

Erfordernisse der AIDS-Prävention bei i.v. Drogenabhängigen

Dieter Kleiber

1. Drogenabhängige in der BRD

In der Bundesrepublik leben derzeit nach Schätzungen des Bundes und der Länder etwa 80–100.000 Konsumenten harter Drogen. Die meisten spritzen vorrangig Heroin, nehmen allerdings zumeist zusätzlich noch andere Drogen und Medikamente, so daß der *polytoxikomane* Konsumententypus wohl überwiegt. In den letzten Jahren gewinnen allerdings stimulierende, vorrangig zur Leistungssteigerung applizierte Drogen – insbesondere *Kokain* und *Amphetamine* – an Bedeutung. Immerhin 25% der insgesamt 8700 beim Bundeskriminalamt 1989 als "Erstkonsumenten" (erstmalig erfaßten Konsumenten) registrierten Personen hatten Kokain; weitere 15% hatten Amphetamine konsumiert. Noch vor wenigen Jahren waren die meisten Erstkonsumenten (90%) wegen Heroinkonsum aufgefallen. Glücklicherweise spielen Designerdrogen wie Crack hierzulande noch keine große Rolle. Auf dem Hintergrund einer sich weltweit zuspitzenden Rauschgift-situation, aber auch durch die mit der gesamteuropäischen Integration einhergehende Durchlässigkeit der Grenzen wird jedoch eine *Ausweitung der Drogenproblematik* wahrscheinlich. Bereits im letzten Jahr waren 45% mehr als im Vorjahr und insgesamt 975 Drogentote zu registrieren. Für die AIDS-Prävention bei Drogenabhängigen bedeutet diese Entwicklung, anzuerkennen, daß Maßnahmen zur *Drogenprävention* zugleich ein zentraler Beitrag für die *AIDS-Prävention* sind, daß erstere letztere allerdings weder ersetzen noch beide in ein Vor- oder Nachordnungsverhältnis gebracht werden sollten. Unter dem relevanten und bewährten Gesichtspunkt der *Zielgruppenspezifität AIDS-präventiver Maßnahmen* gilt es, die Spezifika und Besonderheiten der Lebenslagen Drogenabhängiger zur Kenntnis zu nehmen, die sich bei der Planung und Ausgestaltung primär- und sekundärpräventiver Maßnahmen häufig als Erschwernisse erweisen:

- Im Zusammenhang mit der Illegalität des Drogenkonsums stehen ein physisch und psychisch äußerst belastender Lebensstil, eine Focussierung der Lebensbezüge auf Drogenbeschaffung und -konsum, zunehmende soziale Isolierung, ein fortschreitender drop out aus normalen Lebensbezügen (Arbeit, Ausbildung) und sozialen Netzwerken (vgl. Projektgruppe TU-drop, 1984; Kindermann u. a., 1989; Silberstein & Galambos, 1987; Steffan, 1986; Friedman u. a., 1987), stehen Arbeitslosigkeit, Wohnungsnot, (Beschaffungs-)Kriminalität und (Beschaffungs-)Prostitution, sowie körperliche und soziale Verelendungserscheinungen, die ihrerseits das Risiko für Erkrankungen – und auch das lebensstilbedingte Risiko einer HIV-Infektion – vergrößern. Drogenabhängigkeit zieht nicht nur soziales Elend nach sich, sondern birgt zudem gesundheitliche Gefährdungen in sich. Dabei ist zu sehen, daß sogar medizinisch notwendigen Behandlungen von Drogenabhängigen noch häufig ein Leistungsvorbehalt der Solidargemeinschaften für Drogenabhängige entgegensteht.

- "Personen, die seit mehreren Jahren ein auf die Droge gerichtetes Leben führen, weisen Defizite in jenen Lebensbereichen auf, die für Nichtkonsumenten Quellen eines positiven Lebensgefühls sind. Hierzu gehören Berufstätigkeit, Partnerbeziehungen, Elternschaft und auch die als sinnvoll erlebte Gestaltung der Freizeit. Viele Entwicklungsaufgaben, die sich in der Adoleszenz stellen, sind ungelöst; die Ressourcen, die benötigt werden, um sie erfolgreich anzugehen, sind bei langjähriger Drogenabhängigkeit reduziert." (Hedrich und Lind-Krämer 1990, S. 62).

- Vor allem für weibliche Drogenabhängige, die mit den Auswirkungen der Beschaffungsprostitution konfrontiert sind, ist die Durchsetzung von safe sex und – in der Folge auch safe use-Regeln erschwert. Immerhin 54% der drogenabhängigen Frauen (89% in Berlin) und ungefähr 20% der Männer gehen nach eigenen Untersuchungen zumindest zeitweise der Beschaffungsprostitution nach (Kleiber 1989). Der existentielle Druck einerseits – häufig haben die Betroffenen bereits Entzugserscheinungen, wenn sie anschaffen gehen – die Forderungen der Kunden andererseits stellen eine Erschwernis dar, verantwortlich eine eigene oder ggf. die Infektion anderer Menschen zu verhindern (vgl. Gersch u. a., 1988; Kleiber, 1989; Dt. Bundestag, 1988; Kleiber u. a. 1990). Über das Ausmaß von Schwierigkeiten, stabile Verhaltensänderungen im Sexualverhalten zu realisieren, geben die Daten Auskunft, daß nach unseren Befragungen 23,8% der Drogenabhängigen, die der Beschaffungsprostitution nachgehen, beim Anschaffen nie Kondome verwenden und weitere 12% in bis zu 50% der Fälle.

2. HIV-Prävalenzraten bei i.v. Drogenabhängigen

Drogenabhängige sind ja bereits *theoretisch* in besonderer Weise gefährdet, sich mit dem HIV-Virus zu infizieren, da bei ihnen neben dem Infektionsweg über ungeschützte (unsafe) *Sexualkontakte zusätzlich* noch der Infektionsweg über die *gemeinsame Benutzung von Spritzbestecken* hinzukommt. Dieses zunächst nur theoretische Risiko realisiert sich im *Faktum überproportionaler Zuwachsraten* HIV-infizierter i.v. Drogenabhängiger in der Bundesrepublik. Von derzeit (Stand 31. Juli 1990) 5054 beim Bundesgesundheitsamt gemeldeten AIDS-Vollbildfällen waren 666 (= 13,18%) drogenabhängig. Die Abb. 1 dokumentiert die für i.v. Drogenabhängige ungünstige Entwicklungstendenz: Während im Mai 1986 der Anteil i.v. Drogenabhängiger an der Gesamtzahl der registrierten AIDS-Vollbildfälle noch bei 6,10% lag, stieg er kontinuierlich bis Dezember 1989 auf 12,4% und hat sich zwischenzeitlich auf den aktuellen Stand von 13,18% erhöht.

In den letzten zwölf Monaten betrug der Anteil Drogenabhängiger unter den neu gemeldeten AIDS-Vollbildfällen sogar 16,15% (vgl. AIFO, 8, 1990, S. 463). Ein Blick auf die europäische Entwicklung weist sogar eine noch ungünstigere Tendenz aus: Am 31. Dezember 1989 betrug europaweit der Anteil Drogenabhängiger an der Gesamtzahl der registrierten Fälle 36% (AIDS Surveillance in Europe; Quarterly Report

No 24, p. 3 a) und Schätzungen, die Extrapolationen aufgrund bisheriger Entwicklungen bis Ende 1991 vornehmen, führen – je nach angewandtem Modell – zur Prognose von 60–78.000 AIDS-Vollbildfällen in Europa. Von ihnen werden voraussichtlich zwischen 23.000 und 33.000 i.v. Drogenabhängige sein.

Die Schätzungen der *HIV-Prävalenzraten* bei i.v. Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland schwanken aufgrund teilweise hoch selektierter oder auch sehr kleiner Stichproben, aufgrund unterschiedlicher Erhebungsorte und -zeitpunkte erheblich. In einer von Heckmann & Seyrer (1987) dokumentierten Studienübersicht *variierten* die Angaben zur Seroprävalenz zwischen 10,1% und 86%. Die unzureichende Datenlage wurde auch im Zwischenbericht der AIDS-Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages (Deutscher Bundestag 1988) beklagt, in dem von Prävalenzraten bei den i.v. Drogenabhängigen zwischen 30% und 60% ausgegangen wird. Aufgrund zwischenzeitlich vorliegender Ergebnisse, die auf der Basis des beim BGA geführten AIDS-Fallregisters, aus Meldungen der Untersuchungslabors (Laborberichtspflicht), aus Untersuchungen von Blutspenden sowie bei der Testung schwangerer Frauen, aber auch aufgrund eigener differenziell-epidemiologischer Prävalenzstudien (vgl. Kleiber 1988, 1989) gewonnen wurden, ist eine *Korrektur nach unten* notwendig – oder besser – möglich geworden (vgl. AIDS-Nachrichten, 2/90). Aber immerhin jede/r fünfte Drogenabhängige wird derzeit HIV-positiv sein. Dies entspricht einer absoluten Zahl von 16.000–20.000 Betroffenen. Von ihnen werden – unter der Voraussetzung, daß die Situation bleibt, wie sie ist – jährlich etwa 5%, also 800 bis 1000 Betroffene neu an AIDS erkranken.

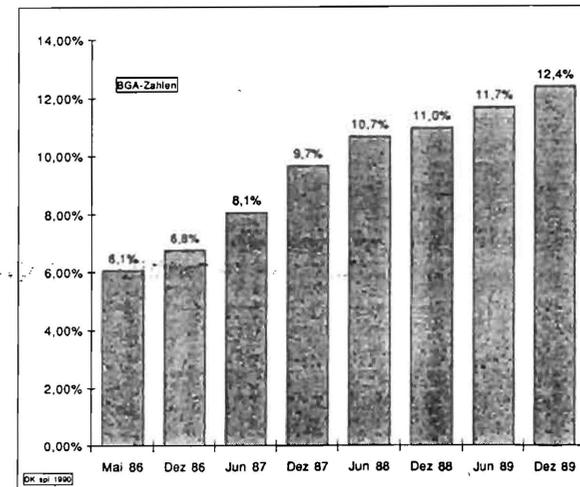


Abb. 1. Anteil der i.v. Drogenabhängigen an der Gesamtzahl der AIDS-Fälle

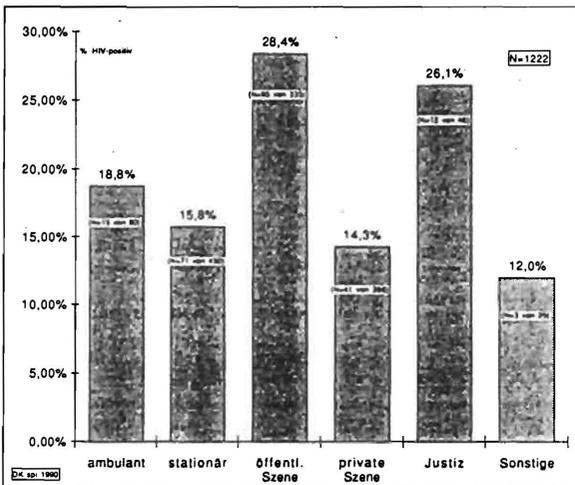
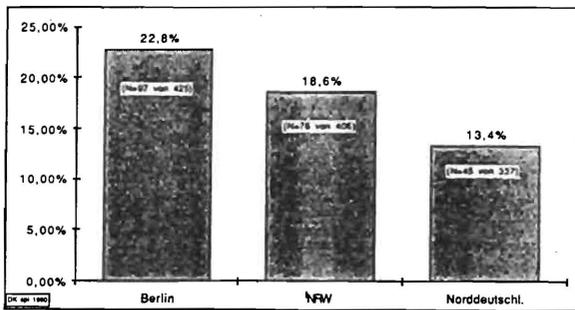
Aus dem Frankfurter Raum berichten Kindermann u. a. (1990) Ergebnisse einer Längsschnittstudie (Projekt "Amse"), bei der die Lebenswege von (zunächst) 324 Drogenabhängigen seit 1985 verfolgt wurden. Von insgesamt 244 getesteten Drogenabhängigen waren 27,9% HIV-positiv. Besonders hohe Prävalenzraten wurden (wie auch bei Kleiber 1989) in der Gruppe der drogenabhängigen Prostituierten gefunden (48,3%). Ebenfalls aus dem Frankfurter Raum stammen Befragungsergebnisse von Arnold und Frietsch (1988), nach denen 1985/86 10,7% und 1987/88 16,3% der Befragten (N = 61 bzw. 104) wußten (bzw. angaben), HIV-positiv zu sein. In allen verfügbaren Prävalenzstudien aus der jüngeren Zeit fällt auf, daß der Anteil bereits auf HIV-Antikörper vorgetesteter Drogenabhängiger bei nahezu 90% liegt. Drogenabhängige können deshalb in bezug auf die Kenntnis des eigenen HIV-Status als die bestinformierte Teilpopulation bezeichnet werden. Das bei Kleiber (1988, 1989) berichtete Faktum bedeutender Prävalenzunterschiede in verschiedenen Regionen bestätigen auch die Untersuchungen an Drogentoten. Püschel u. a. (1988) fanden in Berlin bei 49%, in Hamburg dagegen bei "nur" 16% der Drogentoten HIV-Antikörper. Parallel zu diesen Untersuchungen haben Lüth und Püschel (1989) im 2. und 3. Quartal 1988 im Hamburger Strafvolzug 170 männliche und 37 weibliche i.v. Drogenabhängige untersucht und dabei einen Anteil von 12,8% bzw. 18,8% HIV-positiven unter den Drogenabhängigen identifiziert. Schließlich ist auf eine zwischen August und November 1988 durchgeführte Befragung stationärer Therapieeinrichtungen hinzuweisen, durch die Ergebnisse über etwa 1/3 aller stationären Behandlungsplätze für Drogenabhängige in der Bundesrepublik Deutschland vorliegen (Kindermann 1989). Für 1984 ergab sich dabei eine Prävalenzrate von 14%. 1985 wurden bei 20,5%, 1986 bei 15% und 1987 bei 14% der Klienten HIV-Antikörper gefunden.

3. Eigene Untersuchungsergebnisse

Bei einer eigenen, im Auftrag des BMJFG 1988 und 1989 durchgeführten differenziell-epidemiologische Studie "Needle-Sharing-Sex" (vgl. auch Kleiber 1989), wurden mit Strategien einer *aufsuchenden Epidemiologie* im Rahmen eines multizentrischen Designs ausführliche Interviews und HIV-AK-Testungen auf freiwilliger Basis bei insgesamt 1253 i.v. Drogenabhängigen durchgeführt.

Wir fanden eine *HIV-Seroprävalenz* von 19,4% (20,3% bei Frauen und 18,9% bei Männern). Unsere Ergebnisse dokumentieren ein *Stadt-Land-Gefälle*, das sich allerdings im Zeitverlauf zunehmend verwischt. Für die Metropole Berlin-West beispielsweise wurde im Erhebungszeitraum eine Prävalenzrate von 22,8% gefunden. Diese Zahl wurde interessanterweise durch jüngst vorgelegte, an einem anderen Sample gewonnene Untersuchungsergebnisse von 741 heterosexuellen i.v. DA's in Berlin (Stark u. a., 1990) exakt bestätigt. In Nordrhein-Westfalen, wo wir insgesamt 409 i.v. Drogenabhängige befragt haben, waren 18,6% der Drogenabhängigen HIV-AK-positiv. In Norddeutschland (insbesondere Schleswig-Holstein) fanden wir unter 337 Befragten einen Anteil von 13,4% HIV-AK-positiver FixerInnen (vgl. Abb. 2).

Von Bedeutung für die *Schwerpunktsetzung* bei präventiven Aktivitäten erscheint uns auch, daß wir in der öffentlichen Szene eine besonders hohe HIV-AK-Prävalenzrate von 28,4% fanden. Im ambulanten Therapiebereich fan-



$\chi^2(5) = 27,88; p < 0,001$

Abb. 3: HIV-Prävalenzraten in unterschiedlichen Szenen

den wir einen vergleichsweise deutlich geringeren Anteil HIV-positiver (18,6%) Drogenkonsumenten und im stationären Therapiebereich gar "nur" 15,8% (Abb. 3).

Die Ergebnisse müssen u. E. als Resultat "institutioneller Selektion" interpretiert werden. Das Leben auf der "offenen Szene" ist extrem belastend und offensichtlich mit einem erhöhten HIV-Risiko assoziiert. Bei denjenigen, die besonders viele sog. "daily hassles" erlebt haben, fanden wir signifikant höhere Prävalenzraten als bei denjenigen mit geringerer "Alltagsbelastung". Es wäre durchaus erwartbar, daß sich in der offenen Szene diejenigen sammeln, die einen drogenbedingt besonders risikoreichen Lebensstil haben. Daß aber auf der anderen Seite eine Unterrepräsentierung HIV-AK-positiver Drogenabhängiger im "ambulanten Bereich", insbesondere aber im "stationären Therapiebereich" gefunden wurde, muß wohl auch als Hinweis darauf gewertet werden, daß Betroffene, die ihren HIV-Status bereits kennen

(das sind mehr als 90% der i. v. Drogenabhängigen), im Falle einer HIV-Infektion eher versuchen, möglichst außerhalb des Therapiebereiches klar zu kommen. Vielen von ihnen bleibt aber nichts anderes als ein Leben auf der Szene. AIDS-Prävention und -Beratung hat dieses Faktum zur Kenntnis zu nehmen und neben verstärkten Angeboten, durch Therapie zur Drogenfreiheit zu finden, sich insbesondere auch denen zuzuwenden, die den Weg in eine drogenfreie Therapie (noch) nicht wollen oder aber dabei gescheitert sind. Dem Ausbau niedrigschwelliger, suchtbegleitender und akzeptierender Ansätze der Drogenarbeit kommt in diesem Zusammenhang besondere Bedeutung zu. Spritzenverteil- oder Spritzenaustauschprogramme, Substitutionsprogramme, die Freigabe von Drogen etc. – sind in diesem Zusammenhang kontrovers diskutiert oder modellhaft erprobt worden. Ihre Befürworter erhoffen sich eine Erhöhung der Erreichbarkeit der Drogenabhängigen und einen Abbau von sekundären Problemen der Drogensucht. Obwohl in der Bundesrepublik das Drogenhilfssystem im Vergleich zu anderen Ländern besonders ausdifferenziert und ausgebaut ist, wird trotz der Zunahme von Streetwork, suchtbegleitenden Angeboten und niedrigschwelligeren Angeboten bislang nur ein geringer Anteil der Drogenabhängigen (Skarabis & Patzak, 1981; Bossong, 1983; Heckmann & Seyrer, 1987; Schuller & Stöver, 1987; Heckmann, 1988) erreicht. Pro Jahr werden durchschnittlich 10–15% der Drogenabhängigen erreicht (Deutscher Bundestag, 1988, b). Im Laufe einer längerdauernden Drogenkarriere kommt es zwar i. d. R. zu einzelnen Kontaktaufnahmen oder Berührungen mit Institutionen des Drogenhilfssystems; dennoch ist festzuhalten, daß die Haltekraft der drogenberaterischen und -therapeutischen Angebote – maßgeblich durch die Akzeptanz bestimmt – nach wie vor unzureichend ist (vgl. Kindermann, in Dt. Bundestag, 1988 a). Beispielsweise konnten von den geschätzten 6000 bis 9000 Drogenabhängigen in Berlin 1986 nur 440 Personen längerfristig ambulant betreut werden (Stark et al, 1988). Bei den 500 Drogenabhängigen, die innerhalb eines Jahres in Berlin sogar in Langzeittherapieeinrichtungen vermittelt wurden, zeigte sich, daß die Abbrecherquote besorgniserregend hoch war: "In den ersten Tagen der Behandlung brechen etwa 30 bis 50% aller Klienten die Therapie ab, bis zum sechzigsten Tag haben 40–75% abgebrochen, und innerhalb der ersten 12 Monate beenden 60–90% die Behandlung gegen den Rat der Therapeuten" (Kunz & Kampe, 1984, S. 146).

Für einen Teil der Drogenabhängigen ohne Ausstiegsmotivation ist das Drogenhilfssystem mit der für viele unerfüllbaren Abstinenzauflage assoziiert und scheint für Beratungen im Zusammenhang mit der HIV-Infektion inakzeptabel. Dies schmälert nicht den Sinn und die Bedeutung "am Abstinenzparadigma" orien-

tierter Beratungs- und Therapieangebote, unterstreicht aber die Notwendigkeit unter dem Gesichtspunkt der AIDS-Prävention eine pragmatische Grundhaltung zu entwickeln, in der auch scheinbar inkommensurabel erscheinende Strategien – im Rahmen einer differentiellen Indikation – parallel bestehen und fortentwickelt werden sollten.

Unsere Untersuchungen i. v. Drogenabhängiger haben auch deutlich gemacht, wie bedeutsam soziale und sozialisatorische Faktoren für die Ausbreitung von AIDS in der Drogenszene sind. Signifikant höhere Prävalenzraten (32,5%) fanden wir jeweils bei Teilgruppen Drogenabhängiger, die im Heim aufgewachsen waren, die Sonderschulen besucht hatten, bei SchulabbrecherInnen, Arbeitslosen, Drogenabhängigen, die die Berufsausbildung abgebrochen hatten oder denen, die (ggf. mehrfach) in Haft waren. Die Abb. 4 soll diese Ergebnisse veranschaulichen.

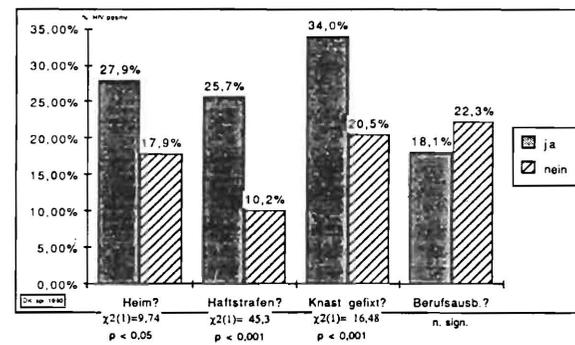


Abb. 4: HIV-Prävalenzraten in verschiedenen Subpopulationen

4. Konsequenzen für die AIDS-Prävention

Die Konsequenzen für die AIDS-Prävention bei i. v. Drogenabhängigen aus den vorgestellten Daten sollten eigentlich klar zu ziehen sein und zügig gezogen werden – weil Zeit als größter "Feind der AIDS-Prävention" angesehen werden muß. Besondere Bedeutung haben nach wie vor folgende Strategien:

1. Die Erweiterung der Behandlungspalette; Entwicklung differenziell einzusetzender, insbesondere auch niedrigschwelliger Angebote für Drogenabhängige; Ausbau von Streetwork und allen Präventionsstrategien, die personelle Kommunikation in den Mittelpunkt rücken und zur Verbesserung der Lebensbedingungen und der Lebensqualität Drogenabhängiger einen Beitrag leisten.
2. Erleichterung des Zugangs zu Kondomen und Einwegspritzen durch Nadelaustauschprogramme, den freien und entkriminalisierten Verkauf von Einmalspritzen (zu allen

Tages- und Nachtzeiten) sowie Verteilung von Kondomen an Drogenabhängige.

3. Schaffung von mehr Übergangseinrichtungen, Übernachtungseinrichtungen und (möglichst schwellenlosen) Einrichtungen/Begegnungsstätten, die zur Befriedigung der alltäglichen Bedürfnisse Drogenabhängiger einen Beitrag leisten.
4. Stärkung aller Formen von Selbsthilfe und Unterstützung/Förderung von Selbstverantwortlichkeit und Selbstregulation. Träger der AIDS-Prävention sollten möglichst die Betroffenen selbst sein. Eine präventionsorientierte Drogenarbeit wird daher unter dem Gesichtspunkt der Stärkung von "Empowerment" eine lebensweltbezogene Form der Gesundheitsförderung bei i. v. Drogenabhängigen forcieren. Der Aufbau und die Förderung sozialer Stützsysteme und sozialer Netzwerke kann große Bedeutung zukommen, wenn es um die Entwicklung sozial verantwortlichen und AIDS-präventiven Verhaltens geht.
5. Da das Ausmaß der sozialen Integriertheit der Betroffenen offensichtlich sehr bedeutsam für die Fähigkeit der Einzelnen ist, sich selbstkontrolliert und sozial verantwortlich zu verhalten, sind alle Maßnahmen danach zu bewerten, inwieweit sie geeignet sind, soziale Integration zu fördern, Stigmatisierung und soziale Isolation zu verhindern bzw. zu reduzieren. Die Schaffung von Wohn-, Arbeits- und Ausbildungsmöglichkeiten für Abhängige sollte auf der Prioritätenliste ganz oben stehen, wenn Ausstiegswilligen die Hoffnung auf eine neue (lebenswerte) Lebensperspektive nicht genommen werden soll. Zur sozialen Integration Drogenabhängiger wäre die Entkriminalisierung ihres krankheitsbedingten Abhängigkeitsverhaltens eine zentrale Voraussetzung.

6. In mehreren Bundesländern sind zwischenzeitlich – nach langen und harten Kontroversen – Substitutionsmöglichkeiten (Methadon, Polamidongabe) geschaffen worden. Sie erreichen bisher nur einen relativ kleinen Personenkreis und können deshalb hierzulande weniger mit epidemiologischer Fragestellung unter dem Gesichtspunkt ihres präventiven Nutzens als unter dem Effekt für den Einzelnen bewertet werden. Es kann jedoch festgehalten werden, daß die Anzahl der Betroffenen zunimmt, bei denen eine ärztliche Indikation zur Substitution unstrittig ist. Doch ohne eine intensive psychosoziale Betreuung/Begleitung der Patienten scheint der Effekt von Substitutionsprogrammen gegen null zu gehen. Dem Ausbau eines differenzierten Drogenhilfssystems ist deshalb Vorrang einzuräumen. Dabei sollte, von einer gemeinsamen Perspektive einer annehmenden und akzeptierenden Drogenarbeit ausgehend, ebenso eine Erweiterung

akzeptierender, begleitender und niedrigschwelliger und auf Selbsthilfeförderung ausgerichteter Arbeitsansätze gefördert werden, wie der Ausbau von Beratungs- und Therapieeinrichtungen.

7. Kontraproduktiv für die Drogen- und AIDS-Arbeit sind alle repressiven, auf stärkere Außenkontrolle abzielenden Politikstrategien. Hierdurch würde die zentrale Ressource der AIDS-Prävention – Vertrauen – gefährdet und möglicherweise das zerstört, was AIDS-Prävention bisher erreicht hat. In diesem Zusammenhang kann nicht verschwiegen werden, daß der jüngst vom BMJFFG vorgelegte "Nationale Rauschgiftbekämpfungsplan" (zumindest in der gegenwärtig bekanntgemachten Form) Elemente enthält, die genau hier kontraproduktiv wirken wer-

den: Bekämpfung des Straßen- und Kleinhandels; Vorgehen gegen die offene Drogenhandelsszene etc. Mit Beteiligung desselben Ministeriums wurde nahezu zeitgleich der Endbericht der Enquete-Kommission "Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung" vorgelegt der – was die angesprochenen Erfordernisse der AIDS-Prävention bei Drogenabhängigen anbelangt – erfreulichere Aussagen macht.

Literatur beim Autor

Anschrift des Autors:

Prof. Dr. Dieter Kleiber
Sozialpädagogisches Institut Berlin
Schulenburgring 130
1000 Berlin 42

Prävention

Zeitschrift für Gesundheitsförderung
Schwerpunkt AIDS

3/1990, Deutscher Bundesverlag GmbH, Bonn