedrigschwelligen Drogenarbeit. Vielmehr werden diese oftmals mit einer unerwünschten Einflussnahme auf den Konsumenten gleichgesetzt. Es gehört zum Credo der niedrigschwelligen Drogenarbeit, die Konsumentinnen und Konsumenten so zu akzeptieren, wie sie sind – und damit auch in der Entscheidung, Drogen zu gebrauchen.

Ist die akzeptierende Arbeit unvereinbar mit dem Einsatz motivierender Methoden? Sicherlich nicht, denn einem Menschen mitzuteilen, dass man sich um ihn Gedanken oder Sorgen macht, ist kein Übergriff. Im Einklang mit dem bioethischen Prinzip der Fürsorge besteht geradezu die Pflicht, wahrgenommenes Elend anzusprechen. Alles andere wäre Gleichgültigkeit. Das bedeutet, dass man den Drogenkon-

sum thematisieren sollte, denn körperliche, psychische und soziale Beeinträchtigungen bei Drogenabhängigen sind in der Regel auf diesen zurückzuführen.

Doch wie sollte man den Gebrauch von Suchtmitteln ansprechen? Notwendig ist zuerst einmal – ganz im Sinne des Motivational Interviewing (Körkel/Veltrup 2003; Miller/Rollnick 2004) –, dass der Konsument für ein solches Gespräch seine Zustimmung gibt. Wichtig ist weiterhin, an seiner Sichtweise interessiert zu sein, den Drogenkonsum nicht einseitig negativ darzustellen, dem Gegenüber keine eigenen Sichtweisen, Entscheidungen oder Ziele aufzudrängen und, ganz allgemein, eine wertschätzende Grundhaltung zum Ausdruck zu bringen statt zu pathologisieren.

Veränderung nach selbst festgelegtem Plan

2005 wurde das Programm „KISS“ entwickelt, das Drogenabhängige zur gezielten, selbstkontrollierten Reduzierung des Konsums legaler und illegaler Drogen befähigen will (Körkel/Quest 2006b). KISS baut auf den Programmen zum kontrollierten Trinken auf, die sich in vielen Studien als effektiv erwiesen haben (vgl. Apodaca/Miller 2003; Körkel 2002a und 2002b) – auch bei schwer abhängigen Konsumentinnen und Konsumenten (Heather u. a. 2000; Körkel 2006). KISS ist den handbuchgestützten verhaltenstherapeutischen Selbstmanagementprogrammen („Behavioral Self-Control Trainings“; vgl. Hester 2003) zuzuordnen, deren Ziel es ist, Menschen zur eigenständigen Regulierung ihres Verhaltens zu befähigen.

Selbstkontrollierter Konsum bedeutet im KISS-Programm, dass der Teilnehmer seinen Drogengebrauch an einem jeweils für eine Woche festgelegten Plan ausrichtet. Dieser benennt für jede einzelne Substanz

- die Anzahl der konsumfreien Tage,
- die maximale Konsummenge an Konsumtagen und
- den maximalen Gesamtkonsum in der Woche.

Den Konsumplan erstellen die KISS-Teilnehmer/innen selbst – gegebenenfalls im Austausch mit anderen Gruppenmitgliedern und der Gruppenleitung. Darüber hinaus werden sie dazu angeregt, kontextbezogene Regeln aufzustellen. Das heißt, sie sollen festlegen, wo, mit wem, wann und wie sie ihre Droge(n) konsumieren werden. Insbesondere die Veränderung der Applikationsform kann eine bedeutende gesundheitsfördernde Rolle spielen.

Hintergrund des KISS-Programms

Ca. 8 % der Menschen in Deutschland konsumieren illegale Drogen. Der Anteil derjenigen mit substanzbezogenen Störungen ist dabei relativ niedrig: Cannabisbezogene Störungen liegen bei 0,7 % der 18- bis 64-jährigen bei Missbrauch und bei 0,4 % bei Abhängigkeit von Cannabis vor. Bei anderen illegalen Substanzen liegt die Missbrauchsrate durchgängig unter 0,2 % (siehe Kraus u. a. 2008). Nur ein geringer Teil dieser Personen ist bereit und in der Lage, sich in eine stationäre abstinenzorientierte Behandlung zu begeben, und mehr als 60 % brechen diese Behandlungsform vorzeitig ab (DHS 2006). Gleichzeitig belegen verschiedene Studien (u. a. Simon/Sonntag 2004), dass ein Großteil der Konsumentinnen und Konsumenten änderungs-, jedoch nicht abstinenzbereit ist.

Die Festlegung realistischer Ziele ist auch angesichts des meist polyvalenten Substanzkonsums auf der offenen Drogenszene sinnvoll. So werden laut einer Studie der Frankfurter Integrativen Drogenhilfe e. V. (idh) im Durchschnitt 4,22 verschiedene Substanzen konsumiert (nicht mitgezählt wurden Zigaretten und Substitutionsmittel). Der aktuelle Stand der Forschung legt nahe, die bisherigen Hilfeangebote durch Programme wie das von KISS zu erweitern – dies aufgrund

- der besseren Erreichbarkeit von Menschen mit Suchtproblemen
- der Bereitschaft vieler Konsument(inn)en, ihren Drogengebrauch zu verändern, während sie (momentan) eine Abstinenz ablehnen
- des bioethischen Prinzips der Wahlfreiheit
- der erhöhten Wahrscheinlichkeit, dass es zu einer Veränderung kommt, wenn dieses Ziel selbst gewählt ist

- des positiven Einflusses auf den Behandlungsprozess (durch Förderung der Compliance, das heißt der Bereitschaft, an der Behandlung mitzuwirken)
- des empirischen Nachweises, dass zumindest ein Teil der Drogenabhängigen zu einem kontrollierten Konsum in der Lage ist.

Merkmale und Aufbau des KISS-Programms

KISS ist ein strukturiertes Einzel- oder Gruppenprogramm für bis zu zwölf Personen. Das Programm ist zieloffen: Willkommen ist sowohl eine Reduzierung des Drogengebrauchs als auch die Abstinenz von einzelnen oder allen konsumierten Substanzen. Die Veränderung des Konsums kann tage- und wochenweise geplant werden.

Dem Programm liegt ein humanistisch geprägtes Menschenbild zugrunde. Wesentliche Prinzipien sind Partnerschaftlichkeit (Begegnung „auf gleicher Augenhöhe“) und die Respektierung der Autonomie der Klientinnen und Klienten. Das inhaltliche Konzept folgt der Didaktik der modernen Erwachsenenbildung. Als Basismethode wenden die Trainer/innen das Motivational Interviewing an. Im Fokus stehen die Fortschritte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer: Das Programm ist lösungsorientiert, nicht defizitorientiert.

Eingangsdiagnostik und Konsumtagebuch

Das Programm startet mit ein bis zwei Einzelsitzungen zur Eingangsdiagnostik (auf der Grundlage des KISS-Diagnostikmanuals; siehe Körkel/Quest 2006a) und zur Einführung des Konsumtagebuchs. Dabei wird die Ausgangsdosis oder „Standardkonsumeinheit“ (SKE) der konsumierten Droge(n) erhoben, die als Grundlage für die Festlegung der künftigen Konsummengen dient. Außerdem werden „Verbündete“ identifiziert, die bei der Reduzierung der Konsummenge unterstützen können.

Das Konsumtagebuch spielt bei KISS eine zentrale Rolle und wird während des gesamten Programms – und meist auch darüber hinaus – geführt.

Gruppensitzungen

Es folgen zwölf wöchentliche Gruppensitzungen von je 2¼ Stunden über einen Zeitraum von 3½ bis 4 Monaten; versäumte Gruppentermine können in Einzelsitzungen nachgeholt werden. Der Ablauf jeder Sitzung ist verhaltenstherapeutisch strukturiert: 50 % der Zeit wird für die Vermittlung festgelegter Inhalte genutzt (siehe unten), die anderen 50 % für den Erfahrungsaustausch und die Erarbeitung individueller Pläne für Veränderung.

Die zwölf Sitzungen sind wie folgt strukturiert:

1. Kennenlernen und Erwerb von Grundinformationen zum Thema Drogen
2. Bilanzierung der positiven und negativen Seiten des Substanzkonsums
3. gegenwärtiger Substanzkonsum („Baseline“)
4. Festlegung wöchentlicher Konsumziele
5. Festlegung von Strategien zum Erreichen der Ziele
6. Identifizierung von Risikosituationen
7. Bewältigung von „Ausrutschen“
8. Suchtmittelfreie Formen der Freizeitgestaltung
9. Erkennen von Belastungen
10. Bewältigung von Belastungen
11. Soziale Kompetenzen („Nein sagen“)
12. Stabilisierung der bisher erreichten Ziele und Fortführung des Veränderungsprozesses.

Der Ablauf einer jeden Gruppensitzung ist festgelegt. Nach der Begrüßung und Eingangsrunde erfolgt ein Rückblick auf den Drogengebrauch der letzten sieben Tage. Dabei werden für jede konsumierte Substanz die konsumfreien Tage, der maximale Tageskonsum und die in der Woche konsumierte Gesamtmenge angegeben. Nach einer 15-minütigen Pause wird dann das Sitzungsthema (siehe oben) erarbeitet.

Die ersten drei Gruppensitzungen bilden die Grundlage für die Reduzierung der Konsummenge. Dieser Prozess beginnt mit der vierten

Sitzung, in der erstmals Wochenziele festgelegt (und von da an wöchentlich erneuert) und in das Konsumtagebuch eingetragen werden. Zum Einsatz kommen z. B. Flipcharts, Informationsbögen oder Arbeitsblätter und aktivierende Methoden wie Partner- und Kleingruppenübungen, Rollenspiele, Auflockerungsübungen („Körper und Geist“) usw. Hausarbeiten von einer zur nächsten Sitzung sollen die Umsetzung des Erarbeiteten im Alltag fördern.

Kompetenzen des KISS-Trainers

Leitung und Gesprächsführung (in) einer KISS-Gruppe sind geprägt vom Geist („spirit“) und den Methoden des Motivational Interviewing (MI) (Miller/Rollnick 2004). Der Geist des MI besteht darin, dass man den Teilnehmerinnen und Teilnehmern partnerschaftlich begegnet, ihre Autonomie respektiert (z. B. bei der Festlegung der Konsumziele), ihre Sichtweise erkundet und diese in den Mittelpunkt rückt (vgl. Körkel 2008). Beim MI kommen sieben Methoden kombiniert zum Einsatz (z. B. offene Fragen stellen, aktiv zuhören, Teilnehmeräußerungen würdigen, zusammenfassen; vgl. Körkel/Veltrup 2003). Diese interaktionelle Kompetenz ermöglicht es der Gruppenleitung, strukturiert (aber nicht schematisch) im Sinne des KISS-Handbuchs vorzugehen und zugleich individuellen und gruppendynamischen Prozessen gerecht zu werden.

KISS kann in modifizierter Form auch vollständig im Einzelsetting (also ohne Gruppenübungen) durchgeführt werden. Im Vordergrund stehen hier Hausaufgaben anhand von Arbeitsunterlagen.

Die Ausbildung zur KISS-Trainerin oder zum KISS-Trainer umfasst 2x3 Tage. Bis März 2011 wurden in Deutschland, Österreich und der Schweiz ca. 500 Fachkräfte in dieser Methode geschult, vor allem Sozialpädagog(inn)en, aber auch (Substitutions-)Ärztinnen und Ärzte, Psycholog(inn)en und andere Berufsgruppen mit Erfahrung im Suchtbereich. Diese Schulungen und auch US-amerikanische Erfahrungen zeigen, dass Handbücher durchaus positiv angenommen und erfolgreich angewendet werden, wenn sie den besonderen Problemlagen der Klientel gerecht werden (Godley u. a. 2001). Zudem bieten Hand-

bücher eine gute Grundlage, um zu prüfen, ob eine Intervention wie vorgesehen durchgeführt wurde.

Die erste KISS-Studie in Frankfurt/Main

Die Diskussion um Programme zur Reduzierung des Drogenkonsums ist ideologisch geprägt und kontrovers – vor allem, wenn es um illegale Drogen geht. Angebote der niedrigschwelligen Drogenhilfe werden hier als völlig ungeeignet angesehen: Angesichts der körperlichen und psychischen Probleme sowie der sozialen Randstellung der Gebrauchter/innen illegaler Drogen blieben solche Angebote zwangsläufig wirkungslos, lautet das Argument.

Die Integrative Drogenhilfe e.V. (idh) in Frankfurt hat deshalb mit Unterstützung des städtischen Dezernats für Umwelt und Gesundheit von November 2006 bis August 2008 eine Studie durchgeführt, um die Wirksamkeit des KISS-Programms zu überprüfen. Der Kontakt zu interessierten Teilnehmer/innen wurde in dieser randomisierten, kontrollierten Studie über verschiedene Projektstandorte der idh (Konsumraum Niddastraße, Drogenhilfezentrum EASTSIDE, Substitutionsambulanz Frieda) und andere im Frankfurter Raum tätigen niedrigschwelligen Drogenhilfen aufgenommen. Mit insgesamt 230 interessierten Nutzer(inne)n dieser Einrichtungen wurden Informationsgespräche geführt. Davon waren schließlich 123 bereit, an der Eingangsuntersuchung (computergestütztes Leitfaden-Interview, Erhebung medizinischer Befunde, Urinanalyse) teilzunehmen. Von 113 Personen konnten sämtliche Daten erhoben werden; diese Personen wurden dann mithilfe eines computergestützten Zufallsgenerators entweder der Interventionsgruppe (ITT, N = 59) oder der Warte-Kontrollgruppe (WKG, N = 54) zugewiesen.

Den Klient(inn)en der Wartegruppe wurde zugesichert, dass sie nach Beendigung der Intervention ebenfalls an einem KISS-Programm teilnehmen können. Die Daten wurden vor Beginn der Studie (Pre-Assessment), beim Abschluss der Intervention/Wartezeit (Post-Assessment) und sechs Monate nach Ende der Intervention (Katamnese) erhoben.

Beschreibung der Stichprobe

Das Durchschnittsalter der 113 Teilnehmer – davon waren 28 % Frauen – lag bei 39 Jahren. Die Mehrheit war ledig, 41 % hatten Kinder. 52 % verfügten über einen niedrigen Schulabschluss (Haupt- oder Sonderschule), 8 % über keinen Schulabschluss. 74 % waren arbeitslos, und 92 % bezogen Sozialleistungen. 48 % wohnten in einer geschützten Wohnform, z. B. in Notschlafstellen. 35,5 % hatten einen schlechten Zahnstatus, 18,2 % litten unter Polyneuropathie und 13,6 % unter chronischen Hauterkrankungen, bei 10 % wurde eine Gastritis diagnostiziert. 64 % wurden positiv auf Hepatitis und 16 % positiv auf HIV getestet. Bei 46 % der Teilnehmer/innen bestand Verdacht auf eine schwere Depression, 47 % gaben massive Angststörungen an, 33 % wurden mit Psychopharmaka behandelt.

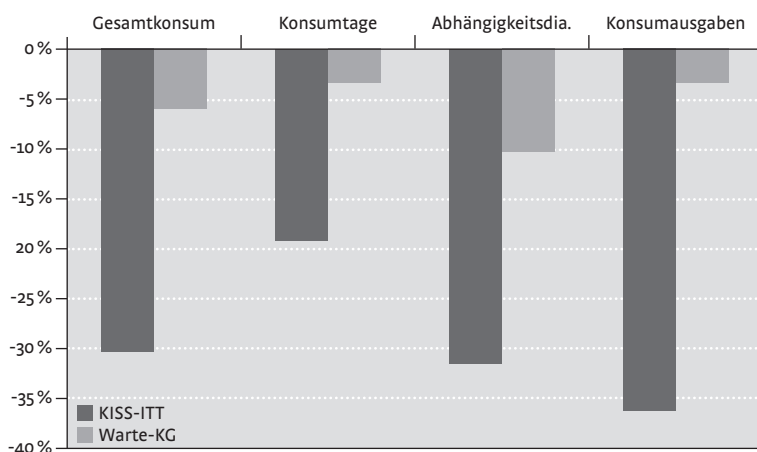
Teilnahme am KISS-Programm

An allen Standorten wurden durchschnittlich 7,4 der 12 KISS-Sitzungen besucht. 40,4 % der Teilnehmer/innen besuchten zehn bis zwölf Sitzungen, was einer Teilnahme an mindestens 83 % des Gruppenprogramms entspricht. Vier Personen (8,5 %) schieden vorzeitig aus dem KISS-Programm aus. Die anonymen Befragungen zur Zufriedenheit mit dem Programm und den Trainer(inne)n ergaben hohe Zustimmungswerte. Die relativ hohe Zahl der besuchten Gruppensitzungen und die hohe Haltequote (über 90 %!) lassen darauf schließen, dass das KISS-Programm auch für Menschen attraktiv ist, die mehr als nur eine Substanz gebrauchen (polyvalenter Drogenkonsum) und sozial marginalisiert sind.

Ergebnisse der Studie

Ein Vergleich der vor Interventionsbeginn erhobenen Daten mit denen des Post-Assessments (sechs Monate nach Abschluss der Intervention) zeigt, dass die Ergebnisse in der KISS-Interventionsgruppe (ITT) bei allen Indikatoren deutlich besser waren als in der Warte-Kontrollgrup-

pe. In der ITT wurde der Konsum um 30 % reduziert, in der WKG dagegen nur um 6 %. Die Zahl der konsumfreien Tage (bezogen auf alle Substanzen, die eine Person konsumiert hat) stieg in der ITT um 19 % an, in der WKG um 3 %. Die Zahl derer, bei denen eine Abhängigkeit festgestellt wurde, ging in der Interventionsgruppe um 31 %, in der WKG lediglich um 10 % zurück. Die monatlichen Kosten für den Drogenkonsum reduzierten sich in der Interventionsgruppe um 36 % (= 244 Euro), in der WKG dagegen um 3 % (= 25 Euro).



Betrachtet man die Konsumveränderungen je nach Substanz, zeigen sich in der KISS-Interventionsgruppe deutliche Erfolge bei Crack, Kokain, Benzodiazepin und Cannabis. Etwas geringer fiel der Erfolg bei Heroin aus. Der Alkoholkonsum in der Stichprobe wurde durch die Teilnahme am KISS-Programm nicht beeinflusst. Die positive Entwicklung hielt in der Interventionsgruppe bei allen Veränderungsindikatoren bis zur Katamnese-Erhebung an, sodass die Konsummenge bei der Gesamtheit der konsumierten Drogen wie auch bei jeder einzelnen Substanz signifikant reduziert wurde.

Darüber hinaus wurde die Hypothese überprüft, ob die Reduktion des Drogenkonsums auch zu sozialen und gesundheitlichen Änderungen führt. Bei den sozialdemografischen Variablen (Schulbildung, Be-

rufsstatus, Wohnsituation, Familienstand) ergaben sich – wie bei der kurzen Zeitspanne von drei Monaten zu erwarten war – nur minimale Änderungen. Doch bei der subjektiven Einschätzung verschiedener Problem- und Lebensbereiche finden sich in der KISS-Interventionsgruppe – anders als in der Kontrollgruppe – signifikante Verbesserungen, vor allem, was die finanzielle und rechtliche Situation sowie das Erkennen psychischer Belastungen angeht.

Bei einem Vergleich von Subgruppen finden sich Unterschiede bei der Wirksamkeit von KISS. So profitieren Teilnehmer/innen, die von mehreren Substanzen abhängig sind, deutlich stärker von KISS als Personen mit Abhängigkeit von nur einer Substanz. Sowohl Substituierte als auch Nichtsubstituierte profitieren von KISS, ganz besonders aber Letztere. Bei Personen, die vor Programmbeginn nur geringe soziale Unterstützung erhielten, erwies sich KISS als deutlich wirksamer als bei sozial besser unterstützten Teilnehmer(inne)n. Keine Unterschiede in der Wirksamkeit zeigten sich zwischen Männern und Frauen, Erwerbstätigen und nicht Erwerbstätigen sowie zwischen Personen mit und solchen ohne psychiatrische Auffälligkeiten.

Nach Abschluss des wissenschaftlichen Begleitprojekts wurden die Teilnehmer/innen zu einer Reflexionsrunde eingeladen. Das Modul „Nein sagen können“ (Soziale Kompetenzen) bezeichneten sie dabei als das wichtigste des KISS-Programms. Bei diesem Modul geht nicht nur darum, den Versuchungen aus dem sozialen Umfeld zu widerstehen: genauso gilt es, sich selbst zu disziplinieren, vor allem im Hinblick auf die wöchentlichen Konsumziele. Das Führen des Konsumtagebuchs war für die Teilnehmer/innen ein weiterer wichtiger Aspekt des Programms: Das habe sehr dabei geholfen, den eigenen Drogenkonsum richtig einzuschätzen. Eine Teilnehmerin hat in das Tagebuch auch die Kosten für die Ausgangsdosis der von ihr konsumierten Drogen eingetragen. Es sei für sie sehr wichtig gewesen, einmal schwarz auf weiß zu sehen, wie unendlich viel Geld sie für ihre Drogen ausbebe und sie sich daher andere Wünsche nicht erfüllen könne. Weitere Erfahrungen waren zum Beispiel: „Ich habe gelernt, die Drogen auch wieder zu genießen und nicht alles sinnlos reinzu-

pfeifen, was es so gibt.“ Oder: „Ich habe angefangen, Geld anzusparen, und werde in diesem Jahr noch in Urlaub fahren.“

Ein Teilnehmer befürchtete, dass er seine Substitution gefährdet, wenn er im KISS-Programm Beikonsum zugibt. Dadurch brachte er eine Diskussion in Gang, in der die KISS-Teilnehmer/innen deutlich machten, dass bei einem reduzierten Beikonsum die Gefahr deutlich geringer sei, aus der Substitutionsbehandlung ausgeschlossen zu werden.

Fazit

Niedrigschwellige, akzeptierende Drogenhilfe-Einrichtungen sollten ihre Angebote der (Über-)Lebenshilfe ergänzen, indem sie Drogenkonsument(inn)en gezielt zu Veränderung einladen. Sie sollten deshalb

- ein Menschenbild pflegen, das Veränderungen willkommen heißt
- einen Rahmen schaffen, der Veränderungen fördert
- Gesprächsangebote vorhalten, die zum Nachdenken über den eigenen Drogenkonsum anregen (Motivational Interviewing)
- Programme zur Veränderung des Substanzkonsums anbieten, wenn Drogengebraucher/innen eine entsprechende Motivation entwickelt haben. Dazu gehören neben abstinenzorientierten und medikamentengestützten Angeboten die verschiedenen Programme zur selbstkontrollierten Konsumreduktion.

Wer seine Angebote in diesem Sinne erweitern will, kommt allerdings nicht umhin, sich mit den Zielen der eigenen Arbeit auseinanderzusetzen und diese weiterzuentwickeln.

Literatur

Apodaca/Miller 2003

Apodaca, T. R. /Miller, W. R.: Meta-analysis of the effectiveness of bibliotherapy for alcohol problems. In: *Journal of Clinical Psychology*, 59, 289–304

DHS 2006

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.: Drogenabhängigkeit. Hamm 2006

Godley u. a. 2001

Godley, S.H./White, W.L./Diamond, G./Titus, J.C./Passeti, L.: Therapist reactions to manual-guided therapies for the treatment of adolescent marijuana users. In: *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 405–417

Heather u. a. 2000

Heather, N./Brodie, J./Wale, S./Wilkinson, G./Luce, A./Webb, E./McCarthy, S.: A randomized controlled trial of moderation-oriented cue exposure. In: *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 561–570

Hester 2003

Hester, R.K.: Self-control training. In: Hester, R. K./Miller, W.R.(Hg.): *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*. 3rd edition, Boston, MA: Allyn & Bacon 2003

Körkel 2002a

Körkel, J.: Kontrolliertes Trinken: Eine Übersicht. In: *Suchttherapie*, 3, 87–96

Körkel 2002b

Körkel, J.: Controlled drinking as a treatment goal in Germany. In: *Journal of Drug Issues*, 32, 667–688

Körkel 2006

Körkel, J.: Behavioural self-management with problem drinkers: One-year follow-up of a controlled drinking group treatment approach. In: *Addiction Research & Theory*, 14, 35–49

Körkel/Quest 2006a

Körkel, J./GK Quest Akademie: Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum (KISS): Diagnostikinventar. Heidelberg: GK Quest Akademie 2006

Körkel/Quest 2006b

Körkel, J./GK Quest Akademie: Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum (KISS). Teilnehmerhandbuch und Trainermanual. Heidelberg: GK Quest Akademie 2006

Körkel/Veltrup 2003

Körkel, J./Veltrup, C.: Motivational Interviewing: Eine Übersicht. In: *Suchttherapie*, 4, 115–124

Kraus u. a. 2008

Kraus, L./Pfeiffer-Gerschel, T./Pabst, A.: Cannabis und andere illegale Drogen: Prävalenz, Konsummuster und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. In: *Sucht*, 54, Sonderheft, 16–25

Miller/Rollnick 2004

Miller, W./Rollnick, S.: Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus 2004

Simon/Sonntag 2004

Simon, R./Sonntag, D.: Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland. München: IFT-Institut für Therapieforchung 2004

Drug-Checking als Beitrag zu mehr Mündigkeit und Gesundheit

Wolfgang Sterneck

Die Toxizität der Verbote

Der Drogenschwarzmarkt ist das Abbild einer völlig deregulierten kapitalistischen Wirtschaftsordnung. Er ist in weiten Bereichen von Strukturen geprägt, die einzig auf Profitmaximierung ausgerichtet sind. Die Gesundheit der Konsument(inn)en spielt oftmals nur dann eine Rolle, wenn es den Absatz zu sichern gilt. Der Schwarzmarkt ist dabei die direkte Folge einer Drogenpolitik, die den Menschen das Recht abspricht, selbstbestimmt und mündig auf der Basis von Informationen über ihren Umgang mit Drogen zu entscheiden.

Die Politik der Repression und Prohibition zielt offiziell auf die Zerschlagung des Drogenschwarzmarktes. Tatsächlich schafft sie jedoch durch die Illegalisierung bestimmter Drogen gerade erst die Voraussetzung für seine Existenz. Unzählige Beispiele in Geschichte und Gegenwart zeigen, dass ein Drogenmarkt nicht zerschlagen werden kann, wenn das Verlangen nach bestimmten Substanzen besteht. Verbote und Kriminalisierung führen vielmehr dazu, dass der Markt gesellschaftliche Nischen sucht, in denen er sich trotzdem ausbreiten kann.

Ein zentrales Problem des Drogenschwarzmarktes ist, dass die tatsächliche Zusammensetzung der angebotenen Substanzen weit-

gehend unbekannt ist. Der Wirkstoffgehalt schwankt teilweise sehr stark, und es ist davon auszugehen, dass ein Großteil der dort kursierenden Drogen zur Profiterhöhung mit Beimengungen gestreckt ist, die zum Teil stark gesundheitsschädlich oder sogar lebensbedrohlich sind. Der Rechtswissenschaftler Lorenz Böllinger bemerkt dazu pointiert: „Es ist der Erinnerung wert, dass bei Reinheit und richtiger Dosierung nicht die Drogen an sich gefährlich sind, sondern die Beimengungen der Substanz, der Kontext ihres Konsums und der persönliche, eventuell durch Kriminalisierung verelendete Zustand des Konsumenten. Gemessen am geschützten Rechtsgut Volksgesundheit bzw. dem angenommenen Gefährlichkeitsgrad der Drogen ist es unsinnig, stereotyp an Markt- oder Wirkstoffmengen anzuknüpfen. Man kann sagen: Je stärker gestreckt, desto gefährlicher der Stoff; je reiner, desto ungefährlicher, wenn der Konsument die Konzentration kennt.“¹

In den letzten Jahren kam es immer wieder zu Todesfällen im Zusammenhang mit Schwankungen im Wirkstoffgehalt von Heroin, ebenso zu schweren Gesundheitsschäden durch stark toxische Zusammensetzungen bei Ecstasy-Pillen oder durch Beimengungen in Kokain und Amphetaminen. Überregionale Aufmerksamkeit erlangten zudem Fälle von Vergiftungen infolge des Konsums von Marihuana, das mit Bleisulfid kontaminiert war. Die Kenntnis von den tatsächlichen Inhaltsstoffen oder aber die kontrollierte Herstellung und Vergabe dieser Substanzen würde dagegen zum Schutz von Gesundheit und Leben der Konsument(inn)en wesentlich beitragen.

Drug-Checking als Antwort

Vor diesem Hintergrund wurden Drug-Checking-Modelle entwickelt, in deren Rahmen Substanzen qualitativ („Was enthält eine Substanz?“) und quantitativ („In welcher Menge sind die einzelnen Stoffe enthalten?“) analysiert und die Ergebnisse, Bewertungen und Warnungen

1 Lorenz Böllinger: *Das (noch herrschende) Recht von Abstinenz und Prohibition*. In: Lorenz Böllinger/Heino Stöver (Hg.): *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik*. 5. Auflage, Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag 2002, 466–467

zugänglich gemacht werden. Relevante Substanzen für Drug-Checking sind unter anderem Cannabis, Kokain, Psychedelika und Heroin, wobei der Schwerpunkt bisheriger Checking-Angebote zumeist bei Ecstasy-Pillen lag. In Zukunft wird die Nachfrage nach Analysen bei Research Chemicals („Designer-Drogen“), Herbals (sog. natürliche Drogen auf pflanzlicher Basis) und Cognitive Enhancers (Substanzen zur Steigerung der Konzentration und kognitiven Leistungsfähigkeit) stark zunehmen, die zum Teil ohne Kontrolle der Inhaltsstoffe im Internet angeboten werden.

Staatlich geförderte Drug-Checking-Programme werden derzeit unter anderem in der Schweiz, in Österreich und in Holland durchgeführt. Sie wurden inzwischen mehrfach in verschiedenen Studien wissenschaftlich ausgewertet und als erfolgreich beurteilt. In Deutschland gibt es dagegen keine durch öffentliche Mittel geförderten Angebote, die eine Analyse eingereichter Substanzen ermöglichen.

Die Hauptziele eines umfassenden Drug-Checking-Angebots sind der Schutz der Gesundheit und die Förderung von Mündigkeit.² Insbesondere der gesundheitliche Aspekt verweist auf die Bedeutung und Notwendigkeit solcher Projekte. Dabei ist immer zu berücksichtigen, dass sie lediglich die Symptome des Drogenschwarzmarkts behandeln können. Seine Ursachen lassen sich damit nicht beseitigen – das gelingt weder durch soziale Angebote noch durch repressive Maßnahmen. Notwendig ist vielmehr ein reguliertes Modell der Drogenvergabe, das von den Prinzipien Mündigkeit, Selbstbestimmung und soziale Verantwortung getragen ist.

Analysemethoden

Beim Drug-Checking lassen sich im Wesentlichen drei Analysemodelle unterscheiden.

- 2 *Drug-Checking entspricht somit dem Grundsatz „From Cure to Care“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der sich auf den Schutz, die Förderung und die Stärkung von Gesundheit konzentriert, noch bevor eine Schädigung eintreten kann. Bei diesem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit stehen nicht die Probleme von Einzelnen und Gruppen im Mittelpunkt des Handelns, sondern ihre Potenziale und Stärken.*

- Beim einfachen *Marquis-Schnelltest* wird eine Reagenz-Flüssigkeit auf die Substanz geträufelt. Die daraufhin einsetzende Verfärbung lässt einen ersten Rückschluss auf ihre Zusammensetzung zu. Durch sein eingeschränktes Farbspektrum kann der Test jedoch eventuell enthaltene toxische Streckmittel nicht erkennen.
- Der *mobile Labortest* ermöglicht auf großen Events eine zeitnahe, umfassende Substanzanalyse vor Ort. In Österreich und in der Schweiz wird dazu die Hochleistungsflüssigkeitschromatografie (HPCL) genutzt. Dabei werden die in einer Substanzprobe befindlichen Inhaltsstoffe getrennt, einzeln identifiziert und in ihrer Menge bestimmt.
- Beim *stationären Labortest* wird in der Regel ebenfalls die HPCL genutzt. Zudem ermöglicht es die aufwendige GC/MS-Methode (Gaschromatograf gekoppelt mit Massenspektrometer), auch solche Substanzen zu identifizieren, die nicht als Referenzsubstanzen³ vorliegen.

Was sagen Analysebefunde aus?

Beim Drug-Checking werden immer nur Proben geprüft. Die Ergebnisse lassen daher nur begrenzt Rückschlüsse auf die Qualität des „großen Rests“ einer Substanz zu, die gerade auf dem Markt ist. Bei Drogen wie Ecstasy ist die Wahrscheinlichkeit relativ hoch, dass eine geprüfte Pille mit der Qualität aller anderen zeitnah kursierenden, äußerlich identischen Pillen übereinstimmt, auch wenn dies unter Schwarzmarktbedingungen nie gewährleistet ist.⁴ Weniger wahrscheinlich ist dies bei anderen Darreichungsformen. Insbesondere bei Drogen in Pulverform lassen Analysebefunde nur unter Vorbehalt eine Gesamteinschätzung zu.

- 3 An einer Referenzsubstanz lagert sich – sofern in der Probe enthalten – der entsprechende Inhaltsstoff an (positiver Prüfbefund). Lagert sich nichts an, ist dieser Inhaltsstoff nicht enthalten (negativer Befund).
- 4 Vgl. Eve & Rave e. V. Berlin: *Drug-Checking-Programme – Entwicklung, Durchführung, Ergebnisse, Nutzen und Nutzung*. Berlin 2005, 21 (unter <http://www.eve-rave.net/abfahrer/download/eve-rave/dc111.pdf>; letzter Zugriff: 04.03.2011)

Mündiger Gesundheitsschutz statt blinder Konsum

Drug-Checking-Programme richten sich gezielt an Drogengebraucher/innen. Detaillierte Informationen über die Zusammensetzung der Substanz, ihren Wirkstoffgehalt und gegebenenfalls die Toxizität der einzelnen Inhaltsstoffe ermöglichen es, Wirkungen und Gefahren einzuschätzen. Überdosierungen und Vergiftungen kann dadurch vorgebeugt werden. Die Analysebefunde sollten immer mit sachlichen Informationen über Wirkungen und Gefahren des Gebrauchs verbunden sein. So lässt sich verhindern, dass eine Substanz verharmlost oder aber dämonisiert wird. Zugleich sollte die Möglichkeit (kein Zwang!) für Informations- und Beratungsgespräche bestehen und bei Bedarf eine Weitervermittlung in Hilfseinrichtungen angeboten werden. Über Flyer oder Newsletters kann außerdem die Szene vor besonders toxischen Substanzen gewarnt werden.

Das Drug-Checking-Ergebnis hat direkten Einfluss auf das Konsumverhalten der Person, die eine Substanz zur Prüfung vorgelegt hat. Wenn sich herausstellt, dass die Substanz in stark schädigendem Maße verunreinigt ist, wird sie diese wahrscheinlich nicht konsumieren, was sie bei einer nicht geprüften Droge wohl getan hätte. Von einem Drug-Checking profitieren auch die Notärzte (und damit wieder ihre Patienten), weil sie bei Drogennotfällen auf Informationen zurückgreifen können, die eine schnelle Einschätzung der Situation ermöglichen.

Die Veröffentlichung der Drug-Checking-Ergebnisse kann – über das Konsumverhalten der Einzelnen hinaus – den Drogenschwarzmarkt beeinflussen, da Dealer/innen als verunreinigt erkannte Substanzen nicht mehr an informierte Drogengebraucher/innen verkaufen können. Durch die Nachfrage nach möglichst reinen Substanzen ist mittelfristig eine Verbesserung der Drogenqualität zu erwarten.

Drug-Checking fördert ebenso die Entwicklung und Stärkung einer mündigen Haltung gegenüber psychoaktiven Substanzen. Wer die Prüfergebnisse für sich nutzt, setzt sich zwangsläufig mit dem Thema „Drogen“ als Ganzes auseinander: mit erwünschten und unerwünsch-

ten Wirkungen, Dosierungen, Kontexten des Konsums, Gefahren, Safer Use usw. So wird ein Gegenpol zu der unreflektierten Konsumhaltung gesetzt, die in allen gesellschaftlichen Bereichen verbreitet ist und sich auch im Drogenbereich widerspiegelt. Die große Bedeutung, die Drug-Checking-Projekten zugemessen wird, sollten diese dazu nutzen, in den verschiedenen Szenen eine Auseinandersetzung mit dem Thema „Drogenkonsum“ anzuregen. Zugleich können sie den Blick auf andere soziokulturelle Aspekte des Drogenkonsums lenken und dazu anregen, aktuelle Entwicklungen zu hinterfragen (z. B.: Weshalb verändert sich die Szene/die Bedeutung einzelner Drogen/das Konsumverhalten?), soziale Verantwortung zu übernehmen und Veränderungsprozesse zu initiieren. Entscheidend dabei ist, dass die Projekte in die Szenen integriert sind und nicht als Fremdkörper wahrgenommen werden. Ein gutes Beispiel sind Szeneprojekte und Initiativgruppen, die ihre Subkulturen genau kennen und aktuelle Trends angemessen einschätzen können.

Drug-Checking-Projekte sollten ebenso Möglichkeiten für Diskussion und Mitwirkung bieten. Durch eine Zusammenarbeit mit szenenahen Projekten, die unabhängig von Thema „Drogen“ kreative Entfaltung und kritisches Engagement unterstützen, kann Gesundheit – weit über Schadensminderung hinaus – in einem ganzheitlichen Sinne gefördert werden.

Ablehnung trotz wissenschaftlich erwiesener Wirksamkeit

In den letzten Jahren wurden mehrere Studien zu Drug-Checking-Projekten durchgeführt und aus der Perspektive der Drogenhilfe wissenschaftlich ausgewertet. Für die Fachtagung „Drugchecking“⁵ im November 2008 in Berlin wurden die wichtigsten internationalen Studien verglichen; die Analyse bestätigte, dass Drug-Checking ein effektives

5 Siehe unter <http://www.drugchecking.de> → Fachtagung 2008; letzter Zugriff: 04.03.2011)

Instrument der Gesundheitsförderung darstellt. Die Studien stimmten unter anderem bei folgenden Ergebnissen überein:⁶

- Drug-Checking-Projekte erleichtern den Zugang zu bisher nicht erreichten Gruppen.
- Ihnen wird eine hohe Vertrauenswürdigkeit und Akzeptanz zugesprochen.
- Sie verbessern die Kommunikation über substanzgebundene Risiken.
- Sie erhöhen das Wissen über substanzgebundene Risiken und gesundheitsbewusstes Verhalten.
- Die Inanspruchnahme des Angebots führt zur Risikoreduzierung beim Drogengebrauch.

Keine einzige seriöse wissenschaftliche Studie hat die gesundheitsfördernden Aspekte von Drug-Checking-Programmen bisher in Frage gestellt. Dennoch werden die Programme zum Teil kontrovers diskutiert und ihre Vorteile bestritten. Mitunter offenbaren die Argumente aber auch eine mangelnde Kenntnis über die Konzepte und die praktische Umsetzung dieser Programme. So wird z.B. oftmals unterstellt, die Testergebnisse würden Drogen verharmlosen oder sie gar als unbedenklich darstellen. Dies widerspräche jedoch dem Grundverständnis eines seriösen Drug-Checking-Programms. Tatsächlich zeigt sich, dass sie differenziert über die Prüfergebnisse informieren und gegebenenfalls ausdrücklich vor der Gefährlichkeit bestimmter Substanzen warnen – verharmlost wird also genauso wenig wie dämonisiert.

Die Kritiker/innen orientieren sich meist am Ziel der Abstinenz und berücksichtigen nicht angemessen die unmittelbare Wirkung von Drug-Checking, nämlich gesundheitlichen Schäden vorzubeugen oder gar Leben zu retten. Auch die ablehnende Haltung des Bundesministeriums für Gesundheit im Jahr 2009 bringt dies zum Ausdruck: „Die Bundesregierung warnt vor dem Konsum illegaler Substanzen und

6 Rüdiger Schmolke: *Effektivität und Effizienz von Drugchecking-Projekten*. Berlin 2008, 28–29 (siehe unter <http://www.drugchecking.de/pdf/schmolke.pdf>; letzter Zugriff: 04.03.2011)

lehnt deshalb insbesondere alle Maßnahmen mit dem Potential zur unmittelbaren und aktiven Förderung des illegalen Konsums von Drogen ab.“⁷

In Deutschland haben Szeneorganisationen, Initiativgruppen und Einrichtungen der Drogenhilfe immer wieder umfassende Drug-Checking-Angebote gefordert. Vorangetrieben wurde die Auseinandersetzung von Mitgliedern des Sonics-Netzwerks, dem idealistische Projekte angehören, die ihre Wurzeln in der Techno-Kultur haben. Die Notwendigkeit solcher Angebote wird oft aber erst dann von einer breiteren Öffentlichkeit wahrgenommen, wenn es zu Todesfällen gekommen ist.

Bereits 1999 wurde ein detailliertes Drug-Checking-Konzept für das Bundesgesundheitsministerium entwickelt⁸, das jedoch nicht umgesetzt wurde. Auch die „Drogen- und Suchtkommission beim Bundesministerium für Gesundheit“ empfahl 2002 ausdrücklich Drug-Checking-Modellprojekte: „Das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in Bonn sollte durch vermehrte Ausnahmegenehmigungen Erprobungsprojekte ermöglichen und prüfen, ob zukünftig auf bestimmte repressive Bestimmungen verzichtet werden kann (z. B. Untersuchung von Betäubungsmittelproben zur Schadensminimierung – ‚Drug-Checking‘)“.⁹ Danach aber hat das Gesundheitsministerium „Drug-Checking“ über Jahre nicht mehr zum Thema gemacht.

- 7 Marion Caspers-Merk: Antwort der Bundesregierung vom 07.05.2009 auf die Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke im Bundestag zu Gesundheitsschutz und Prävention durch „Drugchecking“. Berlin 2009, 2 (siehe unter <http://linksfraktion.de/suche/?q=Drugchecking&a=39&l=16>; letzter Zugriff: 04.03.2011)
- 8 Techno-Netzwerk Berlin: Drug-Checking-Konzept für die Bundesrepublik Deutschland. Berlin 1999, 6 (siehe unter http://www.eve-rave.net/abfahrer/download/eve-rave/dcm_april.pdf; letzter Zugriff: 04.03.2011)
- 9 Drogen- und Suchtkommission beim Bundesministerium für Gesundheit: Stellungnahme der Drogen- und Suchtkommission zur Verbesserung der Suchtprävention. Bonn 2002, 31 (siehe unter <http://www.DroGenKult.net/?file=text004>; letzter Zugriff: 04.04.2011)

Drug-Checking-Angebote in Deutschland

In Deutschland gibt es derzeit kein umfassendes Drug-Checking, das öffentlich angeboten wird. Einige Apotheken führen zwar Analysen durch, diese sind jedoch kostenpflichtig und sagen nur aus, welche Wirkstoffe in einer Substanzprobe enthalten sind. Über Reinheit, Beimengungen und Wirkstoffgehalt informieren sie dagegen nicht.

Das bisher bedeutendste Drug-Checking-Programm in Deutschland führte von 1995 bis 1996 die Berliner Szene-Initiative „Eve & Rave“ durch. Mitglieder des Projekts nahmen Ecstasy-Pillen entgegen und leiteten sie an das Gerichtsmedizinische Institut der Charité an der Humboldt-Universität in Berlin weiter, wo die Pillen analysiert und anschließend vernichtet wurden.¹⁰ Die detaillierten Analyse-Ergebnisse wurden zusammen mit allgemeinen Informationen in Listen öffentlich zugänglich gemacht und insbesondere in den entsprechenden Party-Kulturen über Infostände und Flyer verbreitet.¹¹ Im Gegensatz zu späteren Programmen anderer Projekte wurden – ganz im Sinne des mündigen Konsumenten – sämtliche Prüfergebnisse und nicht nur diejenigen zu den „bösen Pillen“ veröffentlicht.

Das Drug-Checking von Eve & Rave stieß in den Szenen auf eine sehr positive Resonanz. Durch Informationen und Warnungen half das Projekt, Gesundheitsschäden zu vermeiden. Es förderte die Entwicklung von Drogenmündigkeit und stieß in den Szenen immer wieder die Auseinandersetzung über zunehmende Kommerzialisierung, konsumistische Tendenzen und das unkritische Verhältnis zu Drogen an. Trotzdem musste das Drug-Checking-Angebot 1996 infolge staatlicher Repressionen eingestellt werden: Unterlagen wurden beschlagnahmt

10 Vgl. a) Hans Cousto: *Am besten testen – Drug-Checking in Deutschland*. Erfurt 2004, 2–3 (siehe unter <http://www.eve-rave.net/abfahrer/download/eve-rave/dc115.pdf>; letzter Zugriff: 04.03.2011); b) Tibor Harrach: *Das Berliner Drugchecking-Programm 1995/96*. Berlin 2008 (siehe unter <http://www.drugchecking.de/index.php/de/fachtagung-2008>; letzter Zugriff: 11.05.2011)

11 Vgl.: *Eve & Rave: Ecstasy-Pillen – Analysen von 1995 und 1996*. (siehe unter http://www.eve-rave.net/abfahrer/download/eve-rave/ecstasy_pillen_95_96.pdf; letzter Zugriff: 04.03.2011)

und gegen Vereinsmitglieder Ermittlungsverfahren wegen des Besitzes von Betäubungsmitteln eingeleitet. Die Eröffnung des Verfahrens wurde jedoch vom Amtsgericht Tiergarten abgelehnt und die darauf folgende Beschwerde der Staatsanwaltschaft beim Kammergericht Berlin verworfen. In der Begründung wurde ausdrücklich darauf verwiesen, dass das offensichtliche Ziel der Eve&Rave-Mitglieder nicht im Besitz der Substanzen lag, sondern in deren Weiterleitung zur Analyse und nachfolgenden Vernichtung.¹² Trotz des faktischen Freispruchs konnte das Drug-Checking-Programm nicht weitergeführt werden, denn inzwischen hatte das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte dem Gerichtsmedizinischen Institut die Erlaubnis entzogen, von Szeneorganisationen eingereichte Substanzproben zu analysieren.

Von 1994 bis 2004 bot die Drogenberatung „Drobs Hannover“ eine sogenannte Pillenidentifikation an. Sie nutzte dabei nichtöffentliche Listen mit Ecstasy-Analysen aus den Niederlanden und ermöglichte es den Konsument(inn)en, ihre Pillen mit den aufgeführten Angaben zu vergleichen. Zudem bestand die Möglichkeit eines Schnelltests.

Freiraum Hamburg e.V. ließ von 1995 bis 1997 Substanzproben analysieren und gab die Ergebnisse dann gezielt an Konsument(inn)en weiter. Im Gegensatz zu anderen Drug-Checkings fokussierte dieses Angebot nicht auf die Substanzen der Party-Kultur, sondern auf Heroin- und Kokainproben aus dem Straßenhandel.

Die Szene-Initiative „Autonomer Drogeninfostand“ nutzt seit einigen Jahren den Marquis-Schnelltest auf Party-Events. Die Mitglieder stellen ihn interessierten Personen unter Anleitung zur Verfügung, ohne die Substanzen selbst zu berühren. Vor Substanzen, deren Verfärbung beim Schnelltest nicht mit der vorgegebenen Bezeichnung übereinstimmt, wird durch Aushänge gewarnt.

¹² Vgl. Beschluss des Landgerichtes Berlin, 6. Strafkammer vom 1. März 1999, betreffend Drug-Checking, 4 (siehe unter <http://www.eve-rave.net/abfahrer/download/eve-rave/mzdr102.pdf>; letzter Zugriff: 04.03.2011)

Drug-Checking-Angebote in Europa

Das Europäische Parlament verabschiedete 2003 eine Empfehlung zur Drogenpolitik¹³, die unter anderem ausdrücklich auf die Notwendigkeit der Förderung von Drug-Checking-Programmen verweist.¹⁴ Derzeit gibt es in mehreren europäischen Ländern legale, zum Teil mit öffentlichen Mitteln geförderte Drug-Checking-Projekte. So bietet beispielsweise die Jugendberatung Streetwork seit 2001 im Auftrag der Stadt Zürich Drug-Checking an. Dazu gehört ein mobiles Angebot auf jährlich rund zehn großen Party-Events. Daneben ist es möglich, im Drogeninformationszentrum Substanzen zur Analyse abzugeben.

In den Niederlanden besteht ein weitverzweigtes Drug-Checking-Angebot, das bereits 1992 unter der Bezeichnung „Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS)“ aufgebaut wurde. Koordiniert wird es vom Trimbos-Institut, das größtenteils vom Niederländischen Ministerium für Gesundheit finanziert wird. Inzwischen hat man in rund dreißig Städten Stellen zur Abgabe von Substanzen eingerichtet.

In Spanien führt Energy Control in der Party-Szene Substanzanalysen durch. Diese Initiativgruppe bietet vor Ort Schnelltests an, um eine erste Einordnung der Substanzen zu ermöglichen. Daneben werden quantitative und qualitative Laboranalysen durchgeführt, deren Ergebnisse veröffentlicht werden. In Österreich finanzieren die Stadt Wien und das Bundesministerium für Gesundheit das Drug-Checking-Projekt „ChEck iT!“, das bereits seit 1997 Analysen durchführt. Den Schwerpunkt bilden Drug-Checking-Angebote auf großen Events.

13 Vgl. Pressestelle des Europäischen Parlaments: *Prävention auch bei Designerdrogen. Vorschlag für eine Empfehlung des Rates zur Prävention und Reduzierung von Risiken im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit*, 13.02.2003 (siehe unter <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+PRESS+DN-20030213-1+0+DOC+XML+Vo//DE#SECTION2>; letzter Zugriff: 04.03.2011)

14 Europäisches Parlament: *Bericht über den Vorschlag für eine Empfehlung des Rates zur Prävention und Reduzierung von Risiken im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit*, 42–43 (siehe unter <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A5-2003-0021+0+DOC+PDF+Vo//DE>; letzter Zugriff: 04.03.2011)

Drug-Checking und das Gesetz

In Österreich und der Schweiz werden Drug-Checking-Projekte seit Jahren in einem rechtlich gesicherten Rahmen durchgeführt. In Deutschland dagegen wird die Rechtslage von Drug-Checkings, die nicht von Apotheken oder ausdrücklich hierzu berechtigten Behörden durchgeführt werden, unterschiedlich bewertet.

Der langjährig bei Eve & Rave engagierte Aktivist Hans Cousto kommt nach einer Analyse von Urteilen und relevanten Abschnitten im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) zu dem Schluss, dass Drug-Checking prinzipiell legal ist: „Drug-Checking-Programme bedürfen keiner Erlaubnis.“¹⁵ Der ehemalige Oberstaatsanwalt Harald Hans Körner und der Strafrechtler Cornelius Nestler verweisen jedoch darauf, dass die Einstellung des Verfahrens zum Drug-Checking-Programm von Eve & Rave im Jahr 1999 (siehe oben) keineswegs bedeutet, dass andere Gerichte oder Staatsanwaltschaften in vergleichbaren Programmen keine Rechtsverstöße sehen würden.¹⁶ Prinzipiell jedoch unterstützen sie den Drug-Checking-Ansatz – vor allem aus Gründen des Gesundheitsschutzes – und sehen für bestimmte Modelle einen rechtlichen Spielraum. Ein Gutachten des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestags verweist in diesem Zusammenhang auf die Möglichkeit von Sondergenehmigungen durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und insbesondere auf die Bedeutung politischer Vorgaben bei der Klärung umstrittener Rechtsfragen.¹⁷

15 Hans Cousto: *Drug-Checking – Qualitative und quantitative Kontrolle von Ecstasy und anderen Substanzen*. 2. Auflage, Solothurn: Nachtschatten Verlag 1999, 162

16 Vgl. a) Harald Hans Körner: *Betäubungsmittelgesetz, Arzneimittelgesetz*. 6. Auflage, München: C. H. Beck 2007, 796; b) Cornelius Nestler: *Betäubungsmittelrechtliche Rahmenbedingungen von Drugchecking*. Berlin 2008 (Video-Dokumentation, siehe unter http://www.archive.org/details/Fachtagung_Drugchecking_Betaeubungsmittelrechtliche_Rahmenbedingungen_von_Drugchecking_-_Nestler; letzter Zugriff: 04.03.2011)

17 Gutachten des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestags: *Substanzanalyse von Drogen („drug checking“): Rechtliche Implikation*. Berlin 2009 (siehe unter http://www.drugchecking.de/pdf/WissDienstBT_DC_2009-Ausarbeitung_003-09.pdf; letzter Zugriff: 11.05.2011)

Wie genau und zum Teil spitzfindig gesetzliche Bestimmungen auch immer ausgelegt werden: Drug-Checking-Programme entsprechen in jedem Fall Artikel 2 des Grundgesetzes: „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.“ In dem umfassenden Drug-Checking-Konzept, das 1999 für das Bundesgesundheitsministerium erarbeitet wurde, verweisen die Autoren darauf, dass die psychische und physische Unversehrtheit des Menschen höher zu achten sei als die normative Reglementierung.¹⁸

Die Gesellschaft als Ganzes ist gefordert

Unter den Bedingungen des Drogenschwarzmarkts und der Prohibition sind Drug-Checking-Programme – im Verbund mit anderen Angeboten der Drogenhilfe – notwendige Instrumente der Gesundheitsförderung. An den Ursachen des Problems ändern sie jedoch nichts. Eine nachhaltige Drogen- und Gesundheitspolitik muss weit über derartige Angebote hinausreichen. Entsprechende Anstöße sind freilich nicht von einem Staat zu erwarten, der auf vermeintliche oder tatsächliche Gefahren des Gebrauchs von psychoaktiven Substanzen vorrangig mit Verboten und Repression reagiert. Vielmehr ist die Gesellschaft als Ganzes gefordert: Sie sollte es sich zum Ziel machen, die mit Drogenkonsum verbundenen Risiken zu minimieren und gesundheitsförderliche Potenziale und Strukturen zu stärken.

Zu den grundlegenden Aufgaben von Gesellschaft und Staat gehört beispielsweise, in allen sozialen Bereichen Menschen in die Lage zu versetzen, über ihr Leben und ihre Handlungen selbst zu bestimmen. Erwachsene, die auf der Grundlage sachlicher Informationen verantwortungsvolle Entscheidungen treffen können, bedürfen keiner staatlichen Vorgaben, um zu wissen, ob sie ein Maß Bier trinken oder sich einen Joint anstecken dürfen. Doch bis ein solcher Zustand erreicht ist, sind Drug-Checking-Programme notwendig, die Mündigkeit und Gesundheit fördern und im Einzelfall Leben retten können.

¹⁸ *Techno-Netzwerk Berlin: Drug-Checking-Konzept für die Bundesrepublik Deutschland, a.a.O.*

Der Einsatz von Naloxon durch medizinische Laien

Kerstin Dettmer

Wirkweise und Anwendung

Der schnellste Weg, eine opiatbedingte Atemdepression zu beseitigen, ist die Injektion des Opiatantagonisten¹ Naloxon (Handelsname Narcanti®). Naloxon wird bereits seit mehr als 40 Jahren zur Behandlung von Opiat-Überdosierungen eingesetzt. Das Medikament hebt lebensbedrohliche Zustände wie Atemlähmung, Sauerstoffmangel (Hypoxie), Bewusstlosigkeit oder Blutdruckabfall innerhalb weniger Minuten auf. Höher dosiertes Naloxon kann einen Entzug auslösen – eine Überdosierung ist jedoch nicht möglich. Nebenwirkungen wie Herzrhythmusstörungen oder Lungenödeme sind äußerst selten.

Die in Deutschland verfügbare Darreichungsform muss in die Vene, in den Muskel oder unter die Haut gespritzt werden. Die Halbwertszeit von Naloxon liegt zwischen 30 und 80 Minuten – das Medikament hat damit eine deutlich kürzere Wirkzeit als Opiate wie z. B. Heroin. Nach einer Naloxon-Injektion kann es daher sein, dass der/die Betroffene das Bewusstsein nur vorübergehend wiedererlangt und dann ein

1 Antagonist = ein „Gegenspieler“, der einen Agonisten oder „Handelnden“ in seiner Wirkung hemmt

erneuter Atem- oder Kreislaufstillstand eintritt. In diesem Fall ist eine weitere Naloxon-Gabe erforderlich.

Naloxon ist nur auf (Privat-)Rezept erhältlich. Eine Ampulle kostet ca. 7 Euro.

Rechtliche Aspekte

Fachleute bringen immer wieder rechtliche Bedenken gegen die Naloxon-Vergabe durch Laien vor. Diese Bedenken sind wohl auch einer der wesentlichen Hinderungsgründe, Naloxon in die Hände von Opiatkonsument(inn)en zu geben.

Naloxon ist gemäß dem bundesdeutschen Arzneimittelgesetz verschreibungspflichtig. Dieses Gesetz regelt lediglich den Verkehr von Medikamenten (z. B. Verschreibungspflicht). Es enthält jedoch keine Regelungen, die ihre Anwendung einschränken.

Die Bundesärztekammer hat in einer Stellungnahme Anfang 2002 bestätigt, dass aus standesrechtlicher Sicht die Abgabe von Naloxon zum Zweck der Laienhilfe im Drogennotfall unbedenklich ist: Aufgrund der Substanzeigenschaften und des Einsatzzwecks sei nicht zu befürchten, dass Ärzte einer missbräuchlichen Anwendung ihrer Verschreibung Vorschub leisten (§ 34 Abs. 4, Muster-Berufsordnung), solange die Regelungen des Arzneimittelrechts und der ärztlichen Berufsordnung (Verschreibungs-, Apotheken-, Aufklärungs- und Schulungspflicht) beachtet werden.

Der Einsatz des Arzneimittels im Notfall ist außerdem durch § 34 des Strafgesetzbuchs („Rechtfertigender Notstand“) gedeckt. Der Arzt hat allerdings eine besondere Aufklärungspflicht, von der er auch nicht dadurch entbunden wird, dass andere Institutionen zur Anwendung von Naloxon informieren und schulen. Die Bundesärztekammer legt großen Wert darauf, dass der Arzt den Empfänger des Naloxon-Rezepts darauf hinweist, dass im Notfall immer auch der Rettungsdienst zu alarmieren ist. Hat der Arzt den Eindruck, dass dieser Hinweis wahrscheinlich nicht beachtet wird und auch kein Interesse an Informationen oder Schulungen zum Naloxon-Einsatz besteht, sollte er der betreffenden Person kein Naloxon verschreiben.

In seiner Stellungnahme vom August 2008 zur Bewertung des Naloxon-Einsatzes durch Laien geht das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unter Verweis auf § 2 Abs. 1 Nr. 3 der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) zunächst davon aus, dass die Person, der ein Arzneimittel verschrieben wird, mit der Person identisch ist, bei der es angewendet wird. Es berücksichtigt aber auch Gründe, die eine Ausnahme rechtfertigen und kommt zu dem Schluss, dass Naloxon im Notfall durch qualifizierte Laienhelfer auch bei einer anderen Person angewendet werden kann. „Notfall“ heißt, dass Gefahren für die Gesundheit nicht anders als durch die unverzügliche Verabreichung von Naloxon abgewendet werden können. Außerdem weist das BMG auf die medizinischen und rechtlichen Risiken einer parenteralen² Naloxon-Applikation durch medizinische Laien im Notfall hin.

Die Verschreibung von Naloxon in der Praxis

Naloxon darf nur unter folgenden Bedingungen verschrieben werden:

- Der Naloxon-Empfänger wird für das angemessene Verhalten im Drogennotfall und die sachgemäße Anwendung des Medikaments qualifiziert.
- Die Aufklärung zu Naloxon und die Abgabe des Medikaments werden dokumentiert.
- Der Naloxon-Empfänger muss selbst Opiatkonsument sein.

Eine Verschreibung für Personen, für die keine Indikation³ vorliegt (die also keine Opiate konsumieren), ist gemäß AMVV nicht gestattet. Es empfiehlt sich jedoch durchaus, auch Lebenspartner, Familienangehörige oder in der Drogenhilfe tätige Sozialarbeiter zum angemessenen Verhalten im Notfall und in der richtigen Anwendung von Naloxon zu schulen. Sollten diese Laienhelfer bei überdosierten Drogengebrau-

2 parenteral = „am Darm vorbei“ oder „unter Umgehung des Darms“, z. B. durch eine Injektion

3 Indikation = hier: Grund für den Einsatz einer therapeutischen oder diagnostischen Maßnahme



FOTO: AK KONSUMRAUM

chern Naloxon finden und dieses injizieren, sind sie als Ersthelfer vor rechtlichen Konsequenzen geschützt.

Besonders lebensweltnah ist es, „Konsumgemeinschaften“ in Gruppen zu schulen und jedem Teilnehmer Naloxon zu verschreiben. Im Idealfall hätte jeder Opiatkonsument sein eigenes Naloxon in der Tasche, und jeder Konsumpartner wüsste das Medikament sachgemäß einzusetzen.

Naloxon „über die Nase“

In Australien gibt es Naloxon auch für die nasale Anwendung. Studien haben ergeben, dass die Wirkung durchaus mit derjenigen bei intravenöser oder intramuskulärer Applikation vergleichbar ist.

In Deutschland gibt es mittlerweile sogenannte Nasalapplikatoren, die man auf Standard-Spritzen aufsetzen kann. Das damit verabreichte Medikament wird durch die feinen Düsen an der Applikator-Spitze zerstäubt und legt sich wie ein feiner Nebel auf die Nasenschleimhaut. Naloxon kann so optimal aufgenommen (resorbiert) werden.

Interkulturelle Drogen- und Aidshilfe

Ludger Schmidt

Gesundheitsversorgung bei Drogen gebrauchenden Menschen mit Migrationshintergrund

Laut Mikrozensus von 2006 haben 18,4 % der in Deutschland lebenden Menschen einen Migrationshintergrund (Statistische Ämter 2009). Das Bundesministerium für Gesundheit geht davon aus, dass dieser Bevölkerungsteil das Suchthilfesystem seltener und oftmals später in Anspruch nimmt als die übrige Bevölkerung (BMG 2008). Wenn die Prävalenz von Drogenproblemen in beiden Gruppen gleich ist, bedeutet dies, dass immerhin bei jedem fünften Betroffenen in Deutschland Zugangsbarrieren zum Versorgungssystem bestehen.

Nun stellen „Menschen mit Migrationshintergrund“ eine ausgesprochen heterogene Gruppe dar. Ebenso heterogen werden die Problemlagen und die Gründe sein, weshalb professionelle Hilfen nicht oder kaum in Anspruch genommen werden. Epidemiologische Untersuchungen, die eine differenzierte Betrachtung zuließen, liegen jedoch nicht vor. So lassen sich zwar mutmaßliche Gründe für die beschriebene Situation anführen. Inwieweit diese das Verhalten der

Betroffenen tatsächlich beeinflussen, ist allerdings schwer abzuschätzen.

Zumindest bei Personen mit unsicherem ausländerrechtlichen Status ist es vergleichsweise einfach, Aussagen darüber zu machen. Fakt ist, dass sie von einer Reihe von Leistungen der Drogenhilfe ausgeschlossen sind, weil diese hier schlichtweg nicht finanziert werden. Überdies ist zu vermuten, dass die Bereitschaft dieser Menschen gering sein dürfte, sich mit Problemen, die mit illegalisiertem Verhalten zusammenhängen, an eine öffentliche, von ihnen als „staatlich“ wahrgenommene Institution zu wenden. Zu groß wird die Angst sein, ein solcher Schritt könnte weitgehende Konsequenzen für den Aufenthaltsstatus haben. Diese Bedenken werden vermutlich auch bei Ausländern mit einem sicheren Aufenthaltstitel mehr oder weniger stark vorhanden sein.

Für Menschen ohne oder mit unzureichenden Deutschkenntnissen ist der Zugang zur Drogenhilfe ebenfalls erschwert. Zweisprachiges Fachpersonal ist dort unterrepräsentiert. Wo keine Verständigung gelingt, ist auch keine Unterstützung möglich. Der Einsatz von Dolmetschern in Beratung und Therapie verändert stark die Dynamik der Situation und ist anstrengend für alle Beteiligten. Nicht jeder will und kann sich darauf einlassen, zumal in den seltensten Fällen ausgebildete Dolmetscher eingesetzt werden. Aus Kostengründen übernehmen diesen Part in der Regel Mitpatienten, Freunde oder Familienangehörige und damit Menschen, vor denen Gefühle wie Scham und Schande besonders intensiv erlebt werden. Dass sich dies negativ auf den Beratungs- bzw. Therapieprozess auswirkt, liegt auf der Hand.

Für einen nicht kleinen Teil der Menschen mit Migrationshintergrund werden auch kultur- bzw. migrationsspezifische Faktoren Einfluss auf die Inanspruchnahme von Angeboten der Drogen- und Aids-hilfe haben. Nur ist hier der Wirkzusammenhang viel schwerer zu bestimmen als bei den Faktoren „Aufenthaltsstatus“ und „Sprache“. Allein durch eine andere kulturelle Prägung werden sich Zugangsbarrieren zumindest nicht erhöhen, wohl aber im Verbund mit einem niedrigen sozioökonomischen Status. Vermutlich ist sogar gerade er

es – zusammen mit demografischen Faktoren wie Alter, Geschlecht und Bildung –, der maßgeblich für das Vorhandensein oder Fehlen von Kompetenzen ist, die für die Wahrnehmung professioneller Unterstützung im bestehenden System nötig sind. Eine isolierte Betrachtung besonderer kultureller Phänomene führt daher nicht zu Lösungen, sondern in die Irre.

Was ist interkulturelle Drogen- und Aidshilfe?

Interkulturelle Drogen- und Aidshilfe als Fachkompetenz ist darauf ausgerichtet, die Lebenswirklichkeit von Drogengebraucherinnen und -gebrauchern in ihren kontextuellen Bezügen zu begreifen und entsprechende Handlungsstrategien zu entwickeln. Dabei geht es vorrangig um die Fähigkeit, in der Konfrontation mit dem „Fremden“ situativ und methodisch angemessen zu reagieren, anstatt mit unreflektierter Abwehr oder der Forderung, das „Anderssein“ zugunsten von Anpassung aufzugeben. Dabei gilt es im Blick zu behalten, dass individuelle lebensweltliche Erfahrungen und Prägungen für Suchtentstehung schwerer wiegen als kulturbedingte Verhaltensweisen (vgl. Infodrog. Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht 2009).

Somit ist interkulturelle Kompetenz weit mehr als eine Zusatzqualifikation, die das Identifizieren „kulturspezifischer“ Verhaltensweisen oder Problemlösungsstrategien ermöglicht. Dem läge ohnehin ein statisches Verständnis von Kultur zugrunde, bei dem man Gefahr läuft, wichtige Entwicklungen zu übersehen. Vielmehr bezeichnet sie grundlegende Voraussetzungen für eine erfolgreiche Interaktion mit dem „fremden“ Gegenüber im professionellen Feld, nämlich Selbstreflexion und Empathie. Beratung und Therapie können nur gelingen, wenn neben Wissen und Erfahrung auch die Fähigkeit vorhanden ist, sich mit den eigenen, im Lauf der Sozialisation geprägten Haltungen auseinanderzusetzen und dem „Fremden“ Neugier und Wertschätzung entgegenzubringen.

Interkulturelle Kompetenz in diesem Sinne wertet die eigene Sicht auf Probleme und Lösungen nicht als progressiv und die des Gegenübers als rückschrittlich oder „traditionalistisch“. Vielmehr schärft sie den Blick für kultur- und migrationsspezifische Faktoren, welche die Interaktion beeinflussen, und macht sensibel für potenzielle Störungen in diesem Prozess.

Reflexion der eigenen kulturellen Bedingtheit

In der Drogen- und Aidshilfe gibt es – zumindest implizit – Vorstellungen, was Gesundheit und was Krankheit ist, was gesund und was krank machen kann, welcher Zustand als wünschenswert anzusehen ist und wie das Helfersystem zur Herstellung eines solchen Zustandes beitragen soll. Diese Vorstellungen sind – auch wenn sie vor allem auf medizinischem Wissen basieren – überwiegend normativ, denn sie sind wesentlich durch Überzeugungen und Wertungen im Hinblick auf Sexualität, Rausch, Normalität, Verantwortung usw. geprägt (vgl. Robert Koch-Institut 2008, 110 f.). Folglich sind sie gesellschaftlich konstruiert und bilden einen vorläufigen gesellschaftlichen Konsens ab, während die hierauf bezogenen Diskussionen und Kontroversen weitergeführt werden. Eben weil diese Vorstellungen historisch entstanden sind und einem ständigen Veränderungsprozess unterliegen, ändern sie sich in Abhängigkeit von den jeweiligen gesellschaftlichen und somit auch kulturellen Zusammenhängen

Aus Sicht der Mehrheitsgesellschaft stellt sich dies jedoch häufig ganz anders dar. Ihre Vorstellungen von Gesundheit legitimieren die Struktur ihres Hilfesystems wie etwa die spezifische Arbeitsteilung, Aufbau und Organisation der Fachkräfteausbildung, die Definition von „Zielgruppen“ oder anerkannte Methoden und Erfolgsmaßstäbe. Dieser Prozess ist wechselseitig, denn durch die Funktionsweise des Systems werden wiederum die Vorstellungen von Gesundheit bestätigt und bekräftigt. Dadurch werden sie von den Akteuren im System leicht als „objektiv“ wahrgenommen und in diesem Sinne auch

kommuniziert. Das kann etwa mit dem Anspruch auf „Wissenschaftlichkeit“ oder in Form unbedingt einzuhaltender „professioneller Mindeststandards“ geschehen.

Die Konfrontation mit einem impliziten Anspruch auf Objektivität, wie er durch das Hilfesystem und das professionelle Verständnis der Fachkräfte repräsentiert wird, hat für Menschen mit einem anderen soziokulturellen Hintergrund häufig zur Folge, dass sie die eigenen Überzeugungen und Positionen massiv in Frage gestellt, mitunter sogar als defizitär und korrekturbedürftig disqualifiziert sehen. Dieser immanente Ethnozentrismus ruft individuell unterschiedliche Reaktionen hervor. Allerdings scheint er häufig ignoriert zu werden; er wirkt dann unschwellig in Betreuung, Beratung und Therapie weiter und belastet die Beziehungen im Hilfesystem.

Zwar lässt sich dieser Konflikt nicht vollständig vermeiden. Er muss jedoch als solcher wahrgenommen, verstanden und wertschätzend bearbeitet werden. Das wiederum setzt voraus, vermeintliche Selbstverständlichkeiten oder unterstellte Gemeinsamkeiten darauf zu prüfen, ob sie nicht den eigenen kulturellen Gewissheiten entstammen.

Wahrnehmung der Lebenswelten und spezifischen Problemlagen von Migranten

Überall auf der Welt werden Drogen genommen, und überall gibt es problematischen Drogengebrauch und auch Unterstützungsbedarf. Wenn bestimmte Bevölkerungsgruppen durch das Hilfesystem nur unzureichend oder gar nicht erreicht werden, kann man vermuten, dass die Hilfsangebote den Bedürfnissen dieser Gruppen nicht gerecht werden.

Nun sind für Menschen mit demselben soziokulturellen Hintergrund die Bedürfnisse des jeweils anderen allein schon durch die gleiche oder zumindest ähnliche Sozialisation leichter nachvollziehbar als für Menschen mit jeweils unterschiedlichen kulturellen Prägungen. Das gilt ebenso für die Art und Weise, wie die eigenen Bedürfnisse kommuniziert werden. Dieses Phänomen zeigt sich besonders dann, wenn es um angst- und schambesetzte Themen geht.

Für die Drogen- und Aidshilfe ergibt sich daraus als besondere Herausforderung, die spezifischen Bedürfnisse von Drogen gebrauchenden Migrantinnen und Migranten zu erkennen. Dazu sind vor allem Informationen über ihre Lebenswelten und Problemlagen notwendig. Diese bilden zugleich die Grundlage für die Entwicklung bedürfnisgerechter Angebote.

Die Lebenswelten der einzelnen Migrantengruppen unterscheiden sich dabei zum Teil erheblich. Oft sind bestimmte Merkmale in einer Kommune oder Region besonders stark ausgeprägt, abhängig davon, welche Gruppen dort vertreten und wie groß sie sind. Informationen darüber erhält man meist nicht von den Hilfebedürftigen, zumal ein Großteil von ihnen im Hilfesystem erst gar nicht ankommt. Umso wichtiger sind regelmäßige Kontakte zu Akteuren oder Organisationen vor Ort, die einen Zugang zu den Betroffenen haben, z. B. sogenannte Schlüsselpersonen aus der Community, Migrantenorganisationen, religiöse Gemeinschaften, andere Fachdienste oder erfolgreich mit Migranten arbeitende Projekte der Drogen- und Aidshilfe. Herauszufinden ist dabei vor allem, welche formellen und informellen Hilfestrukturen sich herausgebildet haben, um zu wissen, welche weiteren Angebote gebraucht werden und wo sich Kooperationen anbieten.

Kommunikationsstörungen aufgrund unzureichender Sprachkenntnisse

In der Drogen- und Aidshilfe basieren Beratung und Therapie wesentlich auf verbaler Kommunikation. In interkulturellen Kontakten entstehen Störungen, wenn die Gesprächspartner sich mangels Sprachkenntnissen nicht ausreichend verständigen können. Selbst ein hochqualifizierter Dolmetscher kann dieses Dilemma nicht gänzlich aufheben und bleibt daher immer die „zweitbeste Lösung“. Gespräche über psychische Aspekte sind sehr komplex, weshalb die in einer Aussage enthaltenen Botschaften in einer Übersetzung kaum vollständig wiedergegeben werden können. Außerdem ist sie notwendigerweise

immer auch Interpretation, somit selektiv und mehr oder weniger verfälschend (Czycholl 1998).

Verständigungsprobleme können auch dann sprachlich bedingt sein, wenn Migranten zwar über ausreichende Deutschkenntnisse für Alltagsgespräche verfügen, aber keine Vokabeln kennen, die für die Bearbeitung ihrer Probleme wichtig wären. Dazu gehören etwa Begriffe zur Bezeichnung von Gefühlszuständen, deren Erwerb an jenen Orten, wo es zu Kontakten mit der Mehrheitsgesellschaft kommt – z. B. am Arbeitsplatz, in der Schule oder in der Szene – kaum gefördert wird. Weil Sprachprobleme dieser Art oft nicht vermutet werden, werden Kommunikationsstörungen vorschnell auf kulturelle Besonderheiten, therapeutische Widerstände oder Ähnliches zurückgeführt.

Im interkulturellen Kontakt kommt es zuweilen auch dann zu Kommunikationsstörungen, wenn gute Sprachkenntnisse vorliegen. Denn sie vermitteln den Eindruck, dass auch implizite Botschaften verstanden werden. Die bei erkennbaren Sprachdefiziten übliche kommunikative Aufmerksamkeit ist dann herabgesetzt. Auch in solchen Fällen besteht die Gefahr, dass Verständigungsprobleme auf andere als sprachliche Ursachen zurückgeführt werden (Barth 2002).

Kulturelle Dimensionen der Interaktion

Auch wenn jede Interaktion in erster Linie von individuellen und kontextuellen Faktoren bestimmt ist, kommen auch soziokulturelle Einflüsse mehr oder weniger stark zum Tragen. Insbesondere bei der Einschätzung, wodurch sich eine gelungene Interaktion auszeichnet, gibt es bei Migranten und professionellen Helfern kulturell bedingte Unterschiede.

Für die Beratung und Betreuung lassen sich folgende praxisrelevante Aspekte skizzieren:

Erhebliche Unterschiede können bei der Einschätzung bestehen, welchen Stellenwert die Verbalisierung der eigenen Befindlichkeit bei der Problemlösung hat. Menschen, die sich eher nach sozialen Normen und entsprechenden Handlungsdirektiven richten, werden die

Ermunterung, über ihre Gedanken, Gefühle und Einstellungen zu sprechen, als Zwang und Distanzlosigkeit empfinden. Ihr Verhalten wiederum kann leicht als Höflichkeit oder Teilnahmslosigkeit interpretiert werden.

Unterschiede gibt es auch bei der Frage, wie genau ein Problem erfasst sein muss, um es bearbeiten zu können. Das drückt sich dann darin aus, dass entweder metaphorisch und „umkreisend“ oder aber klar und offen darüber gesprochen wird. Das Aufeinandertreffen unterschiedlicher Artikulationsformen provoziert Unverständnis, Ärger oder Verletzungen.

Eng damit verbunden ist die Einschätzung, wie viel jeder Beteiligte zur Problemlösung beizutragen hat. Dies wiederum hängt vom Rollenverständnis in der Beziehung zwischen Helfer und Betroffenen ab. Wer sich als Objekt von Maßnahmen eines Spezialisten begreift, verhält sich passiv und will den Anweisungen seines Gegenübers korrekt Folge leisten. Er erwartet vom Helfer, dass dieser im Dreierschritt Anamnese > Diagnose > Therapie die Verantwortung für den „Heilungsprozess“ übernimmt und durch einen direktiven Kommunikationsstil dieser Erwartung entspricht. Stellt der Helfer hingegen die Eigenverantwortung und Kompetenz des Betroffenen in den Mittelpunkt, wird er vor allem dessen Ressourcen zur Selbstaktivierung fördern wollen. Doch Klientinnen und Klienten, die eigentlich Anweisungen erwarten, werden dies als Inkompetenz des Helfers interpretieren.

Erwartungen richten sich ebenso auf die kontextuellen Bedingungen von Interaktionen im Drogen- und Aidshilfe-System. Relevant sind hierbei oft Alters-, Geschlechts- oder Statusunterschiede, Besonderheiten des Beratungs- bzw. Therapiesettings oder die finanzielle Seite der Hilfeleistung. Solche Faktoren können die Erwartungen hinsichtlich der Wirksamkeit eines Angebots stark beeinflussen.

Erheblichen Einfluss auf die Interaktion haben nicht zuletzt auch soziokulturell geprägte Unterschiede bei den Erklärungsmodellen für die Entstehung von Problemen. Für Menschen, in deren Herkunftsgesellschaft Drogenprobleme und HIV-Infektionen ausschließlich medizinisch „gelöst“ oder moralisch bewertet werden, ist der Sinn und Zweck eines psychosozialen Zugangs kaum nachvollziehbar.

All dies macht bereits deutlich, dass die Interaktion mit Migranten in der Drogen- und Aidshilfe wesentlich dadurch bestimmt ist, dass Normen und Werthaltungen in Frage gestellt werden. Das gilt in erster Linie für die Betroffenen, zu einem guten Teil aber auch für die Berater und Therapeuten. Wenn diese eine produktive Beziehung aufbauen möchten, müssen sie daher die Einstellungen ihrer Klienten zu einem gewissen Maß antizipieren und eigene Haltungen relativieren können. Die Suche nach einer „gemeinsamen Sprache“ ist eine Gratwanderung, bei der Kommunikationsstörungen auch dadurch entstehen, dass man in seinen eigenen Überzeugungen und Kompetenzen verunsichert wird.

Entwicklung von Interkulturalität in der Drogen- und Aidshilfe

„Interkulturelle Drogen- und Aidshilfe“ ist kein spezielles Arbeitsfeld innerhalb des Hilfesystems und kann daher nicht auf Modellprojekte oder einzelne darauf zugeschnittene Angebote beschränkt werden. Vielmehr ist sie als eine Querschnittsaufgabe zu verstehen. Wie im gesamten Sozial- und Gesundheitssystem sind auch in der Drogen- und Aidshilfe – neben vielen anderen Aspekten – die kulturellen Belange von Menschen als selbstverständlicher Teil der Regelversorgung zu begreifen und in Handlungsstrategien einzubeziehen. Dieser Prozess der „interkulturellen Öffnung“ hat gerade erst begonnen.

Nachhaltig wirksam sein wird dieser Prozess nur dann, wenn sich bei den Fachkräften im System ein grundlegender Bewusstseinswandel vollzieht. Appelle, mehr „Kultursensibilität“ zu entwickeln, werden hier kaum ausreichen. Notwendig sind vor allem auch strukturelle Veränderungen. Der Aufbau multikultureller Teams spielt dabei eine entscheidende Rolle. Denn durch sie können die in der Klient-Berater/Therapeut-Beziehung (oftmals latent) wirksamen kulturellen Faktoren auch für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen erfahrbar und somit auch offen thematisiert werden – schließlich birgt die Ver-

ständigung in multikulturellen Teams Schwierigkeiten, die mit denen in der Klient-Berater-Beziehung vergleichbar sind.

Wird die Funktion von Fachkräften mit Migrationshintergrund dagegen lediglich darin gesehen, die Versorgung „spezieller“ Zielgruppen zu verbessern, besteht die Gefahr, dass das Ziel einer interkulturellen Öffnung unterlaufen wird. Ein wesentliches Kriterium für die Qualität interkulturellen Arbeitens ist ja gerade die Bereitschaft, in einem multikulturellen Team den Umgang mit Konflikten zu erlernen, die aus kultureller Differenz resultieren. Dazu gehört, dass in jedem Konfliktfall gemeinsam ein professionell angemessener Lösungsweg ausgehandelt wird.

Literatur

Barth 2002

Barth, W.: Suchtgefährdete Aussiedler im System der Suchthilfe. In: Barth, W./ Schubert, Ch. (Hg.): *Migration – Sucht – Hilfe*. Nürnberg: emwe-Verlag 2002, 21–30

BMG 2008

Bundesministerium für Gesundheit: Öffentliche Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum Thema „Zugang zum Suchthilfesystem von Menschen mit Migrationshintergrund“. Bonn 2008

Czyzcholl 1998

Czyzcholl, D.: Stationäre Therapie für abhängigkeitskranke Migranten. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): *Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft*. Freiburg 1998, 116–126

Infodrog 2009

Infodrog – Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht (Hg.): *Migrationsgerechte Suchtarbeit. Texte von der Praxis für die Praxis*. Bern 2009

RKI (Hg.) 2008

Robert Koch-Institut (Hg.): *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit*. Berlin 2008

Statistische Ämter 2009

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hg.): *Bevölkerung nach Migrationsstatus regional*. Wiesbaden 2009

„test it“ – Ergebnisse des Modellprojekts

Dirk Schäffer und Holger Sweers

2010 führte die Deutsche AIDS-Hilfe in Kooperation mit der Aidshilfe Dortmund e.V. und der Fachhochschule Dortmund das Modellprojekt „test it“ durch.

Im Rahmen dieser modellhaften Intervention bot die Drogenhilfe-Einrichtung KICK (Aidshilfe Dortmund) ihren Nutzerinnen und Nutzern zusätzlich zu den üblichen Angeboten (unter anderem Drogenkonsumraum, Spritzentausch, Abszess- und Wundbehandlungen, Beratungen zum Thema Substitution und Ausstieg, angeschlossenes Kontaktcafé) einen HIV-Schnelltest an. Das Angebot sollte möglichst viele Personen erreichen, die Getesteten über Maßnahmen zum Schutz vor HIV informieren und die Zielgruppe für das Risiko einer Ansteckung mit HIV sensibilisieren.

Wissenschaftlich begleitet und ausgewertet wurde das Modellprojekt von der Fachhochschule Dortmund (Leitung: Prof. Dr. Sigrid Michel). Im Folgenden präsentieren wir die wichtigsten Ergebnisse; der ausführliche Evaluationsbericht steht unter http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/_TEST_IT_Endbericht_final.pdf zum Download zur Verfügung.

Hintergrund

Menschen, die Drogen intravenös konsumieren, sind besonders von HIV- und Hepatitis-Infektionen bedroht. Neben dem Ausbau von praxisnahen Angeboten zur Infektionsvermeidung (z. B. Drogenkonsumräume, Spritzentausch und Spritzenvergabe, Safer-Use-Trainings) ist es ebenso wichtig, Infektionen frühzeitig zu entdecken und zu behandeln.

Drogen gebrauchende Menschen nehmen HIV-Testangebote allerdings nur in geringem Ausmaß wahr – dies zumindest ist die Erfahrung vieler Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Drogenhilfe. Als Grund wird unter anderem der Druck zur Befriedigung der Sucht genannt: Die körperliche und psychische Gesundheit ist in dieser Situation häufig nachrangig. Hinzu kommt die anonyme und wenig vertraute Atmosphäre in Kliniken, Gesundheitsämtern oder Arztpraxen. Eine fast unüberwindbare Hürde stellt außerdem die Blutentnahme aus der Leiste oder dem Hals dar – da die Venen von langjährigen Drogenkonsument(inn)en in der Regel stark geschädigt sind, bleibt häufig keine andere Wahl. Hinderlich ist des Weiteren die lange Dauer zwischen Blutentnahme und der Mitteilung des Ergebnisses – beim üblichen HIV-Antikörpertest etwa eine Woche.

Nicht zuletzt haben Themen wie Testung und Impfung in der Drogenhilfe oftmals einen nachrangigen Stellenwert – die Beratung zu Infektionserkrankungen wird vielfach als ärztliche Aufgabe definiert. Da viele Drogengebraucher/innen aber nur einen sehr eingeschränkten Zugang zum medizinischen Hilfesystem haben, erhalten sie weder die notwendigen Testangebote noch eine entsprechende Beratung, die zur Erhöhung des Risikobewusstseins beitragen kann.

Ziele

Das bundesweit einzigartige Modellprojekt „test it“ sollte Drogenkonsument(inn)en aus der offenen Szene, die vom medizinischen System nur schwer erreicht werden können, anonyme HIV-Schnelltests bieten – und zwar an einem Ort, den sie häufig aufsuchen (Drogenhilfeeinrichtung KICK der Aidshilfe Dortmund). Beim HIV-Schnelltest wird Blut aus der Fingerkuppe entnommen, das Ergebnis liegt bereits nach etwa 15 Minuten vor. Verbunden mit dem Test war eine verpflichtende Beratung einschließlich eines Risikochecks, um Drogenkonsument(inn)en in der Entwicklung persönlicher Schutzstrategien zu unterstützen.

Untersucht werden sollte, inwieweit der Schnelltest die Hürden zur Inanspruchnahme von HIV-Tests senken kann und ob ein solches Projekt dem Thema HIV/Aids und Hepatitis größere Aufmerksamkeit innerhalb der Drogenhilfe verschafft.

Evaluationsmethoden

Für die wissenschaftliche Begleitung wurde ein partizipativer Forschungsansatz gewählt, der gleichzeitig Gütekriterien der Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Gruppen wie auch der qualitativen Evaluationsforschung berücksichtigte. Die partizipative Qualitätsentwicklung legt einen besonderen Schwerpunkt auf die Beteiligung von Projektmitarbeiter(inne)n und den Adressat(inn)en einer Maßnahme, weil sie über „lokales Wissen“ verfügen und wesentlich zur Intervention beitragen.

Neben Fokusgruppenbefragungen und Einzelinterviews wurde ein Fragebogen eingesetzt, der in der Beratung als Gesprächsleitfaden diente. Dieser Fragebogen wurde gemeinsam mit Besucherinnen und Besuchern des KICK entwickelt.

Ausgewählte Projektergebnisse

Inanspruchnahme

Von Januar bis Ende September 2009 wurden insgesamt 185 Testberatungen und 179 Tests durchgeführt; bei 17 dieser Tests handelte es sich um Wiederholungstests ein halbes Jahr nach der Ersttestung.

133 Männer und 35 Frauen wurden im Rahmen des Projekts erstmals beraten, 162 Personen erstmals mit dem HIV-Antikörpertest Determine™ HIV-1/2 (Schnelltest) getestet. Geht man (auf der Basis der bisherigen Daten) von maximal 800 bis 1.000 KICK-Nutzern pro Jahr aus, von denen bei ca. 5 % ein bekannter HIV-positiver Status vorliegt, kann man die Inanspruchnahme des Testangebots als überaus erfolgreich einschätzen: In acht Monaten hat sich etwa ein Drittel der bisher ungetesteten (möglichen) KICK-Nutzer auf HIV testen lassen.

HIV-Rate in der Teilnehmergruppe

Von den 162 Schnelltests waren 6 reaktiv, dies entspricht einem Anteil von 3,7 % (Tab. 1). Von den sechs HIV-positiv getesteten Personen gaben allerdings drei an, sich keiner Risikosituation ausgesetzt zu haben. Drei Personen nannten „unsafe use“, also die gemeinsame Benutzung von Spritzen, eine Person zusätzlich „unsafe sex“ (Sex ohne Kondom). Von den sechs positiv Getesteten befanden sich im Januar 2011 zwei Personen in Haft und zwei in ärztlicher Behandlung.

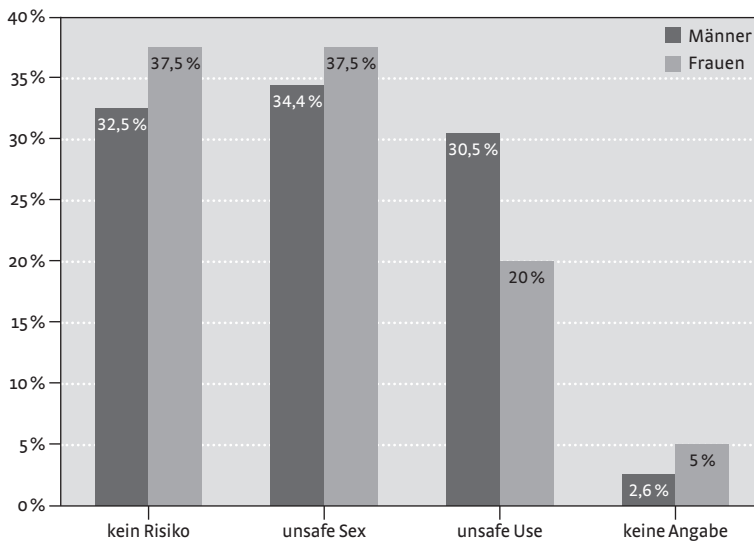
Tab. 1: Ergebnis des Schnelltests

	männlich	weiblich
reaktiv	5	1
nicht reaktiv	124	32
gesamt	129	33

Testgrund

Frauen geben als Testgrund tendenziell häufiger „unsafe sex“ an (37,5 % gegenüber 34,4 % bei den Männern), „unsafe use“ dagegen seltener (20 % gegenüber 30,5 % bei den Männern, siehe Tab. 2).

Tab. 2: Testgrund



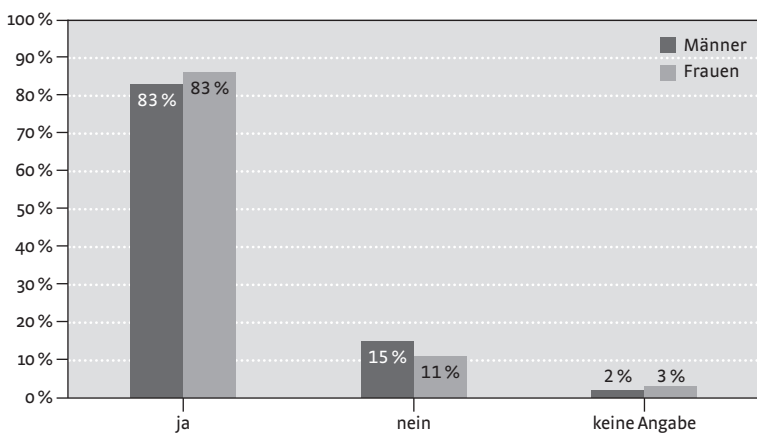
Risikofaktor Alkohol

Die am häufigsten von den Teilnehmer(inne)n genannte Risikosituation war Geschlechtsverkehr mit unbekannten Personen oder Gelegenheitspartnern – oft im Zusammenwirken mit Alkohol, der die Schwelle für das Eingehen von Risikosituationen senkt. Den meisten Befragten war dabei der HIV-Status des Partners oder der Partnerin nicht bekannt: Nur 14 % der Männer wussten, dass Partnerinnen, mit denen sie sich in Risikosituationen befunden hatten, HIV-positiv sind. Bei den Frauen wussten 20 % von der HIV-Infektion eines Partners.

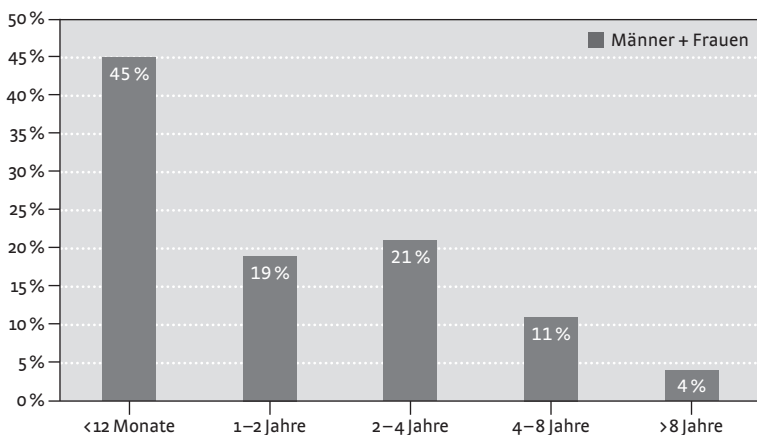
Vorangegangene HIV-Tests

Der Anteil der Teilnehmer/innen, die bereits vor dem Projektzeitraum auf HIV getestet worden waren, ist mit über 80% bei Männern wie Frauen sehr hoch (Tab. 3). Nach Angaben der Projektteilnehmer wurden diese Tests vor allem bei Krankenhaus-, Therapie- oder Haftaufenthalten durchgeführt.

Tab. 3: Wurde bereits ein HIV-Test durchgeführt?



Tab. 4: Zeitpunkt des letzten HIV-Tests



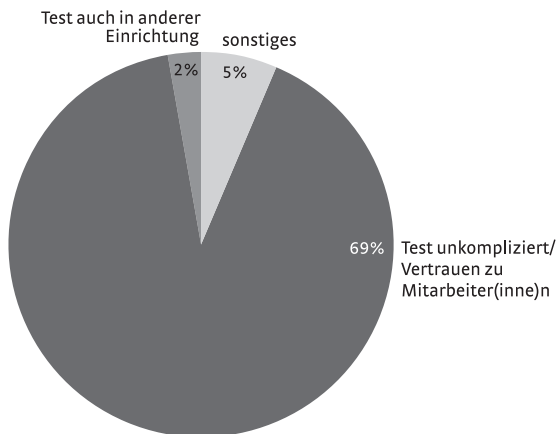
45 % derjenigen, die sich einem Schnelltest im KICK unterziehen wollten, hatten sich in den zwölf Monaten zuvor auf HIV testen lassen. Bei 19 % lag der letzte Test über zwölf Monate zurück, bei 21 % zwei bis vier Jahre, bei 11 % vier bis acht Jahre. Länger als acht Jahre lag der letzte HIV-Test bei 4 % der Teilnehmer/innen zurück (Tab. 4).

Drei Männer, bei denen eine HIV-Infektion festgestellt wurde, waren noch nie zuvor getestet worden!

Bedeutung von Testort und Testart

Die Frage, warum sich die Klient(inn)en im KICK testen lassen, wurde ab der 42. Beratung neu aufgenommen, da Befragungen der Teilnehmer deutliche Hinweise auf die Bedeutung des Testortes und der Testart erbracht hatten. Insgesamt gaben 69 % der Teilnehmer/innen als Grund für die Testung im KICK an, dass der Schnelltest dort „so unkompliziert“ sei oder dass sie das KICK und die Mitarbeiter/innen kannten. Hierbei spielt offenbar das Vertrauen in die Einrichtung, die auf die besonderen Bedürfnisse von Drogenkonsument(inn)en ausgerichtet ist, eine zentrale Rolle für die Akzeptanz des Testangebots (Tab. 5).

Tab. 5: Relevanz von Testort und Testart



Wesentlicher Faktor für die hohen Teilnehmerzahlen (zum Vergleich: im Jahr 2009 wurden nur 21 HIV-Tests durchgeführt) ist offenbar die Testart, das heißt, die kurze Wartezeit bis zur Ergebnismitteilung, die Entnahme von Blut aus der Fingerkuppe und die Möglichkeit, anonym zu bleiben.

Dass das Vertrauen zur Einrichtung eine wichtige Rolle spielt, wird auch durch die Tatsache gestützt, dass keine Drogengebraucher/innen aus anderen Dortmunder Drogenhilfeeinrichtungen zur Teilnahme motiviert werden konnten. Im Rahmen eines sechsmonatigen Anschlussprojekts soll geprüft werden, ob dies durch verstärkte aufsuchende Arbeit erreicht werden kann. Dazu sollen Mitarbeiter/innen anderer Drogenhilfeeinrichtungen zu HIV-Berater(inne)n fortgebildet werden, die in ihren Einrichtungen ebenfalls HIV-Schnelltests anbieten sollen. Der/die erforderliche ärztliche Mitarbeiter/in wird weiterhin von der Einrichtung KICK gestellt.

Hepatitis-Rate

Auffällig ist eine im Vergleich zu anderen Untersuchungen von intravenös Drogen Gebrauchenden geringe Rate von Hepatitis-Infizierten. So gaben „lediglich“ 33 % der männlichen und 28 % der weiblichen Teilnehmer/innen an, sie seien HCV-infiziert. Diese Daten sind allerdings mit Vorsicht zu betrachten, da sie nicht medizinisch kontrolliert werden konnten.

Dass mehr Frauen als Männer angeben, gegen Hepatitis A und B geimpft zu sein (HAV-Impfung: 25 % der Frauen, 17 % der Männer; HBV-Impfung: 34 % gegenüber 21 %), mag Ausdruck eines stärker ausgeprägten Gesundheitsbewusstseins bei Frauen sein.

Selbst- und Fremdwahrnehmung der Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung mit HIV

44 % der Befragten schätzten die Wahrscheinlichkeit, sich mit HIV anzustecken, als „sehr niedrig“ ein. 27 % stuften sich im unteren Bereich ein, nur 20 % gaben eine mittlere Wahrscheinlichkeit an. Als hoch bis

sehr hoch schätzten nur wenige die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion ein.

Ein Risikocheck, bei dem Klient(inn)en und Berater/innen unabhängig voneinander das individuelle Infektionsrisiko auf einer Skala von 1 bis 10 einschätzten, zeigte weitgehende Übereinstimmung (Tabelle 6). Die Testteilnehmer/innen schätzen ihr Risiko offenbar weitgehend realistisch ein. Zu beachten ist allerdings, dass relativ viele Befragte von „unsafe use“ und „unsafe sex“ berichteten, auch wenn die meisten nicht durchgängig riskantes Verhalten praktizieren.

Tab. 6: Einschätzung der Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung mit HIV

Einschätzung durch	Männer	Beratende	Frauen	Beratende
sehr niedrig	55	44	16	16
	24	24	2	6
	14	18	4	6
	4	15	0	1
	22	10	8	2
	3	4	1	0
	3	3	0	3
	1	0	1	0
	0	1	0	0
sehr hoch	0	2	0	0
keine Angabe	7	12	3	2
gesamt	133	133	35	35

Hinzu kommt, dass die HIV-Rate bei Drogengebraucher(inne)n höher ist als in der Durchschnittsbevölkerung – das Ansteckungsrisiko bei Kontakten mit Angehörigen dieser Gruppe ist also höher, und zwar selbst dann, wenn man sich überwiegend risikovermeidend verhält.



FOTO: AIDS-HILFE DORTMUND E.V.

Fazit und Ausblick

Wird in niedrigschwelligen Drogenhilfe-Einrichtungen ein HIV-Schnelltest angeboten, erhöht dies offenbar die Wahrscheinlichkeit, dass intravenös Drogen Gebrauchende (regelmäßiger) davon Gebrauch machen. Die Bereitschaft der Betroffenen, sich in eine Beratung zu begeben und diese auch unaufgefordert ein weiteres Mal aufzusuchen, ist ein Hinweis darauf, dass die Möglichkeiten niedrigschwelliger Angebote noch nicht systematisch ausgeschöpft werden. Hier besteht erheblicher Forschungs- und Entwicklungsbedarf.

Für viele Teilnehmer/innen waren Test und Beratungsgespräch ein Anlass, ihr Infektionsrisiko und ihre Lebenssituation zu reflektieren. Aus den Einzelinterviews geht (selbst bei konservativer Interpretation der Daten) hervor, dass die Teilnahme an der Beratung risikovermeidendes Verhalten unterstützt und Auslöser für Einstellungs- und möglicherweise auch Verhaltensänderungen war.

Die Ergebnisse des „test-it“-Projekts zeigen deutlich, dass Drogenkonsument(inn)en entgegen verbreiteten Vorurteilen großes Interesse an ihrer Gesundheit haben und ein auf ihre Zielgruppe abgestimmtes Gesundheitsangebot wie den HIV-Schnelltest in großer Zahl in Anspruch nehmen. Die HIV-Infektion wird von den Befragten allerdings nicht als zentrales Gesundheitsrisiko wahrgenommen. Größer ist die Angst vor einer Hepatitis-C-Infektion, vor allem aufgrund der von ihr verursachten Erkrankungs- und Todesfälle im Bekannten- und Freundeskreis.

Zu bedenken sind schließlich auch die Grenzen einer solchen Intervention in punkto Prävention und Beratung. Das individuelle Verhalten beeinflussende Faktoren (z. B. biografische, psychosoziale oder demografische) werden nicht durch ein einzelnes Beratungsgespräch außer Kraft gesetzt. Aufklärung zur Infektionsvermeidung ist wichtig, stößt jedoch dort an ihre Grenzen, wo sie auf besonders schwierige Lebenslagen trifft: In stark belastenden Situationen kann risikominderndes Verhalten nicht immer durchgehalten werden. Um es zu unterstützen und zu fördern, ist es daher wichtig, die gesundheits- und drogenpolitischen Rahmenbedingungen zu verändern. Statt also zu versuchen, den Drogengebrauch und -handel über das untaugliche Mittel der Strafverfolgung zu kontrollieren, sollte die Politik den Weg der Legalisierung und Qualitätskontrolle von Drogen einschlagen.



„Ich gebe nicht auf“

Stephanie Schmidt (1965–2010)

An dieser Stelle war ein Beitrag von Stephanie Schmidt über ihren Lebensweg als Drogen gebrauchende und HIV-positive Frau und Mutter vorgesehen – „Ich gebe nicht auf“ sollte sein Titel sein. Mit dem Schreiben hatte sie bereits begonnen, doch einen Schlusspunkt konnte sie nicht mehr setzen. Am 22. Januar 2010 verstarb Stephanie an den Folgen ihrer HIV-Infektion.

Mit unserem Nachruf, den wir anlässlich ihres Todes veröffentlicht hatten, wollen wir auch in diesem Handbuch noch einmal an Stephanie erinnern.

Nachruf auf Stephanie Schmidt

Stephanie (*1965) verstarb am 22. Januar 2010. Wir verabschieden uns und trauern um unsere Kollegin, Freundin und Mitstreiterin.

Stephanie, für viele einfach „Steph“, begann sich in den 1990ern im JES-Netzwerk zu engagieren. In der damals sehr männerdominierten Drogenselbsthilfe schaffte sie es schnell, ihren Platz zu finden und sich zu behaupten – so war sie z. B. mehrere Jahre JES-Bundessprecherin. In der Braunschweiger AIDS-Hilfe e.V. installierte sie in jenen Jahren eine JES-Gruppe, und bald fühlte sie sich ebenso mit der Aidshilfe verbunden, wo sie ihre Kompetenzen erst als ehrenamtliche, später als hauptamtliche Mitarbeiterin einbrachte.

Als HIV-positive Drogengebraucherin und Mutter war es Steph ein großes Anliegen, gemeinsam mit anderen gegen Stigmatisierung, Vorurteile und Ausgrenzung anzugehen – und sie tat das stets mit all ihrer Kraft. So war Steph über viele Jahre das Bindeglied zwischen dem JES-Netzwerk und der Positiven-Community im DAH-Verband. Bei den „Positiven Begegnungen“, im Netzwerk Frauen und Aids, im DAH-Delegiertenrat und bei vielen anderen Gelegenheiten hat Steph die Interessen verschiedener Gruppen bestimmt und auf sympathische Weise vertreten. Mutig zeigte sie „Gesicht“, z. B. auf einer Postkarte, in einer Broschüre und zuletzt bei der Straßenbahnaktion „Aids braucht positive Gesichter“ der Braunschweiger AIDS-Hilfe, deren Start Ende Oktober 2009 Steph glücklicherweise noch miterleben durfte.

Ihr Motto war „Ich gebe nicht auf!“, und so wird Steph auch immer in unserer Erinnerung bleiben: als Energiebündel, das oft die eigenen Grenzen überschritt, als eine Frau, die alle Tiefschläge, die das Leben für sie bereithielt, immer wieder meisterte, als ein lebenswürdiger Mensch mit großer Überzeugungskraft, Klarheit und Präsenz.

Steph fehlt uns. Aber wir wissen auch, was sie jetzt sagen würde: „Kein Grund aufzugeben, es gibt noch so viel zu tun!“

*Dirk Schäffer und Silke Eggers
Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Bundesweites JES- Netzwerk*

HIV-Therapie bei Drogenkonsumenten und Substituierten

Jörg Gölz

Einleitung

Bei HIV-infizierten Drogenkonsumenten ist der Anteil der antiretroviral Behandelten deutlich geringer als bei HIV-Infizierten anderer Betroffenenengruppen. Das liegt daran, dass der größte Teil von ihnen bei Ärzten substituiert wird, die keine speziellen Kenntnisse zur Behandlung der HIV- und HCV-Infektion besitzen. Werden Drogenkonsumenten in HIV-Schwerpunktpraxen substituiert, so liegt die Behandlungshäufigkeit in der Dimension der anderen Risikogruppen (ca. 80 %).

Mehrere Gründe sind für diese Unterversorgung verantwortlich zu machen. Zunächst einmal sind *aktive* Drogenkonsumenten nur ausnahmsweise in der Lage, eine komplexe medikamentöse Therapie pünktlich einzunehmen. Dann: Ein Großteil der infektiologisch nicht versierten substituierenden Ärzte auf dem Lande hat keine HIV-Schwerpunktpraxis oder HIV-spezialisierte Krankenhausambulanz zur Verfügung. Da die HIV-Infektion viele Jahre symptomarm verläuft, warten diese Ärzte erst einmal ab. Nach der ersten opportunistischen Infektion wird dann entsprechend der spezialisierten Institution antiretroviral behandelt. Aber auch bei den Ärzten in Großstädten, wo es nicht an geeigneten Spezialisten mangelt, werden Drogenpatienten

häufig sehr spät mit irreversiblen Immundefekten zum HIV-Spezialisten überwiesen. Die trügerische Ruhe der Latenzzeit der HIV-Infektion lädt offenbar ebenfalls zum Abwarten ein. Hier muss in Zukunft bei Ärzten und Patienten eine immense Aufklärungsarbeit geleistet werden, damit auch Drogenpatienten von den ausgezeichneten Ergebnissen der heutigen HIV-Therapie besser profitieren können.

Entwicklung der Therapie

Zwischen 1985 und 2009 hat sich die antiretrovirale Therapie stürmisch entwickelt. Waren in den achtziger Jahren einfach zu wenig Substanzen für eine wirksame Kombinationstherapie vorhanden, änderte sich das mit der Einführung des ersten Protease-Inhibitors 1996. Ab diesem Zeitpunkt kamen in kurzen Abständen immer mehr und immer wirksamere Substanzen auf den Markt. Die Therapie wurde zunehmend einfacher: Die tägliche Tablettenzahl nahm ab, die Bindung an Mahlzeiten wurde verringert, die Wechselwirkungen vor allem mit Methadon wurden den Ärzten geläufiger. Zu den jahrzehntelang vorhandenen zwei Medikamentenklassen der Reverse-Transkriptase-Hemmer und Protease-Hemmer kamen in den letzten fünf Jahren Medikamente mit zwei neuen Angriffspunkten hinzu: die Eintritts-Hemmer und die Integrase-Hemmer. Daneben wurden viele Medikamente kombiniert in einer Tablette produziert, sodass sich die tägliche Einnahme immer weiter vereinfachte, bis zuletzt eine Dreifachtherapie in nur einer Tablette untergebracht war, die zudem nur einmal täglich eingenommen werden muss.

Während dieser Entwicklung wurde immer deutlicher, dass eine hohe Einnahmegenauigkeit notwendig ist, damit das Virus keine Resistenzen gegen die Medikamente entwickelt, wodurch sich die Therapieoptionen für den Einzelnen wieder verringern würden. Das Management einer ausreichenden Compliance trat damit in den Mittelpunkt des ärztlichen Handelns.

Die gegen HIV gerichteten Medikamente

Insgesamt stehen heute 24 Substanzen zur Verfügung. Davon werden zwei nicht mehr angewandt (ddC, DLV), ein Protease-Hemmer (Ritonavir) wird nur noch dazu benutzt, für andere Protease-Hemmer einen höheren Blutspiegel zu schaffen.

Tabelle 1: Überblick über die Medikamente

Substanzgruppe/Name	Kürzel	Handelsnahme	Einnahme pro Tag
NRTI (Reverse-Transkriptase-Hemmer)			
Zidovudin	AZT	Retrovir®	2 x 250 mg
Didanosin	ddI	Videx®	1 x 400 mg 1 x 250 mg mit TDF
Stavudin	d4T	Zerit®	2 x 40 mg
Lamivudin	3TC	Epivir®	1 x 300 mg
Abacavir	ABC	Ziagen®	2 x 300 mg 1 x 600 mg
Emtricitabin	FTC	Emtriva®	1 x 200 mg
Tenofovir	TDF	Viread®	1 x 245 mg
NNRTI (nichtnukleosidale Reverse-Transkriptase-Hemmer)			
Efavirenz	EFV	Sustiva®	1 x 600 mg
Nevirapin	NVP	Viramune®	2 x 200 mg
Etravirin	ETV	Intelence®	2 x 200 mg
PI (Protease-Hemmer)			
Saquinavir	SQV	Invirase®	2 x 1000 mg + 2 x 100 mg RTV
Indinavir	IDV	Crixivan®	3 x 800 mg

Ritonavir	RTV	Norvir®	1 x 100 mg bis 2 x 200 mg nur zur Boosterung anderer PI
Nelfinavir	NFV	Viracept®	2 x 1250 mg
Fosamprenavir	fAPV	Telzir®	2 x 700 mg + 2 x 100 mg RTV
Atazanavir	ATV	Reyataz®	1 x 300mg + 1 x 100mg RTV
Lopinavir	LPV	Kaletra®	2 x 400 mg (enthält 200mg RTV)
Tipranavir	TPV	Aptivus®	2 x 500 mg + 2 x 200 mg RTV
Darunavir	DRV	Prezista®	2 x 600 mg + 2 x 100mg RTV
II (Integrase-Hemmer)			
Raltegravir	RAV	Isentress®	2 x 400 mg
FI (Fusions-Hemmer)			
Enfuvirtide subkutane Injektion	T-20	Fuzeon®	2 x 90 mg
EI (Entry-Hemmer, CCR5-Hemmer)			
Maraviroc	MVC	Celsentri®	sehr verschieden je nach Begleitmedikamenten

Tabelle 2: Antiretrovirale Kombinationspräparate

Substanzen	Kürzel	Handelsnahme	Einnahme pro Tag
Zidovudin + Lamivudin	AZT + 3TC	Combivir®	2 x 250/300 mg
Zidovudin + Lamivudin + Abacavir	AZT + 3TC + ABC	Trizivir®	2 x 250/150/300 mg
Abacavir + Lamivudin	ABC + 3TC	Kivexa®	1 x 600/300 mg
Tenofovir + Emtricitabin	TDF + FTC	Truvada®	1 x 245/200 mg
Tenofovir + Emtricitabin + Efavirenz	TDF + FTC + EFV	Atripla®	1 x 245/200/600 mg

Richtlinien für die antiretrovirale Therapie bei Drogenabhängigen

Im Jahr 2008 sind von Suchtmedizinern und HIV-Spezialisten Richtlinien zur antiretroviralen Therapie bei Drogenkonsumenten (DGS/DAIG/DAGNÄ 2008) verabschiedet worden.

Für eine antiretrovirale Therapie sind nur Substituierte oder abstinente Drogenabhängige geeignet. Jemand, der auf der Drogenszene lebt, ist nicht in der Lage, eine ausreichende Zuverlässigkeit bei der Medikamenteneinnahme zu erreichen. Damit eine Resistenzentwicklung verhindert wird, müssen in der Regel über 90 % der Einnahmezeitpunkte exakt eingehalten werden. Unter Beschaffungsstress ist das nicht möglich. Es gibt nur seltene Ausnahmen, bei denen der tägliche Heroinkonsum in so geregelten Bahnen abläuft, dass auch während der manifesten Heroinabhängigkeit eine antiretrovirale Therapie möglich ist.

Bei der Erstdiagnostik eines HIV-infizierten Drogenabhängigen sind zusätzlich Hepatitis A, B und C zu kontrollieren. Liegen keine früheren Infektionen mit Hepatitis A oder B vor, soll der Patient dagegen geimpft werden. Bei positivem HCV-Antikörpertest muss die Viruslast des HC-Virus bestimmt werden, um ausgeheilte Infektionen von chronischen Infektionen zu unterscheiden. Die HCV-Infektion kann bei HIV-Koinfizierten nur bei einer CD4-Zellzahl über 300 ($> 15\%$) mit Aussicht auf Erfolg behandelt werden. Bei gleichzeitiger HCV-Therapie mit pegyliertem Interferon plus Ribavirin darf die antiretrovirale Therapie nicht die Substanzen Zidovudin, Didanosin, Stavudin und Abacavir enthalten.

Die aktuell gültigen Regeln für die antiretrovirale Therapie gelten uneingeschränkt auch für substituierte Drogenabhängige. Die üblichen Behandlungsregimes sind Dreifachtherapien mit zwei NRTI und einem NNRTI oder einem geboosterten PI. Nach neuen Studienergebnissen ist auch die Kombination von zwei NRTI mit dem Integrase-Hemmer möglich. Der Fusions-Hemmer und der Entry-Inhibitor sind bis jetzt für spätere Regimes vorgesehen.

Die vollständige Unterdrückung der Viruslast wird vierteljährlich vom Arzt kontrolliert. Steigt sie unter der Therapie wieder an, hat das

Virus eine Resistenz gegen eine oder mehrere Substanzen gebildet. Dies wird durch ein Virogramm festgestellt. Entsprechend der festgestellten Resistenzen werden neue Medikamente verordnet. Mit den aktuell vorhandenen Medikamenten kann man bei fachmännischem Einsatz und guter Compliance circa 15 bis 20 Jahre eine Virusvermehrung verhindern. Zusätzlich kommen ständig neue Substanzen auf den Markt.

Bei der Auswahl der Medikamente müssen die psychischen Begleiterkrankungen und die Begleitmedikamente berücksichtigt werden. Viele antiretrovirale Medikamente verursachen psychische Nebenwirkungen, die eine im gleichen Sinn wirkende Erkrankung verstärken können. Eine Reihe von antiretroviralen Medikamenten zeigt Wechselwirkungen mit Methadon, Antidepressiva, Neuroleptika, Antibiotika und Antimykotika. Durch die Wahl der passenden Medikamente versucht man, diese Interaktionen zu vermeiden oder aber die Dosis des Medikaments entsprechend anzupassen.

Ist neben der antiretroviralen Behandlung eine HCV-Therapie mit pegyliertem Interferon plus Ribavirin geplant, sollte die antiretrovirale Therapie nicht Zidovudin, Didanosin, Stavudin, Nevirapin oder Tiplranavir enthalten, da ungünstige Interaktionen oder lebertoxische Begleiterscheinungen drohen.

Muss neben der HIV-Infektion auch eine chronische Hepatitis B behandelt werden, so sollten Medikamente gewählt werden, die gegen beide Viren wirksam sind. Das Standardpräparat in diesem Fall ist Truvada®, das mit Tenofovir und Emtricitabin zwei Substanzen gegen Hepatitis B und HIV enthält.

In der Schwangerschaft sollen Efavirenz, Stavudin, Didanosin, Atazanavir, Tiplranavir und Darunavir vermieden werden. Nevirapin sollte wegen der erhöhten Leberschädlichkeit nicht bei Schwangeren mit einer CD4-Zellzahl über 250/µl eingesetzt werden.

Compliance

Unter „Compliance“ versteht man das Zusammenwirken von Arzt und Patient bei einer Therapie, damit sie Erfolg hat. Dabei muss der Arzt ebenso bestimmte Bedingungen erfüllen wie sein Patient.

Beitrag des Arztes

Auf Seiten des Arztes ist eine Fülle von Fertigkeiten und Kenntnissen notwendig, um eine antiretrovirale Therapie bei Drogenkonsumenten erfolgreich zu gestalten:

- suchtmmedizinische, psychiatrische und infektiologische Kenntnisse
- Kenntnisse von der Lebensweise des Patienten (subkulturelles Milieu)
- diagnostische Abklärung der Therapiebedürftigkeit
- verständliche Aufklärung über das Krankheitsbild
- verständliche Erklärung der Behandlungsmaßnahmen
- Einschätzung, ob die Therapie begonnen werden kann
- individuelle Wahl der Therapie für den Patienten je nach Begleiterkrankungen und Begleitmedikation
- Anpassung der Therapie bei nicht tolerablen Nebenwirkungen und Interaktionen
- Kontrolle der Wirksamkeit und der Nebenwirkungen der Therapie (Laborparameter)
- Motivierung zur Einhaltung der Therapievorschriften
- Management der Nebenwirkungen.

Sollten die psychiatrischen oder infektiologischen Kenntnisse des behandelnden Arztes nicht ausreichen, muss er eine stabile Kooperation mit entsprechenden Spezialisten aufbauen.

Die Prozesse der Virusvermehrung im Körper und die Auswirkungen der Medikamente sollten verständlich erklärt werden, sodass der Patient die Notwendigkeit der Therapie begreift. Der Beginn einer Therapie sollte nicht unvermittelt geschehen. Besser ist eine allmähliche Vorbereitung, bei der man dem Patienten vorher ankündigt, dass

nach den gemessenen Laborwerten in den nächsten Wochen oder Monaten eine Therapie ansteht. Der Beginn in sozialen oder psychischen Krisenzeiten muss vermieden werden, da die Gefahr einer ungenauen Medikamenteneinnahme besteht, was zur Resistenzbildung führen kann. Aus den gleichen Gründen ist in Krisensituationen eine Therapiepause angezeigt.

Neben der Anfangsdiagnostik und der Verlaufskontrolle vor und während der Therapie muss das Therapieregime unter Umständen mehrmals umgestellt werden, wenn sich schwer tolerable Nebenwirkungen oder Wechselwirkungen einstellen. Bei bestimmten Medikamenten muss die Methadon- oder Buprenorphindosis angepasst werden. Oft müssen zusätzliche Medikamente verordnet werden, um die Nebenwirkungen der antiretroviralen Therapie erträglicher zu machen.

Beitrag des Patienten

Auf Seiten des Patienten müssen vor einer komplexen medikamentösen Langzeittherapie ebenfalls eine Reihe von Einstellungen entwickelt oder gefunden werden:

- Fähigkeit zur Einsicht
- Überwindung von Vorbehalten und inneren Widerständen
- Planung der Medikamenteneinnahme, sodass sie zum eigenen Tagesablauf passt
- Bekämpfung von Störfaktoren
- Nutzung eines Systems, das an die Medikamenteneinnahme erinnert
- rechtzeitige Besorgung der Medikamente
- Einhalten der Arzttermine zur Therapiekontrolle
- Annehmen von Unterstützung aus dem sozialen Nahfeld.

Bevor ein Drogenpatient zuverlässig seine antiretroviralen Medikamente einnehmen kann, muss in Basisbereichen Ruhe geschaffen werden. Voraussetzungen sind eine eigene Wohnung (oder betreutes Wohnen) und eine finanzielle Sicherung. Nach Möglichkeit sollten

problembelastete Beziehungen (Partner, Freunde, Eltern, Geschwister) aufgelöst sein, was aber häufig zu lange dauert. Ideal wäre, wenn Substitution und HIV-Therapie vom selben Arzt durchgeführt würden. Das ist aber praktisch in den meisten Fällen nicht zu verwirklichen.

So muss der HIV-infizierte Patient neben seinem substituierenden Arzt noch Vertrauen zu einem infektiologisch tätigen Arzt finden. Auch das gelingt in den meisten Fällen. Nur bei Patienten mit dauerhaft chaotischem Lebensstil leidet die antiretrovirale Therapie, da es dann häufig nicht zur Koordination von Besuchen bei zwei verschiedenen Ärzten reicht.

Sobald ruhige Lebens- und Substitutionsverhältnisse gesichert sind, erweisen sich Drogenpatienten als sehr therapietreu, sowohl bei der antiretroviralen Therapie als auch bei der Therapie der Hepatitis C. Die immer wieder festgestellte Mangelversorgung bei beiden Erkrankungen ist also überwiegend den Vorurteilen der behandelnden Ärzte und der Struktur des Versorgungssystems anzulasten.

Beitrag der Medikamente

Selbstverständlich beeinflussen die Eigenschaften der medikamentösen Therapie ebenfalls ganz erheblich die Compliance. Je größer die Anzahl der Tabletten/Kapseln pro Tag, desto wahrscheinlicher ist, dass eine Einnahme ausgelassen wird. Je größer die Tabletten sind und je schwerer sie sich schlucken lassen, desto häufiger wird ihre Einnahme unterlassen. Eine ein- bis zweimal tägliche Einnahme wird in der Regel gut akzeptiert, bei drei oder mehr Einnahmezeitpunkten nimmt die Zahl der vergessenen Tabletten rapide zu. Eine Einnahme unabhängig von Mahlzeiten fördert die Compliance. Auch unangenehme Nebenwirkungen beeinträchtigen die Bereitschaft, die Medikamente diszipliniert einzunehmen.

Compliancefördernde Medikamenteneigenschaften sind:

- geringe Tabletten-/Kapselzahl pro Tag
- kleine Tabletten oder Kapseln

- nicht mehr als zwei Einnahmezeitpunkte pro Tag
- Einnahme unabhängig von Mahlzeiten
- wenig Nebenwirkungen
- geringe Wechselwirkungen mit Methadon oder Buprenorphin.

Von besonderer Wichtigkeit sind Interaktionen mit Buprenorphin und Methadon/Polamidon. Wird der Spiegel des Substituts durch ein Medikament gesenkt, muss der Arzt rasch nach den Angaben des Patienten nachdosieren, da sonst mit Sicherheit das verursachende Medikament nicht mehr eingenommen wird. Umgekehrt muss, wenn der Spiegel eines Substituts durch ein Medikament angehoben wird, das Substitut reduziert werden. Ein typisches Beispiel ist das mit Norvir® geboosterte Reyataz® bei der Buprenorphin-Substitution. Tabelle 3 gibt Aufschluss über die wichtigsten Interaktionen.

Tabelle 3: Wechselwirkungen zwischen antiretroviralen Substanzen und Substitutionsmitteln (Klinker 2008)

antiretrovirale Substanz	Veränderung des Methadonspiegels	Veränderung des Buprenorphinspiegels
Viramune®	starke Senkung	starke Senkung
Sustiva®	deutliche Senkung	nicht untersucht
Viracept®	deutliche Senkung	nicht untersucht
Aptivus®	deutliche Senkung	nicht untersucht
Reyataz®	keine Veränderung	deutliche Erhöhung
Kaletra®	deutliche Senkung	nicht untersucht
Norvir®	widersprüchliche Daten	deutliche Erhöhung
Prezista®	Senkung, aber klinisch nicht relevant	nicht untersucht
Invirase®	Senkung, aber klinisch nicht relevant	nicht untersucht
Telzir®	Senkung, aber klinisch nicht relevant	nicht untersucht

Zusammenfassung

Die antiretrovirale Therapie ist im letzten Jahrzehnt deutlich verbessert worden. Mit den vorhandenen Medikamenten lässt sich die Virusvermehrung im Einzelfall bis zu 20 Jahre unterdrücken. Die HIV-Infektion ist also kein tödliches Schicksal mehr, sondern eine gut behandelbare chronische Erkrankung. Das gilt auch für substituierte und abstinente Drogenkonsumenten, deren Compliance durch die vereinfachten Therapieregimes erheblich verbessert wurde. Die desolaten Verläufe der früheren Jahre mit den überfordernden Primär- und Sekundärprophylaxen sind Geschichte. Die Therapietreue der Drogenpatienten ist sogar so gut, dass sie die nebenwirkungsreiche zusätzliche Therapie der häufig anzutreffenden Hepatitis C ebenfalls diszipliniert durchstehen.

Aufgrund der Nebenwirkungen und Wechselwirkungen der antiretroviralen Medikamente sind bei deren Auswahl für Drogenpatienten zusätzliche Faktoren zu berücksichtigen: ein stabiles soziales Milieu, Therapiepausen während akuter Krisensituationen zur Verhinderung von Resistenzbildung durch ungenaue Einnahme, Dosisanpassung bei Wechselwirkungen mit Buprenorphin oder Methadon/Polamidon, Verschärfung psychiatrischer Begleiterkrankungen, chronische Hepatitis B oder C, Erkrankungen des Herzens und der Nieren.

Obwohl die Behandlung der HIV-Infektion heute durch Richtlinien gesichert ist und sich bei Drogenabhängigen als ebenso erfolgreich wie bei anderen Gruppen von HIV-Infizierten erwiesen hat, liegt die Behandlungshäufigkeit bei ihnen deutlich unter der anderer Gruppen. Das hat im Wesentlichen zwei Gründe. Einer ist ein struktureller Mangel des Versorgungssystems: Es gibt zuwenig Praxen mit suchtmedizinischer und infektiologischer Kompetenz. Auf dem Land gibt es für den substituierenden Arzt und damit auch für den Patienten in der Regel keine HIV-Schwerpunktpraxis im weiteren Umkreis.

Der zweite Grund für die Unterversorgung liegt bei den behandelnden Ärzten: Ein großer Teil der substituierenden Ärzte ist in der Vorstellung befangen, dass sich eine so teure Therapie bei den Drogenkonsumenten nicht lohne, da deren mangelhafte Compliance daraus eine

sinnlose Geldverschwendung mache. Dieses Vorurteil hält sich nahezu unbeeinflussbar seit vielen Jahren, obwohl es inzwischen in Studien massenhaft Belege dafür gibt, dass die Therapietreue bei Drogenkonsumenten vergleichbar mit der anderer Gruppen ist. Hier ist für die Zukunft eine intensive Aufklärungsarbeit erforderlich, die gleichzeitig auf die ärztliche Reserviertheit gegenüber der Therapie der Hepatitis C bei Drogenkonsumenten zielt. Ohne die Anleitung der Primärversorger werden Drogenkonsumenten häufig weiter ohne Therapie der HIV-Infektion und der chronischen Hepatitis C bleiben. Die Kombination beider Erkrankungen führt unbehandelt in wenigen Jahren jedoch zum Tod durch Leberversagen.

Literatur

DGS/DAIG/DAGNÄ 2008

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.), der Deutschen AIDS-Gesellschaft (DAIG) und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der HIV-Versorgung e.V. (DAGNÄ). In: *Suchtmed* 2008, 10, 187–194

Gölz/Rockstroh 2001

Gölz, J./Rockstroh, J.: Compliance in der HIV-Therapie. 1. Aufl. Bremen, London, Boston: Unimed-Verlag 2001

Gölz u. a. 2007

Gölz, J./Backmund, M./Gastpar, M./Wittchen, H.U.: Unterversorgung und Fehlallokation. In: *Dt. Ärztebl.* 2007, 103, 2917

Klinker 2008

Klinker, H.: Wechselwirkungen zwischen antiretroviraler Therapie (ART) und Substitutionsmedikamenten. In: *Suchtmed* 2008, 10 (Suppl 1), 36–43

Hepatitis-C-Therapie als Chance. Ein Erfahrungsbericht

Dirk Schäffer

In Deutschland sind nach offiziellen Angaben etwa 500.000 Menschen mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) infiziert. Geht man davon aus, dass lediglich 30 % von ihrer Infektion wissen, kann die tatsächliche Zahl der HCV-Infizierten durchaus auf 1 Million geschätzt werden (vgl. Radun, S. 75 in diesem Band). Eine besonders betroffene Gruppe sind intravenös injizierende Drogengebraucher/innen. Aktuelle Studien zeigen, dass zwischen 50 und 90 % der Heroinkonsument(inn)en mit HCV infiziert sind.

Obwohl die Substitutionsbehandlung heute kein Grund mehr ist, jemanden von einer HCV-Therapie auszuschließen, werden nur ca. 10 % der Behandlungsbedürftigen mit Interferon behandelt. Dafür gibt es mehrere Gründe:

- Vielen Suchtmediziner(inne)n fehlen die für diese Behandlung erforderlichen Fachkenntnisse.
- Gastroenterologen und Hepatologen verfügen zwar über die fachlichen Voraussetzungen, haben aber oft nur wenig Interesse, Drogenkonsument(inn)en eine HCV-Therapie anzubieten.
- Viele Drogengebraucher/innen werden von der Behandlung ausgeschlossen, weil es ihnen vermeintlich oder tatsächlich an der nötigen Therapietreue (Compliance oder Adhärenz) mangelt. Dabei ist

die Rate der langfristig erfolgreichen Interferontherapien bei Drogengebrauchern in etwa genauso hoch wie bei Patient(inn)en, die keine Opiate konsumieren.

- Viele Substituierte schrecken vor der Interferontherapie zurück, weil in ihren sozialen Zusammenhängen kaum von Behandlungserfolgen, sondern meist nur von Nebenwirkungen und Therapieabbrüchen berichtet wird.

Um bei Ärzt(inn)en, Drogenberater(inne)n, Drogen Gebrauchenden und Substituierten Vorbehalte abzubauen, habe ich mich entschlossen, meine eigenen Erfahrungen mit der Interferontherapie niederzuschreiben. Deutlich soll werden, dass eine Therapie je nach Mensch sehr unterschiedlich verlaufen kann. Sie muss auch nicht unbedingt eine zwölf Monate lange Quälerei sein. Nicht zuletzt sollten die heutigen Erfolgsraten von bis zu 90 % Grund genug sein, die Interferonbehandlung als Chance zu begreifen und sich für sie zu öffnen.

Auf den Arzt kommt es an

Vor etwa fünf Jahren entschloss ich mich, eine Interferonbehandlung zu beginnen. Mein Arzt hat dabei eine entscheidende Rolle gespielt. Er konnte mir meine Angst vor der Therapie weitgehend nehmen, indem er mir aufzeigte, was sie mir bringen könnte. Mir wurde bewusst, dass es keine wirkliche Alternative dazu gab: Es gab ja keine andere wirksame Behandlungsform, und der Fibrosegrad¹ meiner Leber lag bereits zwischen 2 und 3. Das heißt, dass die Vernarbung der Leber schon ziemlich weit fortgeschritten war. Ohne Behandlung wäre sie in zehn Jahren so sehr geschädigt gewesen, dass dies lebensbedrohliche Folgen gehabt hätte.

Die Beziehung zwischen mir und meinem Arzt war vertrauensvoll, er war fachlich versiert und würde in den zwölf Monaten Behandlungsdauer mein enger Begleiter sein. Diese wichtigen Vor-

¹ Der anhand einer Gewebeprobe ermittelte Fibrosegrad gibt Auskunft darüber, wie sehr das Hepatitis-C-Virus die Leber bereits geschädigt hat (0 = keine Fibrose, 4 = Zirrhose).

aussetzungen für eine HVC-Therapie waren also erfüllt. Trotzdem bedufte es etlicher Anläufe, bis ich endlich den Einstieg wagte. Da war die Angst vor den so häufig beschriebenen Nebenwirkungen – grippeähnliche Symptome wie bei einem Entzug, Haarausfall, Depressionen usw. – und die Angst, wegen solcher Nebenwirkungen nicht arbeitsfähig zu sein. Ein Jahr lang würde ich Interferon nehmen müssen, weil ich mit HVC vom Genotyp 1b infiziert war, und die Aussichten, dass HCV vollständig aus meinem Körper entfernt wird, lagen bei etwa 50 %.

Ein guter Start

Ich erhielt eine Kombinationstherapie mit pegyliertem Interferon und Ribavirin. Einmal pro Woche musste ich mir das Interferon in die Bauchfalte oder in den Oberschenkel spritzen und täglich die Ribavirin-Tablette schlucken.

Die erste Spritze verabreichte mir mein Arzt in der Praxis. Danach injizierte ich mir das Medikament zu Hause. Ich weiß noch, wie aufgeregt ich vor der ersten selbst verabreichten Injektion war. Als ich mich gespritzt hatte, wartete ich gespannt auf die Wirkung. Das erinnerte mich an jene Zeiten, als ich auf das Einsetzen der Heroinwirkung wartete. Doch so sehr ich auch in mich hineinhörte: es pasierte nichts. Mein Körper reagierte nicht mit der so oft berichteten Abwehr.

Kaum Nebenwirkungen und ein erster Erfolg

Auch in der nächsten und übernächsten Woche verlief die Behandlung unkompliziert und nahezu ohne Symptome. Dabei hatte ich doch gehört, dass bei den ersten Injektionen die Nebenwirkungen stärker seien, weil sich der Körper erst an das Interferon gewöhnen müsse. Mir kamen erste Zweifel, ob sie überhaupt anschlägt, hatte mein Arzt doch gesagt, dass Nebenwirkungen immer auch ein Zeichen für die

Wirksamkeit der Behandlung sind. Da am Tag der Interferon-Injektion und am Tag danach die Nebenwirkungen besonders stark sein können, hatte ich mich bei Therapiebeginn entschieden, das Medikament immer Freitags zu spritzen. So würde ich die Wochenenden nutzen können, um die Nebenwirkungen zu behandeln und mich zu erholen, sodass ich für die Arbeitswoche wieder fit war. Doch außer morgendlicher Kopfschmerzen an einigen Tagen und vermindertem Appetit blieb alles erst mal recht erträglich.

Vor der ersten, entscheidenden Untersuchung zwei Monate nach Therapiebeginn war ich sehr aufgeregt: Hier sollte anhand einer Blutprobe geprüft werden, ob die Medikamente anschlugen. Tatsächlich war die Viruslast deutlich – um zwei „Logstufen“ – gesunken. Wäre das nicht der Fall gewesen, hätte man die Therapie wahrscheinlich abbrechen müssen, um den Körper nicht unnötigerweise zu belasten. Denn wenn die Medikamente innerhalb von etwa zwei Monaten noch keine Wirkung zeigen, ist ein langfristiger Erfolg höchst unwahrscheinlich.

Ganz so einfach war es dann doch nicht

Ich war froh, dass ich die Behandlung fortsetzen konnte. Noch zehn Monate hatte ich vor mir. Jetzt aber wusste ich: Die Medikamente wirken und bekämpfen die Hepatitisviren. Das machte Mut und motivierte mich enorm.

Mut und Motivation waren umso wichtiger, als die Nebenwirkungen, auch wenn sie nicht stark waren, nun doch länger anhielten. Meine Appetitlosigkeit führte zu einem sichtbaren Gewichtsverlust, und ich merkte, dass ich mich auch emotional veränderte. Aufgrund meiner recht hohen L-Polamidon-Dosis hatte ich bisher keine bemerkenswerten Ups und Downs mehr erlebt. Jetzt aber war mir, als hätte ich nur noch eine hauchdünne Schutzhülle, die beim geringsten Stress sofort Risse bekommt. Ich war schnell erschöpft. Und es gab Tage, an denen ich, wenn nicht alles 100-prozentig lief, körperlich und mental völlig fertig bereits mittags mein Büro verließ.

Das dicke Ende kam zum Schluss

Ein intaktes soziales Netzwerk aus Angehörigen, Freunden, Bekannten usw. ist in jeder Lebensphase wichtig. Doch mit den physischen und psychischen Veränderungen während der Interferontherapie erhielten Geborgenheit, Sicherheit und Partnerschaft für mich eine noch größere Bedeutung. Ich möchte mir gar nicht vorstellen, wie diese Zeit ohne meine Lebenspartnerin, meine Arbeitskollegen und Freunde verlaufen wäre. Mit ihrem Rückhalt hielt ich die HCV-Therapie durch – ohne die zusätzliche Einnahme von „Stimmungsaufhellern“ wie Tranquilizern oder anderen antidepressiv wirkenden Medikamenten.

Psychopharmaka als Prophylaxe?

Damit während der Interferontherapie keine Depressionen oder andere psychische Veränderungen auftreten, verabreichen heute manche Ärzte ihren Patientinnen und Patienten bereits vier Wochen vor Behandlungsbeginn Psychopharmaka, z.B. Antidepressiva. Einer solchen Prophylaxe stehe ich kritisch gegenüber. Zwar kommt es bei 30 bis 40% der mit Interferon Behandelten zu leichten bis mittelschweren Symptomen einer Depression oder zu Angstzuständen. Doch die meisten dieser Nebenwirkungen lassen sich gut behandeln und schnell beheben, sodass es aus meiner Sicht nicht nötig ist, diese Medikamente vorbeugend einzusetzen. Anders ist das bei Patient(inn)en, die bereits vor der HCV-Therapie ausgeprägte psychische Auffälligkeiten und Angststörungen aufweisen. Hier muss der Arzt allerdings sorgfältig abwägen, ob diese Patienten für eine Interferontherapie überhaupt geeignet sind.

Die Wochen und Monate vergingen, und ich arrangierte mich mit der Therapie. Die positive gesundheitliche Entwicklung, die sich auch in einer stetigen Verringerung der Viruslast ausdrückte, motivierte mich und half mir, die schlechten Zeiten mit Kopfschmerzen, Übelkeit, Abgeschlagenheit, Gereiztheit und allgemeinem Schwächegefühl durchzustehen.

Wie etliche andere Substituierte habe ich einen Vollzeitjob. Für mich war es wichtig, meine Arbeitgeberin, die Deutsche AIDS-Hilfe, über meine bevorstehende Interferontherapie zu informieren und auf eventuelle Ausfallzeiten vorzubereiten. Sie zeigte sich verständnisvoll und gab mir die Freiheit, meine Arbeitszeit nach den Therapie-Erfordernissen zu gestalten. Das war für mich beruhigend, denn falls ich öfter arbeitsunfähig sein sollte, brauchte ich nicht immer irgendwelche Geschichten aufzutischen. Unter diesen Bedingungen war meine Berufstätigkeit, verbunden mit meiner Freude am Job, eher eine Unterstützung für die Therapie, als dass sie mich belastet hätte.

In relativ guter Verfassung steuerte ich schließlich auf die drei letzten Therapiemonate zu. „Bald hab ich’s überstanden“, sagte ich mir. Doch dann traf es mich faustdick: Durch die Medikamente hatten sich die weißen Blutkörperchen (Leukozyten), zuständig für die Abwehr von Krankheitserregern, stark verringert, sodass mein Körper immer anfälliger für Entzündungen wurde. Ein tagelanger Husten verbunden mit hohem Fieber entwickelte sich zu einer Lungenentzündung, die einen Krankenhausaufenthalt erforderlich machte. Da mein Körper durch das Interferon ohnehin schon belastet war, schlug die Lungenentzündung jetzt wie ein Hammer ein. In zwei Wochen nahm ich etwa zehn Kilo ab.

Kaum wieder zu Hause – es war der Morgen am Heiligen Abend, und ich war schon in Weihnachtsstimmung – traf mich die nächste Infektion. Nach dem Aufstehen hatte ich mich vor Schmerzen kaum noch aufrecht halten können, sodass ich glaubte, ich hätte nun eine Blinddarmentzündung. In der Ambulanz eines Krankenhauses wurde dann eine Nebenhodenentzündung diagnostiziert. Nur mit Mühe konnte ich die Ärzte überzeugen, dass ich die Entzündung zu Hause auskurieren könne.

Ende gut, alles gut

Den Abschluss der Therapie sehnte ich förmlich herbei. Und dann waren die zwölf Monate endlich um. Auch wenn ich virusfrei war und der gute Behandlungsverlauf einen langfristigen Erfolg erwarten ließ, folgten jetzt Wochen und Monate des bangen Wartens, hatte ich doch so oft von Patienten gehört, bei denen sich das HCV-Virus nach Absetzen der Medikamente wieder zu vermehren begann. Ich war daher sehr angespannt, als ich nach drei Monaten zu meinem Arzt zur Blutuntersuchung musste. Aber alles war gut. Und auch bei der nächsten Untersuchung nach weiteren drei Monaten wurden keine Viren gefunden. Meine Therapie war also erfolgreich, obwohl ich, weil mit HCV-Genotyp 1 infiziert, weniger gute Voraussetzungen hatte als Menschen mit Genotyp 2 oder 3.

Ich hatte in der Behandlungszeit 17 Kilo Gewicht verloren. Doch nach Absetzen der Medikamente kam mein Appetit genau so schnell wieder, wie er mir nach Therapiestart vergangen war. So dauerte es nur wenige Monate, bis ich mein Ausgangsgewicht wieder erreicht hatte. Die Entzündungen hatte ich gut überstanden. Erst jetzt merkte ich, wie sehr mich das Virus in den Jahren vor der Therapie beeinträchtigt hatte. Die damals zur Normalität gewordene Müdigkeit und das schnelle Erschöpftsein gehörten nun der Vergangenheit an.

Heute, gut vier Jahre nach der Therapie, ist immer noch alles in Ordnung. Das lasse ich mir alle sechs Monate von meinem Arzt bestätigen. Für mich haben sich die Anstrengungen wirklich gelohnt. Ich bin sehr froh, dass ich mich damals für eine Interferonbehandlung entschied.

Tipps für eine gelingende Interferontherapie

Allen Substituierten, die sich fragen, ob sie eine Interferontherapie machen sollten, möchte ich Folgendes raten:

- Man sollte sich nicht von irgendwelchen „Horrorgeschichten“ von der Behandlung abschrecken zu lassen.
- Wenn im Leben Veränderungen wie z.B. ein neuer Job, eine Inhaftierung oder ein Krankenhausaufenthalt bevorstehen, ist es besser, mit dem Einstieg in die Therapie noch eine Weile zu warten.
- Man sollte sich einen Arzt suchen, der in der Hepatitis-C-Behandlung erfahren ist und mit dem man auch persönlich klarkommt.
- Der Arzt, der die Interferontherapie durchführt, sollte mit dem substituierenden Arzt in Kontakt stehen.
- Die Medikamente müssen regelmäßig und immer in der verordneten Dosis eingenommen werden. Wenn man seine Ribavirin-Tablette mal vergisst, heißt das nicht gleich, dass die Therapie fehlschlägt. Doch wenn man nicht mindestens 80 % der Medikamente wie vorgeschrieben einnimmt, sinken die Chancen auf einen Therapieerfolg drastisch.

Sicher, die Behandlung ist anstrengend, aber nicht unbedingt eine Tortur. Es gibt genug Berichte über Patienten, die nur geringe Nebenwirkungen verspürten. Jede Therapie verläuft eben anders. Und in schwierigen Phasen können – neben dem Arzt – nahestehende Menschen Unterstützung geben.

Außerdem macht die Medizin Fortschritte. Heute kann die Behandlungsdauer unter bestimmten Voraussetzungen auf sechs Monate verkürzt werden, und die Erfolgsaussichten sind noch besser als damals, als ich die Therapie machte. Es gibt also gute Gründe, sich für eine Interferontherapie zu entscheiden.

Behandlung der Hepatitis C bei Drogengebrauchern

Stephan Walcher

In Deutschland muss davon ausgegangen werden, dass über 80 % der intravenös Drogen Gebrauchenden mit Hepatitis-C-Virus (HCV) infiziert sind und nur etwa die Hälfte der Betroffenen von ihrer Infektion weiß. Außerdem wird nur ein sehr kleiner Teil von ihnen bisher behandelt.

Möglichst rasch behandeln!

Etwa ein Viertel der akuten Hepatitis-C-Infektionen heilt spontan aus. Die überwiegende Mehrheit der HCV-Infektionen verläuft chronisch. Akute HCV-Infektionen lassen sich – besonders bei symptomatischem Verlauf – etwa drei Monate lang beobachten. Falls es nicht zu einer Ausheilung kommt, sich das Virus also immer noch nachweisen lässt, sollte so schnell wie möglich behandelt werden. Denn ein früher Therapiebeginn ermöglicht auch bei ungünstigen Virusformen (Genotyp 1 und 4) Heilungsraten von fast 100 %.

Gegen Hepatitis C ist bisher kein Impfstoff in Sicht. Das Hauptaugenmerk liegt daher weiterhin auf der Vermeidung von Infektionen und auf der Behandlung. Kommt zu einer chronischen Hepatitis C noch eine Hepatitis A oder B hinzu, erhöht sich das Risiko, dass die Infektion rascher verläuft und es früher als sonst zu Leberzirrhose oder Leberkrebs kommt. Daher sollte jede/r HCV-Positive möglichst gleich nach Beginn einer Substitutionsbehandlung gegen Hepatitis A und B geimpft werden.

Wie wird behandelt?

Standardtherapie ist heute die kombinierte Gabe von pegyliertem Interferon (wird einmal pro Woche unter die Haut gespritzt) plus Ribavirin (muss man täglich einnehmen). Bei Genotyp 2 und 3 beträgt die Behandlungsdauer 6 Monate, bei Genotyp 1 und 4 dagegen 12–18 Monate. Bei besonders günstigen Konstellationen sind auch verkürzte Verläufe möglich, die Verlängerung der Behandlung über 72 Wochen hinaus hat sich nicht bewährt.

Behandlungsschema:

- einmal pro Woche 90–180 Mikroliter pegyliertes Interferon alpha plus
- täglich 800–1.200mg Ribavirin (1–3 Dosierungen).

Wichtig ist, dass die HVC-Viruslast möglichst schnell unter die Nachweisgrenze gesenkt wird (am besten innerhalb von vier Wochen) und mehr als 24 Wochen darunter bleibt. Wenn der Patient oder die Patientin erst nach zwölf oder 24 Wochen vollständig virusfrei ist, sollte die Behandlung auf 72 Wochen verlängert werden. Eine längere Behandlungsdauer ist oft bei zusätzlichen Virusinfektionen wie HIV, HBV oder HBV/HDV oder sehr hoher HCV-Viruslast vor Behandlungsbeginn notwendig.

Welche Nebenwirkungen sind möglich?

Vor allem in den ersten vier Behandlungswochen kommt es häufig zu grippeähnlichen Symptomen wie Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen. Sie können aber z. B. mit Paracetamol (Fieber) oder Ibuprofen (Gliederschmerzen) behandelt werden und verschwinden meist nach ein paar Wochen. (Tipp: Spritzt man sich das Interferon am Abend, wird ein Teil der nach zwei bis drei Stunden auftretenden Beschwerden „verschlafen“. Für Erwerbstätige empfiehlt es sich, das Interferon kurz vor oder an arbeitsfreien Tagen zu injizieren.) In einzelnen Fällen können die Nebenwirkungen aber so stark sein, dass weitere Medikamente zur Behandlung nötig werden oder die Interferon- oder Ribavirin-Dosis zumindest vorübergehend reduziert werden muss. Zum Beispiel kann die Zahl der weißen Blutkörperchen sinken, was Infekte zur Folge haben kann, oder die Zahl der roten Blutkörperchen und damit die Leistungsfähigkeit nimmt stark ab, was insbesondere ältere und herzkrankte Patienten gefährden kann. Zu derart dramatischen Verläufen kommt es aber selten, sodass die Behandlung aus diesem Grund nur bei weniger als 5 % der Patienten abgebrochen werden muss.

Gelegentlich kommt es zu Stimmungsschwankungen oder auch zu länger anhaltender Depression, die aber meist gut (eventuell prophylaktisch) medikamentös und psychotherapeutisch behandelt werden kann.

Substitution für die HCV-Therapie nutzen!

Die Therapie mit Interferon plus Ribavirin ist hochwirksam. Behandlungsergebnisse von 70 bis über 90 % sind aber nur erreichbar, wenn Interferon- und Ribavirin-Dosen zu mindestens 80 %, am besten zu 100 % eingehalten werden. Das gelingt am ehesten bei guter körperlicher und psychischer Verfassung.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Substitution einen optimalen Rahmen für die Behandlung der Hepatitis C bei Drogengebrauchern bietet. Nach einer Entgiftung erleben die Patienten eine HCV-Therapie als viel anstrengender, und es kommt häufiger zu einem Behandlungs-

abbruch oder zur Wiederaufnahme des Drogenkonsums. Ein erstaunliches Phänomen ist auch, dass bei Substituierten der Beigebrauch unter der HCV-Therapie eher abnimmt und die Dosierung des Substitutionsmittels stabil bleibt.

HIV- und HCV-Koinfektionen

Bei Patient(inn)en, die mit HIV und HCV infiziert sind, fallen die Ergebnisse der Hepatitis-C-Behandlung leider weniger gut aus als bei Patient(inn)en mit einer HCV-Monoinfektion. Das sollte aber niemanden davon abschrecken, trotzdem möglichst bald eine HCV-Therapie zu beginnen, möglichst bevor eine antiretrovirale Therapie (HAART) nötig wird. Denn in Kombination verlaufen beide Infektionen wesentlich schwerer und schneller als im Falle von Einzelinfektionen.

Für ein menschenwürdiges Leben mit Drogen – 20 Jahre JES

Dirk Schäffer

Drogenselbsthilfe im neuen Gewand

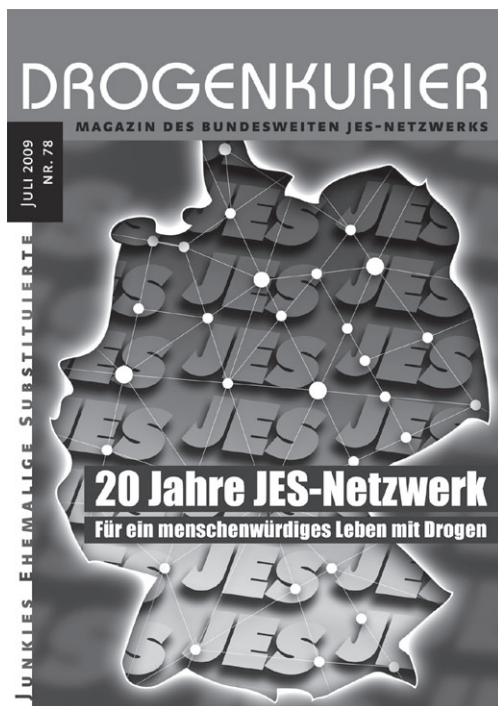
Im Juli 2009 feierte das bundesweite Selbsthilfenetzwerk „JES – Junkies, Ehemalige, Substituierte“ sein 20-jähriges Bestehen.

Als JES 1989 in Hamburg gegründet wurde, war die Drogenselbsthilfe schon längst Bestandteil des Drogenhilfesystems. Sie verstand sich aber im Wesentlichen als begleitende Unterstützung zur Erlangung oder Aufrechterhaltung von Abstinenz. Die Protagonisten der JES-Selbsthilfe hatten andere Vorstellungen. Ihnen ging es vor allem um ein selbstbestimmtes Leben in Würde. Erreicht werden sollte es durch die Förderung subkultureller Sozialstrukturen, die Akzeptanz von Lebensweisen Drogen gebrauchender Menschen, den Verzicht auf moralisierende Botschaften in der HIV- und Aids-Prävention und durch alltagspraktische Unterstützung.



JES zielt auf einen Paradigmenwechsel im professionellen Drogenhilfesystem: Neben einem Leben ohne Drogen sollte auch ein Leben mit Drogen möglich sein, das von einer akzeptanzorientierten Gesundheitshilfe als gleichberechtigt angesehen und durch den Aufbau entsprechender Angebote unterstützt wird.

Für JES ist die HIV- und Hepatitis-Prävention schon immer mehr gewesen, als nur sterile Spritzbestecke abzugeben, über Schadensminimierung beim Drogenkonsum (Safer Use) zu informieren und den Zugang zur Substitutionsbehandlung zu erweitern. Das Hinwirken auf Verhaltensänderung beim Einzelnen und auf Verbesserung der Lebensverhältnisse von Drogengebrauchern sollte verknüpft werden mit einem Engagement gegen Ausgrenzung und Marginalisierung und für die Rechte von Menschen, die solche Drogen konsumieren, deren Erwerb und Besitz in unserer Gesellschaft nicht erlaubt ist.





Seine Philosophie erläutert das JES-Netzwerk in seinem 1999 veröffentlichten Grundsatzpapier „Profil und Selbstverständnis von JES“ wie folgt:

Für ein menschenwürdiges Leben mit Drogen ...

... ist unsere Leitidee: Wir wollen gesellschaftliche Bedingungen schaffen, unter denen Menschen auch mit Drogen menschenwürdig leben können: ohne die Bedrohung durch Strafverfolgung, ohne Ausgrenzung und permanente Benachteiligung.

Für ein menschenwürdiges Leben mit Drogen ...

... ist nicht als Aufforderung zum Drogenkonsum misszuverstehen. Wir wissen genau, dass ein Leben mit Drogen unter den gegenwärtigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen oft mit Illegalität, Diskriminierung und gesundheitlicher Gefährdung verbunden ist. Wir respektieren das Recht jedes/jeder Einzelnen, sich für oder gegen den Konsum von Drogen zu entscheiden. Wir sind deshalb weit davon entfernt, Drogenkonsum zu idealisieren und zu propagieren.

Für ein menschenwürdiges Leben mit Drogen ...

... heißt allerdings auch, Drogenkonsument(inn)en zu unterstützen, indem wir auf entsprechende Rahmenbedingungen hinwirken, indem wir Wissen vermitteln und dazu ermutigen, Fähigkeiten und Kompetenzen zu entwickeln, um fremd- und selbstzerstörerischen Drogengebrauch zu vermeiden.“

Es gibt gute Gründe, die Drogenselbsthilfe zu fördern

Die Erfolge der Selbsthilfe im JES-Netzwerk sind unbestreitbar. Wissenschaftlich belegt sind ihre positiven Effekte – auch im Vergleich mit abstinenzorientierten Selbsthilfen wie Narcotics Anonymous (NA) – durch die vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Studie „Ambulante Drogenselbsthilfe in Deutschland“, die Prof. Frederic Fredersdorf im Jahr 2002 durchgeführt hat. Danach trage die Mitarbeit bei JES dazu bei, ein realistischeres Selbstbild zu erlangen. Die Gruppe unterstütze den Erwerb sozialer Kompetenzen, bestärke den Einzelnen in dem von ihm eingeschlagenen Weg und befördere die soziale Stabilisierung und (Re-)Integration in die Gesellschaft.

Ein weiterer Befund war, dass die JES-Selbsthilfe eine deutliche Verringerung des Drogenkonsums bewirkt – dies vor allem bei „harten“ illegalisierten Drogen. Das ist bemerkenswert: JES tritt schließlich dafür ein, den Konsum auch dieser Substanzen zu tolerieren, und erachtet das Erreichen von Abstinenz eben nicht als oberstes Ziel.

Die Ergebnisse dieser Studie machen einmal mehr deutlich: Für das Drogenhilfesystem gibt es gute Gründe, die Selbstorganisation Drogen gebrauchender Menschen zu fördern, um deren Potenziale auch in der eigenen Arbeit nutzen zu können.

Die Stärken der Selbstorganisation ohne Wenn und Aber anerkennen!

Viele Akteure im Hilfesystem begegnen der akzeptierenden Drogenselbsthilfe allerdings auch heute noch mit Vorbehalten, Vorurteilen und Ablehnung. Das verwundert umso mehr, als das ehrenamtliche Engagement in den letzten Jahren enorm an Bedeutung und Wertschätzung gewonnen hat – in der Politik wie auch in der Gesellschaft.

Woran liegt es dann, dass JES nicht überall mit offenen Armen aufgenommen wird? Dafür gibt es mehrere Gründe: Manche Mitarbeiter/innen können sich nicht vorstellen, dass Junkies, Ex-User und Sub-

stituierte verlässlich und fähig sind, Drogenkonsumenten über Safer Use zu informieren und sie zu beraten. Andere wiederum sind verunsichert, wenn ihnen ehemalige Klient(inn)en als selbstbewusste Aktivistinnen und Kooperationspartner gegenüber treten. Vielen „Professionellen“ fällt es aber einfach nur schwer, die Stärken der Selbsthilfe ohne Wenn und Aber anzuerkennen.

All das hat zur Folge, dass sich Drogenhilfe-Einrichtungen erst gar nicht bemühen, Selbstorganisation konsequent zu fördern und zu unterstützen. Würde man sie befragen, inwieweit sie sich in diesem Feld engagieren, so würde deutlich, dass dieser Aufgabe keine hohe Priorität beigemessen wird. Es ist fraglich, ob sich diese Haltung in den nächsten Jahren grundlegend verändern wird.

Solange die Qualität der Drogenhilfe-Einrichtungen ausschließlich an der Klientenzahl und dem Umfang ihrer Hilfeleistungen gemessen wird und die Klient(inn)en über ihren Klientenstatus nicht hinauskommen, wird die Selbstorganisation Drogen gebrauchender Menschen ihre Potenziale nicht voll zur Geltung bringen können.

Autorinnen und Autoren

Gundula Barsch

Prof. Dr. habil., Professorin für „Drogen und Sucht in der sozialen Arbeit“ am Fachbereich Soziales, Medien und Kultur der Fachhochschule Merseburg; bis 1998 Referentin des DAH-Fachbereichs „Drogen und Strafvollzug“

Karin Bonorden-Kleij

Dr. med., ärztliche Leitung der Ambulanzen der Fachabteilung für Abhängigkeitserkrankungen der Asklepios Klinik Nord (Ochsenzoll)

Kerstin Dettmer

Ärztin, Mitarbeiterin bei Fixpunkt e. V. (Berlin)

Jörg Gölz

Dr. med., Arzt für Allgemeinmedizin mit HIV-, Hepatitis- und Suchtschwerpunktpraxis in Berlin; er war viele Jahre Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) und Vorstandsmitglied der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e. V. (DAGNÄ)

Osamah Hamouda

Dr. med., MPH; Leiter des Fachgebiets „HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen“ am Robert Koch-Institut; Kontakt: HamoudaO@rki.de

Hans-Volker Happel

Prof. Dr. med., Psychologe; Professor an der Fachhochschule Frankfurt am Main, Fachbereich „Soziale Arbeit und Gesundheit“

Jürgen Klee

Diplom-Politologe; seit 1990 Mitarbeiter der AIDS-Hilfe Frankfurt am Main, Leiter von „La Strada – Drogenhilfe und Prävention“; seit 2010 Leiter des trägerübergreifenden Projekts OSSIP (Offensive Sozialarbeit, Sicherheit, Intervention, Prävention) der Drogenhilfe Frankfurt am Main

Bärbel Knorr

Dipl.-Soz.-Päd., Gesundheits- und Sozialökonomin; Mitarbeit in den Modellprojekten „Aids und Kinder“, „Aids und Frauen“ sowie „Kiezo-orientierte Gewalt- und Kriminalitätsprävention; von 1991 bis 1997 bei Fixpunkt e. V. in Berlin tätig, seit 1998 für den DAH-Bereich „Menschen in Haft“ zuständig

Dirk Meyer

Bis März 2011 Geschäftsführer der AIDS-Hilfe NRW e.V., seit April 2011 Referent für HIV/Aids- und STI-Prävention in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Ingo Ilja Michels

Dr. phil; Soziologe und Fachberater für Suchtkrankenhilfe; 1987–1994 Referent des DAH-Bereichs „Drogen und Strafvollzug“, 1994–1999 Drogenbeauftragter der Freien Hansestadt Bremen; 1999–2010 Leiter der Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung im Bundesministerium für Gesundheit in Berlin; seit 2010 Leiter des EU-Projekts „Asia Drug Action Programme (CADAP)“

Doris Radun

Dr. med., Fachärztin für Innere Medizin, Master of Science in Infectious Diseases (London School of Hygiene and Tropical Medicine); von 2003 bis 2010 wissenschaftliche Mitarbeiterin der Fachgruppe „HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen“ am Robert Koch-Institut, Arbeitsschwerpunkt: Infektionsepidemiologische Überwachung von Hepatitis B und Hepatitis C; seit Juni 2010 ärztlich-klinische Tätigkeit in der interdisziplinären Notaufnahme des Queen Elizabeth Hospitals in London

Dirk Schäffer

langjährige Mitarbeit im bundesweiten Selbsthilfenetzwerk JES (Junkies, Ehemalige, Substituierte); 1998–2001 JES-Bundeskoordinator, seit 2001 Referent des DAH-Fachbereichs „Drogen und Strafvollzug“ und seit 2008 im Vorstand von akzept e.V.; Trainer für „KISS – Kompetenz im selbstbestimmten Konsum“

Ludger Schmidt

Erziehungswissenschaftler, M.A.; seit 2001 Drogenberater für russischsprachige Migranten bei der VISTA Jugend- und Drogenberatung in Berlin-Marzahn

Markus Schmidt

Mitarbeiter der AIDS-Hilfe NRW e.V. im Bereich Öffentlichkeitsarbeit

Wolfgang Sterneck

seit den 1980ern als Aktivist in alternativen Szenen engagiert; Mitarbeiter von BASIS e.V. in Frankfurt am Main; Leiter des Projekts ALICE – Information über Drogenwirkung bei Partys und Festivals

Heino Stöver

Prof. Dr. rer. pol., Dipl.-Sozialwissenschaftler; Vorsitzender von akzept e.V., Mitbegründer und geschäftsführender Vorstand des Informations- und Forschungszentrums für Alkohol, Tabak, Medikamente, Drogen und Sucht (ARCHIDO) an der Universität Bremen; seit 2009 Geschäftsführender Direktor des Instituts für Suchtforschung der Fachhochschule Frankfurt am Main (ISFF)

Christoph Straub

Dipl.-Soz.-Päd. (FH), Bankkaufmann; Mitarbeiter der GK Quest Akademie GmbH, Trainer für Motivational Interviewing, Ausbildung in lösungsorientierter Kurzberatung; Arbeitsschwerpunkt: Konsumkontrollprogramme legaler und illegaler Drogen

Holger Sweers

Diplom-Theologe, seit 1999 Lektor/wissenschaftlicher Autor bei der DAH, auch freiberuflich als Journalist, Übersetzer und Lektor tätig

Irmgard Vogt

Prof. Dr. (Psychologie und Soziologie); seit 1992 Professorin an der Fachhochschule Frankfurt am Main, Fachbereich „Soziale Arbeit und Gesundheit“ mit den Schwerpunkten Beratung und Sucht; Mitarbeit am Aufbau des Instituts für Suchtforschung an derselben Fachhochschule

Stephan Walcher

Dr. med.; Leiter der Substitutionspraxis Concept in München

