

Fixerinnen und Fixer haben Sex, sie werden jedoch weder als „Risikogruppe“ noch als „Zielgruppe“ über ihre Sexualität definiert. Eine gewisse Ausnahme stellen in dieser Hinsicht die Drogenprostituierten dar. Nachdem rasch klar wurde, daß professionelle Prostituierte nicht im angenommenen Ausmaß von HIV betroffen waren und im übrigen als die Gruppe mit der konsequentesten Kondomverwendung gelten konnten, konzentrierte sich die epidemiologische und seuchenpolitische Aufmerksamkeit auf den Drogenstrich. Hier wurde das entscheidende epidemiologische Fenster, die Brücke der HIV-Ausbreitung in die übrige „Normalbevölkerung“ geortet (1).

Zur Schätzung des Umfangs von Drogenprostitution

Verschiedene Untersuchungen zeigen übereinstimmend, daß die Hälfte bis drei Viertel der Fixerinnen sich zumindest zeitweise prostituieren. Als Hauptquelle dienen die Ergebnisse einer am SPI Berlin durchgeführten Studie zu HIV-Prävalenz und Risikoverhalten bei Fixern und Fixerinnen. Seit 1988 wurden knapp 2.000 i.v.-Drogenkonsumenten, darunter 480 mit Prostitutionserfahrung interviewt und anonym auf HIV getestet (2).

Nach Drogenverkauf und -vermittlung stellt der Drogenstrich für Frauen die zweitwichtigste Einnahmequelle zur Finanzierung der Sucht dar, die zudem prinzipiell legal ist (4). Nicht wenige Frauen finanzieren außerdem auf diesem Wege den Rauschmittelbedarf ihrer Partner mit (3). Dagegen berichtet nur knapp jeder fünfte Mann über eigene Prostitution, die zur Geldbeschaffung hinter Dealen sowie verschiedenen Diebstahls-



Foto: Jürgen Baldiga

Raub- und Einbruchdelikten lediglich den dreizehnten Rang bei Fixern einnimmt. Der Anteil verringert sich bei Männern nochmals drastisch auf ca. 5%, wenn nach aktueller Prostitutionstätigkeit gefragt wird. Dieser Geschlechterunterschied im Beschaffungsmuster erklärt sich vor allem dadurch, daß für Männer der Kundenmarkt prinzipiell viel begrenzter ist als für Frauen, daß bei Männern die Altersobergrenze, bis zu der Prostitution als Einnahmequelle lukrativ ist, erheblich niedriger liegt, und daß starker Opiatkonsum die Erektions- und Ejakulationsfunktion und damit die Konkurrenzfähigkeit auf dem Prostitutionsmarkt beeinträchtigt. Hinzu kommt, daß die meisten der heterosexuellen Fixer aus Abneigung oder Stigmatisierungsangst grundsätzlich nicht zu homosexuellen Kontakten bereit sein dürften.

Die geschätzte Gesamtzahl der i.v.-Drogenkonsumenten in der Bundesrepublik schwankt zwischen 30.000 und 300.000 (5), mit einem geschätzten Frauenanteil von einem Drittel. Legt man die oben genannten Zahlen zu Grunde, muß man demnach zur Zeit von 5.000-50.000 aktiven weiblichen Beschaffungsprostituierten und 1.000-10.000 Drogenstrichern in Deutschland ausgehen.

Sex und HIV auf dem Drogenstrich

von Anand Pant und Dieter Kleiber

Fixerinnen und Fixer haben Sex. Die Banalität dieser Aussage steht in erstaunlichem Widerspruch zu der Nichtbeachtung, mit der Aidspräventive Bemühungen diese Tatsache lange Jahre sowohl in der Wissenschaft als auch in der Praxis vernachlässigt haben. Während schwule Männer (auch im Auftrag der DAH) schon früh und im Detail zu ihren sexuellen Vorlieben und Praktiken befragt wurden, gab es bis vor zwei Jahren praktisch keine vergleichbaren empirischen Informationen über intravenös Drogen Konsumierende.

Partnermuster, Praktiken und Präservative

In Berlin wurden im vergangenen Jahr 120 aktive Drogenprostituierte ausführlicher zu ihrem Sexualverhalten auf und außerhalb des Strichs befragt. Durchschnittlich „machten“ diese Frauen vier Freier am Tag, wobei die Angaben zwischen 8 und 300 Kunden pro Monat variierten. Etwa 40% hatten in den zurückliegenden sechs Monaten

keine sexuellen Kontakte außer mit Freiern, ebensoviele Frauen jedoch lebten gleichzeitig mit festen Partnern zusammen und 28 % hatten neben Sex mit Kunden auch unbezahlte Spontankontakte. Vaginale, orale und manuelle Praktiken wurden von fast allen Befragten angeboten, Vaginal- und Oralverkehr dabei von 80 % täglich mit Freiern praktiziert. Analverkehr mit Kunden wurde von knapp einem Drittel der Frauen berichtet und kam damit auf dem Strich fast doppelt so häufig vor wie in den Privatbeziehungen der Drogenprostituierten.

Jeweils mehr als ein Drittel der Frauen mit Anal- oder Oralkontakten mußte bei diesen Praktiken ungeschützten Verkehr zulassen, bei den Vaginalkontakten war es ein Viertel der Drogenprostituierten. Damit verwenden Drogenprostituierte zwar in deutlich höherem Maß Kondome als Fixerinnen, die nicht auf den Strich gehen; dennoch liegt der Anteil konsequenter Kondomverwenderinnen niedriger als im Bereich professioneller Prostitution. Die Zahlen müssen zudem als untere Schätzung für das Vorkommen von „unsafe sex“ angesehen werden, da ein unbekannter Anteil der Befragten sozial erwünschte Angaben gemacht haben dürfte. Die Initiative zu unsicherem Verhalten dürfte dabei in fast allen Fällen von den Freiern ausgehen.

Für den Bereich der Drogenstricher wurde bereits in früheren Untersuchungen festgestellt (2), daß insbesondere Stricher mit heterosexueller Selbstdefinition häufig ungeschützten Verkehr haben. Diese Gruppe wird weder von schwulen Aufklärungsmedien erreicht noch sind ihre Bedürfnisse in drogenspezifischen Ansätzen angemessen repräsentiert.

HIV-Infektion auf dem Drogenstrich

Das Ergebnis, daß gut ein Viertel der Drogenprostituierten ungeschützten Verkehr mit Kunden hat, wäre weit weniger beunruhigend, wenn nicht nach wie vor diese Gruppe die am stärksten von HIV betroffene unter allen Junkies wäre. Jede dritte bis vierte aktive Drogenprostituierte ist nach den Ergebnissen unserer Prävalenzstudie derzeit HIV-positiv und jeder vierte bis fünfte Drogenstricher. Diese Prävalenzraten liegen doppelt so hoch wie bei Junkies ohne Prostitutionstätigkeit und legen damit den (Kurz-)Schluß nahe, diese Frauen und Männer würden auf dem Strich durch ihre Freier infiziert. Während diese Auslegung für die Stricher noch einige Plausibilität beanspruchen mag, greift sie bei Fixerinnen kaum: Es gibt keine empirischen Anhaltspunkte dafür, daß heterosexuelle Freier, die zu Drogenprostituierten gehen, in einem Maße HIV-infiziert sind, das die gefundenen Prävalenzraten epidemiologisch begründen könnte.

Prostitutionstätigkeit ist vielmehr verbunden mit einer Reihe drogenbezogener und alltäglicher sozialer Belastungen. So fixen Prostituierte doppelt so häufig täglich mehr als eine harte Droge wie Nicht-Prostituierte, wobei der massive Beikonsum von Barbituraten – ein Viertel injizierte sie täglich – besonders auffällig ist. Hier entsteht in vielen Fällen ein Teufelskreis, bei dem die Gefühle von Ekel und Scham beim Anschaffen mittels vermehrtem Drogen(bei-)konsum bekämpft werden. Die dadurch erzeugten politoxikomanen Abhängigkeitsmuster bedingen ihrerseits einen höheren Finanzbedarf, der wiederum über vermehrte Prostitutionstätigkeit gedeckt werden muß. Die spezifische Wirkung von Barbituraten und Tranquilizern senkt möglicherweise zusätzlich die Schwelle, sich auf unsichere Sexual- und Injektionspraktiken einzulassen.

Daneben zeigt sich, daß Drogenprostituierte doppelt so häufig wohnungslos sind oder in instabilen Verhältnissen leben wie Fixerinnen, die nicht anschaffen. Drogenprostitution muß daher in erster Linie als ein Indikator für massive Abhängigkeitsmuster, hohe Alltagsbelastung und Verelendung gelten und weniger als ein unmittelbarer Indikator für sexuelles Risikoverhalten.

Kofaktoren wie ein allgemein beeinträchtigter Gesundheits- und Immunstatus dürften daher die eigentlichen Erklärungsmomente für die immer wieder festgestellte starke HIV-Betroffenheit von Drogenprostituierten darstellen.

Konsequenzen

Nach über sieben Jahren Aids-Präventionsarbeit kann es nicht zufriedenstellen, wenn im Bereich der Drogenprostitution nahezu unverändert hohe HIV-Prävalenzraten festgestellt werden und weiterhin gleichzeitig übertragungsrelevante Sexualekontakte in nicht unerheblichem Ausmaß stattfinden. Ein Grund für die offensichtliche Stagnation und Ratlosigkeit in diesem Feld mag gerade darin zu suchen sein, daß die Eindämmung des Risikoverhaltens auf dem Strich kaum etwas mit der HIV-Ausbreitung unter Drogenprostituierten zu tun hat. Hier existieren grundlegend andere Bedingungen als für die Durchsetzung von Kondombenutzung bei Schwulen oder „safer use“ bei Fixern. Dort können sich jeweils relativ einheitliche Präventionsbotschaften über die gleichen Medien an eine relativ homogene Zielgruppe richten, die sich zumeist auch noch über das in Frage stehende Verhalten (schwuler Sex, Fixen) selbst identifiziert. Am infektionsrelevanten Geschehen sind hier in der Regel Personen einer sozialen Gruppe beteiligt.

Das HIV-Risiko auf dem Drogenstrich läßt sich dagegen nur situationspezifisch definieren – mit Freiern und Prostituierten kommen Angehörige gänzlich verschiedener sozialer Gruppen kurzfristig zusammen. Dieser Umstand führt dazu, daß ganz verschiedene Instanzen sich für Prävention auf dem Drogenstrich zuständig fühlen können oder müßten: Staatliche Stellen wie etwa die BzGA für die Ansprache der Freier als Teil der heterosexuellen Allgemeinbevölkerung, das Drogenhilfssystem, da es sich um Junkies handelt, Aids-Hilfen vor allem für positive Drogenprostituierte sowie Selbsthilfeorganisationen aus dem Prostitutionsbereich. In dieser Gemengelage von Zuständigkeiten und Anwaltschaften lag bisher ein Grund für das Ausbleiben von durchschlagenden Präventionserfolgen auf dem Drogenstrich. Hierin liegt aber zukünftig auch die Chance, wenn es gelingt, Partialinteressen zugunsten von kooperativen Projekten und abgestimmten Einzelmaßnahmen zurückzustellen.

Praktisch könnte dies bedeuten: Eindeutige und nicht-moralisierende Thematisierung von Prostitutionsbesuchen im Rahmen massenmedialer Präventionsbotschaften, intensiviertes Streetwork mit Freiern, Modellprogramme zur Fortbildung von Fachkräften des Drogenhilfssystems zu Sexualität und Prostitution, Aufbau von besonderen Selbsthilfestrukturen für Drogenprostituierte innerhalb der Hurenbewegungen.

Gelingt dies mittelfristig nicht, wird es den Vertretern ordnungspolitischer Kontrollstrategien immer mehr erleichtert, den Drogenstrich als den Ansatzpunkt par excellence für repressive Aids-Präventionskonzepte im Drogen- und Prostitutionsbereich zu nutzen. ■

Literatur:

- (1) Mielck, A. (1990) Intravenös-Drogenabhängige und HIV/AIDS-Diskussion der epidemiologischen Erkenntnisse. AIDS-Forschung, 4, 406-410.
- (2) Kleiber, D. & Pant, A. (1992). Verhaltensänderungen bei i.v. Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland. psychomed, 4, 191-197.
- (3) Kreuzer, A., Römer-Klees, R. & Schneider, H. (1991). Beschaffungskriminalität Drogenabhängiger. Wiesbaden: BKA-Forschungsreihe.
- (4) Hedrich, D. (1989). Drogenabhängige Frauen und Männer. In: W. Kindermann u.a. (Hrsg.), Drogenabhängig. Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit (S. 193-234), Freiburg: Lambertus-Verlag.
- (5) Kleiber, D., Pant, A. & Beerlage, I. (1992). Probleme der medizinisch-psychosozialen Versorgung (HIV-positiver) i.v.-Drogenabhängiger in der Bundesrepublik Deutschland. In: D. Schaeffer, M. Moers & R. Rosenbrock (Hrsg.), AIDS-Krankenversorgung (S. 44-61). Berlin: Edition Sigma.