

FACHTAG

„Aidshilfe und Suchthilfe im Dialog“

Fachhochschule Kiel, 14.11.2018

Vorträge und Workshops



Begrüßung		Seite
Moderation: Alexander Popp, Lübeck		3
Bernd Facklam, Vorstand AIDS-Hilfe Westküste e.V.		4
Grußworte		
Dr. Heiner Garg, Minister für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie, Senioren S-H		9
Prof. Dr. Udo Beer, Fachhochschule Kiel		13
Björn Beck, Vorstand Deutsche AIDS-Hilfe e.V.		14
Sandra Oblegor, Referentin für Suchthilfe, LSSH e.V.		16
Vorträge		
1 Teil 1 „Kein Aids für alle bis 2020 “	Johanna Paul – Deutsche Aidshilfe	18
	Teil 2 Ute Krackow – GF LV Kompetenznetz Aids S-H	27
2 „Stand der Drogen- und Suchthilfe in SH“		30
	Dr. Jean Hermanns – Psychiatrisches Zentrum Rickling	
3 „DRUCK-Studie“	Dirk Schäffer – Deutsche Aidshilfe	38
4 Teil 1 „Update HIV“		48
	Teil 2 „Update Hepatitis C“	63
	PD Dr. Christian Hoffmann – Infektionsmedizinisches Centrum Hamburg	
Impressionen		67
Workshops		
1 „Leben mit HIV“	Björn Beck – Aidshilfe Hessen, Sabine Weinmann – Berliner Aidshilfe	68
2 „Let’s talk about sex (& drugs)“	Hartmut Evermann – Aidshilfe Lübeck	70
3 „Partydrogen“	Sina Dietze – Partyprojekt Odyssee Kiel	76
4 „Chemsex“	Siegfried Schwarze – Projekt Information e.V. Berlin, Florian Winkler-Ohm – Blogger Berlin	82
5 „Frauen, Sucht, Drogen und HIV“	Katharina Nolden – Aidshilfe Dortmund	103
6 „Prostitution, Drogen, HIV“	Claudia Rabe – contra und cara*sh, Gerhard Schlagheck – Basis Projekt Hamburg	113
Anhang		
Kampagnenfotos „Kein Aids für Alle bis 2020 S-H“		126
Danksagung		130
Programmflyer		131

Kampagne: Kein Aids für Alle bis 2020 S-H

Fachtag: Aidshilfen und Suchthilfen in S-H im Dialog – FH Kiel 14.11.2018

Moderation: Alexander Popp, Lübeck

3



Begrüßung: Bernd Facklam, Vorstand AIDS-Hilfe Westküste e.V.

4



*Sehr geehrter Minister Dr. Garg, sehr geehrter Prof. Beer,
sehr geehrte Frau Oblegor, sehr geehrter Herr Beck,
meine sehr geehrten Damen und Herren, liebe Kolleg*innen und Freunde,*

ich begrüße Sie alle recht herzlich zum heutigen Fachtag im Namen des Landesverbandes Kompetenznetz Aids S-H, der Landesstelle für Suchtfragen in Schleswig-Holstein (LSSH) und der Fachhochschule Kiel.

Es ist meines Wissens der erste Fachtag in dieser Konstellation und ich freue mich sehr, dass wir im Rahmen der Kampagne "Kein Aids für Alle bis 2020 in S-H" diesen notwendigen fachlichen Dialog führen werden. Der Landesverband Kompetenznetz Aids S-H bedankt sich zunächst noch einmal beim Land Schleswig-Holstein, dass uns für das Jahr 2018 – das ist nicht selbstverständlich – 30.000,- € für die Umsetzung der Kampagne in S-H zur Verfügung gestellt hat.

Meines Wissens ist S-H auch das einzige Bundesland, dass diese Kampagne zusätzlich fördert. Ich möchte an dieser Stelle auch ausdrücklich Minister Dr. Garg erwähnen, da er sich sofort bereit erklärt hat, die Schirmherrschaft für diesen Fachtag zu übernehmen. Vielen Dank, Herr Minister.

...

Über die Kampagne und deren Ziele selbst werden wir nicht nur gleich von der Projektleiterin Johanna Paul von der Deutschen Aidshilfe mehr erfahren, sondern diese Kampagne wird sicherlich auch immer wieder in den Referaten und Workshops thematisiert.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, wir haben den Titel des Fachtags bewusst mit „Aidshilfe und Suchthilfe im Dialog“ gewählt.

Wir sind der Meinung, dass es nicht nur historische Parallelen und Gemeinsamkeiten gibt, sondern es heute auch wieder an der Tagesordnung ist, zu überlegen, wie wir nicht nur gemeinsam die Gesundheit der drogengebrauchenden – insbesondere der HIV und HCV positiven – Klienten oder Patienten erhalten, sondern zeitgleich auch, wie wir zum Schutz vor diesen und anderen Infektionen beitragen können.

*Wir sehen in diesem Fachtag einen Anfang und würden uns freuen, wenn Sie und ihre Kolleg*innen in den Aids- und Suchthilfen zukünftig in einem noch zu bestimmenden Rahmen zusammenkommen und sich gemeinsam austauschen.*

Ich sprach von historischen Gemeinsamkeiten. Die sehe ich in den Anfängen der Drogenhilfe- und der Aidshilfearbeit. Die Drogenhilfe nahm ihren Anfang in den 70er Jahren als tagtäglich in den Zeitungen von Drogentoten zu lesen war und die Lebensweise der Junkies als „Abschaum“ skandalisiert wurde.

Ich selbst begann damals in Berlin zu studieren und erlebte politisch und dann auch fachlich sehr engagierte Selbsthilfeinitiativen von Angehörigen, Usern und interessierten Menschen, die sich der Stigmatisierung und Diskriminierung widersetzen. Es war die Stunde der Selbsthilfegruppen wie „Release“ und die „Free Clinic“ Bewegung, die sich in verschiedenen Metropolen den Außenseitern der Gesellschaft, den Junkies annahmten und versuchten, gemeinsam mit ihnen den Alltag zu bewältigen. Zusammen stellten sie Regeln zur Gesundung und für ein selbstbestimmtes Leben auf – entwickelten Perspektiven. Zu jener Zeit war – so der Eindruck – alles politisch. Es herrschte die Kritik an den gesellschaftlichen Verhältnissen vor und einhergehend mit spezifischen psychosozialen Konzepten entstanden in diesem Sinne überall im Lande bis Ende der 70er Jahre weitere kleinere und größere therapeutische Selbsthilfe-Wohngemeinschaften in Eigenregie oder in Trägerschaft.

Die Drogenhilfe war, wenn man so will, Vorreiter, die Avantgarde, der dann weitere politische, kulturelle und soziale Bewegungen folgten. Diese sozialen Bewegungen prägten in der Zeit – heute würde man sagen – einen spezifischen Lifestyle.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, bis hierhin sehe ich Parallelen zur Entwicklung der Aidshilfearbeit in den 80er Jahren.

Denn auch hier wurde von den Medien und Teilen der Gesellschaft eine Krankheit stigmatisiert und bestimmte – insbesondere sexuelle und verhaltensorientierte – Minderheiten diskriminiert. Ich erinnere mich noch sehr gut – auf dem Höhepunkt der öffentlichen politischen Diskussionen – an die Aussagen und Forderungen vom bayrischen CSU Staatssekretär Dr. Peter Gauweiler, der mit einem Maßnahmenkatalog die HIV-positiven Menschen aussondern – am besten auf eine Insel – wollte. Auch hier waren es wieder die positiven Menschen selbst, ihre Angehörigen und Freunde, die dagegenhielten und für eine humane, diskriminierungsfreie Gesundheitspolitik kämpften.

Vielen Anwesenden werde ich hier nichts Neues sagen, denn auch hier war gemeinsamer Nenner: nicht die Menschen, sondern die Krankheit und die damit einhergehende Diskriminierung zu bekämpfen.

Als Ausdruck hierfür stand und steht das Konzept der Lebensweise-orientierten – Verhaltens- und Verhältnisprävention. Schließlich war es dann die damalige CDU Gesundheitsministerin Dr. Rita Süßmuth, die sich allen politischen Gegnern widersetzte und gemeinsam mit den Aidshilfen einen humanistischen Ansatz durchsetzte. Sie initiierte umfassende – zielgruppenspezifische - niedrigschwellige Bundesmodellprojekte, von denen Ende der 80. Jahre auch die Drogenhilfe in Deutschland im Rahmen der sog. Booster Programme profitierte – mit heute noch bestehenden Mitarbeiterstellen.

So ist es – nebenbei gesagt – auch kein Zufall, dass Frau Dr. Süßmuth die Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Aids Hilfe angetragen wurde.

Soviel zu den Parallelen – den Anfängen – in der Drogen- und Aidshilfe. Im weiteren Verlauf zeigen sich dann die Unterschiede. Die bis dahin niedrigschwellige

sozialhilfebasierte Drogenhilfe erlebte – gerade wirtschaftlich – in den 80ern schnell einen erheblichen Professionalisierungsschub auf der Medizinischen, Psychiatrischen und Sozialarbeiterischen Ebene über Versorgungsketten bis zu Anschluss-therapeutischen Großeinrichtungen. Heute sind die meist hochschwelligen psychosozialen ambulanten und stationären medizinischen Hilfen für drogengebrauchende Menschen – so wie ich sie erlebe und erlebte – sehr stark von wirtschaftlichen Überlegungen geprägt. Immer besteht für den einzelnen Menschen eine Abhängigkeit vom Kostenträger.

*Die Aidshilfen arbeiten seit über 30 Jahren – zumindest in S-H – weiterhin auf der vom Land finanzierten Projektebene. Das macht die Arbeit zwangsläufig nicht unbedingt besser oder einfacher, denn die Verantwortlichen und Mitarbeiter*innen in den Vereinen sind einem ständigen Ressourcendruck ausgesetzt. Einerseits sehen wir immer wieder verschiedene „weiße Versorgungsflecken“, die wir gerne noch in Angriff nehmen würden – doch andererseits stehen uns aber nur bestimmte finanzielle und personelle Ressourcen zur Verfügung. So ist es auch nicht verwunderlich, dass ein nicht geringer Teil der Arbeit in den Aidshilfen von ehrenamtlichen Mitgliedern übernommen wird. Das hat unsere Arbeit – einschließlich der Förderung der Selbsthilfeperspektive, also der Expert*innen in eigener Sache – bisher ausgezeichnet.*

*Ich möchte jetzt noch in aller gebotenen Kürze auf die Gemeinsamkeiten eingehen. Ende 80er Jahre wurden nicht nur Bundesmodellprojekte ins Leben gerufen – es war auch die Zeit – ältere Kolleg*innen werden sich erinnern – eines in der Tat heftigen „Glaubenskrieges“ in der Sucht- und Drogenhilfe. Gegenüber standen sich die Anhänger der Abstinenztheorie und die Vertreter*innen der Ersatzstoffvergabe zu denen auch wesentlich Aktivisten aus den Aidshilfen gehörten. Diese Diskussionen waren sicherlich – aus heutiger Sicht – notwendig, denn die Positionen näherten sich zunehmend an. Heute gehören Substitutionsprogramme zum Standard in der Sucht- und Drogenhilfe. Und im Jahr 2005 war dann auch die Zeit reif für ein Konsenspapier zwischen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) und AKZEPT e.V.*

Darin sind die wesentlichen Ziele, Grundlagen und Prinzipien der Sucht- und Drogenhilfe geregelt. Ich denke, es ist ein Papier, auf deren Basis wir hier in S-H ansetzen und gemeinsam weiterarbeiten sollten. Schlussendlich würde ich mich auch freuen, wenn wir auch in S-H weiter gemeinsam an den Schadensminimierenden Programmen arbeiten – so wie wir es von Dirk Schäffer hören werden, der uns u.a. die Empfehlungen der Druckstudie (RKI) vorstellen wird.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, in diesem Sinne freue ich mich auf eine spannende gemeinsame Zukunft und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen den Aidshilfen und den Sucht- und Drogenhilfeeinrichtungen in S-H. Vielleicht werfen wir auch einmal gemeinsam einen Blick zu unseren Nachbarn nach Dänemark – denn dort wurden die UNAIDS 90-90-90 Ziele bereits erreicht.

Bevor ich Ihnen und uns jetzt einen interessanten Verlauf mit vielen neuen und guten Erkenntnissen des Fachtags wünsche – möchte ich mich ganz besonders bei meinen Kolleginnen aus dem Organisationsteam: das sind Ute Krackow von der AH Kiel und Hartmut Evermann von der Lübecker Aidshilfe bedanken. Ebenso für ihre fachlichen Anregungen und Support bei Frau Dr. Britta Thege von der FHS sowie Margrit Stoll von der Fachambulanz Kiel und Andreas Dehnke von Odyssee Kiel und den Leuten von der Selbsthilfeinitiative JES S-H. Vielen Dank – ohne euch wären jetzt alle nicht hier.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Beitrag Minister Dr. Garg zur Tagungsdokumentation des Fachtags
„Aidshilfe und Suchthilfe im Dialog“ des Kompetenznetzes AIDS
in Schleswig-Holstein am 14.11.2018 in der FH Kiel



9

Erlauben Sie mir, ein paar ganz persönliche Worte voranzustellen.

Als homosexueller Mann, der in den 1980er Jahren ‚sozialisiert‘ wurde, d.h. als Teenager auf dem Land aufgewachsen ist, ist für mich die Frage, wie unsere Gesellschaft mit HIV infizierten Menschen umgeht, ein ganz besonderes Anliegen, das weit über meine ministerielle Tätigkeit oder mein parteipolitisches Engagement hinausgeht.

Ich habe Menschen verloren, die HIV infiziert waren und an den Folgen der Immunschwäche AIDS gestorben sind. Ich wuchs auf in einem Klima, in dem Politiker ernsthaft die Kasernierung – also das Wegsperrern – von HIV infizierten Menschen gefordert haben. Und das nicht nur unter der Reagan Administration in den USA, sondern auch bei uns in Deutschland. Neben Unwissen und Panikmache gesellte sich gesellschaftliche Ächtung. Gerade bei etwas lebenserfahreneren Menschen dürfte die Erinnerung an diese Zeit noch tief sitzen. Die gesellschaftliche Stigmatisierung von HIV und AIDS hält immer noch an. Die Medizin hat zum Glück große Fortschritte gemacht, so dass rechtzeitig erkannt, eine HIV Infektion heute mit einer gut eingestellten HAART Therapie sehr wohl mit einer chronischen Krankheit gleichgesetzt werden kann. Trotzdem gibt es nach wie vor viel zu viele Menschen, die sich aus Angst vor gesellschaftlicher Ächtung nicht trauen, einen im Zweifel

...

lebensrettenden HIV Test zu machen. Das muss sich ändern. Nicht die Menschen, sondern das Virus muss bekämpft werden – und mit dem Virus gleichzeitig die gesellschaftliche Ächtung und die Brutalität, mit der HIV-positive Menschen immer noch ausgegrenzt werden. HIV-positive Menschen brauchen nicht unser Mitleid, sondern unsere Zivilcourage. Sie brauchen den Mut einer aufgeklärten Gesellschaft. Sie sind unsere Partner*innen, unsere Familienmitglieder, Freund*innen oder Kolleg*innen. Für sie einzustehen, gegen Diskriminierung und Ausgrenzung zu kämpfen – das ist auch weiterhin mein Ziel.

Nach vom Robert-Koch-Institut vorgelegten Zahlen hatten Ende 2016 in Schleswig-Holstein 1.000 Männer und 200 Frauen eine HIV-Diagnose. Tatsächlich dürfte die Zahl deutlich größer sein, da viele der im Hamburger Umland lebenden HIV-Infizierten sich in der Hansestadt in Behandlung befinden und auch dort erfasst werden. Darüber hinaus wird von etwa 310 Menschen in Schleswig-Holstein ausgegangen, die keine Kenntnis von ihrer Infektion haben.

Bei rund 110 bzw. knapp 9% der von HIV betroffenen Menschen in Schleswig-Holstein steht die Infektion im Zusammenhang mit ihrem Drogenkonsum. Der europäische Drogenbericht 2018 weist für das Jahr 2016 EU-weit 1027 HIV-Neudiagnosen aus, die mit injizierendem Drogenkonsum in Verbindung stehen. Dies entspricht 5 % aller HIV-Diagnosen. Der Anteil der Drogenkonsumenten an neu gemeldeten Aids-Fällen betrug jedoch 13 %. Drogenkonsumenten sind also in besonderer Weise gefährdet, an Aids zu erkranken, unter anderem, da die HIV-Diagnosen bei ihnen oftmals nicht oder zu spät gestellt werden.

Zwei entscheidende Maßnahmen zur Reduzierung des HIV-Infektionsrisikos bei Drogenkonsumenten sind die kostenlose Ausgabe von Spritzen, der sogenannte „Spritzentausch“ und die Substitutionsbehandlung bei niedergelassenen Ärzten und in Substitutionsambulanzen.

Gleichzeitig stellt die Ausbreitung des Phänomens „Chem-Sex“ – also Sex unter Einfluss psychotroper Substanzen – alle Beteiligten vor neuen Herausforderungen in der HIV-Prävention. Neben der potentiellen Gefahr einer dadurch entstehenden Drogenabhängigkeit besteht auch immer das Risiko, sich beim Chem-Sex und oder bei der gemeinsamen Benutzung von Spritzen mit HIV und/oder Hepatitis C zu infizieren.

Der Kontext Drogenkonsum ist die eine wichtige Seite der HIV- und AIDS-Prävention.

Die sexuelle Übertragung von HIV ist die andere. Beide Seiten sind Gegenstand der Kampagne „Kein Aids für alle in Schleswig-Holstein bis 2020“, die 2018 mit Unterstützung meines Hauses gestartet ist. Schwerpunkt der Kampagne ist es, die Berufsgruppen des Gesundheitswesens, aber auch die Allgemeinbevölkerung umfassender zu informieren.

Das ist ein klug gewählter Fokus, zeigt sich doch immer wieder, dass HIV-positive Menschen – auch im Gesundheitswesen – noch immer diskriminiert werden. Ebenso wie es offenbar Ärztinnen und Ärzten, die keine entsprechenden Fachärzte sind, schwerfällt, HIV „mitzudenken“, zu thematisieren und entsprechende Testungen durchzuführen.

Das ist umso gravierender, als viele Menschen davor zurückschrecken, einen HIV-Test durchzuführen. Sei es aus Angst vor dem Ergebnis, aber auch vor Ablehnung, Ausgrenzung und Stigmatisierung. Dabei ist es so wichtig, im Zweifelsfall einen Test so früh wie möglich zu machen.

Mein Appell an alle Menschen – gleich welcher sexuellen Orientierung – lautet daher: Erstens, schützen Sie sich! Zweitens, machen Sie im Zweifel in Abstimmung mit Ihrem Arzt einen HIV-Test! Nur wer von einer Infektion weiß, hat die Chance, sie frühzeitig therapieren zu lassen.

Darum ist es auch gut, dass nach einer Änderung der Medizinprodukteabgabeverordnung seit Herbst 2018 HIV-Selbsttests in Apotheken, Drogerien oder online frei verkäuflich sind. Damit wird ein wichtiger neuer Weg zu schnellerer Klarheit eröffnet. Gerade auch für Betroffene im ländlichen Raum, wo die Wege zum Gesundheitsamt oder Hausarzt oft weit sind und die Sorge vor Stigmatisierung verbreitet.

Das ist umso bedrückender, als ja das Ziel „Kein Aids für Alle“ heute keine Utopie mehr ist. Es ist ein Ziel, das ehrgeiziges Engagement erfordert, aber doch erreichbar ist. Gerade darum haben wir die Verpflichtung, dieses Ziel mit aller Entschlossenheit und Ernsthaftigkeit zu verfolgen.

Prävention ist und bleibt der Schlüssel, um gesund zu bleiben und das Ziel „kein AIDS für Alle“ zu erreichen. Im Bereich der sexuellen Übertragung von HIV bedarf es immer wieder der Sensibilisierung. Übrigens gerade von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, für die AIDS heute vermeintlich viel weiter weg ist, als es für vorherige Generationen der Fall war.

Ich bin überzeugt, dass wir haben mit den neueren medizinischen Entwicklungen – Stichworte sind etwa die hochaktive antiretrovirale Therapie (HAART) oder Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP) – große Chancen haben, dem Ziel „Kein AIDS für Alle“ näherzukommen. Ich werbe für eine offensive und umsetzungsorientierte Diskussion. Dabei bleibt es aber bei der Notwendigkeit, sich und andere wirkungsvoll zu schützen – vor AIDS, aber auch vor anderen sexuell übertragbaren Krankheiten. Deshalb bleiben Kondome ein unverzichtbarer Bestandteil von Prävention. Die in dieser Publikation dokumentierte Fachtagung „Aidshilfe und Suchthilfe im Dialog“ wurde konzipiert als Baustein der angesprochenen Kampagne „Kein Aids für alle in Schleswig-Holstein bis 2020“. Für die Entwicklung der Mutterkampagne „Kein Aids für alle“ auf Bundesebene gilt mein herzlicher Dank der Deutschen AIDS-Hilfe. Gleichmaßen danke ich allen Akteuren, die im Kompetenznetz Aids in Schleswig-Holstein die Kampagne hier im Land umsetzen und in diesem Rahmen am 14. November 2018 einen außerordentlich gelungenen Fachtag auf die Beine gestellt haben!

Dr. Heiner Garg

*Minister für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren
des Landes Schleswig-Holstein*

Prof. Dr. Udo Beer
Fachhochschule Kiel

13



Sehr geehrter Herr Minister Garg, liebe Alle,

es freut mich, wenn unsere gute Zusammenarbeit mit dem Landesverband des Aidshilfen Kompetenznetz Aids in SH e.V. einen besonderen Ausdruck in der heutigen Tagung findet. Mit der Fachtagung am 14.11.2018 „Aidshilfen und Suchthilfe im Dialog“ im Rahmen der Kampagne „Kein Aids für Alle bis 2020 in SH“ ermöglichen wir nicht nur dem Fachpublikum sich auszutauschen, sondern eröffnen auch unseren Studierenden aus allen Fachbereichen die Möglichkeit, sich im Rahmen unserer Interdisziplinären Wochen mit der Thematik zu beschäftigen.

Gerne stellen wir für diesen Zweck unsere Infrastruktur zu Verfügung. Genießen Sie Ihre Zeit auf dem Campus der Fachhochschule Kiel, der neben seiner Funktionalität auch Freiräume zur Besinnung und zum Kunstgenuss bietet. Schauen Sie sich also gerne auf dem Campus um. Es lohnt sich!

Ich wünsche der Tagung einen ergebnisreichen Verlauf.

Präsident der Fachhochschule Kiel

Prof. Dr. Udo Beer



Björn Beck

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.



14

Sehr geehrter Herr Minister, sehr geehrter Herr Professor Beer, ..., Moin!

vielen Dank für die Einladung nach Kiel, ich freue mich immer wieder hier zu sein, immerhin habe ich hier geheiratet. Von meinem Mann habe ich gelernt, dass ein „Moin“ und ein anerkennendes Nicken hier eine vollständige Konversation bedeuten. Insofern bin ich ein wenig, sehr freudig, überrascht über die sehr persönlichen und wertschätzenden Worte des Ministers. Vielen herzlichen Dank, Herr Dr. Garg.

Im Namen des Bundesvorstands der Deutschen Aidshilfe darf ich Ihnen und Euch allen herzlichen Grüße und vielen Dank für die engagierte Arbeit in unserem Verbandsprojekt „Kein Aids für alle“ übermitteln. Das Engagement Menschen mit HIV späte Diagnosen und damit Aids ersparen zu wollen, ist wirklich beeindruckend. Denn zehn Jahre nach dem erleichternden „EKAF-Statement“, also der ersten wissenschaftlichen Bestätigung, dass eine erfolgreiche HIV-Therapie eine Weitergabe des Virus verhindert, erkranken immernoch jedes Jahr über 1.000 Menschen in Deutschland an Aids - und leider sterben auch einige bevor die Therapie sie retten kann.

Gemeinsam können wir erreichen, dass niemand mehr an Aids erkranken muss, dass wir Aids besiegen. Dazu müssen wir in allen Bereichen an einem Strang ziehen,

...

wir müssen Vorurteile aus dem Weg schaffen, Stigmatisierung bekämpfen und Menschen die Angst vor der Diagnose nehmen. Nur so werden mehr Menschen die Beratungsstellen aufsuchen und den Test machen, der die Gesundheit sichert – egal wie er ausgeht, denn so können Infektionen erkannt und behandelt werden.

15

Vielen Dank für Euer vorbildliches Engagement und diesen Fachtag, der genau dieses überdisziplinäre Ziel verfolgt und uns näher zueinander bringt, um gemeinsam für unser Ziel zu kämpfen.



Grußwort aus der Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V.
von Sandra Oblegor, Referentin für Suchthilfe



16

*Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Fachkräfte aus dem Sozial- und Gesundheitswesen,*

als Mitveranstalterin freuen wir uns, sie heute zu diesem bedeutenden Fachtag begrüßen zu dürfen! Die Landesstelle für Suchtfragen versteht sich als überregionale Ansprechpartnerin und Schnittstelle zum Themengebiet „Sucht“. Deshalb erachten wir diesen Fachtag als sehr wertvoll, um in der eindeutigen Schnittstelle der Aids- und Suchthilfe in den Dialog zu treten und eine ertragreiche Kooperation zu pflegen. Als Mitgliederverband möchten wir die Suchthilfestrukturen in Schleswig-Holstein fördern, indem wir unsere Mitglieder bei einer bedürfnisgerechten Angebotsvielfalt unterstützen und aktuelle Diskurse in Arbeitskreise, Fachausschüsse und auch Fortbildungen aufnehmen. Mit diesem Fachtag kann sicherlich ein Grundstein dafür gelegt werden, wieder mehr Bewusstsein für die Thematik anzustoßen und darauf hinzuarbeiten, dass im Sinne der Kampagne „Kein Aids für alle“ auch drogengebrauchende Menschen nicht mehr an HIV erkranken müssen!

*Vielen Dank, dass sich so viele professionelle Referent*innen aus den Arbeitsfeldern der Aids- und Suchthilfe bereit erklärt haben, die Schnittstelle heute in ihren Vorträgen möglichst multiperspektivisch zu beleuchten.*

Wir freuen uns auf den heutigen Tag mit einem regen Austausch und hoffen, dass wir zukünftig gemeinsam die Praxis beeinflussen werden!





„Kein Aids für alle“

Johanna Paul

Warum und wofür brauchen wir diese Kampagne?

Was soll sie bewirken und welche Ziele soll sie erreichen?

Wie wird sie umgesetzt?

Bundesweit und in Schleswig-Holstein.



„Kein Aids für alle – bis 2020!“

Fachtag Kompetenznetz Aids in Schleswig-Holstein

14. November 2018



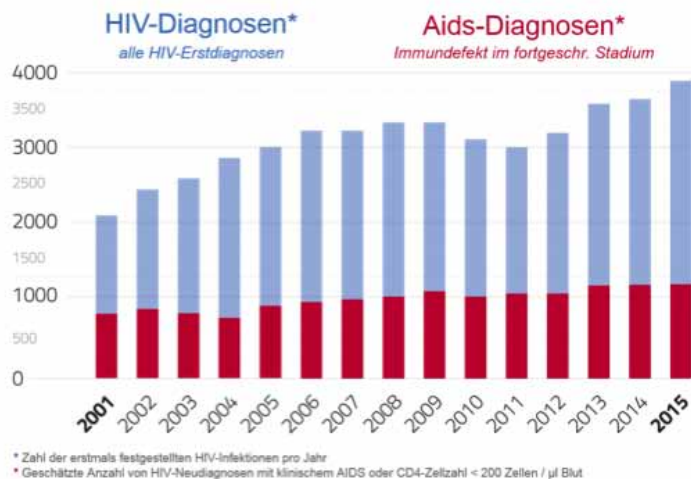
Die Kampagnenziele

2 |



Aids ist kein Schicksal, sondern vermeidbar

- Nach wie vor erkranken jedes Jahr über 1.000 Menschen in Deutschland an Aids, obwohl dies vermeidbar wäre – das wollen wir ändern!
- Die Vereinten Nationen haben sich zum Ziel gesetzt, die Aids-Epidemie bis 2030 zu beenden. Wir sind überzeugt: Wenn wir alle an einem Strang ziehen, können wir dieses Ziel in Deutschland schon früher erreichen.



3 |



Folgende Hindernisse gilt es aus dem Weg zu räumen:

20

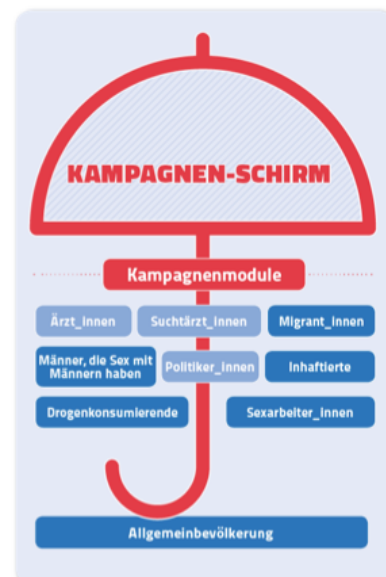
- Viele Menschen verdrängen HIV-Risiken.
- Nicht wenige scheuen den HIV-Test aus Angst vor Diskriminierung.
- Oft kommen Ärzte nicht auf die Idee, dass HIV im Spiel sein könnte.
- Noch haben auch in Deutschland nicht alle Menschen mit HIV Zugang zur Therapie.

Die gute Nachricht: Es geht anders.

4

Die richtige Botschaft für die richtigen Zielgruppen

- Menschen für ihre persönlichen HIV-Risiken sensibilisieren.
- Zeigen, dass ein positiver HIV-Test kein Todesurteil ist, sondern ein langes Leben ermöglicht!
- Der moralischen Bewertung der HIV-Infektion entgegenzutreten, die viele vom Test abschreckt.
- Testangebote/medizinische Versorgung für alle Menschen in Deutschland zugänglich machen.



5

Beispielhafte Aktionen der Kampagne

6 |

 Deutsche
AIDS-Hilfe

Gesundheit für „Hund und Herrchen“

- Erster Pilot im Sommer 2017 an 4 Terminen
- Kooperation mit einer Tierärztin (HundeDoc) und einem Kontaktladen für Suchtkranke Menschen
- Angebot: kostenlose ärztliche Versorgung für den Hund, HIV-Test und Beratung für „Herrchen / Frauchen“



|

 Deutsche
AIDS-Hilfe

40 Orte – 40 Aktionen

- Finanzielle Unterstützung für Aktionen unserer Mitgliedsorganisationen
- Bisher 35 Projekte für verschiedene Zielgruppen: MSM, Sexarbeiter_innen, Drogenkonsument_innen, Migrant_innen, Ärzt_innen, Allgemeinbevölkerung, Menschen mit HIV, etc.



22

8

Hausärztebroschüre

- Versand am 09.4.18 an ca. 52.300 Arztpraxen in ganz Deutschland
- Sensibilisierung von Hausärzt_innen für die Problematik von späten Diagnosen, inkl. Infos zu Indikatorerkrankungen, Tipps zur Gesprächsführung, Hinweise zu Testarten und zur Abrechnung, Umgang mit positiven Testergebnissen
- Sehr positive Resonanz, Verwendung auch auf Kongressen und in Ärztenetzwerken, etc.



9

Kondomaktion für Migrant_innen

23

- Website [your-health.tips](http://www.your-health.tips) für Migrant_innen in 4 Sprachen (englisch, französisch, russisch, arabisch)
- Verteiler für die Aktion: ca. 350 Flüchtlings- und Migrant_innen-Organisationen in ganz Deutschland
- Sehr große Nachfrage: die ersten 200.000 Kondome gingen in 2,5 Wochen weg
- Zweite Runde in Planung



10 |

Aktionen zum HIV-Selbsttest

Flyer für Apotheker_innen mit Infos zum HIV-Selbsttest und zu unseren Beratungsangeboten



Aufkleber „Hier gibt es den HIV-Selbsttest“ für alle, die den Selbsttest verkaufen (MOen, Apotheken,



11 |

Social Media Aktionen

24

Kein Aids für....



Mein / Unser Beitrag gegen Aids:



12 |

Was soll noch passieren

- **Flyer für Haft:** mit Basisinfos zu HIV Test und Behandlung und mit unseren Kernbotschaften an die JVAen (für med. Dienst, Bedienstete und Gefangene)
- **Gynäkologenbroschüre:** Analog zur Hausärzdebroschüre, jedoch inhaltlich spezifisch auf Gynäkolog_innen zugeschnitten
- **Substitutionsbroschüre:** Analog zur Hausärzdebroschüre, jedoch inhaltlich spezifisch auf Substitutionsärzt_innen zugeschnitten
- **Pressearbeit** und weitere **Social Media** Aktionen
- Dritte Runde **40 Orte – 40 Aktionen**

13 |

Aktionen im Kompetenznetz Aids S-H





„Kein Aids für Alle bis 2020 in S-H“

Ute Krackow

Die Kampagne wurde in S-H – mit Unterstützung des Sozialministeriums – auf einer Pressekonferenz am 9.11.2017 in der Lübecker Aidshilfe gestartet.

Unsere Ziele:

- Ziele der Kampagne landesweit bekannt machen,
- Partner*innen für Veranstaltungen, Fortbildungen, Veröffentlichungen und Projekte zu gewinnen,
- Hausärzte für das Vollbild Aids und ein offensiveres HIV-Test Angebot zu sensibilisieren,
- Vorstellung in unterschiedlichen politischen und fachlichen Gremien in S-H

Durch die finanzielle Unterstützung und Kontaktvermittlung des Landes Schleswig-Holstein werden ermöglicht:

27

- Anschaffung von Testmitteln,
- verschiedene Werbeträger (Plakate, Flyer, Rollups etc.), die für lokale Aktionen ausgeliehen werden können,
- Anzeigen in Medien für unterschiedliche Zielgruppen,
- Zwei Berichte in der Ärztezeitung Schleswig-Holstein,
- Bewerbung der Kampagne durch drei Krankenkassen,
- umfangreiche Sondertestaktionen.

Kooperationspartner*innen und Beteiligte:

Land S-H, Gesundheitsämter (KI, HL, NMS, IZ, PI, FL), Drogenhilfen (AWOHL, Claro KI, Diakonie FL), Aidspflege (HL), und der Fachberatungsstelle Prostitution (NMS)

2 |



Bisherige Aktivitäten

Regionale Hausarztnetzwerke wurden kontaktiert, um unter Mitwirkung eines HIV-Schwerpunktarztes die Ziele und Inhalte der Kampagne vorzustellen.

Durch den nun verfügbaren Selbsttest wird das HIV Test-Angebot nochmals um einen wichtigen Baustein erweitert. Die Aidshilfen bieten hierfür die Abgabe und die Begleitung der Durchführung des Testes an und machen das Angebot bekannt.

Regionalisierter Informations-Flyer für die Apotheken, die den HIV- Selbsttest abgeben.

Am 20.10.2018 haben der Künstler Tim Fischer und MdB Melanie Bernstein eine Gala zugunsten des Landesverbandes ausgerichtet und in der medialen Aufmerksamkeit (NDR, diverse Printmedien) die Ziele der Kampagne kommuniziert und unterstützt. Der Erlös der Gala wird 2019 weitere Aktionen ermöglichen.

14.11.2018 Fachtag „Aidshilfe und Suchthilfe im Dialog“: damit Drogengebrauchende gleichermaßen Zugang zum medizinischen System haben, braucht es gute und fachliche Kooperationen zwischen den Hilfesystemen.

3 |



Fotoaktion „Ich gestalte Geschichte mit“

28



Dr. med. Sven Korte
HIV-Behandler in
Heide



Lena Puck und Henry
Möncke,
Präventionskräfte der
Aidshilfen NMS und Kiel



Stefan Mohrdieck
Landrat des Kreises
Dithmarschen

4

Nächste Schritte

- Erstellung Flyer in ‚leichter Sprache‘ für Menschen mit Beeinträchtigungen.
- Niedrigschwellige Checkpoints unter Beteiligung eines Arztes/Ärztin für Drogengebrauchende (STI-HIV-HCV-Tests, ggfs. Abgabe HIV/HCV-Medikamente?!) (Außer Lübeck, da gibt es einen!).
- Nötige Untersuchungen und Abgabe von HIV/HCV-Medikamenten, an alle, die sie benötigen...auch an Nicht-Krankenversicherte.
- Workshop „Kein Aids für alle! Auch für Trans*?!“.

5



„Stand der Drogen- und Suchthilfe in S-H“

Dr. Jean Hermanns

Der Markt der Drogen ist ständig in Bewegung.

Im Schnitt kommt in der EU alle fünf Tage eine neue synthetische Droge auf den Markt.

Wie gehen die Sucht- und Drogenhilfe in Schleswig-Holstein damit um?

Welche Auswirkungen hat dieses nicht zu stoppende Angebot auf drogengebrauchende Menschen?

Stand der Drogen- und Suchthilfe in Schleswig-Holstein

Dr. Jean Hermanns, Leitender Psychologe,
Psychiatrisches Zentrum Rickling



30



PSYCHIATRISCHES
KRANKENHAUS
RICKLING



Woher komme ich ?

PSYCHIATRISCHES
KRANKENHAUS
RICKLING





LANDESVEREIN
FÜR INNERE MISSION IN
SCHLESWIG-HOLSTEIN

Bereiche

Psychiatrische Hilfe
Suchthilfe
Behindertenhilfe
Altenhilfe



Herzlich willkommen

Für Menschen mit Menschen

Der Landesverein für Innere Mission in Schleswig-Holstein bietet differenzierte Unterstützungsmöglichkeiten für seelisch erkrankte Menschen, für Menschen mit Behinderungen, für suchgefährdete und suchtkranke Menschen und für Menschen, die im Alter Pflege und Betreuung wünschen.



Suchtpsychiatrische Abteilung

- **Illegale Drogen**
- **Alkohol und Medikamente**
- **Komorbidität** (psychische Erkrankung und Sucht)
- (zunehmend) **nicht substanzgebundene Süchte**

PSYCHIATRISCHES
KRANKENHAUS
RICKLING



AIDS- und Suchthilfe im Dialog: Was erwartet Sie?

- Historischer Part
- Entwicklungen in der Drogen- und Suchthilfe
- Zukunftsperspektiven
- Fokus HIV aus dem Blickwinkel der Sucht-/Drogenhilfe

PSYCHIATRISCHES
KRANKENHAUS
RICKLING



HIV-Projekte als Wegbereiter niedrigschwelliger und akzeptierender Drogenarbeit (1)

- Notwendigkeit akzeptierender Drogen-(Sozial-)arbeit schon ab Ende der 70er Jahre erkannt (*Thamm&Schmetz, 1973!!*)
- zum gleichen Zeitpunkt z.T. erbitterte Diskussion um Substitution
- hohe Anzahl von sog. „Drogentoten“
- hohe Zugangsschwellen zu klassischen Suchthilfeinstitutionen

PSYCHIATRISCHES
KRANKENHAUS
RICKLING



HIV-Projekte als Wegbereiter niedrigschwelliger und akzeptierender Drogenarbeit (2)

- „kalter Entzug“
- „Hardcore-Therapie“
- ausschließliche Abstinenzorientierung in der klassischen Suchtberatung
- Betonung der Primärprävention

PSYCHIATRISCHES
KRANKENHAUS
RICKLING



HIV-Projekte als Wegbereiter niedrigschwelliger und akzeptierender Drogenarbeit (3)

- Bundesmodellprojekt
- Streetwork, Kontaktstellen, Konsumräume, Spritzentausch
- Medikamentenunterstützte Entzugsbehandlung
- Safer sex, safer use
- Substitution

PSYCHIATRISCHES
KRANKENHAUS
RICKLING



1. Zwischenfazit:

- Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit/Politik in der Vergangenheit durch HIV-Problematik dtl. erhöht
- Drogen- und AIDS-Hilfe sind einen langen Weg eng verbunden gemeinsam und erfolgreich in Richtung Akzeptanz, Niedrigschwelligkeit und harm-reduction gegangen
- Rückschritte bzw. Nicht-Erreichtes: spezialisierte Drogen-Einrichtungen auf dem Rückzug, hohe Hürden bei Finanzierung von medizinischer und sozialer Reha (Eingliederungshilfe)

PSYCHIATRISCHES
KRANKENHAUS
RICKLING



und aktuell?? (1)

- Cannabis, Cannabis, Cannabis
- bzw. Polytoxikomanie: alles außer Heroin
- und damit erhebliche Zunahme der psychiatrischen Komorbidität
- dtl. psychiatrischer Fokus der Drogenhilfe bzw. Drogen- bzw. Suchtfokus der psychiatrischen Versorgung
- Suchtmedizinischer Fokus dtl. im Hintergrund

PSYCHIATRISCHES
KRANKENHAUS
RICKLING



und aktuell?? (2)

- aber: nach einer Phase der Stagnation Trend zurück zu Opioiden
- bes. halb- oder vollsynthetische Opioide (Oxycodon, Fentanyl)
- auch in Kombination mit Psychopharmaka (Pregabalin bzw. Lyrica®)
- Boom des Konsums amphetaminhaltiger Substanzen
- in Suchtpsychiatrie und -medizin weiterhin von untergeordneter Bedeutung

PSYCHIATRISCHES
KRANKENHAUS
RICKLING



und HIV?? 2. Zwischenfazit

- aus dem Fokus geraten??!!
- i.v.-Konsum weiterhin zu Beginn der Abhängigkeit relevant
- ebenso Hochrisiko-Konsumverhalten („DRUCK“-Studie, Robert-Koch-Institut, 2016)
- Risikobehaftetes Sexualverhalten im Zusammenhang mit Amphetamin- bzw. Partydrogenkonsum
- Stichworte: Angstminderung, Selbstüberschätzung, Impulsivität

PSYCHIATRISCHES
KRANKENHAUS
RICKLING



Perspektiven ??

- nicht nur Suchtpsychiatrie/-psychotherapie, sondern auch Suchtmedizin
- Niedrigschwelligkeit auch motivational erhalten und ausbauen
- Sekundär- und Tertiärprävention
- Vorbild Hepatitis-C-Behandlung?!!
- Empfehlungen der DRUCK-Studie beachten

PSYCHIATRISCHES
KRANKENHAUS
RICKLING



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



PSYCHIATRISCHES
KRANKENHAUS
RICKLING





Ausgewählte Ergebnisse und Empfehlungen der DRUCK- Studie

Herausforderungen gemeinsam Bewältigen

*Dirk Schäffer, Deutsche Aids-Hilfe e.V.
Abteilungsleitung und Referent für Drogen, Strafvollzug und JES
Dirk.Schaeffer@dah.aidshilfe.de*



Problematischer Drogenkonsum in Deutschland

Opiate, Kokain u. Amphetamine

- **217.000 - 258.000***

Prävalenz von 4,0 - 4,8 (pro 1.000 Einwohner)

Definition „problematisch“

- Konsum von Opioiden, Kokain oder Amphetaminen intravenös oder lang andauernd/regelmäßig und schädlich

*Grundlage Behandlungsdaten 2016, Reitox Report

DRUCK-Studie

Drogen und chronische Infektionskrankheiten

Ziele

- Prävalenz von HIV, Hepatitis B und C bei IVD
- Charakteristika, Wissen, Risiko- und Präventionsverhalten
- Präventionsempfehlungen zum Schutz vor HIV und Hepatitiden bei IVD

Methoden

- Multizentrische Querschnittsstudie 2011-14
- Sero- und Verhaltenssurvey
- 8 Städte in Deutschland
- 2077 Personen mit i.v.-Konsum in letzten 12 Monaten
- *Respondent driven sampling*



Soziodemografische Charakteristika

Soziodemografie	Spanne der Städte (%) (Min.–Max.)
Frauen	18,4–35,3
Nicht in Deutschland geboren	9,2–30,6
Junge IVD (< 25Jahre)	2,1–26,9
Obdachlosigkeit (jemals)	52,8–76,9
Jemals inhaftiert	72,8–85,8
Substitutionstherapie (jemals)	54,6–88,1
Substitutionstherapie (aktuell)	30,8–64,9

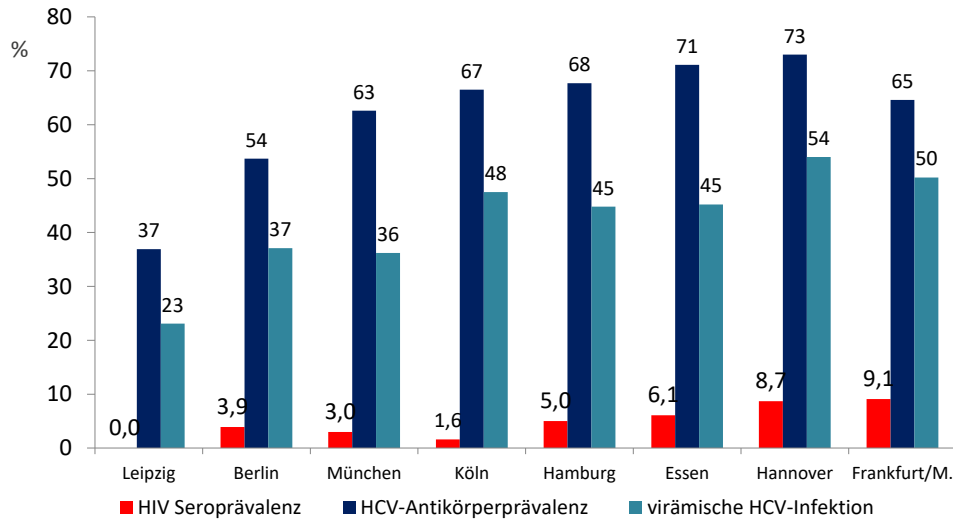
Fachtag, Kiel 11.2018

Deutsche AIDS-Hilfe



HIV & Hepatitis C
Prävalenz, Testung,
Behandlung
& Impfung

HIV- und HCV-Serostatus nach Studienstadt



Fachtag, Kiel 11.2018

Deutsche
AIDS-Hilfe

Prävalenz HCV und HIV

- HIV-Prävalenz schwankte innerhalb der Studienstädte zwischen 0 – 9%
- Die HCV-Antikörper-Prävalenz 37% - 73%
- Die HCV- RNA-Prävalenz betrug 23% –54%.
- Somit sind bis zu 54% der teilnehmenden IVD von einer aktiven, potenziell behandlungsbedürftigen Hepatitis C betroffen,
- 21 HIV-Infektionen neu diagnostiziert.
- 65 % erhielten jemals eine ART | 56% erhalten aktuell ART

Fachtag, Kiel 11.2018

Deutsche
AIDS-Hilfe

Unsafe Use Verhalten

n=1.731 (mit Angabe von i.v. Konsum in den letzten 30 d)	n	%	95% CI
Mittlere Zahl erhaltener steriler S/N (IVD, die täglich 2-4x injiziert haben)	81	Nadeln	[71.2-91.3]
	64	Spritzen	[57.9-71.7]
S/N getauscht (erhalten oder weitergegeben)	259	15%	[8.5-13.3]
Andere Utensilien getauscht (erhalten oder weitergegeben)	635	37%	[28.7-32.7]
S/N oder andere Utensilien getauscht (erhalten oder weitergegeben)	697	40%	[37.7-42.6]

17 – 37 % täglicher Konsum

36 – 48 % berichteten mind. eine dieser Unsafe-Use-Verhaltensweisen innerhalb der letzten 30 Tage praktiziert zu haben.

Wissensstand bei IVDU

Ausgewählte Wissensaussagen n=1.543	nicht so klar/ neu für mich
Es genügt nicht, fremde Spritzen und Nadeln durchzuspülen, um sich vor HCV zu schützen.	9%
Hepatitis C kann übertragen werden ...	
... durch fremde Filter/Löffel/Wasser	19/20/22%
... durch Teilen von Röhrchen beim Sniefen	48%
Eine HCV-Reinfektion ist nach Heilung möglich.	16%
Es existiert eine HIV-Postexpositionsprophylaxe.	65%
Das HIV-Übertragungsrisiko sinkt durch eine wirksame Behandlung.	53%
HBV-Impfung: es sind mindestens 3 Impfungen nötig	48%

Mit Unsafe use assoziierte Verhaltensweisen

Ergebnisse der multivariablen Analyse

- Die Wahrscheinlichkeit, in den letzten 30 Tagen Spritzen und Nadeln zu teilen, war v.a. vom Zugang zu sterilen Nadeln und Spritzen beeinflusst
 - **Nicht ausreichender Zugang zu sterilen Nadeln und Spritzen fördert das Teilen**
- Die Wahrscheinlichkeit, in den letzten 30 Tagen Filter, Löffel und Wasser zu teilen, war v.a. beeinflusst vom Konsumumfeld (mit guten Bekannten zu konsumieren fördert das Teilen) und vom Wissen zum Infektionsrisiko:
 - **Wissen zu Übertragungsrisiken beim Teilen von Filtern, Löffeln, Wasser schützt vor diesem Verhalten**

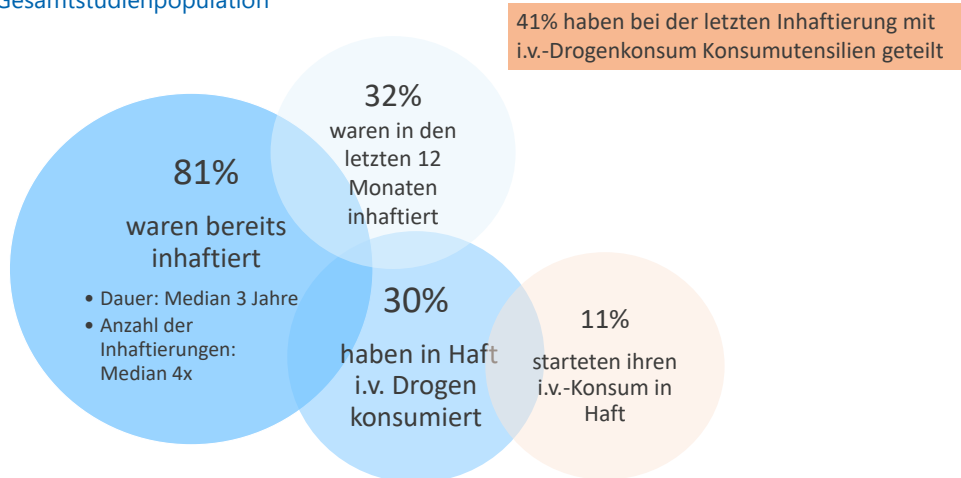
Wissensstand bei IVDU

- ähnlicher Wissensstand der Teilnehmenden in allen Städten.
- mittlerer Wissensscore bezüglich HIV, HBV und HCV,
- Das allgemeine Wissen zu HIV, HBV und HCV mit 8,9/10 bis 9,3/10 relativ hoch.
- Spezifischeres Wissen zu HCV-Übertragungsmöglichkeiten war weniger präsent. Score (6,6/10 bis 8,0/10). HCV-Infektionsmöglichkeit beim sniefen, aber auch durch die gemeinsame Benutzung von Filtern und Wasser sind nicht ausreichend unter IVDU bekannt
- Wissen zu HBV, speziell zum Thema Impfen sehr rudimentär - Score 5,9/10 bis 6,8/10.



Hafterfahrung und Konsum in Haft

Gesamtstudienpopulation



Haft und Hepatitis C

Ergebnisse der multivariablen Analyse

- Die Wahrscheinlichkeit einer HCV-Infektion steigt mit **zunehmender Dauer der Hafterfahrung**
- Die Wahrscheinlichkeit einer HCV-Infektion steigt mit **zunehmender Häufigkeit der Hafterfahrung**
- Zum Teil lässt sich das erhöhte HCV-Risiko unter IVD mit Hafterfahrung durch das **Risikoverhalten in Haft** (v.a. i.v.-Konsum in Haft, aber auch unprofessionelle Tattoos/Piercings) erklären
- **Wechsel zwischen Freiheit und Haft** scheint mit einem erhöhten HCV-Risiko assoziiert zu sein

Empfehlungen der DRUCK-Studie

HIV/HCV Testung, Diagnose, Zugang & Fortführung der Therapie verbessern

- Niedrigschwellig testen
- Lokale Kooperationen Aids- Drogenhilfe, Suchtmedizin, Infektiologie/Hepatologie

Wissen zur Übertragung & Prävention erweitern

- Ärzteschaft
- Substitutionsärzt/innen
- Drogenhilfe

HBV Impfung umsetzen

- Niedrigschwellig
- Im Rahmen der Substitution
- in Haft

Bedarfsorientierte Ausgabe von Konsumutensilien

- Nicht nur Spritzen, Nadeln, auch alle anderen Utensilien
- weg vom 1:1 Tausch

HIV? Hepatitis? Das Check ich! Die Chance ergreifen und nutzen



- Gestartet am 01.01.2018, 18 Monate (Testung)
- 6 Städte (4 Länder)
- Drogenkonsumräume und/oder Kontaktläden
- Beratung und Test 1x Woche
- Testwoche 1x monatlich



➔ *Wir sollten unsere Potentiale nutzen, um unseren Teil dazu beitragen und diese sich bietenden Chancen für grundlegende Veränderungen zu nutzen.*

Die Potentiale von Aids-Hilfen und Drogenhilfen verknüpfen

- Die Verknüpfung von fachlicher und politischer Arbeit (Verhalten und Verhältnisse)
- Die Fokussierung auf HIV und Hepatitis, STI
- Orientierung auf Ressourcen und Potentiale
- Förderung von selbstorganisierter Unterstützung



- Enges Vertrauensverhältnis zu PWUD
- Täglicher Kontakt zur Zielgruppe
- Expert_innen in Sachen Drogengebrauch
- Förderung von selbstorganisierter Unterstützung

Vielen Dank

Dirk Schäffer
Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de
www.aidshilfe.de/shop



Teil 1 „Update HIV“ Teil 2 „Update Hepatitis C“

PD Dr. Christian Hoffmann –
Infektionsmedizinisches Centrum Hamburg



ICH
INFEKTIONSMEDIZINISCHES
CENTRUM HAMBURG

Update HIV und Hepatitis C
Fachtag AIDS-Hilfe und Suchthilfe im Dialog
14.11.2018

Priv.-Doz. Dr. med. Christian Hoffmann

TEIL 1

Update HIV

Heilung, Impfung

HIV-Therapie 2018

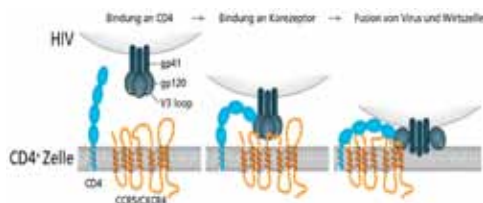
Prävention: „TasP“, „PrEP“

2008: Die erste Heilung?

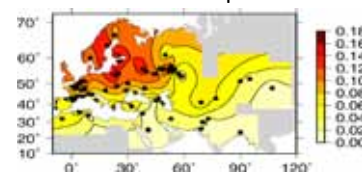
40-jähriger Mann, HIV+ seit 1995, Therapie seit 2001

2006 Akute Leukämie: (Fremdspender) Stammzelltransplantation als einzige Chance

Der Spender hat einen vererbten Gendefekt (sonst ohne Krankheitswert) → Auf seinen Blutzellen fehlt ein „Korezeptor“, ohne den HIV nicht in die Zellen kann



Vorkommen in Europa ca 2-12 %



Nach Transplantation „nimmt“ der Patient das Immunsystem des Spenders an, ihm fehlen nun die Korezeptoren → HIV kann nicht in die Zellen → seit 10 Jahren ohne ART keine Viren mehr nachweisbar

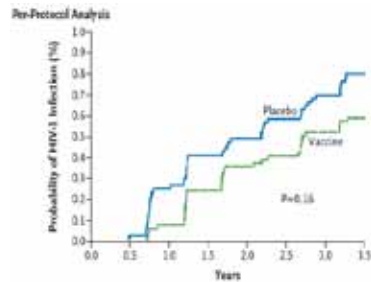
Dieser Fall ist bislang einzigartig!



Hütter G et al. N Engl J Med 2009; 360:692-698

Was ist mit einer Schutz-Impfung?

50



2009: Erstmals eine Reduktion von Neuinfektionen (von 26 %)!

durch eine Kombination aus einem rekombinanten Canarypox-Vektor (gag-Proteine) plus Booster-Impfungen mit HIV-Glykoprotein gp120

> 20 weitere Studien bislang ohne Schutz, teilweise auch mit ungünstigen Effekten

**Aktuell laufen noch einige Studien, aber...
eine wirksame Impfung ist (wie auch eine Heilung)
derzeit nicht in Sicht**

5

Rerks-Ngarm et al. N Engl J Med 2009; 361:2209-2220

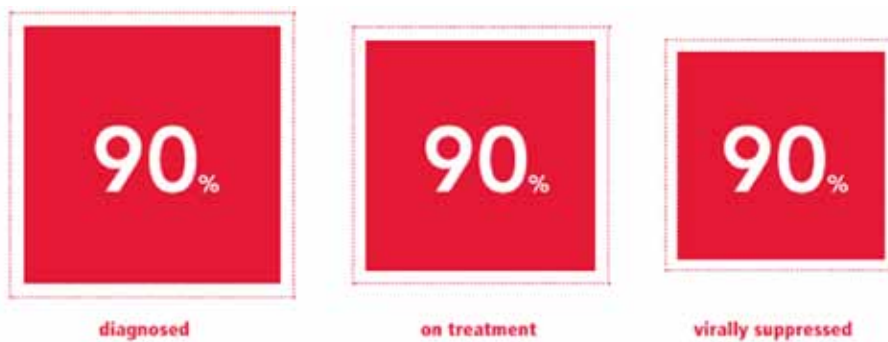
Heilung, Impfung

HIV-Therapie 2018

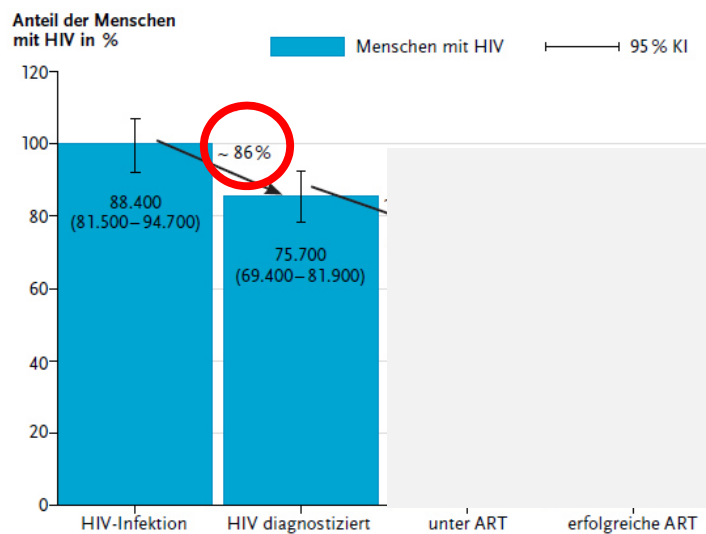
Prävention: TasP, PrEP

90-90-90

An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic



90-90-90 Behandlungskaskade in Deutschland



Late-Presenter – weiter ein großes Problem

52

- Late Presenter sind Patienten die erst spät im Verlauf der Infektion als HIV+ diagnostiziert werden
- Definition: Es liegen bei HIV-Diagnose < 350 Helferzellen (= deutlicher Immundefekt) und/oder bereits AIDS vor
- Late Presenter stellen nicht nur einen Großteil der AIDS-Fälle (> 90 %), sie können auch viele Neuinfektionen verursachen
- Der Anteil in Deutschland und Europa ist relativ konstant in den letzten 10 Jahren (ca. 50 %)
- Großer Anteil: Höheres Lebensalter, heterosexueller Übertragungsmodus, Migrationshintergrund

Was läuft schief?



Umfrage 2011 in Deutschland an 1.148 HIV+: was haben Sie im letzten Jahr erlebt?

- 77 % hatten Diskriminierung erlebt
- 20 % wurden aufgrund von HIV eine medizinische Behandlung verweigert (zum Beispiel beim Zahnarzt).
- Stigmatisierung und Diskriminierung werden verinnerlicht: 42 % berichteten, sie hätten aufgrund von HIV ein niedriges Selbstwertgefühl gehabt.

Politik Finanzen Wissen Gesundheit Kultur Panorama Sport Digital Reisen Auto
Nachrichten Kultur Musik Conchita Wurst von Ex-Freund erpresst: Fans zollen Respekt nach HIV-Ödium
ESC-Gewinnerin von Ex-Freund erpresst
Conchita Wurst outet sich HIV-positiv: Fans zollen ihr Respekt

Diagnose/Verdachtsdiagnose
 Ulcus cruris; Z.n. VSM-Exhaireae rechts; HIV **CSF**
 21.07.2011 Univ. Zentr. Klinik u
 Befund/Medikation
 Ulcus cruris am linken Bein seit wenigen Tagen
Tel: 040
 Auftrag
 Bitte Therapie des Ulkus, Therapie hier aufgrund der HIV-Infektion nicht möglich

„Der ältere heterosexuelle Migrant...“ Die Gründe sind vielschichtig...

53

Patienten-Faktoren

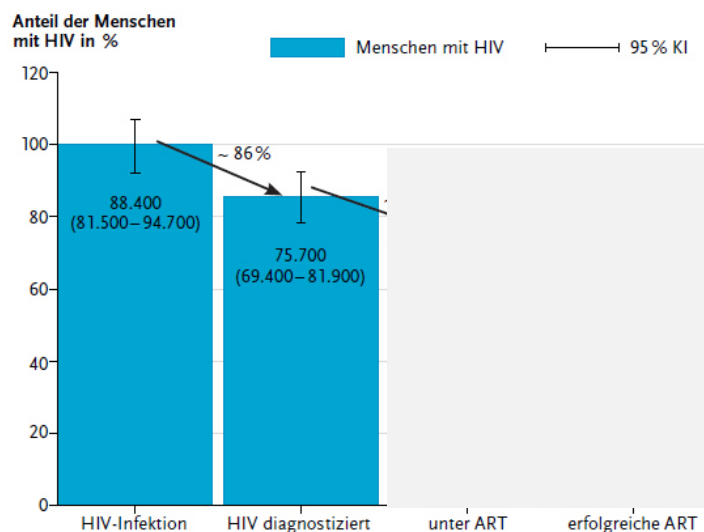
- Mangelnder Zugang zum Gesundheitssystem
- Fehlende Aufklärung, Falschinformationen
- Angst vor Stigmatisierung

Arzt-Faktoren

- Verminderte „Awareness“ gerade bei bestimmten Bevölkerungsgruppen
- Mangelndes Wissen über „Marker-Erkrankungen“ (STDs, Zoster etc.)
- Hemmungen, HIV-Tests anzubieten (Heimtests!)

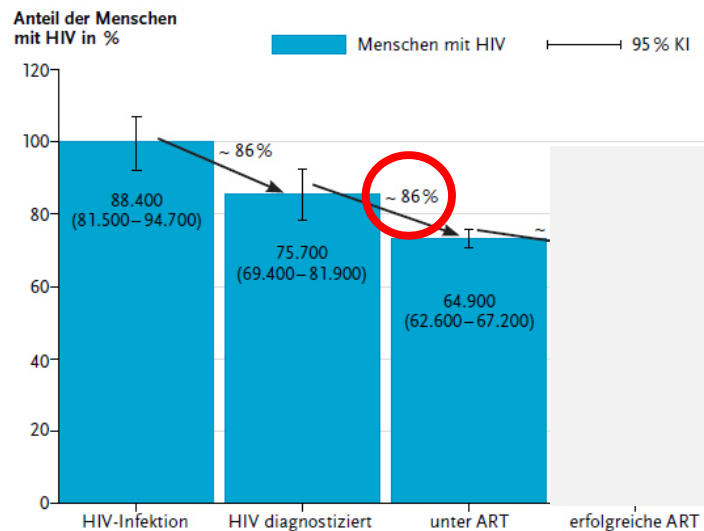


90-90-90 Behandlungskaskade in Deutschland



90-90-90 Behandlungskaskade in Deutschland

54



RKI, Epidemiologisches Bulletin 2017;47

Wann mit Antiretroviraler Therapie anfangen?

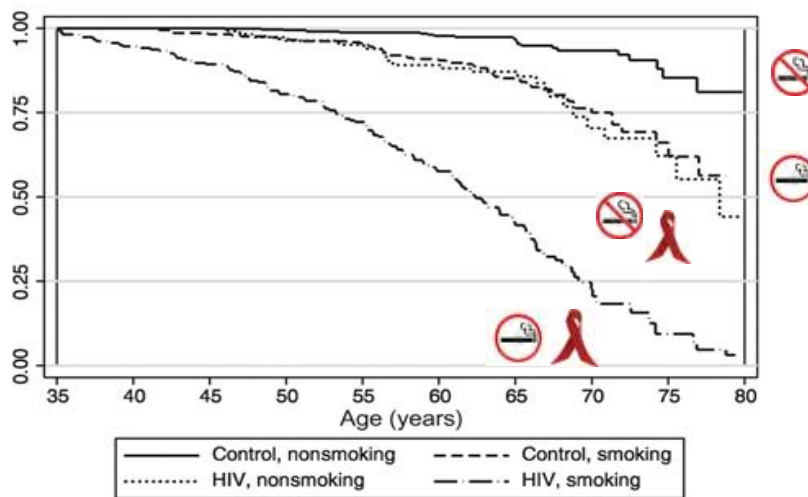
Seit 2015: **Jedem** Patienten sollte eine ART empfohlen werden, und zwar unabhängig vom Immunstatus!

Eine frühe, sofortige und kontinuierliche ART:

- verbessert die Lebensqualität
- erhöht nicht das Risiko schwerer Organleiden
- reduziert die Infektiosität
- verhindert AIDS
- ermöglicht eine (wahrscheinlich) normale Lebenserwartung

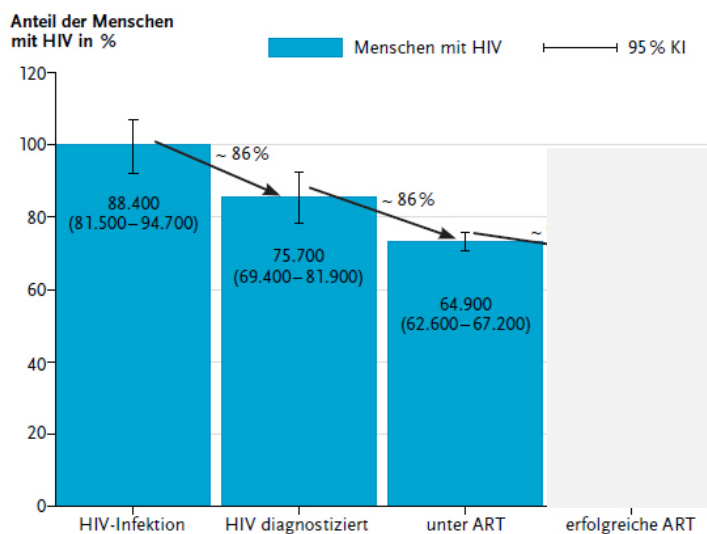
HIV+ Patienten verlieren heute mehr Jahre durch Rauchen als durch HIV!!

Prospektive, dänische **Non-IDU** Kohorte (2.921 HIV+ vs 10.642 Kontrollen)



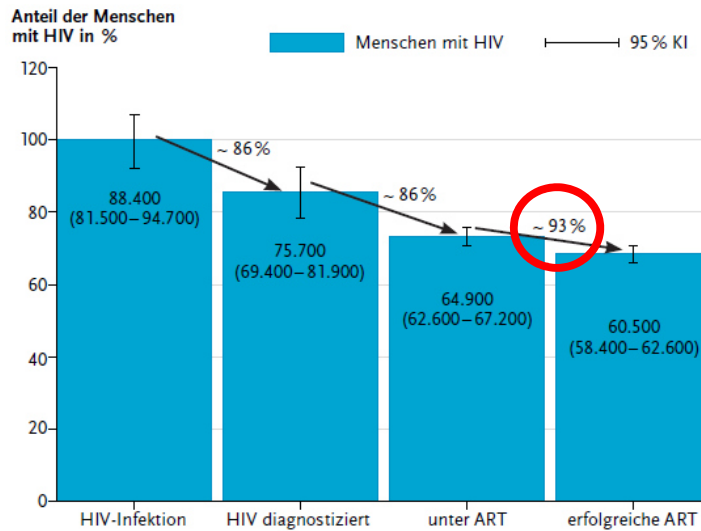
Helleberg et al. Clin Inf Dis 2013, 56:727-34.

90-90-90 Behandlungskaskade in Deutschland



RKI, Epidemiologisches Bulletin 2017;47

90-90-90 Behandlungskaskade in Deutschland



RKI, Epidemiologisches Bulletin 2017;47

Entry-Inhibitoren:

Attachment-Inhibitoren Fostemsavir, Ibalizumab (Rogarza)

Fusions-Inhibitor Fuzeon (T-20)

Korezeptor-Antagonist Maraviroc (Celsentri)

Protease-Inhibitoren + NRTIs

Symtuza (Darunavir/c+TAF+FTC)

Protease-Inhibitoren

- Reyataz (Atazanavir)
- Telzir (Fosamprenavir)
- Kaletra (Lopinavir)
- Invirase (Saquinavir)
- Aptivus (Tripanavir)
- Crixivan (Indinavir)
- Prezista (Darunavir)

2018

NRTIs, NNRTIs

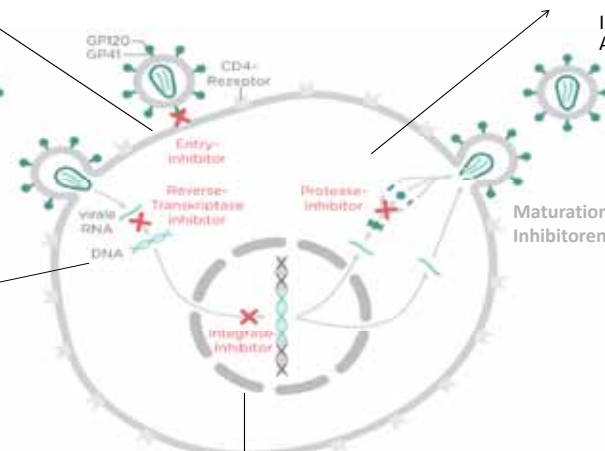
- Retrovir (AZT)
- Kivexa (ABC+3TC)
- Truvada (TDF+FTC)
- Combivir (AZT+3TC)
- Viread (TDF)
- Ziagen (ABC)
- Trizivir (AZT+3TC+ABC)
- Epivir (3TC)
- Emtriva (FTC)

NNRTIs

- Sustiva (Efavirenz)
- Viramune (Nevirapin)
- Etravirine (Intelligence)
- Rilpivirine (Edurant)
- Doravirin (Pifeltro)

NNRTIs+NRTIs

- Eviplera (TDF+FTC+RPV)
- Atripla (TDF+FTC+EFV)
- Odefsey (TAF+FTC+RPV)
- Delstrigo (TDF+3TC+DOR)



Integrase-Inhibitoren

- Raltegravir (Isentress)
- Elvitegravir (Vitekta)
- Dolutegravir (Tivicay)

Integrase-Inhibitoren + NRTIs

- Elvitegravir+TAF+FTC (Genvoya)
- Elvitegravir+TDF+FTC (Stribild)
- Dolutegravir+ABC+3TC (Triumeq)
- Bictegravir+TAF+FTC (Biktarvy)

Antiretrovirale Therapie 2018-2020

57

- Diverse STR (Single Tablet Regime) verfügbar, einmal tägliche Gabe (1-3 Tabletten) die Regel
- Zunehmend 2- statt 3-fach-Kombinationen („Deeskalation“)
- Auch Depot-Präparate (i.m. Injektionen alle 4-8 Wo) in Erprobung
- Kurzzeit-Nebenwirkungen nicht mehr relevant, Langzeit-Nebenwirkungen betreffen am ehesten noch Knochen, Niere (?)
- Problem „Altern“: in 2030 werden 75 % über 50 Jahre sein → veränderte Pharmakokinetik, zunehmende Begleitmedikation und Wechselwirkungen, Begleiterkrankungen, Versorgungsproblem

19

Heilung, Impfung

HIV-Therapie 2018

Prävention: TasP, PrEP, STDs

Die erste randomisierte Studie zu TasP (Treatment as Prevention)

58



„Treatment as Prevention“

HPTN 052

- 1763 heterosexuelle, serodiskordante Paare (HIV+/-) weltweit
- HIV+ PartnerInnen erhielten entweder sofort ART oder erst wenn die CD4-Zellen unter 250 fielen
- Vorzeitiger Abbruch im Mai 2011: 96 % Schutz - nur 1/28 Infektionen der HIV- Partner im Sofort-Arm, auch im weiteren Verlauf keine Infektion bei VL < 500

Cohen MS et al, N Engl J Med 2011, 365:493-505

PARTNER

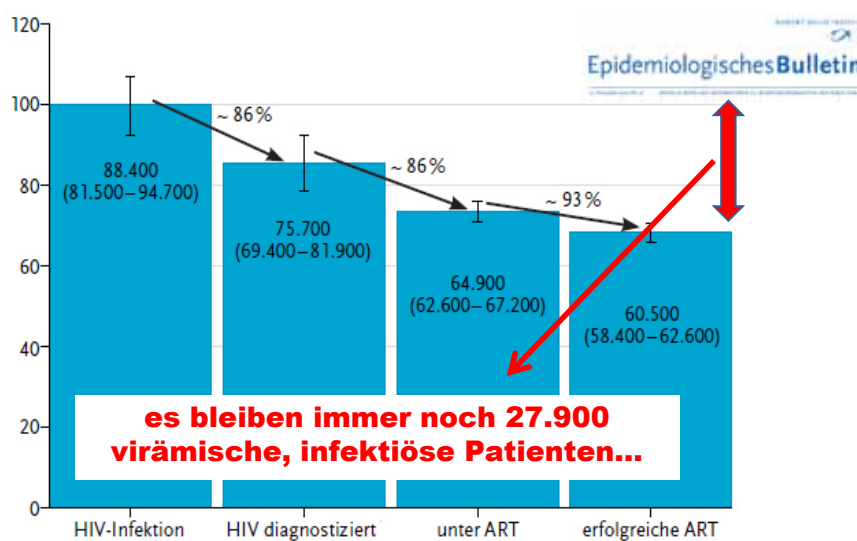
- 1166 serodiskordante Paare (340 MSM) in Europa
- HIV+ PartnerInnen mit ART/VL < 200, unsafe Sex in den le. 4 Wo
- Drei-monatliche Kontrollen und Befragungen
- Zwischenanalyse: Bei bislang 77.000 unsafem Sex-Kontakte keine einzige Infektion durch die HIV+ PartnerInnen





400 Organisationen haben sich angeschlossen
(UN, WHO, IAS, CDC etc)

TasP: Reicht uns das in Deutschland?



Warum TasP alleine nicht reichen wird...

60

- > 25.0000 unentdeckte, unbehandelte oder unzureichend behandelte HIV-Infektionen in Deutschland
- Cluster von Transmissionen durch akut infizierte Menschen
- Erhöhte Rate an STDs (Syphilis, Hepatitis) und ein steigender Partydrogenkonsum unter MSM
- (auch) dadurch erhöhtes Risikoverhalten, Infektionsgefahr

→ Weitere Präventionsmaßnahmen wie PrEP erforderlich!

**PrEP = Präexpositionsprophylaxe mit 2 HIV-Medikamenten
VOR einem Risikokontakt**

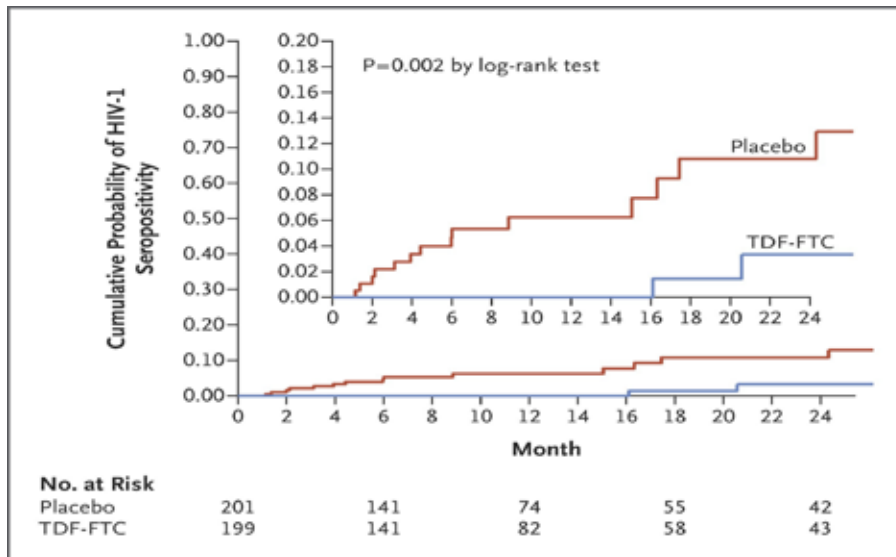
PrEP: Was wissen wir?

- Einmal tägliche Gabe senkt das Risiko deutlich, je nach Studie beträgt die Schutzwirkung 80-95 % (nicht 100 %!)
- PrEP ist (seit November 2017) mit 51 Euro/Monat kosteneffektiv
- Wenige, aber durchaus relevante Nebenwirkungen (Knochen, Niere – Behandlung von Gesunden!), genaue Indikationsstellung!
- Kontrollen erforderlich wie bei HIV-Patienten (Nierenwerte, HIV und STD-Screening alle 3 Monate)
- Schutz stark von der Adhärenz abhängig... Zulassung nur für kontinuierliche Einnahme („in Kombination mit Kondomen“)
- Kann man die Adhärenz verbessern?

IPERGAY: PrEP bei Bedarf bei MSM

61

2 versus 14 Infektionen, 0.91 vs. 6.60 per 100 PY = 86% Reduktion (95% KI, 40-98; P=0.002).



Molina JM et al, N Engl J Med 2015; 373:2237-2246

Zusammenfassung Prävention

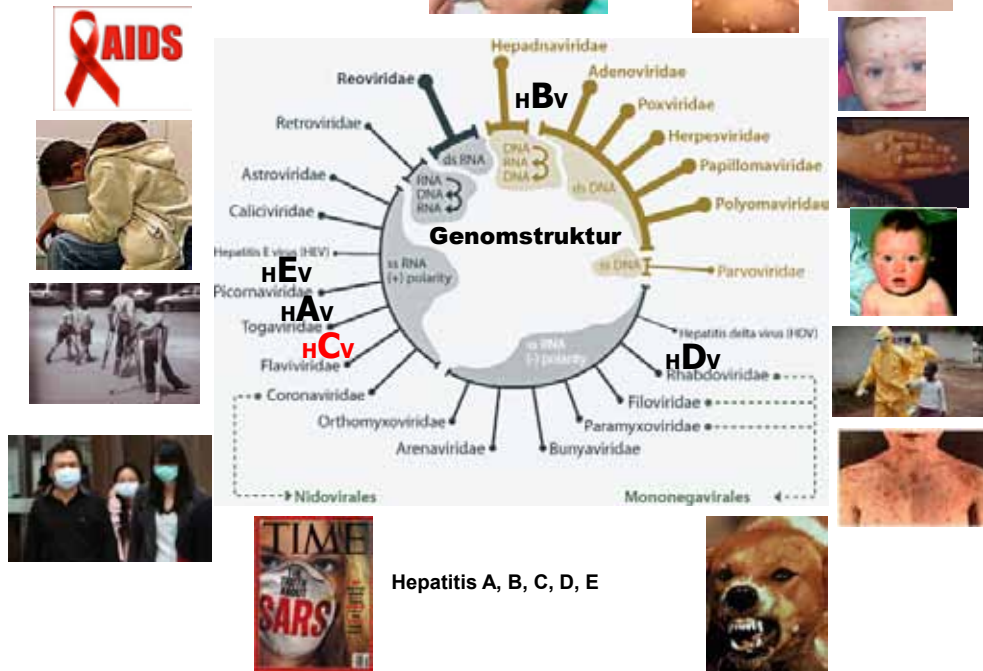
- Die Neuinfektionszahlen bleiben trotz „TasP“ bisher stabil - es sind daher weitere Maßnahmen notwendig.
- Die PrEP ist ein Teil des Gesamtkonzepts der Prävention. Ihr Effekt ist besser als jede bisher getestete Impfung.
- Als „Therapie von Gesunden“ stellt die PrEP besonders hohe Anforderungen an die ärztliche Aufklärung.
- Die Risiken (Nebenwirkungen, Resistenzen) sind zu beachten, aber eher gering. STD-Raten werden allerdings weiter zunehmen.
- Eine HIV-Infektion muss vorher und immer wieder im Verlauf ausgeschlossen werden (HIV-Tests, u.U. PCR). Standardisiertes Monitoring! Adhärenz!
- Die PrEP hat die höchste Effektivität beim höchsten Risiko. Zielgenaue Indikationsstellung!

TEIL 2

Update Hepatitis C

Virusfamilien

63



Warum reden wir soviel über die Hepatitis C?

- Die Hepatitis C verläuft meist chronisch und kann dann zu Leberzirrhose (ca. 20 %) und Leberkrebs (ca. 5 %) führen
- Sie verläuft meist über viele Jahre symptomarm („schleichend“), hohe Dunkelziffer
- Es gibt anders als für Hepatitis A und B weder eine Schutzimpfung noch einen Schutz nach einmal überstandener Infektion
- Anders als HBV/HIV vermehrt sich HCV nur im Zytoplasma, nicht im Zellkern – die komplette Entfernung des Virus ist damit möglich.
- **Die Hepatitis C ist mit Medikamenten so gut wie immer heilbar!** (Für Hep A, D, E gibt es keine Behandlung, für B nur eine „unterdrückende“ Therapie)
- Die einzige wirksame Maßnahme, um die Hepatitis-C-Epidemie zu stoppen, ist die Behandlung möglichst vieler Patienten

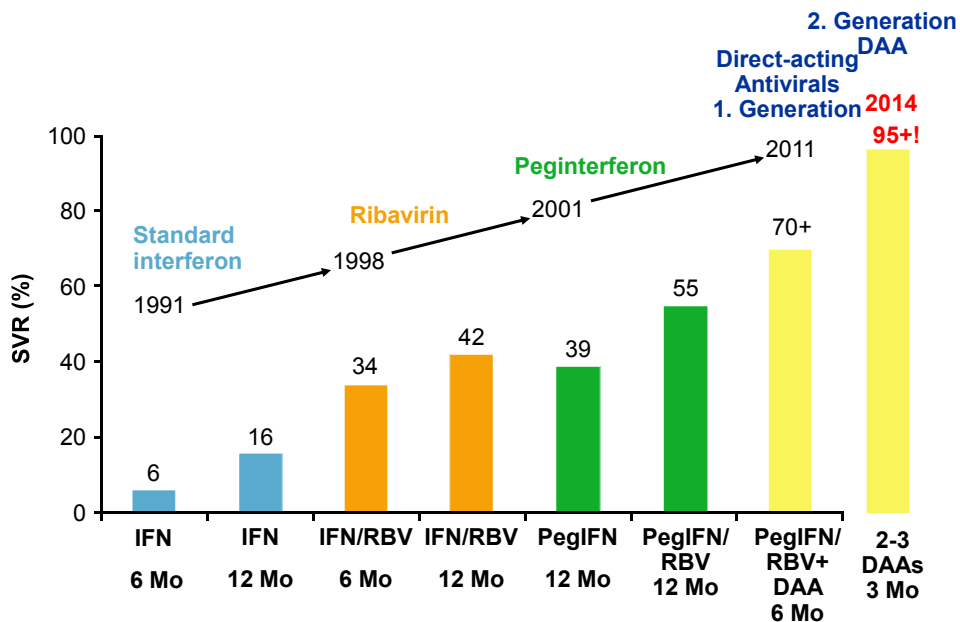
Hepatitis C Häufigkeit in Deutschland

Study population	Studie	Jahr	N	Anti HCV Prävalenz (%)
Allgemeinbevölkerung ¹	German Health Interview and Examination Survey for Adults DEGS	2008-2011	7,047	0.3%
Migranten ^{2,3}	Studie unter Migranten in 8 Praxen Studie unter Migranten in 42 Innere oder Hepatologie	2010-2012	1,313	1.9%
		2008-2010	8,009	5.8-6.3%
HIV-koinfizierte MSM ⁴	HIV-1 Serokonverter Studie	Kohortenstudie seit 1997	1,945	8.2%
PWID ⁵	DRUCK-Studie (8 deutsche Städte)	2011-2014	2,077	42-75%
Gefängnisinsassen ⁶	Studie unter Gefängnisinsassen, 6 Gefängnisse in 3 Bundesländern	2006-2007	1,515	20.6%

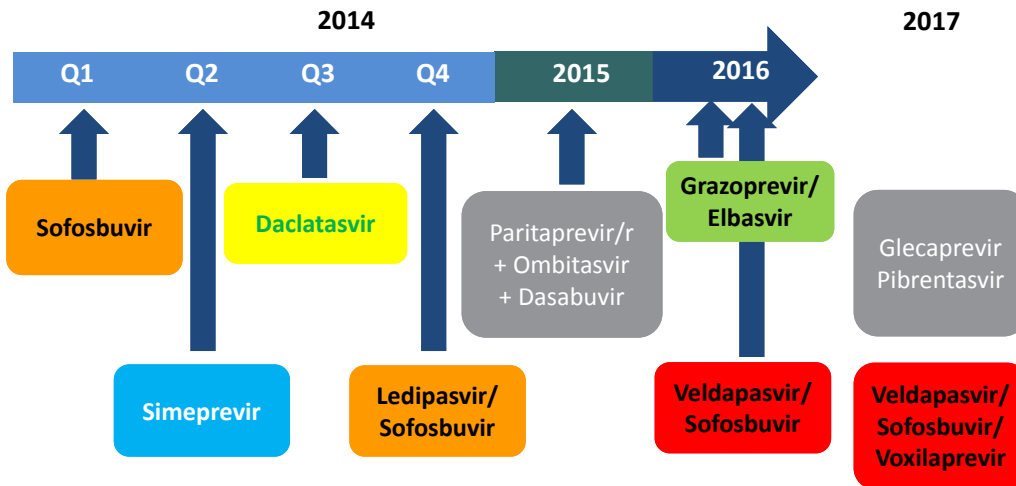
¹ Poethko-Müller et al. *Bundesgesundheitsblatt* 2013 ² Heidrich et al. *J Eur Gastro & Hep* 2014
³ Buggisch et al. *EASL conference* 2013 ⁴ Jansen et al. *PLoS ONE* 2015
⁵ RKI, *Epid. Bull* 22/2015 ⁶ Radun et al. *ESCAIDE conference* 2007

Mit frdl. Genehmigung von: Ruth Zimmermann, RKI

Meilensteine in der HCV-Therapie, SVR Raten

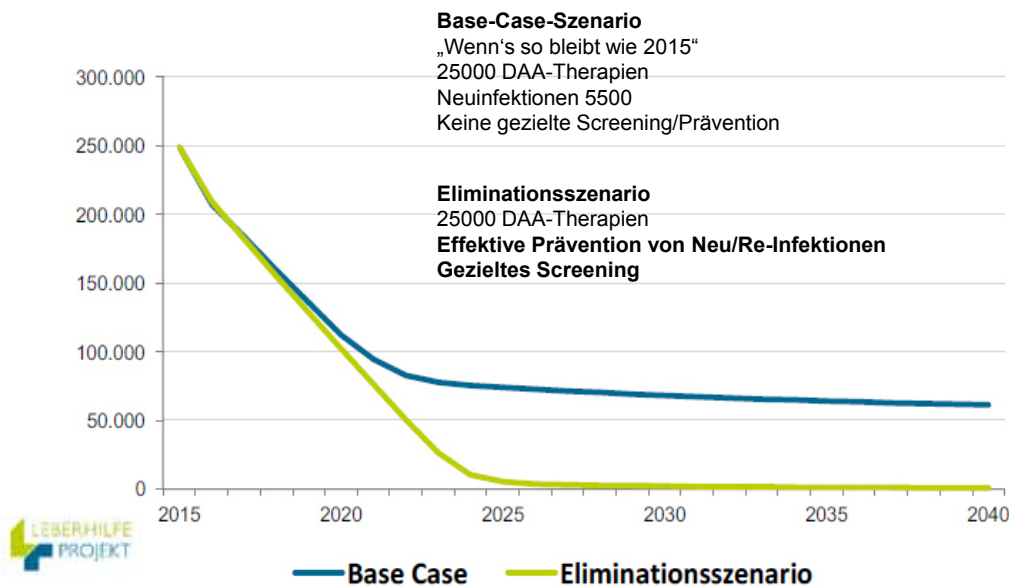


2014-2017: Eine Zeitenwende 13 neue Substanzen, 9 Präparate



- Therapie besteht aus 2 Substanzen = je nach Genotyp 1-3 Tabletten pro Tag
- Kein Interferon mehr notwendig, ebenso Ribavirin!
- Kaum Nebenwirkungen (milde Kopfschmerzen, praktisch nie Abbrüche)

Angenommene Veränderung der Patientenzahl mit virämischer HCV



Take Home Messages Hepatitis C 2018

66

- Alle Patienten (alle!) sind potentiell heilbar, bei allen sollte eine Therapie erwogen werden
- Die Therapie ist meist problemlos: Angepasst an den jeweiligen Hepatitis-C-Genotyp für 8-12 Wochen 1-3 Tabletten täglich
- Die Preise sind exorbitant hoch! Die Kosten betragen zwischen 27.000 und > 50.000 Euro
- Reinfektionen sind möglich und kommen leider nicht so selten vor (HIV+/HCV+ MSM: bis zu 30 %!)
- Die Therapien alleine (ohne intensiveres Screening etc) werden keine HCV-Eliminierung aus der Bevölkerung erlauben

Take Home Messages 2018

Wie funktioniert die Therapie?

- Ganz einfach: 1-3 Pillen pro Tag über 8-12 Wochen, Kontrolle reicht 3 Monate später. Problem ist der Preis! Derzeit um die 40.000 Euro

Können wir mit der Therapie das Ende von Hepatitis C erreichen?

- Ja. Unter bestimmten Voraussetzungen (Entdeckung der unerkannten Infektionen, konsequente Behandlung aller Patienten)

Welche Bedeutung hat die Therapie für die Prävention?

- Eine große. Jeder geheilter Patient ist nicht mehr infektiös (solange er sich nicht neu infiziert)







„Leben mit HIV und Hepatitis C“

Sachbericht

Leitung: Sabine Weinmann, Björn Beck

Der Workshop bot eine kurze Einleitung in die aktuelle Situation von HIV und Hepatitis C (HCV) in Deutschland, Infektionszahlen und -wege, Therapien und die Lebenssituation der Menschen, die mit den Infektionen leben. Als Beispiele für den Informationsstand der Bevölkerung und die Ausgrenzung von Menschen mit HIV wurde die aktuelle Studie der BZgA vorgestellt.

Anschließend wurden in offener Atmosphäre Fragen gesammelt und beantwortet. Die Fragen befassten sich mit allen Bereichen des Lebens mit HIV/HCV, eine wichtige Rolle spielten allerdings Infektionswege und die Therapien. Irritationen löste die Ablehnung von manchen Zahnärzt*innen aus, HIV-positive Menschen gar nicht, oder nur unter besonderen Bedingungen zu behandeln, ohne dass es dafür eine (zahn-)medizinische Grundlage gibt. Die Stigmatisierung von Menschen mit HIV nahm großen Raum ein und auch aus den Kreis der Teilnehmenden wurden Erfahrungen dazu berichtet. Die Information, dass HIV-positive Frauen dank der HIV-Therapie auf natürlichem Weg

gebären können, war einigen bereits bekannt und konnte die Wirksamkeit der antiretroviralen Therapie eindrücklicher veranschaulichen als die Möglichkeit Sex ohne Kondom haben zu können.

69

Es wurde deutlich, dass die Stigmatisierung von HIV-positiven aus der moralischen Wertung des (Sexual-)Verhaltens gespeist wird. Wer nicht der Norm entspricht und sich nicht gesellschaftlich erwünscht verhält, steht in der Gefahr beschämt zu werden. Schuldgefühle, Scham und die Angst vor der Infektion und der verbundenen Stigmatisierung und Ausgrenzung hält Menschen davon ab einen HIV-Test zu machen. Die Bedeutung des Abbaus von Stigmatisierung und Vorurteilen für den Zugang zu Testangeboten wurde herausgestellt.



Bericht Workshop „Let’s talk about sex (&drugs)“



„Let’s talk about sex“

„Wie bloß anfangen?“ ...

*Diese Frage habe ich mir auch gestellt.
... und ich dachte mir, wir fangen gleich
mal gemeinsam an ...*



Hartmut Evermann
Fachtag „Aidshilfe und Suchthilfe im Dialog“
Fachhochschule Kiel, 14.11.2018



*Einstiegsfolie: die Teilnehmer*innen wurden aufgefordert, so viele Begriffe wie
möglich für das männliche Geschlechtsteil zu finden*

Harm reduction ist das Stichwort zur Gesundheitsvorsorge für Drogengebrauchende Menschen. Spritzentausch und Vergabe anderer Utensilien sollen das Weitergeben von HIV, Hepatitis etc. verhindern.

Und wie sieht es mit Safer Sex aus?

Ziel dieses Workshops war es, Berater zu befähigen, mit drogengebrauchenden Menschen auch über (Safer) Sex zu sprechen.

In einem Interaktiven Vortrag wurden die Teilnehmer*innen auf die Thematik eingestimmt, gleichzeitig wurden sie in Sachen HIV/Hepatitis und sexuell übertragbare Infektionen auf den aktuellen Wissensstand gebracht.

Es wurde über Unsicherheiten in der Kommunikation zum Thema Sex diskutiert, gleichzeitig wurde versucht, spielerisch Sprachbarrieren abzubauen.

So wurden die Teilnehmer*innen langsam auf die am Ende des Workshops stattfindenden Rollenspiele hingeführt.



„Let's talk about sex“

Barrieren bezüglich offener Kommunikation

- Unsicherheit bezüglich der Grenzen beim anderen
- Eingeschränkte Sprachkompetenz
- Moralische Einstellungen zur Sexualität
 - z.B. Sexualität, als „Luxusthema“, „Privatsache“, „darüber spricht man nicht“
- Normative Vorstellungen
 - Monogamie, Vorstellung von Vaginalverkehr als Norm, Sexualität nur in bestimmter Altersspanne denkbar, körperliche/geistige Gesundheit als Vorbedingung für Sex, Heteronormativität

Hartmut Evermann





Gründe für Kommunikation über Sexualität

(in der Beratung):

- ...
- ...
- ...

Folie: gemeinsames Ausarbeiten von Gründen über Sexualität in der Beratung zu sprechen

Hartmut Evermann



*Bevor die Teilnehmer*innen des Workshops in zwei Kleingruppen für die Rollenspiele aufgeteilt wurden, wurde der Vortrag in einer Folie zusammengefasst:*



Abschließendes

- Nicht jeder Klient möchte mit seinem Berater/Betreuer über seine Sexualität und/oder sexuelle Identität sprechen, die meisten stehen aber einem Angebot positiv gegenüber
- Eine akzeptierende Grundhaltung ermöglicht die Basis für Beratung um Sexualität und um sexuelle Risiken, vielleicht auch über Störungen im Bereich der Sexualität
- Auch kurze Beratungsgespräche können sehr hilfreich sein

Hartmut Evermann



In den folgenden Rollenspielen gab es jeweils ein*n Berater*in und eine*n Klient*in. Die anderen Teilnehmer*innen der Kleingruppe waren Beobachter. Sie bekamen gesonderte Aufgaben, um den Verlauf des Beratungsgespräch in anschließenden Reflexionsgespräch kritisch zu würdigen. Klient*in/ Berater*in wussten nicht voneinander, wie die Rolle des jeweils anderen beschrieben wurde.

73



Let's try

**KEIN AIDS
FÜR ALLE!**
Bis 2020!

„Let's talk about sex“

Hartmut Evermann



ROLLENSPIEL I

74

Klient, Moritz

Person: 27 Jahre alt, homosexuell, sexuell sehr aktiv

Konsum: Amphetamine, Ketamin und GHB, auch Chrystal (gespritzt)

Sie kommen aus Bad Oldesloe. Sie haben häufig wechselnde Partner, die Sie übers Internet kennenlernen oder gehen auf Sexpartys in Hamburg. Sie sind HIV-negativ und mussten sich in den letzten drei Jahren mehrfach auf STIs behandeln lassen (Chlamydien, Gonokokken, Mykoplasmen). Kondome nehmen Sie manchmal, aber es klappt einfach nicht immer. Manchmal nimmt die Erektion ab, dann lassen Sie es halt weg und vertrauen drauf, dass nix passiert. Es gab dreimal Situationen, in denen eine PEP indiziert gewesen wäre, aber Sie wissen nicht, wo Sie die hätten verschrieben bekommen können.

Sie sind oft niedergeschlagen und nehmen Amphetamine, Ketamin und GHB zum Feiern, vor allem aber auch beim Sex oder um Sex zu haben. Chrystal haben Sie auch schon mehrmals gespritzt. Dann ist das mit dem Sex grandios und Sie haben das Gefühl, jeden zu bekommen, den Sie haben wollen.

Aktuell haben Sie das Gefühl, den Drogenkonsum nicht mehr im Griff zu haben und brauchen Hilfe und Unterstützung. Eigentlich glauben Sie ja, dass die Drogenhilfe für Sie nicht die richtige Ansprechpartnerin sein wird, Sie sind ja schließlich kein Junkie und hängen nicht am Bahnhof ab, wo Sie sich einen Schuss geben.

Aber Sie wissen nicht, an wen Sie sich sonst wenden sollen. Sie sind total deprimiert, zumal Sie den Eindruck haben, dass Sie trotz Drogen und Sex nicht so richtig gut draufkommen ...

Berater*in

Sie sind Berater*in in einer Drogenberatungsstelle in Bad Oldesloe. Während der offenen Sprechstunde sitzt Ihnen ein junger Mann gegenüber.

...

ROLLENSPIEL II

75

Klient,

Person: 24 Jahre alt, heterosexuell, sexuell sehr aktiv

Konsum: Amphetamine, Ketamin und GHB, auch Chrystal (gespritzt)

Sie kommen schon seit zwei oder drei Jahren in den offenen Treff der Kleinstadt, in der Sie leben. Sie kennen die Mitarbeiter*innen ganz gut, haben Vertrauen zu ihnen und kennen auch die anderen Besucher*innen sehr gut.

Beim Injizieren achten Sie sehr auf Ihre Gesundheit, nehmen nur eigene Utensilien, Sharing kommt für Sie nicht in Betracht. Sie werden von einigen anderen für diese Konsequenz auch ein bisschen bewundert.

Aber Sie sind auch ein attraktiver, junger Mann, dessen Hobby es ist, Frauen zu erobern und ins Bett zu bekommen. Dabei sind Sie auch sehr erfolgreich und erzählen das auch gerne anderen in der Gruppe. Sie sind stolz darauf.

Allerdings nehmen Sie es beim Sex mit der Gesundheit nicht so genau, was soll Ihnen da als Mann denn auch passieren?

Sie befinden sich gerade im Treffpunkt der Drogenberatung und unterhalten sich mit einem anderen Besucher über Ihre Erfolge vom Wochenende...

Berater*in

Ihr Klient X achtet beim Injizieren sehr auf seine Gesundheit, nimmt nur eigene Utensilien. Sharing kommt für ihn nicht in Betracht.

In der Gruppe prahlt er gerne mit seinen sexuellen Erlebnissen und Eroberungen, die er nicht erfindet, er ist nun mal attraktiv. Es wird aber deutlich, dass er beim Sex nicht so sehr auf deine Gesundheit achtet. Gerne würden Sie das ja mit ihm thematisieren.

Nun sitzt er mit einem weiteren Besucher am Tisch und erzählt mal wieder von seinen Eroberungen am Wochenende. Ist das eine Gelegenheit ...?





WS 3: Partydrogen

PARTYPROJEKT ODYSSEE - AKZEPTIERENDE
AUFKLÄRUNG ZUM THEMA PARTYDROGEN

FACHTAG AIDSHILFE UND SUCHTHILFE IM DIALOG,
FH KIEL 14.11.2018



PARTY
PROJEKT



Agenda Workshop „Partydrogen“:

- Partyprojekt Odyssee
- Substanzkunde
- Fallbeispiele zu Safer Use
- Auswertung und Fragen
- Handlungsaufträge für die Praxis



Partyprojekt Odyssee

Akzeptanzorientierte Aufklärung über Partydrogen

Gesundheitsförderung im Partysetting
(Clubs, Festivals etc)



Präventions- und Multiplikatorenarbeit
(Schulen, JUZ, Fachkräfte)





Partyprojekt Odyssee

Ziele des Projekts:

- Sachliche Informationsweitergabe zum Thema Partydrogen
 - Substanzwissen
 - Besonderheit ‚Illegalität‘
 - Safer Use
- Bindeglied zum Hilfesystem
- Drogenpolitische Einflussnahme



Netzwerke:

- Sonics e.V., BEST Clubbing



Substanzkunde I

Substanz	Wirkweise	Risiken	Wirkdauer	Konsumform
Cannabis	Entspannung; Antriebsminderung; assoziationsreiches, abschweifendes Denken; Augenrötung; Appetitanregung; von Müdigkeit bis Unruhe	Abhängigkeit; Herzrasen, Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit; Psychoserisiko	Rauchen: 2-3 Std / Oral: bis zu 8 Std	Rauchen; verdampfen; (essen; trinken)
Amphetamin	Euphorie; Antriebssteigerung; Rededrang; motorische und innere Unruhe; Schlaflosigkeit; erhöhte Libido	Abhängigkeit; erhöhtes Risiko für Herzinfarkte, Schlaganfälle und Psychosen; chronische Schlafstörungen; Störung kognitive Leistungsfähigkeit	5-10 Stunden	Nasal; oral; (i.v.)
Ecstasy (MDMA)	Euphorie; Antriebssteigerung, entaktogen; empathogen; Verstärkung von Gefühlen; Rededrang; In hohen Dosen leicht halluzinogen	Überhitzung; Psychoserisiko; Störung kognitiver Leistungsfähigkeit; Krampfanfälle; Abhängigkeit	4-6 Stunden	Oral als Pille, kristallin ‚gedippt‘ oder im Getränk; nasal

(Vgl. Scherbaum 2017)





Substanzkunde II

Substanz	Wirkweise	Risiken	Wirkdauer	Konsumform
Kokain	Euphorie; Verminderung Schlafbedürfnis; erhöhte Risikobereitschaft; selbstbezogenes Denken; erhöhte Libido; z.T. Entstehung von Aggression	Abhängigkeit; Psychoerisiko; Paranoides Erleben; erhöhtes Risiko für Herzinfarkte und Hirnblutungen; Krampfanfälle; Störung kognitiver Leistungsfähigkeit;	30 min – 2 Std	Sniefen; (rauchen, i.v.)
LSD	Euphorie; veränderte Wahrnehmung von Formen, Farben, Geräuschen; Halluzinationen; Verlust Zeitgefühl; Ich Auflösung	Bad Trips; Unfallgefahr; Psychoerisiko; körperliche Begleitsymptome	6-12 Std	Oral auf Filz, als Zuckerwürfel oder als Tropfen
Ketamin	Gedämpfte Wahrnehmung; gemindert Schmerzempfinden; Dissoziation; Halluzinationen; Benommenheit	Bad Trips; Motorik- und Gangstörungen; Bewusstlosigkeit bis Koma; Inkontinenz; kognitive Beeinträchtigungen; Abhängigkeit	1-2 Std	Sniefen; verdünnt mit Nasenspray

(Vgl. Scherbaum 2017)

Neue Psychoaktive Substanzen (NPS)



- Auch: „Legal High’s“ „Research Chemicals“, Designedrogen
- Zumeist Derivate bekannter Drogen, die in modifizierter Form nicht dem BtmG unterliegen sowie pflanzliche Substanzen („Kollateralschaden der Prohibition“)
- Beworben als Kräutermischungen, Badesalze, Raumerfrischer, Heilpflanze
- Umfasst synthetische Cannabinoide und Phenetylamine, wie Cathinone weitere amphetaminähnliche Substanzen
- Unerforschte Inhaltsstoffe, Vergiftungen bis zum Tode
- Versuch der Regulierung durch NpsG (Nov 2016)

(Vgl. Werse 2018, S. 124ff.)



Bildquelle: BMG 2012



Erhöhtes Risikopotential

- Fehlende Markt- und Qualitätskontrolle durch Illegalität führt zu erhöhtem Risikopotential:



Gruppenarbeit zu Safer Use



Arbeitsauftrag:

Findet Euch in drei Gruppen zusammen.
Lest und bearbeitet das jeweilige Fallbeispiel. Haltet eure Ergebnisse stichwortartig auf Plakaten fest und stellt sie anschließend vor.

Bearbeitungszeit: 15 Minuten



Handlungsaufträge für die Praxis



Neuinfektionen vermeiden durch:

- Risikobewusstsein stärken
- Aufklärung der Konsument*innen über Infektionsrisiken / Safer Use (Beratungsstellen, Kontaktläden, Konsumräume, Partyprojekte...) -> Weiterbildung der Fachkräfte
- Flächendeckende Verfügbarkeit von Safer Use- und Safer Sex-Materialien (Röhrchen, Karten, Kondome, Infomaterial usw) -> Vor Ort und in Beratungsstellen, Kontaktläden, Konsumräumen
- Vom „Spritzentausch“ zur „Abgabe von Konsumutensilien“
- Ausweitung Testangebot HIV, Hepatitis, Syphilis
- Austausch AIDS- und Drogenhilfen festigen



Bildquelle: DAH 2015

Quellenangaben

- Bundesministerium für Gesundheit: Das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG). Wien: BMG 2012. <https://checkit.wien/media/Das-%E2%80%9ENeue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz%E2%80%9C-NPSG-Johanna-Schopper.pdf> Letzter Abruf: 11.11.2018
- Deutsche AIDS-Hilfe: Hepatitis C verhindern. Mein Röhrchen teile ich nicht. Berlin 2015. <https://www.aidshilfe.de/shop/hepatitis-c-verhindern-rohrchen-teile> Letzter Abruf: 11.11.2018
- Scherbaum, Norbert: Das Drogentaschenbuch. Stuttgart: Georg Thieme Verlag 2017
- Werse, Bernd: Neue Psychoaktive Substanzen (NPS): Eigentlich nichts Besonderes. In: 5. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2018. Lengerich/Westf.: Pabst Science Publishers 2018



82

Sex & Drugs & STI

Drogenkonsum, Sexualverhalten und Prävention sexuell übertragbarer Infektionen bei schwulen Männern

Siegfried Schwarze s.schwarze@gmx.net
Projekt Information e.V.
www.projektinfo.de

Stellenwert

83

Todesfälle pro Jahr (ca.):

Alkohol:	74.000
Tödl. Unfälle mit Alkohol:	16.000
Tabak:	107.000

Gesamt: (rund) **200.000**

Illegale Drogen: **1.000** (aber 2016: 1333!)

„irgendeine illegale Droge“ haben ca. 5% der Bevölkerung in den letzten 12 Monaten konsumiert

Aber: 16,5% der Bevölkerung: „riskanter Alkoholkonsum“
(Riskanter Konsum: > 12/24 g Alkohol/Tag für Frauen/Männer)

Ca. 1,9 Mio medikamentenabhängig!

Alle Angaben aus : Gaßmann /Kepp
„Jahrbuch Sucht 13 bzw. 17

Was sind Drogen?

Substanzen

- von außen,
- die die Blut-Hirn-Schranke überwinden und
- die Wirkung von Neurotransmittern imitieren / modifizieren.
- Drogen manipulieren das „Belohnungssystem“ unseres Gehirns und erzeugen angenehme Gefühle, die man wiederholen möchte.
- Fast alle Drogen waren irgendwann / irgendwo einmal „legal“ → gesellschaftlicher / politischer Konsens
- Viele Drogen haben / hatten medizinische Anwendung

Neurotransmitter

Botenstoffe, die die Weiterleitung von Signalen von einer Nervenzelle auf die andere vermitteln und / oder beeinflussen (d.h. verstärken / abschwächen) können.

Wirkung auch durch Beeinflussung des Stoffwechsels der Botenstoffe möglich (z.B. Leerung der Speicher, Wiederaufnahmehemmung).

Anpassungsreaktion des Körpers: Downregulation der Rezeptordichte, verringerte Syntheseleistung etc. → **Abhängigkeit!**

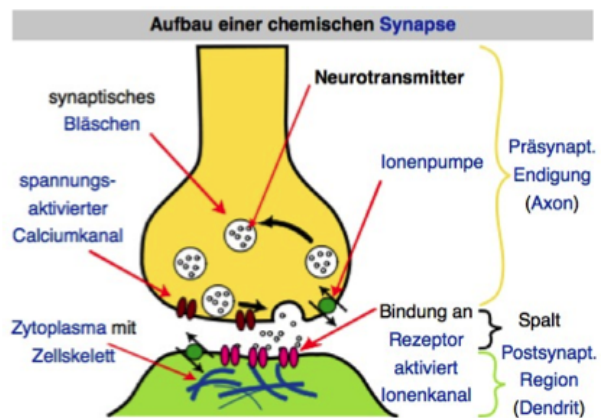
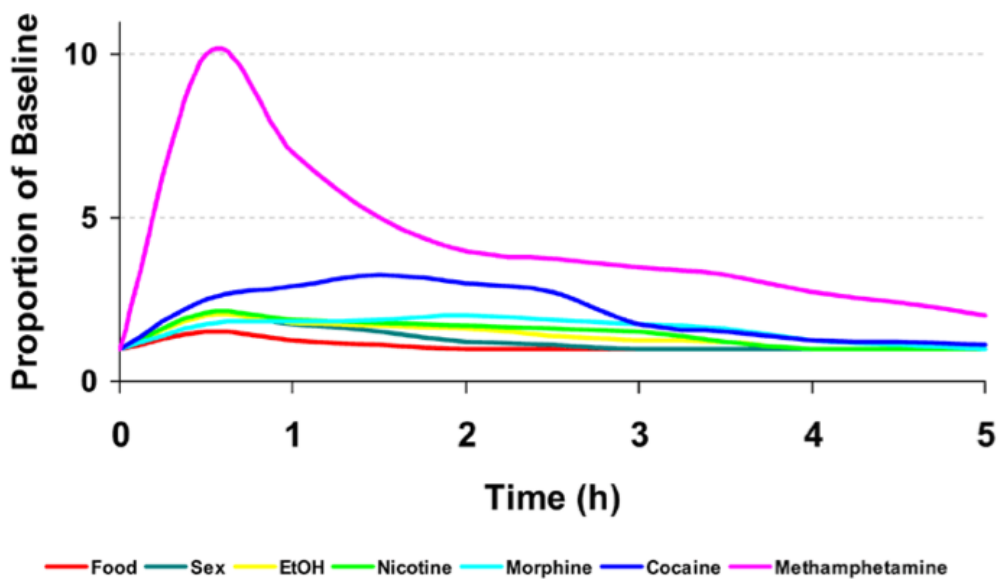


Bild: wikipedia.de

Dopamine Release: Methamphetamine




Chris Hurt. Reprinted with permission. Adapted from Rawson, R. FRONTLINE: The Meth Epidemic. 2006.

Stay fit and Slim

Every woman wants to look better, to feel better in the year ahead. Slenderness is the way to health, beauty and fitness. A couple of grammars of amphetamine sulphate taken daily enables you to slim while you do the housework - surely and safely.

This magic powder does more than dispense unwanted fat, it purifies and enriches the blood, it tones up the entire system and makes you feel better in health in every way. It even gives you the energy to carry on working throughout the night.

So start taking amphetamines today and make sure of looking and feeling your best in 1940!



By taking
Amphetamine



„Enthemmt, euphorisch, hellwach – Pervitin war die Wundertablette des Nationalsozialismus. Welche überragende Rolle Aufputschmittel für Hitler und die Wehrmacht spielten, zeigt ein ernüchterndes Buch.“
(SZ, 8.9.2015, S.3)

Stimulans
für
Psyche und Kreislauf



Depressionen
Hypotonie
Müdigkeit
Narkolepsie
postoperative
Rekonvaleszenz

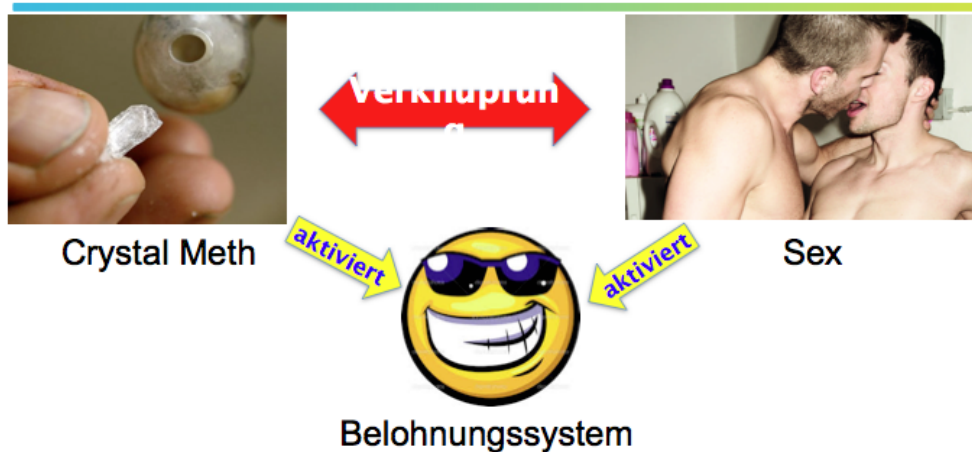
Pervitin
1-Phenyl-2-methylamino-propan-hydrochlorid

TEMLER-WERKE / BERLIN



Lillebrand-Präparaten erfreuen immer

ChemSex



Die gleichzeitige, extreme Aktivierung des Belohnungssystems durch Drogen und Sex führt zu einer schwer lösbaren Verknüpfung im Gehirn. Betroffene können dann Sex nur noch mit Drogen genießen und denken beim Drogenkonsum automatisch an Sex. Mit Dating-Apps werden dann schnell Sexpartner (und ggf. Mitkonsumenten) rekrutiert. Langfristig wird der Konsum selbst zum Fetisch und Partner werden durch Pornos und Masturbation ersetzt.

Drogen vs. Arzneimittel

Ethanol, Wein, Bier usw.	Gegenmittel bei Methanol-Vergiftung
Nikotin, Tabak, E-Zigaretten	Nicorette®
Koffein, Tee, Kaffee, Mate	Percoffedrinol®
Diamorphin, Heroin	Diamorphin zur Originalstoffsubstitution
Opium, Opium-Pfeife	Opium-Tinktur bei schweren Durchfällen
Opiate	Durogesic®, Valoron®, Subutex® u.a.
D-Amphetamin, Speed	Attentin®
Methamphetamin, Crystal-Meth	Pervitin® (außer Handel)
Kokain, Koks	Lokalanästhetikum bei Augen-Op
Cannabis, Haschisch, Marihuana	Sativex®
GHB, Liquid Ecstasy, „G“	Xyrem®, Somsanit®
Isopentylnitrit, Poppers	Gegenmittel bei Cyanid-Vergiftung
Ketamin, special K	Ketanest®
LSD, Trip	Delysid® (außer Handel)
Ethylchlorid	Chloraethyl Henning® (Eisspray)
Benzodiazepine	Valium®, Tavor®, Rohypnol® u.a.
z.B. auch missbräuchliche Verwendung von Ritalin®, Strattera® u.ä. bekannt	

Warum nehmen Menschen Drogen?

87

- Um Lust zu erfahren („recreational“)
 - Erwartungshaltung
 - soziale Interaktion
 - Neugier
 - Entspannung
 - Wachheit
 - Enthemmung
 - gesteigerte Sexualität
 - Langeweile / Flucht aus der Realität
 - „Dazu gehören“ – peer pressure
 - Statussymbol

 - Um Leiden zu lindern („medicinal“)
 - körperliche Schmerzen
 - psychische Leiden
 - Vermeidung von Entzugssymptomen
 - Leben in unerträglichen Situationen
- Nutzen-Risiko-Abwägung ähnlich wie bei Medikamenten!

Individuum (nach Stefan Nagel)



- Lust ist wichtiger als Überleben
- „Echte“ (befriedigende) Lust ist Mangelware
- Überraschung ist besser als Gewohnheit
- Rationalität / Moral haben praktisch keinen Einfluss
- **Drogen und Sex ergänzen sich hervorragend (nicht nur bei MSM!)**


- Konflikt zwischen heteronormer und homonormer Lebenswelt
- Abbau von Spannungen, Erleichterung der Normübertretung durch Drogen
- **Drogen lösen in seiner subjektiven Wahrnehmung die Not des Einzelnen, während sie sie objektiv reproduzieren.**

Community (n. Jan Grosser)

- Ein langes Partywochenende ist teuer.
Also will man das meiste „rausholen“.
- Community-nahe Unternehmen propagieren den allzeit bereiten Porno-“Star“.
- Verquickung von Online-Dating und Werbung für Toys, Klamotten, Events.

→ **finanzielle Interessen**
an „ChemSex“

DID YOU KNOW?

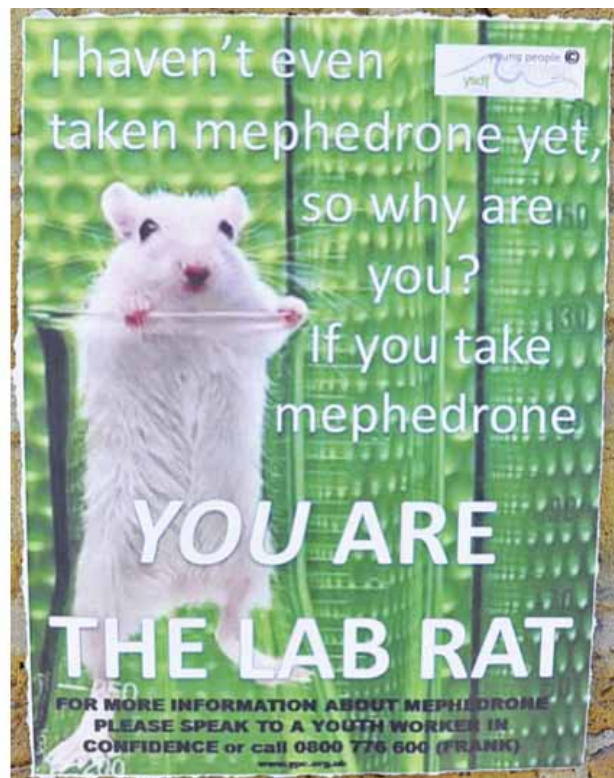


@ENDTHEDRUGWAR

There is a stronger link between childhood trauma and addiction, than there is between obesity and diabetes. Two thirds of addicts report being abused as children. That means that the war on drugs is a war on traumatized people that just need help.

Substanzen

- **Opiate**
 - Heroin
 - Morphin
 - Codein
 - Methadon
 - Buprenorphin
 - Fentanyl / weitere synthetische Opiode („Kroc“)
- **Stimulanzien („Uppers“)**
 - Kokain
 - Amphetamine / Methamphetamin
 - Coffein
 - Mephedron
 - Khat
 - Tabak
- **Relaxanzien („Downers“)**
 - Alkohol
 - Benzodiazepine
 - GHB / GBL
 - THC / synthetische Cannabinoide
- **Psychedelika**
 - LSD
 - Mescaline
 - Psilocybin
- **Atypische Substanzen**
 - Ecstasy (Entaktogen, d.h. intensiviert eigene Emotionen)
 - Ketamin (dissoziative Anästhesie, d.h. Reflexe bleiben erhalten)
- **„Hilfsmittel“**
 - Erektiva (Viagra, Levitra, Cialis aber auch SKAT / MUSE)
 - Poppers, Ethylchlorid
 - Anabolika
 - Botox



Streckmittel

90

Substanzen „von der Straße“ enthalten meist Streckmittel, bzw. Zwischenprodukte der Synthese.

Diese können die Wirkung verändern, aber auch für Nebenwirkungen / Schädigungen (mit-)verantwortlich sein.

Ohne Analyse ist nie klar, was wirklich in der Droge enthalten ist!

Beispiele:

- **Strychnin** im Kokain
- **Bleipulver** in Cannabis (zur Erhöhung des Gewichts)
- inerte **Füllstoffe** wie Milchzucker oder Kalkpulver
- **Lidocain** im Kokain (beim Zungentest nicht zu unterscheiden)
- „Ecstasy“ mit völlig anderen Inhaltsstoffen
- Heroin mit **Fentanyl**-Beimischung (wesentlich stärker wirksam)
- **Levamisol** im Kokain (Verwirrheitszustände, Agranulozytose!)

Quelle: Wikipedia

Gebrauch – Missbrauch - Abhängigkeit

Gebrauch: Einmalig oder unregelmäßig („hohe Feiertage“)



Gefahr des Abgleitens!

Missbrauch: **Negativer Einfluss auf das tägliche Leben:**

- blau machen
- Schulden
- Probleme innerhalb der Familie
- Verlust von Freunden
- Probleme mit der Polizei
- gesundheitliche Probleme

Abhängigkeit

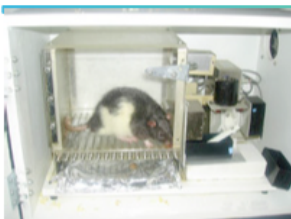
91

Zur Diagnose des Abhängigkeitssyndroms müssen nach der ICD-10 mindestens drei der folgenden Kriterien während des letzten Jahres gemeinsam erfüllt gewesen sein:

- starkes, oft **unüberwindbares Verlangen**, die Substanz einzunehmen
- **Schwierigkeiten, die Einnahme zu kontrollieren** (was den Beginn, die Beendigung und die Menge des Konsums betrifft)
- körperliche **Entzugssymptome**
- Benötigen immer **größerer Mengen**, damit die gewünschte Wirkung eintritt
- fortschreitende **Vernachlässigung** anderer Verpflichtungen, Aktivitäten, Vergnügen oder Interessen (das Verlangen nach der Droge wird zum Lebensmittelpunkt)
- fortdauernder **Gebrauch** der Substanz(en) **wider besseres Wissen** und **trotz eintretender schädlicher Folgen**.
- → **was verursacht Abhängigkeit?**

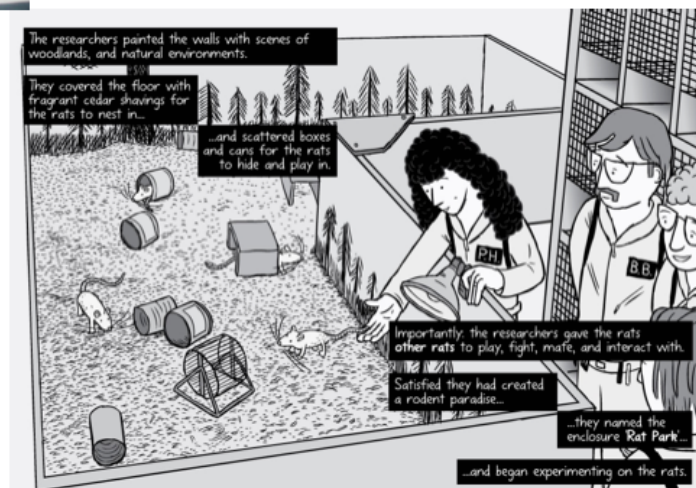
Quelle: Wikipedia

Rat Park I

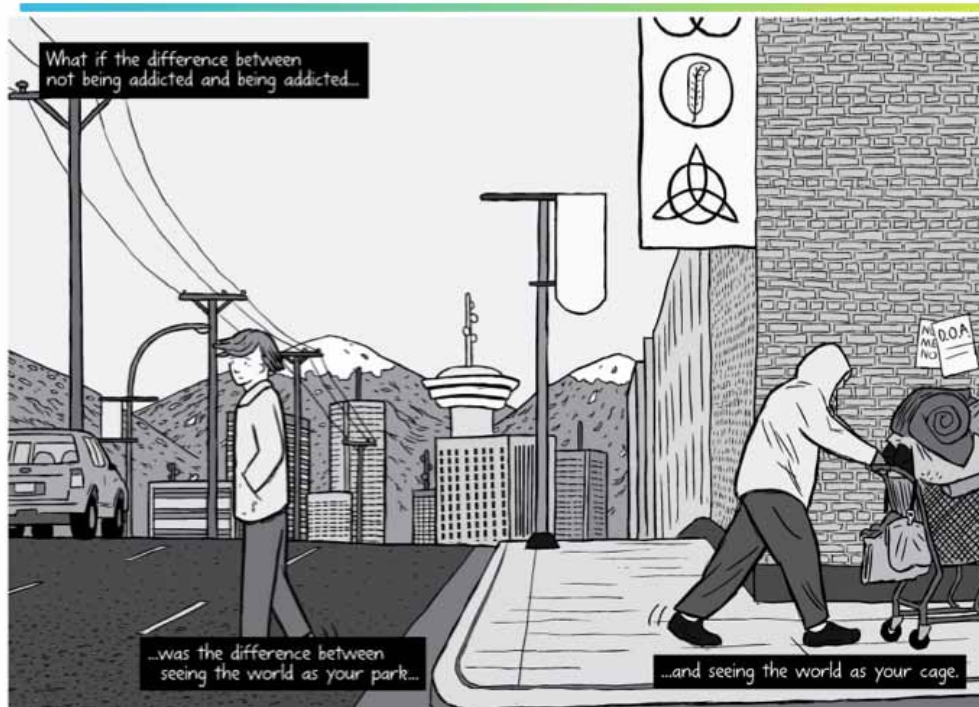


Ratten in „stressiger“ Umgebung werden schnell abhängig von Morphium

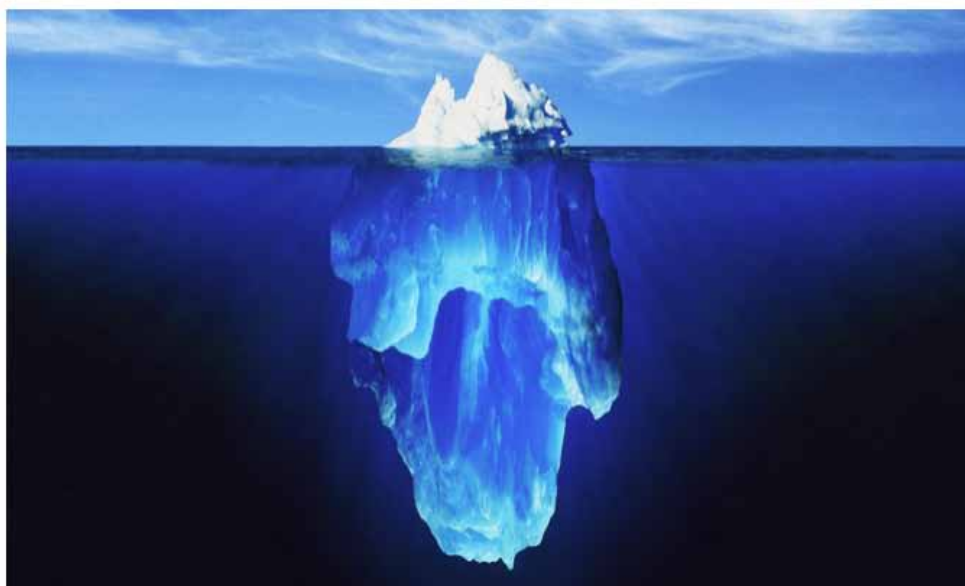
Ratten in „natürlicher“ Umgebung mit Abwechslung und Sozialkontakten ignorieren Morphium weitgehend.



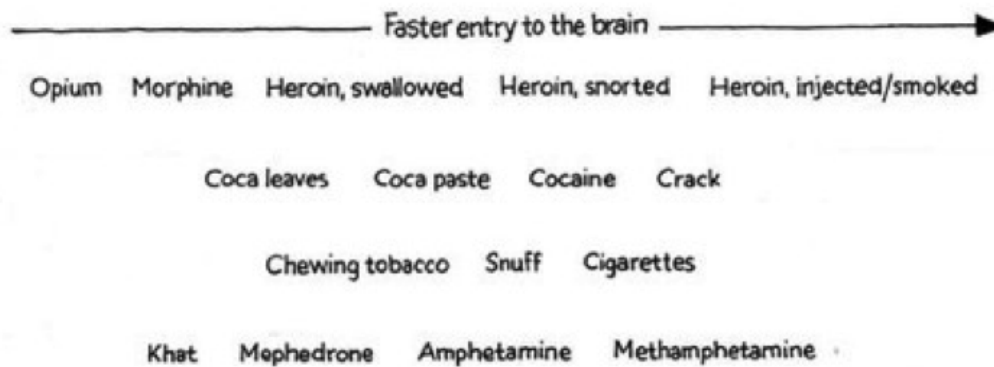
Rat Park II



90/10: Nur ca. 10% entwickeln problematischen Konsum – leider nicht vorhersehbar...



Abhängigkeitsrisiko



- substanzabhängig
- abhängig von der Art der Anwendung
- Einfluss der Umgebung / Erfahrung
- Empfänglichkeit des Individuums !
- Wirkungsdauer
- Zunehmend auch rektale Anwendung
etwa wie Inhalation zu bewerten wegen großer Oberfläche der Darmschleimhaut und fehlender Leberpassage nach der Aufnahme!

David Nutt: Drugs without the hot air

Street Names

- Eigener Jargon der Szene(n):
- „Crystal“, „Tina“ oder einfach nur T innerhalb eines Wortes („bin gerne mal Lustig“) – ebenso PP für Poppers, K für Ketamin.
- „slammen“ vs. „drücken“ – Abgrenzung (im Englischen auch „pointing“).
„Get to the point“ g2pT
- „chems-friendly“, PnP („Party and Play“)
- GMTV (GHB, Mephedron, „Tina“, Viagra)
- „H&H“ (High & Horny)
- Entsprechende Emoticons (Pille, Spritze)



Lube up, Grease Up, and Slide into myget2ThePoinT

Problemfälle (I)

94

GHB (Gammahydroxybutyrat) / GBL (Gammabutyrolacton)

Straßenname: „G“, Liquid Ecstasy, Rape Drug, „K.O. Tropfen“

Probleme:

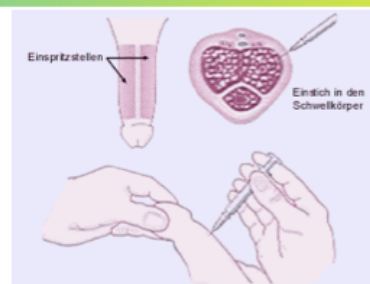
- GBL ist die Vorstufe von GHB und etwa doppelt so wirksam
→ Gefahr der Überdosierung
- Geringe „therapeutische Breite“
(die wirksame Dosis liegt nur wenig unter der giftigen Dosis)
- Alkohol und GHB/GBL verstärken sich massiv gegenseitig in der Wirkung
- Tiefe Bewusstlosigkeit + Erbrechen
- Atemdepression, Kreislaufstillstand
- Nur begrenzte Zeit nachweisbar
- Billig, leicht verfügbar (Felgenreiniger)

Problemfälle (II)

„Uppers“ + Erektiva

„Uppers“:

- Amphetamin („Speed“)
- Methamphetamin („Crystal“, „Tina“)
- Kokain
- (MDMA, „Ecstasy“)
- Mephedron („Badesalz“, „Meow“, wird pro Session bis zu 20x injiziert!)



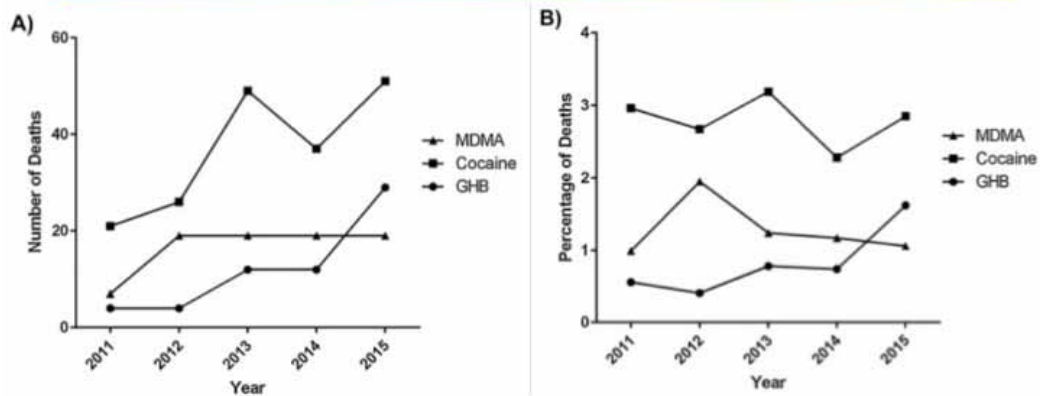
Erektiva:

- Viagra®, Cialis®, Levitra®, Spedra®
- Caverject®, Pridax®, Viridal®
→ Hemmschwelle für Injektionen sinkt, **Risiko beim gemeinsamen Verwenden der Spritzen**
- Muse®

Probleme:

- Uppers machen normalerweise eine Erektion fast unmöglich
- durch Erektiva stundenlange Erektion möglich
- durch Uppers stundenlanger Sex möglich, auch wiederholt
→ Erektion ist härter und hält länger an als gewöhnlich
→ erhöhtes Verletzungsrisiko
→ **erhöhtes Risiko für STI**
- durch „Slammen“ der Drogen **erhöhtes Risiko für HIV, Hep C etc.**

Todesfälle in London



Gamma-hydroxybutyrate (GHB), cocaine and 3,4-methylenedioxyethylamphetamine (MDMA) associated deaths from seven of the eight coroners' jurisdictions in London 2011–2015. Deaths are shown as (A) number detected by year and (B) percentage of the total cases analysed.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.forsciint.2016.11.039>

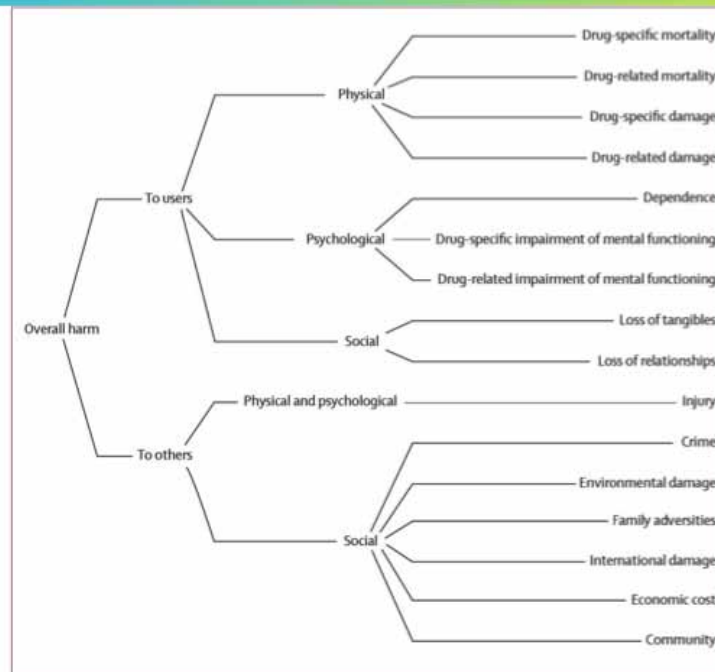
Folgen

- „God-Mode“ – maßlose Selbstüberschätzung, Schmerzunempfindlichkeit
 - Herzrasen, erhöhter Blutdruck, Schwitzen, „Lagerflash“, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit
 - Lust an stupiden, wiederholten Tätigkeiten (putzen, Pickel quetschen)
 - „Mahlen“ der Kiefermuskulatur
 - Depression („evil Tuesday“)
 - Sex macht nur noch mit Crystal Spaß
 - Verfolgungswahn, Paranoia, Psychose, Panikattacken
- große Neigung, weiter zu konsumieren um wieder „normal zu ticken“



Schadwirkung

96



http://www.easl.eu/assets/application/files/f1eac1031dc686cd_file.pdf

Eigenschädigung

- 1) Substanzspezifische Mortalität (Überdosis)
- 2) Substanzassoziierte Mortalität (HIV, HepC)
- 3) Substanzspezifische Schadwirkung (Zirrhose, Lungenkrebs, Ketaminblase)
- 4) Substanzassoziierte Schadwirkung (Spritzenabszess, Unfälle, Infektionen)
- 5) Abhängigkeit
- 6) Substanzspezifische Einschränkung kognitiver Funktionen (Rausch)
- 7) Substanzassoziierte Einschränkung kognitiver Funktionen (Nachwirkungen)
- 8) Verlust materieller Güter (Geld, Job, Wohnung)
- 9) Verlust menschlicher Beziehungen (Partnerschaft, Freunde, Familie)

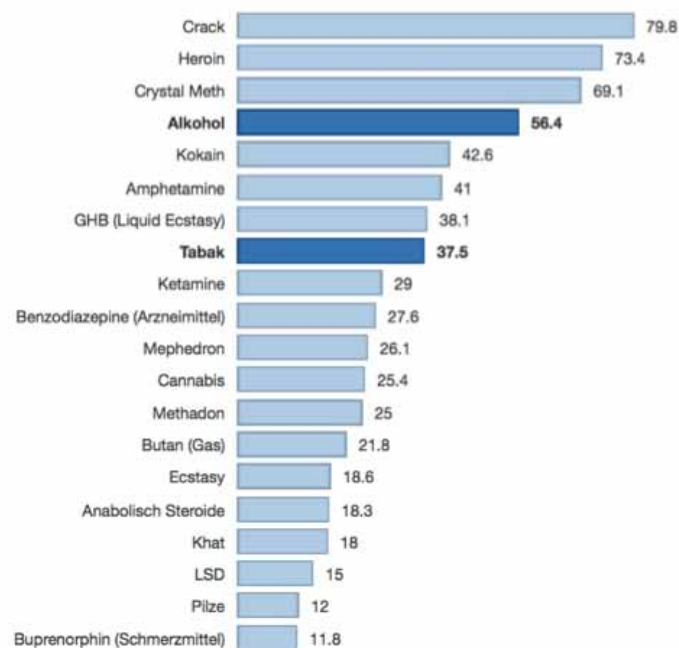
Fremdschädigung

97

- 1) Verletzungen (Unfälle, Aggressivität)
- 2) Verbrechen
- 3) Ökonomische Kosten für die Gesellschaft (verlorene Arbeitstage, Polizeikosten, Gefängniskosten, Rehakosten)
- 4) Störung des Familienlebens
- 5) Internationaler Schaden (Drogenkrieg)
- 6) Umweltschaden (gebrauchte Spritzen, Regenwald)
- 7) Schaden für die Community (Stigmatisierung von Gruppen, „schlechte Gegend“)

Aus: David Nutt, Drugs – without the hot air

Schadwirkung auf den Konsumenten

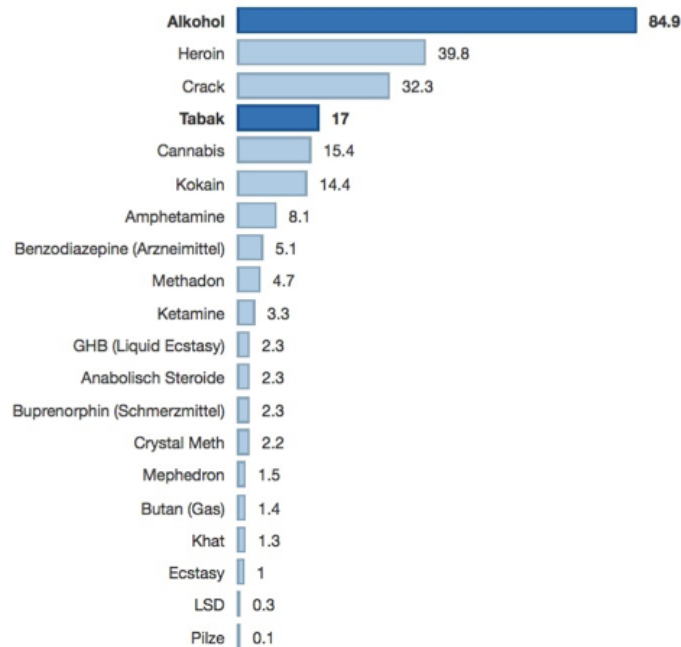


Created with [Datawrapper](#)

Source: [Nutt et al., The Lancet, 2010. Get the data](#)

///

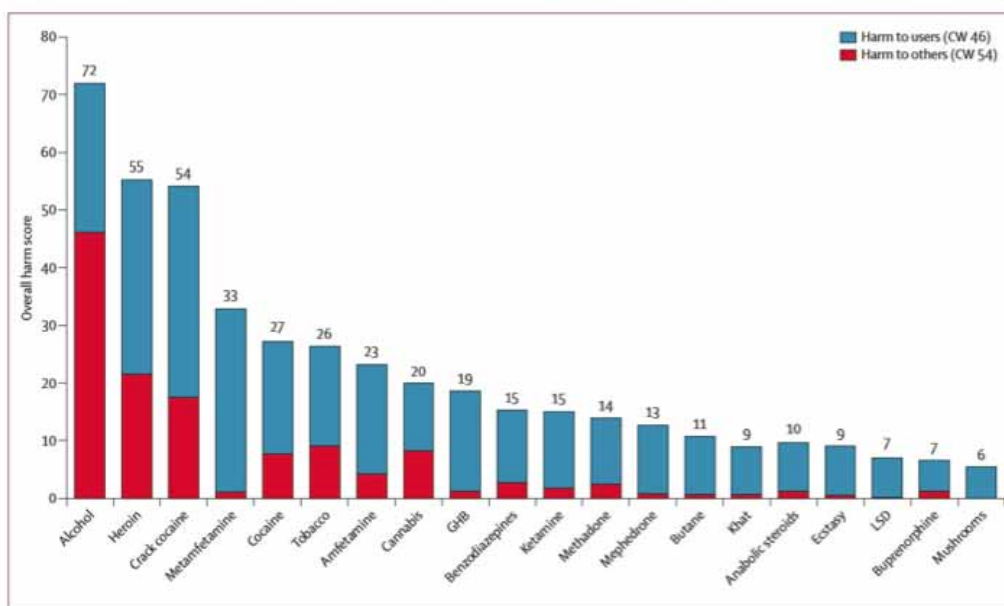
Schadwirkung auf andere



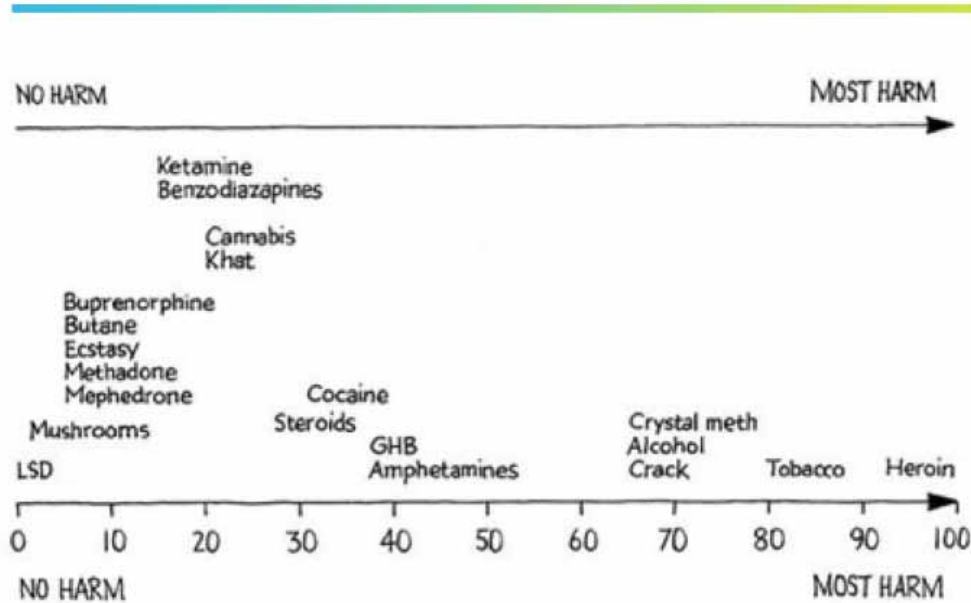
Created with [Datawrapper](#)

Source: [Nutt et al., The Lancet, 2010, Get the data](#)

Schadwirkung



Substanzspezifische Mortalität



David Nutt: Drugs without the hot air

Typische Settings

„Standard“:

Zigaretten +/- Alkohol

Alternative / Ergänzung:

Marihuana, GHB/GBL

„Party“

Kokain
Amphetamin
Ecstasy

„geplanter Sex“

Methamphetamin
Poppers
Ketamin
Viagra, SKAT etc.

„Psycho“

LSD
Psylocybin
Mescaline

„gefährliche Allianzen“
(z.B. Amphetamine+Viagra)

„Runterkommen“

Marihuana
Benzodiazepine
Alkohol

Aber vereinzelt auch GHB, Ketamin, Heroin!



Risiken minimieren

- Schadwirkung ist altersabhängig. Größter Schaden bei Jugendlichen / jungen Erwachsenen.
- don't inject! Risiken und Abhängigkeitspotenzial bei i.v. Konsum am größten.
- don't use what you don't know! Keine Substanzen von Unbekannten konsumieren!
- dose carefully! Lieber zuwenig als zuviel! (2. Flasche Wein...) Nicht zu früh „nachlegen“
- don't mix! Wechselwirkungen zwischen Substanzen sind oft unvorhersehbar.
- sleep, relax, work out. Dem Körper Ruhephasen gönnen. Auf Trinkmenge und Ernährung achten.
- Nicht alleine konsumieren
- Beim Sex: VORHER Spielregeln klar machen solange man noch nüchtern ist)
- VORHER Safer-Sex Utensilien bereit legen
- Grenzen setzen und einhalten!
- Keine Metall-Cockringe!

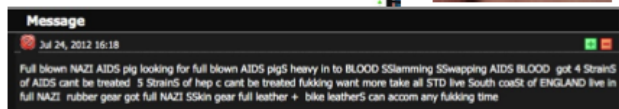
Drogenkonsum als Fetisch

101

- Konsum von Drogen kann selbst zum Fetisch werden (bzw. der damit verbundene Tabubruch)
- gegenseitiges Injizieren von Blut (mit darin gelösten Drogen) als Zeichen der „Verschmelzung“ bzw.
- Erotisierung des Tabubruchs
- kleine Gruppe, aber „Multiplikatoren“
- Wechselwirkung mit Dating Apps / Websites

Chem virgin? No problem!Let me light that pipe for you, push that plunger into your vein....

slam geil
sind zu zweit und suchen geile typen die Bock haben auf slam
Cell ficken fisten toys chems



Drogennotfall

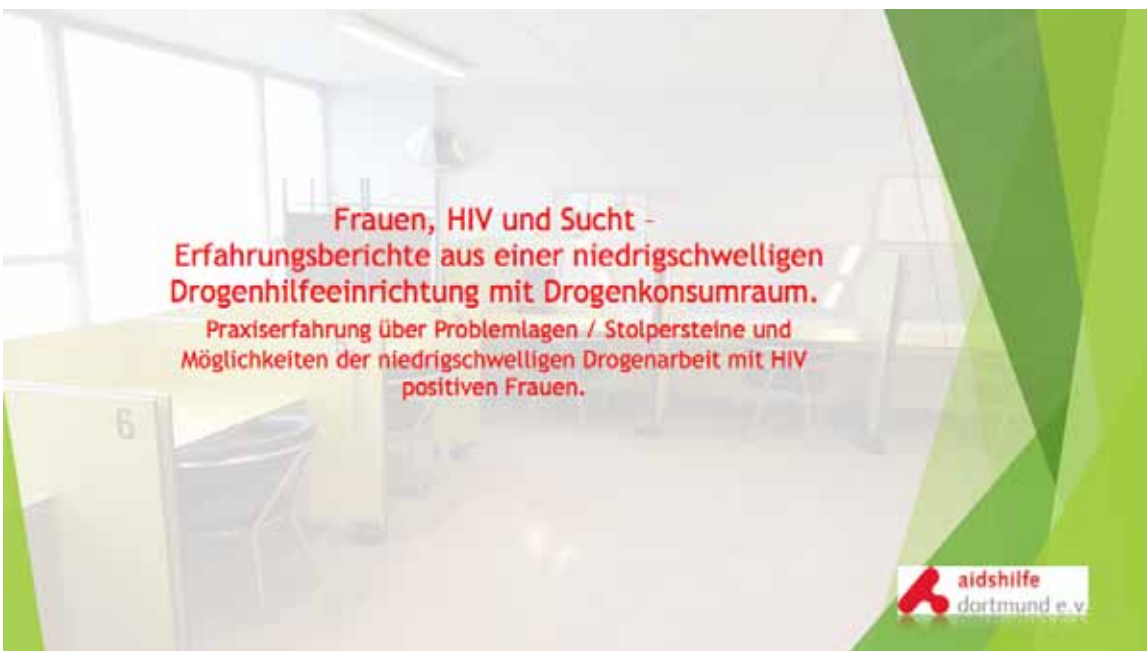
- Vorgehen ist substanzabhängig
- Immer gilt: Kreislauf stabilisieren, bei Hyperthermie Kühlung verschaffen
- Bei Bewusstlosigkeit: Stabile Seitenlage, evtl. Erbrochenes im Mundraum entfernen
- Verwirrte beruhigen, nicht alleine lassen
- Versuchen, Art der Droge zu ermitteln
- Notarzt rufen! (unterliegt ebenfalls der Schweigepflicht!)
- Drogennotfall:
 - <http://www.drugcom.de/beratung-finden/drogennotfall/>
 - <http://www.rettungsdienst-fotos.de/berichte/drogen/>
 - <http://drugscouts.de/de/page/erste-hilfe-im-drogen-notfall-0>

Rechtliche Situation

102

- Bei Beschaffung übers Internet (gayromeo):
Überwachung, Meldung an Polizei
- Betäubungsmittel (BtM): Alles ist strafbar, außer
Konsum!
- Aber: Konsum kann zum Entzug der Fahrerlaubnis
führen!
- Wer nicht hilft (im Rahmen der
Zumutbarkeit), begeht
„unterlassene Hilfeleistung“





Was ist ein Drogenkonsumraum?

2. In einem Drogenkonsumraum besteht die Möglichkeit, unter hygienischen Bedingungen mitgebrachte Drogen zu konsumieren
3. Sämtliche Utensilien für den Konsum werden (i.d.R. kostenfrei) zur Verfügung gestellt, mitgebrachte Konsumutensilien dürfen aus hygienischen Gründen nicht verwendet werden. Die fachgerechte Entsorgung der Utensilien nach dem Konsum wird sichergestellt.
4. Der Konsum wird durch Fachpersonal überwacht. In den meisten Drogenkonsumräumen befindet sich mindestens ein Mitarbeiter direkt im Konsumraum. So besteht die Möglichkeit der direkten Ansprache, Einleitung von Notfallmaßnahmen und Safer-Use-Beratung. Der Handel und die Abgabe von Substanzen werden durch Mitarbeiterinnen verhindert.
5. Drogenkonsumräume sind integrierte Bestandteile von Kontakt- oder Beratungsangeboten.
6. Neben dem risikoreichen intravenösen Konsum bieten Drogenkonsumräume auch die Applikation von illegalen Substanzen in inhalativer und nasaler Form.

Ziele

1. Gesundheitliche Ziele:
 1. Vermeidung von Infektionen und schweren Folgeerkrankungen
 2. Verhinderung von Überdosierungen und Drogentodesfällen
 3. Verbesserung des Kenntnisstands zu Risiken des Drogengebrauchs
4. Ordnungspolitische Ziele
 1. Reduzierung der Belastung der Öffentlichkeit
2. Drogentherapeutische Ziele
 1. Kontaktaufnahme und -pflege von schwer erreichbaren Drogenkonsumenten
 2. Erhöhung der Motivation zur Veränderung der aktuellen Lebenssituation. Die Eigenverantwortlichkeit der DKR Nutzer anzuerkennen

Wo und wie viele?

1. Insgesamt gibt es in Deutschland 24 Drogenkonsumräume
2. Jedes Land in Deutschland kann selbstbestimmen, ob es Drogenkonsumräume erlaubt.
3. Derzeitig gibt es Drogenkonsumräume in den Ländern:
 - Berlin (3)
 - NRW (10)
 - Niedersachsen (1)
 - Hamburg (4)
 - Saarland (1)
 - Hessen (4)
4. In Schleswig-Holstein gibt es einen Drogenkonsumraum

Nolden Katharina 09.11.18
mit dem Abgabo ein DKR nur für Frauen



Die Drogenhilfeeinrichtung Kick

1. Die Drogenhilfeeinrichtung Kick ist eine niederschwellige und akzeptanzorientierte Hilfeeinrichtung für Drogengebraucher*innen.
2. Mit 23 Konsumplätzen ist die Drogenhilfeeinrichtung Kick einer der größten Konsumräume in Deutschland (8 Intravenös, 15 inhalativer Plätze)
3. Ca. 300 verschiedenen Besucher kommen täglich vorbei und nutzen die verschieden Angebote
4. Aktuell 12 hauptamtliche (1 Ärztin, 2 Krankenschwestern, 1 Pflegepädagoge, 8 Sozialarbeiter*innen/ Sozialpädagogen*innen) und 6 nebenamtliche Mitarbeiter sowie Leitung/stellvertretende Leitung
5. Mindestens 6 Mitarbeiter sind immer im Dienst + 2 Securitymitarbeiter



Aufbau und Struktur der Einrichtung

1. Bereiche der Drogenhilfeeinrichtung Kick:

- Kontaktcafé
- Anmeldungsbereich
- Drogentherapeutischen Ambulanz (DTA)
- Drogenkonsumraum
- Ambulant Betreutes Wohnen 553



Das Kontaktcafé



Der Spriztentausch



Anmeldungsbereich (sozialarbeiterische Hilfen)

1. Anmeldeverfahren für die Konsumräume z.B. einen Neuvertrag abschließen
2. Information und Unterstützung, z.B. bei rechtlichen Angelegenheiten, Behördenangelegenheiten, etc.
4. Vermittlung von z.B. Substitutionsärzten, Entgiftungseinrichtungen, Notschlafstellen, weiterführenden Beratungsangeboten, etc.
6. Krisenintervention z.B. drohende Wohnungslosigkeit, akute Psychose, etc.

Die DTA



Der „Raucherraum“



Der „Druckraum“



Der „Druckraum“





Konsumvorgänge 2002-2017



Frauen im Kick (Zahlen 2017)

1. Zwischen 10-12% Frauenanteil
2. 706 unterschiedliche Nutzer*Innen- davon ca. 89 Frauen (nur DKR)
3. Alter: 48% zwischen 26-35 Jahre / 49% über 36 Jahre / 3% 18-25Jahre
4. Konsumart: 55,65% inhalativer Konsum (M: 68%)
5. 43,62% intravenöser Konsum (M: 31%)
6. 0,73% nasaler Konsum (M:1%)
7. 19% Frauenanteil in der DTA
8. 306 Behandlungen von Klienten*innen mit HIV
9. HIV Testungen 29 (1 reaktiv) (M: 57)



Möglichkeiten / Ressourcen

1. Möglichkeiten
2. Thematisierung der Gesundheitsfürsorge während des Konsums
3. Kontaktaufnahme durch Alltagsbezogene Themen z.B. Wäsche waschen; Körperpflege, Nahrungsaufnahme
4. Langfristiges beobachten der KlientInnen / Beziehungsarbeit
2. Ressourcen
3. Ärztliche Versorgung direkt vor Ort
4. HIV+ Hepatitis C Testung 2x die Woche
5. Checkpoint Projekt ermöglicht Hilfe bei der ärztlichen Anbindung
6. BeWo



Problemlagen/Stolpersteine

1. Akuter Drogenkonsum steht oft im Vordergrund
2. Keine Anbindung ans Ärztenetz/ keine Krankenversicherung
3. Abhängigkeit von Männer
4. Kinder
5. Andere Art der Beschaffungskriminalität / Schambehaftet - Thema HIV und Prostitution
6. gesellschaftlicher Druck
7. Stigmatisierung (Insbesondere Sucht +HIV)







113

Gesundheitsprävention in der Arbeit von cara*SH

cara*SH ist die Fachberatungsstelle für Prostituierte in Schleswig-Holstein, die 2017 im Auftrag und mit Förderung des Landes beim Frauenwerk der Nordkirche eingerichtet wurde und sich mit einem vertraulichen, mehrsprachigen und mobilen Beratungsangebot an Sexarbeiter*innen aller Geschlechter richtet. Informationen zum Beratungsangebot sind unter www.cara.sh zu finden.

Sexarbeit ist eine körpernahe Tätigkeit, die auch mit gesundheitlichen Risiken verbunden sein kann. Deshalb ist die Gesundheits- und HIV-Prävention ein wichtiges Anliegen von cara*SH, bildet jedoch nicht den einzigen Fokus unserer Arbeit. Folgende Rahmenbedingungen sind leitend für den Bereich der gesundheitspräventiven Arbeit bei cara*SH:

1. Bekanntmachen nutzbarer gesundheitlicher Beratungsangebote

Da es in Schleswig-Holstein viele gesundheitsorientierte Fachstellen und Gesundheitsämter gibt, hält cara*SH z.B. kein eigenes medizinisches Beratungsangebot vor. Unser Auftrag ist es vielmehr, Sexarbeiter*innen über nutzbare Beratungs- und Gesundheitsangebote in Schleswig-Holstein zu informieren, sie mit ihnen in Kontakt zu bringen und bei Bedarf eine persönliche oder muttersprachliche Begleitung zu ermöglichen.

Daher arbeiten wir von Anfang an vernetzt mit den Gesundheitsämtern und STI-Beratungsstellen, den Aidshilfen, den Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, den Sucht(mittelpräventions-)beratungsstellen und nach Möglichkeit mit allen nutzbaren gesundheitlichen (Präventions-)Angeboten in Schleswig-Holstein.

Die Verbreitung seriöser Informationen zu den gesundheitlichen Angeboten – auch im Falle fehlender Krankenversicherung – zielt auf die Förderung eines bewussten Umgangs mit den Themen Gesundheit und Körper, Safer Sex, Gesundheitsprävention und den Vertrauensaufbau zum bestehenden Beratungsnetz in Schleswig-Holstein.

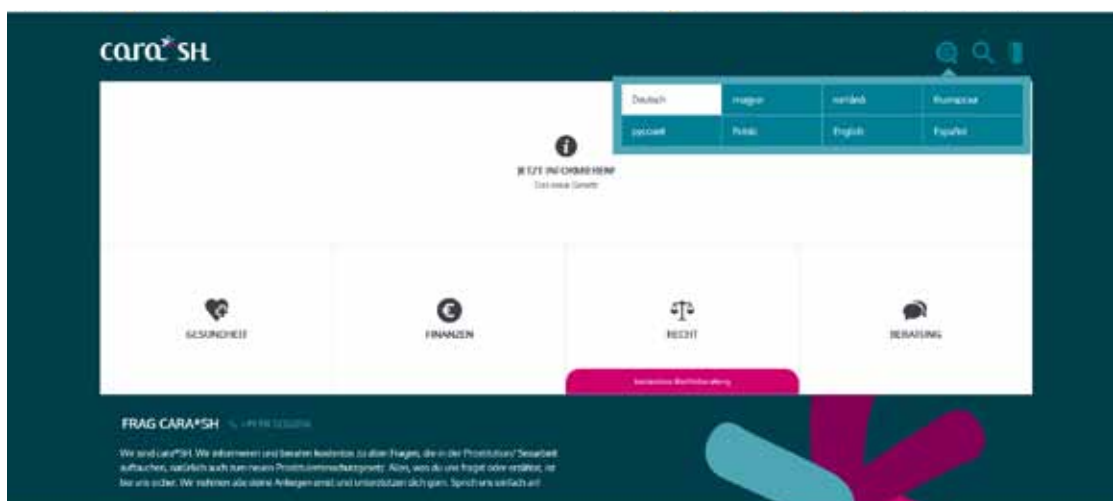
2. Mobile und zielgruppenspezifische Ansprache in ganz Schleswig-Holstein

Das Beratungsangebot von cara*SH soll Sexarbeiter*innen in ganz Schleswig-Holstein erreichen. Diese sind nach unseren Kenntnissen vorwiegend mobil tätig. Nur etwa 25 % von ihnen dürften dauerhaft an einem Ort arbeiten. Die restlichen 75 % bewegen sich innerhalb des Landes, des Bundes, in Europa und auch weltweit. Einige von ihnen wechseln wöchentlich den Arbeitsplatz,

andere nach einigen Wochen oder Monaten. Manche arbeiten täglich, andere nur gelegentlich oder wenige Tage im Jahr. Aus diesem Grund haben wir unsere Arbeit ebenfalls mobil ausgerichtet, d.h. wir sind mehrfach wöchentlich aufsuchend/mit Streetwork unterwegs. Bei unseren Besuchen in Wohnungen, Bordellbetrieben oder auf der Straße bestimmen die Sexarbeiter*innen selbst, ob und zu welchem Thema sie Beratung abrufen. Gesundheitliche Themen spielen dabei eine wichtige Rolle. Die Auswahl treffen sie meist, indem wir unsere mehrsprachige Website vorstellen, die auf einen Blick Informationen zu fünf Themenschwerpunkten bereithält:

115

Prostituiertenschutzgesetz – Gesundheit – Finanzen – Recht – Beratung



Auf diese Weise kommt es bei der aufsuchenden Arbeit in ca. einem Drittel der Kontakte zu direkten ausführlichen Beratungsgesprächen vor Ort, oft auch zu Gesprächen mit gesundheitlichem Schwerpunkt. Nicht selten können wir muttersprachlich beraten, da wir unsere aufsuchende Arbeit in Begleitung von geschulten Sprachmittler*innen organisieren.

3. Muttersprachliche Beratung fördert Verständnis für Gesundheitsprävention

Je sensibler ein Beratungsthema ist, umso wichtiger ist es, dass die Beratung nicht durch vermeidbare Hürden oder Missverständnisse erschwert wird.

...

Für die Arbeit von cara*SH ist es daher von höchster Wichtigkeit, dass wir den Sexarbeiter*innen anbieten können, in ihrer Muttersprache zu kommunizieren. In der Beratungsarbeit von cara*SH sind nach den ersten Erfahrungen vor allem die Sprachen Rumänisch, Bulgarisch, Thailändisch, Spanisch, Polnisch, Ungarisch, Englisch und selbstverständlich auch Deutsch benötigt. Nur so können Informationen zu gesundheitsorientierten und allen anderen Themen korrekt weitergegeben werden und auch individuelle Problemlagen sensibel erörtert und beraten werden.

4. Neue gesetzliche Rahmungen

Nach einem aufwändigen und kontrovers diskutierten Gesetzgebungsverfahren ist am 1. Juli 2017 das sogenannte Prostituiertenschutzgesetz (ProstSchG) in Kraft getreten. Danach sind Sexarbeiter*innen nun verpflichtet, ihre Tätigkeit als Prostituierte*r bei einer zuständigen Behörde anzumelden, verknüpft mit einer verpflichtenden gesundheitlichen Beratung und einem allgemeinen Informations- und Beratungsgespräch. In Schleswig-Holstein ist das Landesamt für Soziale Dienste (LAsD) mit Sitz in Neumünster für dieses Anmeldeverfahren zuständig, auch für die gesundheitliche Beratung. Ebenfalls gesetzlich eingeführt wurden Erlaubnispflichten für den Betrieb eines Prostitutionsgewerbes und Zuverlässigkeitsprüfungen des*der Betreibenden. In Schleswig-Holstein liegt die Zuständigkeit dafür bei den Kreisen und kreisfreien Städten. Mit dem Prostituiertenschutzgesetz ist auch eine Kondompflicht mit entsprechendem Werbeverbot eingeführt worden. Daneben gilt das Prostitutionsgesetz (ProstG) von 2002 weiterhin. Dieses regelt im Kern die Rechtsverhältnisse von Sexarbeiter*innen, vor allem die vertragsrechtliche Ausgestaltung in Bezug auf sexuelle Dienstleistungen.

*Insbesondere zum Prostituiertenschutzgesetz gibt es viele Fragen, Unsicherheiten und Kontroversen. Wir sind auch deshalb vom Land SH beauftragt worden, zu allen Fragen von Sexarbeiter*innen in Schleswig-Holstein eine individuelle vertrauliche Beratung, Rechtberatung und Begleitung anzubieten. Diese wird sehr gut angenommen.*

5. Gesundheitsprävention durch Kondompflicht?

Ein großes Problem von Sexarbeiter*innen, das an cara*SH herangetragen wird, ist aktuell folgendes: Kunden erwarten oder verlangen sexuelle Dienstleistungen ohne Kondom. Diesbezüglich sind mehrere Beschwerden an das Beratungsteam herangetragen worden. Man habe es als Sexarbeiter*in schwer, die Benutzung von Kondomen durchzusetzen. Die gesetzlich vorgeschriebene Kondompflicht interessiere häufig weder Kunden noch Kolleg*innen. Es entstünde dadurch ein hoher Preis- und Selbstbehauptungsdruck für diejenigen, die auf Kondomen bestehen. Betroffene wünschten sich in Einzelfällen sogar ein Eingreifen durch die Behörden.

6. Prekäre Umstände erschweren persönliche Gesundheitsvorsorge

Prekäre (finanzielle) Lebenslagen und Arbeitsbedingungen sind nach ersten Eindrücken von cara*SH häufige Begleiterscheinungen von Sexarbeit. Besonders notwendig und benötigt sind daher Informationen über kostenlose oder preisgünstige Angebote im gesundheitlichen Kontext, auch und vor allem für Menschen ohne Krankenversicherung. Sämtliche Beratungsangebote von cara*SH sind aus diesem Grunde kostenfrei, wir bieten auch Begleitung zu Beratungsstellen an.

Verlauf Workshop 6 – Prostitution, Drogen, HIV

Am Workshop nahmen 15-20 Tagungsteilnehmer*innen teil, unter ihnen Studierende und Fachleute aus der STI-, HIV/Aids- und Suchtberatung.

Das Thema Sexarbeit / Prostitution löste großes Interesse und viele Nachfragen zur praktischen Arbeit der beiden Beratungsstellen Basis-Projekt und cara*SH aus. Nach einer kurzen Vorstellungsrunde schilderten beide Beratungsstellen ihre Arbeitsweise und Praxiserfahrungen. Nachfragen konzentrierten sich vor allem auf die jahrelangen praktischen Erfahrungen bei der Gesundheitsprävention in der Arbeit mit männlichen Sexarbeitern in Hamburg, insbesondere da diese so explizit, ortsnah und niedrigschwellig erfolgt. Hervorgehoben wurde in diesem Zusammenhang der Wert freiwilliger und im Kern kostenfreier Beratungsangebote für Sexarbeiter*innen: diese seien unverzichtbar unabhängig von der Gesetzeslage.

Zur Diskussion angeregt hat die aus der Runde vorgetragene Vermutung, dass allgemein davon ausgegangen werden könne, Jugendliche seien in Deutschland zum Thema HIV-/Aids relativ aufgeklärt. Das wurde von einigen Teilnehmenden bezweifelt und auf die Arglosigkeit, Unwissenheit oder gar das Risikoverhalten vieler Menschen hingewiesen. Auch der Umstand, dass heutzutage ein Leben mit HIV möglich ist, sei noch zu wenig bekannt. Dies führe unter anderem auch dazu, dass manche Menschen aus Angst vor dem Ergebnis keinen HIV-Test machen ließen. Das Thema „assistierte HIV-Selbsttests“ wurde sehr interessiert aufgenommen.

Intensiv diskutiert wurde die Frage, wie sich prekäre Lebens- und Arbeitsbedingungen, mangelnde ökonomische Ressourcen oder fehlende Aufenthaltstitel auf die persönliche Gesundheitsprävention von Sexarbeiter*innen (bzw. allgemein Menschen) auswirken. Herausgehoben wurde die Notwendigkeit, mehrsprachige Informations- und Aufklärungsarbeit zu leisten. Kurz diskutiert wurde die Frage, ob das Prostituiertenschutzgesetz tatsächlich zu einer

verbesserten Gesundheitsprävention bei Sexarbeiter*innen beitragen könne. Hier vertraten die Teilnehmenden kontroverse, tendenziell eher kritische Einschätzungen und einigten sich darauf, dass vor allem ausreichende freiwillige Beratungsangebote vonnöten seien. Die Hoffnung, dass Sexarbeiter*innen durch die gesetzliche Kondompflicht besser Safer Sex durchsetzen könnten, sei illusorisch. Diesbezüglich müssten vor allem freiwillige bewusstseinsbildende und wissensverbessernde Präventionsmaßnahmen umgesetzt werden.

119

Es wurde betont, dass die enge Verzahnung der Beratungsangebote für Sexarbeiter*innen mit den STI-Beratungsstellen und medizinischen Angeboten der Gesundheitsämter und mit den Aids- und Suchtberatungsstellen sowie anderen gesundheitlichen Beratungsangeboten eine notwendige Voraussetzung sei, um eine umfassende gesundheitspräventive Wirkung zu erzielen. Es entstand der Wunsch nach einem regelmäßigen fachlichen Austausch in SH und im Rahmen solcher Fachtagungen.

Gesundheitsprävention in der Arbeit mit männlichen Sexarbeitern

Das BASIS-Projekt wurde 1986, auch auf Bestreben der Stadt Hamburg, mit dem Auftrag der AIDS-Prävention für männliche Prostituierte und deren Kundschaft als deutschlandweit erste spezifische Einrichtung dieser Art gegründet. Maßgeblich bei der Zielgruppenfestlegung war, dass sowohl der Sexarbeiter als auch der Kunde Beteiligter in einer potentiellen Risikosituation sind und somit beide über das nötige Wissen verfügen sollen, insbesondere, da in dieser Zeit eine HIV-Infektion deutlich lebensbedrohlicher war, als das heute der Fall ist. Wichtig ist, dass es in der Gruppe männlicher Sexarbeiter viele sozial Benachteiligte mit einer Vielzahl sozialer Probleme gibt, die sich gleichzeitig in einem mehrfach stigmatisierten Feld (Prostitution, Homosexualität, Migrationshintergrund) bewegen und deshalb ein für sie spezifiziertes Hilfsangebot benötigen. Am Anfang gab es eine Anlauf- und Beratungsstelle und Outreach Work in der Stricherszene. 1990 und 1992 wurde aufgrund der großen Nachfrage nach Schlafplätzen das Angebot um zwei Übernachtungsstellen erweitert. Die drei Arbeitsbereiche im BASIS-Projekt – Outreach Work, Anlaufstelle, Übernachtungsstellen – bauen aufeinander auf und sind eng miteinander verzahnt.

Schnell war klar, dass mit moralisch erhobenem Zeigefinger keine sinnvolle Gesundheitsprävention, die von den Klienten angenommen wurde, geleistet werden konnte.

Seitdem hat sich vieles verändert: Medikamente und Therapien sind entwickelt worden. Und eine HIV-Infektion stellt auf den ersten Blick keine existenziell bedrohende Diagnose mehr dar. Warum, könnte man sich fragen, ist Gesundheitsprävention nach wie vor ein entscheidendes Thema in der Prostitutionsszene? Dazu muss man sich den Wandel der Szene und die daraus resultierenden Folgen genauer ansehen. „Historisch gesehen lassen sich fünf Phasen der gesellschaftlichen Bewertung männlicher Sexarbeit und des Forschungsinteresses an diesem Phänomen unterscheiden:

1. Männliche Sexarbeiter gelten als moralisch krank und stellen eine Gefahr für die gesellschaftliche Moral dar.
2. Männliche Sexarbeiter gelten als körperlich krank.
3. Männliche Sexarbeiter gelten als „sozial krank“ und sind deshalb hilfebedürftig.
4. Männliche Sexarbeiter gelten als Gefahr, weil sie HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen verbreiten.
5. Männliche Sexarbeiter gelten als kriminell“¹

Im Bereich der mann-männlichen Sexarbeit hat es durch die politischen Umwälzungen nach 1989 durch den Zusammenbruch des Ostblocks und der damit einhergehenden Mobilität entscheidende Veränderungen gegeben, auch wenn die historische Sichtweise von Sexarbeitern bis heute fast gleich geblieben ist. Vor 25 Jahren waren es häufig Jungen und junge Männer aus sozial benachteiligten Familien und aus öffentlicher Erziehung, die in der Szene anzutreffen waren. Intravenöser Drogenkonsum und damit Beschaffungsprostitution spielten eine große Rolle. Der familiäre Hintergrund der Klienten stellt sich auch heute ähnlich dar, auch wenn ein Großteil von ihnen aus anderen Ländern und Kulturen stammt. Die Herkunft vieler Sexarbeiter aus armen Ländern Osteuropas – da insbesondere aus schon in der Heimat ausgegrenzten Minderheiten wie Roma oder bulgarischen Türken – führt eher zu einer schlichten Armutsprostitution, mit der entweder die Existenz der Familie zu Hause oder die Neu-Existenz in Deutschland finanziert werden soll. Dauerhaft in Deutschland bleiben vor allem homosexuelle Männer, die unabhängig von ihrer ethnischen Zugehörigkeit in ihren deutlich konservativeren Herkunftsgesellschaften ein freies Leben nicht leben können.

Auch wenn wir heutzutage davon ausgehen, dass zumindest in Deutschland Jugendliche zu den Themen Sexualität und HIV-/Aids relativ aufgeklärt sind, ist das bei den Klienten ohne deutschen Hintergrund nicht immer der Fall. Mangelnde Schulbildung, frühe Eheschließungen und ein verhaftet sein in der eigenen – in der Regel sehr konservativen – Kultur spielen dabei eine

...

¹ Leitlinien für die sozialpädagogische Arbeit mit Strichern

wesentliche Rolle. Andere sexuelle Identitäten werden in der Gemeinschaft genauso wie in der Gesamtgesellschaft selten geduldet und führen häufig bereits im Herkunftsland zu einem Einstieg in die Prostitution. Das bedeutet für die Herangehensweise hier, dass „Präventionsarbeit immer im Kontext der verschiedenen sexuellen Identitäten und Nationalitäten steht und im Zusammenhang mit dem Alter, dem sozialen Status, dem Bildungsstand etc. gesehen werden muss, deshalb reicht es in der praktischen sozialpädagogischen Arbeit mit Sexarbeitern nicht aus, (Sexual-)Aufklärung zu praktizieren, Schutzmöglichkeiten aufzuzeigen sowie Kondome, Gleitmittel und präventive Printmedien zu verteilen, ohne einen persönlichen, vertrauensvollen Kontakt zur Zielgruppe zu haben. Hilfen zur sexuellen Identitätsfindung sowie die Konsolidierung in der manifesten Selbstdefinition neben der Stabilisierung der Lebenssituation und dem Schaffen von Strukturen, damit kein Zwang zur Prostitution gegeben ist, sind Angebote und Perspektiven notwendig, um eine erfolgreiche Präventionsarbeit zu leisten.“²

Die Vermittlung von Wissen durch Sprache, die dem jeweiligen kulturellen Hintergrund der Klienten angepasst ist, spielt in diesem Zusammenhang eine entscheidende Rolle.

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass besonders Präventionsbotschaften so formuliert sein müssen, dass sie von der Wortwahl her auf Akzeptanz in der Zielgruppe treffen. Dieses ist durch eine wortwörtliche Übersetzung eines Wortes vom Deutschen in die betreffende Sprache in der Regel nicht gewährleistet, sondern kann zu Missverständnissen oder einer Ablehnung der Botschaft führen. Zusätzlich bedarf es der Vermittlung eines kulturellen Mediators, der Mitarbeiter*innen und Klienten gleichermaßen aufklärt und sensibilisiert für die spezifischen kulturellen Eigenarten, die einer erfolgreichen Prävention im Wege stehen könnten.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt in der Präventionsarbeit mit Sexarbeitern bleibt nach wie vor, dass Klienten Körperbewusstsein entwickeln und auf den eigenen Körper achten. Dieses beinhaltet sich mit ihm und seinen Signalen

...

² Leitlinien für die sozialpädagogische Arbeit mit Strichern

auseinander zusetzen und bei Bedarf zu reagieren. „Männliche Sexarbeiter sollen lernen, ihre Gesundheit sowie ihren Körper wertzuschätzen:

- Safer Sex/Safer Use wird praktiziert;
- Körpersignale (z.B. negative Auswirkungen des Drogen-/Alkoholkonsums, Schlafmangel, Unterernährung, Krankheitsanzeichen) werden erkannt und deren Ursachen medizinisch/therapeutisch behandelt;
- Bewusster Umgang mit Alkohol/Drogen;
- Hygiene: regelmäßiges Duschen, Zähneputzen, Wäsche wechseln“³

Die Wertschätzung und das Gefühl für den eigenen Körper sind Grundvoraussetzungen für ein eigenverantwortliches Handeln in Bezug auf die eigene Unversehrtheit und die aller weiteren Beteiligten.

Weiterhin maßgeblich ist der Zugang zum System medizinischer Versorgung, der allerdings einige Hemmschwellen aufweist. Eine gewisse Anzahl der Klienten nimmt trotz Anspruchsberechtigung keine staatlichen Hilfeleistungen in Anspruch und ist somit nicht krankenversichert. Für migrierte Sexarbeiter besteht oft keine Möglichkeit einer regelhaften Behandlung, selbst wenn im Heimatland Versicherungsschutz besteht.

Oftmals ist ein Arztbesuch mit Scham besetzt, und es fehlt an der Einsicht und der Geduld für eine längerfristige, regelmäßige Behandlung. Das erschwert insbesondere die Behandlung von chronischen oder langwierigen Erkrankungen. „Der Leidensdruck in Bezug auf verschiedene Krankheitserscheinungen ist oft sehr gering. Erkrankte Sexarbeiter müssen oft mit Motivationsarbeit seitens der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen einer ärztlichen Untersuchung zugeführt werden. Ein Grundproblem der medizinischen Versorgung liegt darin, dass die Sexarbeiter ihrer eigenen Gesundheit gegenüber gleichgültig zu sein scheinen; so lassen sie etwa einer diagnostizierten chronischen Dermatose nicht die kontinuierliche Pflege zukommen, die zur Heilung notwendig ist. Viele Sexarbeiter haben nicht gelernt, für sich und ihre

...

³ Leitlinien für die sozialpädagogische Arbeit mit Strichern

Gesundheit zu sorgen und benötigen daher Unterstützung. Viele Beschwerden sind nicht erfolversprechend behandelbar, weil anfänglicher Eifer bald nachlässt. Sie lehnen Therapieschemata nicht ab, sondern führen sie einfach nicht durch, was oft durch die schwierigen Lebensbedingungen und einen fehlenden Zukunftsbezug begründet ist. Sie wählen den Weg, der ihnen den schnellsten Erfolg zu versprechen scheint, und kommen oft nicht zur Wiedervorstellung.“⁴

Um den Zugang zu einer medizinischen Beratung und Behandlung zu erleichtern, hat das BASIS-Projekt bereits vor Jahren eine niedrigschwellige medizinische Sprechstunde vor Ort in der Anlaufstelle installiert. Diese Sprechstunde, genannt **Doktor Georg**, wird ausschließlich über Spenden finanziert. Ein Arzt bietet einmal in der Woche zwei Stunden Untersuchung, Beratung und Behandlung unabhängig vom Versicherungsstatus der Klienten an. Medikamente müssen selbst finanziert werden oder werden in dringenden Fällen auch über Spenden finanziert.

Hauptsächlich handelt es sich bei den Erkrankungen um Haut- und Geschlechterkrankungen, Erkältungskrankheiten und Erkrankungen der Atemwege. Auffällig ist dabei die Zunahme von diffusen psychosomatischen Krankheitsbildern, wie Bauch-, Kopf- oder Rückenschmerzen und Schlaflosigkeit. Zudem gibt es zunehmend Klienten, die bereits eine diagnostizierte psychische Krankengeschichte aufweisen. **Doktor Georg** wird von den Klienten gut angenommen. In der Regel besuchen bis zu zehn Klienten diese Sprechstunde.

Bei sexuell übertragenen Infektionen erfolgt eine Weitervermittlung an **Casa Blanca**⁵ – einer Fachabteilung des Gesundheitsamtes. Andere Erkrankungen werden soweit möglich medikamentös behandelt. Problematisch wird es, wenn eine stationäre Aufnahme in einem Krankenhaus erfolgen muss. Klienten die keine Krankenversicherung in Deutschland haben, werden zwar als Notfall behandelt, einer weiteren sinnvollen Behandlung steht oft die Angst vor den Kosten im Weg. Eine dauerhafte Behandlung einer HIV-Infektion ist für Klienten ohne deutsche Krankenversicherung vor Ort nicht möglich.

...

⁴ Leitlinien für die sozialpädagogische Arbeit mit Strichern

⁵ Centrum für Aids und sexuell übertragbare Krankheiten in Hamburg-Altona

Auch wenn inzwischen regelmäßige Blutuntersuchungen und eine Grundversorgung mit HIV-Medikamenten in den großen Städten in osteuropäischen Ländern möglich sind, wollen die betroffenen Klienten häufig nicht in ihre Herkunftsländer zurückkehren. Die Scham vor der Familie, die Ausgrenzung und die Lebensumstände vor Ort – die wenigsten wohnen in einer dieser großen Städte – führen dazu, dass in ihrer Heimat für sie eine HIV-Behandlung tatsächlich undenkbar ist und sie dafür das Fortschreiten der Folgen der Infektion in Kauf nehmen.

Die beinahe einzige realistische Möglichkeit, in Deutschland Geld zum Überleben zu verdienen, bleibt die Prostitution. Gleichzeitig werden sexuelle Dienstleistungen von Männern heutzutage mehr denn je nachgefragt. Das bedeutet, das Risiko der Übertragung von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen besteht nach wie vor in hohem Maße. Darin liegen die Hauptgründe, warum auch heute die gesundheitspräventive Arbeit mit Sexarbeitern und ihren Kunden und gleichzeitig die Bereitstellung eines niedrigschwelligen medizinischen und im weiten Sinne gesundheitsfördernden Angebots für männliche Sexarbeiter genauso wichtig sind wie im Jahr 1986.

Stefanie Grabatsch, Gerhard Schlagheck BASIS-Projekt , Hamburg2011

„Kein Aids für Alle bis 2020 S-H“









Einem ambitionierten Ziel verpflichtet. „Kein AIDS für Alle bis 2020“ in Schleswig-Holstein



DANKE

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie, Senioren und Landespolitik S-H.

Finanzielle Unterstützung der Kampagne „Kein Aids für Alle bis 2020 in S-H“.

Fachhochschule Kiel und Landesstelle für Suchtfragen S-H.

Mitveranstalter des Fachtages. „Aidshilfe und Suchthilfe im Dialog“

Deutsche Aidshilfe.

Bundesweite Kampagnenführung. „Kein Aids für Alle bis 2020“

Referent*innen und Workshop-leiter*innen des Fachtages.

Auch für die zeitnahe Zusendung der Dateien.

Allen Mitarbeiter*innen der Aidshilfen in S-H.

Unterstützung und Organisation: Einschreibung und Infostände.

Allen Mitarbeiter*innen der Infostände.

Frauen Sucht Gesundheit Kiel. Contra und Cara*sh. JES und Droge Ost.

Den Pharmafirmen: Hexal, Janssen und MSD.



PHARMACEUTICAL COMPANIES OF
Johnson & Johnson



Allen Teilnehmer*innen des Fachtages.

Auch für die Bereitschaft - Kampagnenfotos „Kein Aids für Alle bis 2020“

Dr. Britta Thege, FHS Kiel. Magrit Stoll, Fachambulanz Kiel. Andreas Dehnke, Odyssee Kiel.

Gespräche. Ideen. Support. Fachtage „Aidshilfe und Suchthilfe S-H im Dialog“.

Das Organisationsteam.

Ute Krackow, Hartmut Evermann und Bernd Facklam

LV Kompetenznetz AIDS S-H



Ende der Veranstaltung

Anmeldung

Hiermit melde ich mich für den Fachtag „Kein Aids für alle bis 2020, Aidshilfe und Suchthilfe im Dialog“ am 14. Nov. 2018 an:

Name: _____
 Institution: _____
 Straße: _____
 PLZ, Ort: _____
 Telefon: _____
 Fax: _____
 E-Mail: _____

Bitte kreuzen Sie Ihren Wunsch-Workshop sowie zwei Alternativen an. Wir behalten uns vor, Sie bei Überbuchung Ihres Wunsch-Workshops in einen ihrer Alternativvorschläge einzuteilen.

Workshop	Wunsch	Alternative 1	Alternative 2
1 „Leben mit HIV“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 „Let's talk about sex (8 drugs)“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 „Partydrogen“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 „Chemsex“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 „Frauen, Sucht, Drogen und HIV“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 „Prostitution, Drogen, HIV“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diese Seite bitte als E-Mail oder Fax rücksenden an: ute.krackow@aidshilfe-kiel.de ODER Fax 0431 5705828

Veranstalter

Landesverband der Aidshilfen
Kompetenznetz Aids
 in S-H e.V.

Kompetenznetz Aids
 in Schleswig-Holstein
 Königsweg 13
 24 103 Kiel
 www.aids-in-schleswig-holstein.de



Landesstelle für Suchtfragen
 Schleswig-Holstein e.V.
 Schönbühlweg 5
 24119 Kronshagen
 sucht@lsh.de
 https://lsh.de

Kontakte

Ute Krackow
 ute.krackow@aidshilfe-kiel.de
 Telefon 0431 57058-12

Hartmut Evermann
 info@labecker-aids-hilfe.de
 Telefon 0451 72551

Bernd Facklam
 berndfacklam@web.de
 Telefon 0431 57058-2240

Britta Thege
 britta.thege@fh-kiel.de
 Telefon 0431 21061783

Veranstaltungsort

Fachhochschule Kiel
 Sokratesplatz 1, Gebäude 18
 24149 Kiel

Mit freundlicher Unterstützung von:



– Die Teilnahme am Fachtag ist kostenlos –

Willkommen zu unserem Fachtag!

ME HIV kann man heute gut und lange leben. ME Aids nicht. Es ist möglich. Mit Hilfe moderner Therapie muss heute niemand mehr an Aids erkranken oder gar daran sterben. Dennoch in Deutschland erkranken jedes Jahr 1.000 Menschen an Aids. Die Gründe sind vielfältig. Safer Sex wirkt seine Wirkung. Die Anzahl der Menschen, die sich mit HIV über Headline Sharing anstecken in den vergangenen Jahren rasant rapide zurückgegangen. Gleichzeitig ist jedoch auch das Risikobewusstsein zurückgegangen. Nicht nur bei den Usern, sondern auch bei den damit die Drogenuser psychosozial oder medizinisch begleiten. Die DRUCK-Studie – die der Referent für Drogen und Suchthilfe im Dialog, Die Sucht für, vorantreiben wird – hat diese Zusammenhänge zutage gefördert. Die dem Landesverband Kompetenznetz Aids in Schleswig-Holstein e.V. zusammengeschlossenen Aidshilfen haben zu einem Dialog ein „Kein Aids für alle bis 2020“ als auch für Menschen, die Drogen nehmen gehen. Dieses ambitionierte Ziel können wir nur gemeinsam erreichen. „Aids“ möchten erreichen, dass in Deutschland niemand mehr an Aids erkrankt. Das ist ein hohes Ziel und dafür müssen viele Menschen zusammenarbeiten, zum Beispiel Ärzte und Ärztinnen, Politiker und Politikerinnen, wir alle gemeinsam müssen wir dafür sorgen, dass Menschen mit HIV nicht mehr diskriminiert werden, denn das trägt dazu bei, dass Menschen nicht zum HIV-Test gehen. (Silke Klumb, 07.08.2018) Gemeinsam müssen wir dafür sorgen, dass das Bewusstsein, sich einem Risiko ausgesetzt zu haben – egal ob beim Headline Sharing oder beim Sex – wieder wächst und nach Erkennen des Risikos verantwortungsvoll gehandelt wird. Aidshilfen und Drogenberatung, Politiker und Politikerinnen, Ärzte und Ärztinnen, gemeinsam können wir verhindern, dass drogengebrauchende Menschen an Aids erkranken!

Unsere Referent*innen:

- Dr. Heiner Garg, Kiel, Minister für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie, Senioren
- Prof. Dr. Udo Brey, Kiel, Fachhochschule Kiel
- Eljain Beck, Frankfurt am Main, Vorstand Deutsche Aids-Hilfe e.V., Sandra Obereggs, Kiel, Referentin für Suchthilfe, LSSH e.V.
- Bernd Facklam, Kiel, Kompetenznetz Aids in Schleswig-Holstein, Vorstand Aids-Hilfe Westküste e.V.
- Alexander Popp, Lübeck, Supervisor, Coach, DDC, Organisationsberater
- Silke Dietze, Kiel, Odyssee e.V.
- Hartmut Evermann, Lübeck, Lübecker Aids-Hilfe e.V.
- Dr. Jean Herremans, Riedling, Leiter suchtpsychiatrische Abteilung PZ Riedling
- PD Dr. Christian Hoffmann, Hamburg, Infektionsmed. Centrum Hamburg (ICM)
- Ute Krackow, Kiel, Aids-Hilfe Kiel e.V.
- Katharine Helden, Dortmund, Aids-Hilfe e.V.
- Althonee Pöhl, Berlin, Deutsche Aids-Hilfe e.V.
- Claudia Rebe, Neumünster, Care+H
- Dirk Schäfer, Berlin, Referent für Drogen und Suchthilfe/IES, Deutsche Aids-Hilfe e.V.
- Kerstin Schlegel, Hamburg, Basic 8 Weg e.V.
- Siegfried Schwabe, Berlin, Mittelelbe, Therapie Arbeits, Projekt Information
- Sabine Weismann, Berlin, Proplus Berlin e.V., HIV-Aidshilfe
- Florian Winkler-Olm, Berlin, HIV-Aidshilfe und Präventionsort

Programm

Moderation:	Alexander Popp
ab 9.30 Uhr	Come together, Einschreibung, Anmeldung
10:00 – 10.30 Uhr	Eröffnung/Grußworte Bernd Facklam, Dr. Heiner Garg, Prof. Dr. Udo Brey, Sandra Obereggs, Eljain Beck
10.30 – 11.15 Uhr	Vortrag „Kein Aids für alle“ Johanne Pissl, Deutsche Aids-Hilfe Warum und wofür brauchen wir diese Kampagne? Was soll sie bewirken und welche Ziele soll sie erreichen? Wie wird sie umgesetzt? Bundesweit und in Schleswig-Holstein?
11.15 – 11.35 Uhr	Vortrag „Stand der Drogen- und Suchthilfe in S-H“ Dr. Jean Herremans Der Markt der Drogen ist ständig in Bewegung. Im Schritt kommt in der EU alle fünf Tage eine neue synthetische Droge auf den Markt. Wie gehen die Sucht- und Drogenhilfe in Schleswig-Holstein damit um? Welche Auswirkungen hat dieses nicht zu stoppende Angebot auf drogengebrauchende Menschen?
11.35 – 11.55 Uhr Kaffeepause
11.55 – 12.15 Uhr	Vortrag „DRUCK-Studie“ Dirk Schäfer Bei STD sind Infektionen mit HIV, HCV und HSV deutlich stärker als in der Allgemeinbevölkerung verbreitet. Die DRUCK-Studie wurde vom ICM in Kooperation mit Einrichtungen der Drogenhilfe von 2011 bis 2015 durchgeführt. Schäfer stellt die wichtigsten Ergebnisse der Studie vor.
12.15 – 12.35 Uhr	Vortrag „Update HIV“ PD Dr. Christian Hoffmann Wie ist der Stand der Dinge in der HIV-Therapie? Welche Rolle spielen Nebenwirkungen? Wie sieht die Zukunft der HIV-Therapie aus?
12.35 – 12.55 Uhr	Vortrag „Update Hepatitis C“ PD Dr. Christian Hoffmann Set einigen Jahren ist die Heilung von Hepatitis C möglich. Wie funktioniert die Therapie? Können wir mit der Therapie das Ende von Hepatitis C erreichen? Welche Bedeutung hat die Therapie für die Patienten?
13:00 – 14.15 Uhr Mittagspause

Workshops

- 14.15 Uhr **Einführung und Einteilung in die Workshops im Plenum**
- 14.30 – 16.00 Uhr **Workshops, inklusive selbstbestimmter Kaffeepause**
- Workshop 1 Leben mit HIV**
Eljain Beck, Sabine Weismann
Anfang der 1980er Jahre trat HIV/AIDS erstmalig in Deutschland auf. Seit dem dramatischen Anfangsjahren hat sich viel getan. Wie lebt es sich heute mit HIV und HSV? Aidshilfe/innen und Expert/innen berichten in eigener Sache.
- Workshop 2 Let's talk about sex (8 drugs)**
Hartmut Evermann
Eine frühe HIV-Diagnose kann schwere Erkrankungen und Aids verhindern, aber wie kann man als Benutzer/In oder Benutzer/In jemandem darauf ansprechen? Wie erfragt man, ob infektionsrelevante Risiken eingegangen wurden und nun ein HIV-Test nötig ist?
- Workshop 3 Partydrogen**
Silke Dietze
Der Konsum von illegalen Substanzen ist für viele Menschen eng mit dem Partyleben verknüpft. Konsumieren Sie neben den Auszügen aus dem Alltag, um Probleme zu vermeiden, Spaß zu haben oder mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen. Häufig begeben sie sich bewusst oder unbewusst in Grenzsituationen, die unterschiedliche soziale und/oder gesundheitliche Folgen mit sich bringen können. In der aufwändigen Arbeit des Partyprojektes wird niedrigschwellig Kontakt zu Konsument*innen aufgebaut sowie zu risikoreichen Konsum und Konsumreflexion beraten. – Eine Mitarbeiterin des Partyprojektes Odyssee und der Drogenhilfe Kiel berichtet aus ihrer Praxis.

- Workshop 4 Chemsex**
Siegfried Schwabe, Florian Winkler-Olm
In der schwulen Community werden Drogen konsumiert, um länger, häufiger und besseren Sex zu haben ... Welche Auswirkungen haben die Substanzen auf den Organismus, auf das Leben und auf das Safer-Sex-Verhalten? Und was kann man tun, damit der Spaß nicht unerschöpflich endet? Experten berichten!
- Workshop 5 Frauen, Sucht, Drogen und HIV**
Katharine Helden
Frauen, HIV und Sucht – Erfahrungsbereiche aus einer niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtung mit Drogenkonsumraum, Präventionsraum über Problemlagen/Störfaktoren und Möglichkeiten der niedrigschwelligen Drogenarbeit mit Frauen mit HIV.
- Workshop 6 Prostitution, Drogen, HIV**
Claudia Rebe, Kerstin Schlegel
Gibt es Besonderheiten bei HIV-infizierten, drogenkonsumierenden Männern und Frauen? Wenn ja, was sind diese? Dürfen sich Menschen mit HIV prostituieren? Wie setzen die Prostituierten Safer Sex gegenüber den Freiern durch? Wer trägt eigentlich die Freier auf?
- 16.15 Uhr **..... Abschluss/Ausklang**
Was hat es Ihnen gebracht?
Welche neuen Erkenntnisse gibt es für Sie?
Was nehmen Sie aus dem Fachtag mit und wie können Sie uns unterstützen, unser gemeinsames Ziel „Kein Aids für alle bis 2020“ zu erreichen?