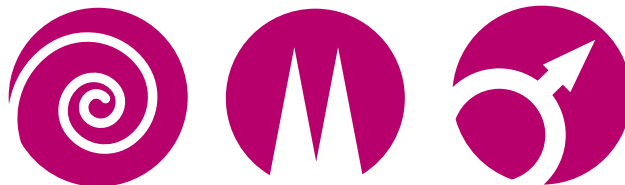




Lust+Rausch

Kölner Fachtag Substanzkonsum und Sexualität 2016

Dokumentation



Dokumentation

Fachtag Lust + Rausch

Substanzkonsum und Sexualität

30. April 2016
KOMED Köln

Eine Veranstaltung in Kooperation von:



Für die Unterstützung danken wir:



Herzlich willkommen!


Lust+Rausch
Kölner Fachtag Substanzkonsum und Sexualität



Designbüro Köln



Kölner Fachtag
Substanzkonsum und Sexualität


Lust+Rausch
Kölner Fachtag Substanzkonsum und Sexualität


Lust+Rausch
Kölner Fachtag Substanzkonsum und Sexualität



Die Veranstaltung begann mit einem zehnminütigen Ausschnitt aus der britischen Dokumentation „Chemsex“ von William Fairman und Max Gogarty aus dem Jahr 2015. Dieser Film, so der Ankündigungstext, *„erzählt die Geschichten von Männern, deren Leben von Abhängigkeit betroffen ist, von bekennenden Slammern, Betreuern in Beratungsstellen, von denen, die abstreiten, dass es ein Problem gibt, bis hin zu denen, die es gerade noch lebend aus dieser Hölle geschafft haben. Beispiellos in seinem Zugang führt „Chemsex“ auf eine mutige und unerschrockene Reise in Teile einer verborgenen Welt modernen, urbanen schwulen Lebens“*.

Im Anschluss begrüßten die Geschäftsführer der drei veranstaltenden Organisationen, Michael Schuhmacher von der Aidshilfe Köln, Dr. Thomas Hambüchen von der Drogenhilfe Köln und Patrik Maas von der Aidshilfe NRW, die über 200 Anwesenden aus Köln und anderen Teilen Deutschlands und eröffneten die Veranstaltung.

Michael Schuhmacher berichtete, es sei zu dieser Veranstaltung gekommen, weil das, was in dem Filmausschnitt gezeigt wurde, seit zwei bis drei Jahren auch in Deutschland Realität in Teilen der schwulen Szene sei. Man kenne keine genauen Zahlen, man wisse nicht, wie viele oder wie wenig Menschen Chemsex praktizieren. Man habe jedoch realisiert, dass Chemsex ein Thema sei und es sowohl Informationsbedarf als auch Beratungsbedarf gebe. Diese Veranstaltung sei der Versuch, mit unterschiedlichen Beteiligten – von Konsumenten über Berater*innen bis hin zu Ärzt*innen – Erfahrungen auszutauschen und zu diskutieren.

Dr. Thomas Hambüchen erklärte, die Drogenhilfe Köln sei Spezialist für Suchtgefährdete und Suchtkranke, deren Familienangehörige und andere Ratsuchende. Schwule Männer seien ebenso Zielgruppe und Klientel der Drogenhilfe wie der Aidshilfe. Daher seien die Hilfesysteme gut vernetzt. Bei Fragen und Problemen verweise man an Einrichtungen, die an dieser Stelle eine bessere Betreuung leisten könnten. Da sei die Aidshilfe ein guter Ansprech- und Kooperationspartner. Dies mache auch das Ziel des Fachtags deutlich, dass eine engere Zusammenarbeit zwischen den beiden Hilfesystemen erforderlich sei als die bislang gepflegte.

Patrik Maas führte aus, dass die Aidshilfe NRW seit mehr als drei Jahren an dem Thema Substanzkonsum bei MSM arbeite. Eine von der Aidshilfe durchgeführte Umfrage habe ergeben, dass der Konsum von Substanzen im Kontext sexueller Settings weiter verbreitet sei, als man erwartet habe. Somit müsse man zu diesem Thema etwas tun. Am Anfang sei es nicht einfach gewesen, Menschen davon zu überzeugen, dass dieses Thema wirklich von Relevanz sei. Er zeigte sich beeindruckt von der großen Zahl der Teilnehmenden, die aus ganz Deutschland und aus den verschiedensten Bereichen angereist waren. Für ihn der deutliche Beweis dafür, wie wichtig das Thema sei.

Er verbinde mit dem Fachtag zwei Hauptziele: Zum einen müssten die Hilfesysteme dafür sensibilisiert werden, dass Menschen kämen, die mit einer Kombination von Hardcore-Sexualität und Substanzkonsum Hilfe benötigten, und dass es erforderlich sei, für diese entsprechende Angebote zu schaffen. Zum anderen wolle die Aidshilfe schwulen Männern die Kompetenzen vermitteln, dass, wenn schon Substanzen beim Sex konsumiert würden, dies unter den Aspekten von Harm Reduction erfolgen könne. Es sei erforderlich, in diesem Kontext Angebote zu entwickeln, die der Lebenssituation und dem Lebensstil der Zielgruppe Substanz konsumierender MSM entsprächen, damit diese dann auch genutzt würden.







Vom Lustrasch ins Rauschrisiko

Drogenkonsum und Gesundheitsverhalten bei MSM

ein Vortrag von Prof. Dr. Daniel Deimel, Katholische Hochschule NRW

Den ersten Vortrag hielt Prof. Dr. Daniel Deimel, Diplom-Sozialarbeiter und Suchttherapeut, Professor für Klinische Sozialarbeit an der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Aachen. Er forscht am Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung; Schwerpunkte seiner Arbeit sind klinische Sozialarbeit, Suchtforschung, Sozialpsychiatrie sowie HIV- und Aidsforschung.

Substanz konsumierende MSM stellen die Akteur*innen in der Aids- und Suchtkrankenhilfe vor besondere Aufgaben. Wie können sie durch niedrigschwellige Präventions- und Beratungsangebote erreicht werden? Wie muss eine spezifische Suchtbehandlung konzeptioniert werden, um den Bedarfen dieser spezifischen Zielgruppe gerecht zu werden?

In einem ersten Schritt soll es darum gehen, die Konsummotive, Konsumkontexte und Lebenswelten von MSM besser zu verstehen. Die Basis bietet hierfür der Ansatz der Syndemie-Prädiktion. Auf der Basis dieses Konzeptes haben Forscher*innen der Katholischen Hochschule NRW und der Fachhochschule Frankfurt Drogen konsumierende MSM in Köln, Berlin und Frankfurt/Main interviewt. Die Ergebnisse dieser Studie erlauben einen ersten Einblick in die Dynamiken des Drogenkonsums bei MSM in Deutschland.

Prof. Deimel nahm zu Beginn eine Abgrenzung zwischen den Begriffen Chemsex und Partydrogen beziehungsweise Clubdrugs vor. Er verwendete die von Adam Bourne aus London entwickelte Definition, wonach Chemsex als Sex zwischen Männern unter dem Einfluss von Substanzen bezeichnet wird, die unmittelbar vor oder während der Sex-Session konsumiert werden. Er betonte, dass es nicht um Drogen in Partykontexten gehe, sondern um Drogenkonsum unmittelbar vor oder während des Sex. Im Wesentlichen gehe es dabei um die folgenden Substanzen:

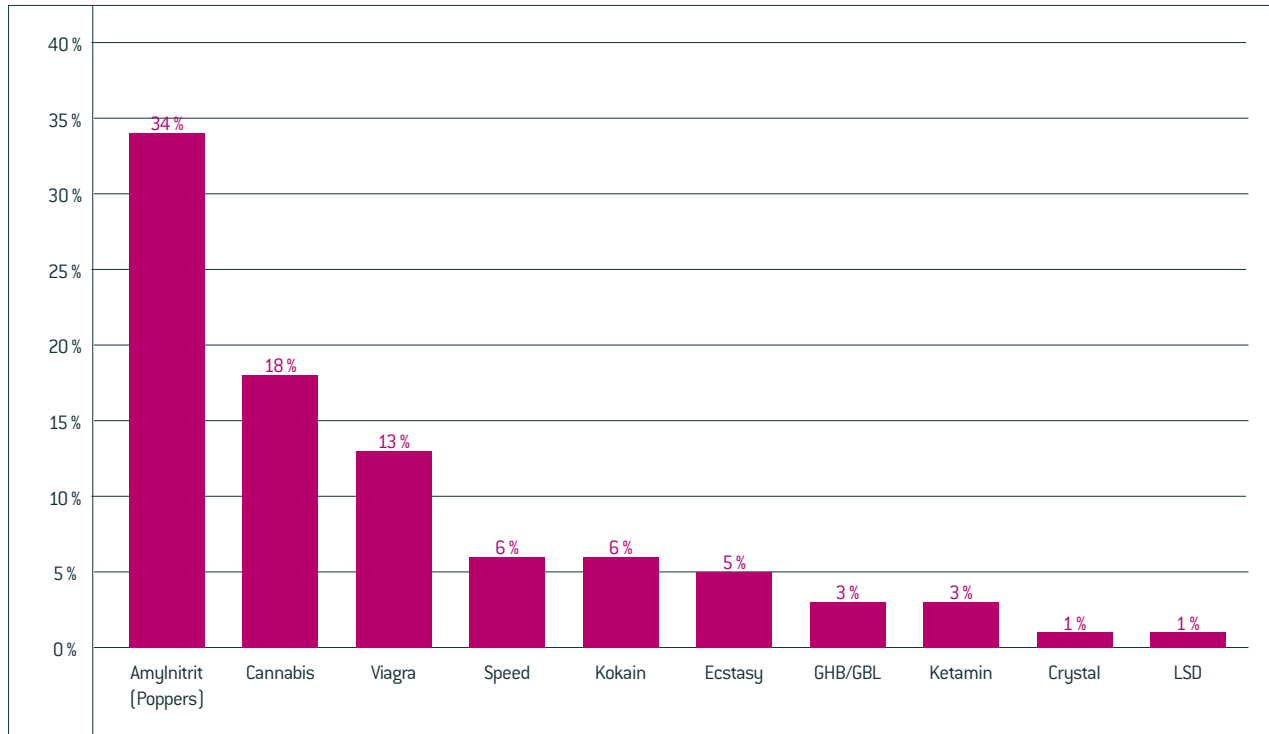
Chemsex & Clubdrugs: Substanzen

Chems	Clubdrugs
Amphetamine (Speed, Pep)	Alkohol
Crystal Meth	Cannabis
GHB / GBL	Amphetamine (Speed, Pep)
Viagra	Kokain
Amylnitrit	Ecstasy
Mephedron	GHB / GBL
Ketamin	

Er wies aber darauf hin, dass dies nur eine grobe Einteilung sei, Überschneidungen seien gängig.

Zur Prävalenz zitierte er die EMIS-Studie („The European MSM Internet Survey“), eine große europäische Untersuchung zur Lebenssituation und Gesundheit von Männern, die Sex mit Männern haben. Die deutsche Teilstichprobe umfasste 54.387 Männer. Prof. Deimel zeigte die folgende Grafik zur Zwölf-Monats-Prävalenz.

Epidemiologie



Ersichtlich wird, dass über ein Drittel der Teilnehmer angab, in den letzten zwölf Monaten Poppers konsumiert zu haben. Prof. Deimel bezeichnete den Cannabis- und Viagra-Konsum als sehr hoch. Im Verhältnis zum bundesrepublikanischen Durchschnitt sei ein recht hoher Einsatz von weiteren Clubdrugs oder Chemsex-Drogen feststellbar. Er interpretierte, dass es in dieser Gruppe offensichtlich eine gewisse Affinität zu Drogen und eine höhere Verbreitung gebe – etwas, was andere Studien aus dem internationalen Kontext ebenfalls gezeigt hätten.

Schmidt und Marcus hätten in einer Sekundäranalyse Details herausgearbeitet: 1 Prozent der befragten MSM habe in den vier Wochen vor der Befragung Chemsex-Drogen konsumiert. Die höchste Prävalenz sei im urbanen Raum zu finden gewesen: Zürich: 7,0 Prozent, Berlin: 5,3 Prozent, Köln/Bonn: 3,8 Prozent, Wien: 3,6 Prozent. Prof. Deimel wertete die Zahlen als eine „sehr hohe Verbreitung dieses Phänomens [in diesen Szenen]“.

Prof. Deimel führte weiter aus, dass man im Zuge der inhaltlichen Auseinandersetzung mit diesem Thema nach einem theoretischen Ausgangspunkt gesucht habe, um ein solches Phänomen zu fassen, und dass er mit der Theorie der Syndemie-Produktion weitergearbeitet habe, einem Ansatz, der im Suchthilfekontext in Deutschland noch nicht sehr verbreitet sei. Dieser sei 2008/2009 von Merrill Singer, einem amerikanischen medizinischen Anthropologen, begründet worden und besage, dass *„eine Konzentration und schädliche Interaktion von zwei oder mehr Krankheiten oder anderen Gesundheitsfaktoren in einer Bevölkerung vor allem Folge der sozialen Ungleichheit und der ungerechten Machtausübung [ist]“*.

Singer habe in eigenen Untersuchungen eine Syndemie-Produktion bei MSM feststellen können: eine Interaktion von Substanzkonsum, Gewalterfahrung in der Biografie und hoher Verbreitung von HIV/Aids. Da dieser Ansatz mittlerweile international anerkannt und empirisch gut belegt sei, habe man sich, so Prof. Deimel, in den eigenen Untersuchungen darauf bezogen und diese Bereiche besonders beachtet.

Die eigene Untersuchung war laut Prof. Deimel eine sehr kleine Interviewstudie mit 14 Menschen. Im Folgenden findet sich ein Überblick über die demografischen Parameter.

Clubdrug-Studie: Stichprobe



Die Teilnehmer waren also eher älter und hatten eine lange Erfahrung mit Drogenkonsum und Mischkonsum. Nachstehende Motive für den Drogenkonsum wurden angegeben:

Drogenkonsum: Konsummotive

Sexualität	Feiern	Problem-bewältigung	Sonstige
intensiveres sexuelles Erleben	Enthemmung	erektile Dysfunktion	Entspannung
sexuelle Leistungssteigerung	Entgrenzung	Schmerzbehandlung	eigene Identität ausleben
sexuelle Facetten ausleben	Spaß haben	gesteigertes Selbstwertgefühl	soziale Anerkennung
erektile Dysfunktion		Abbau sozialer Ängste	Gelderwerb

Drogenkonsum habe also eine sehr starke soziale Komponente. Es gehe darum, so Prof. Deimel, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, zu feiern und dann eben auch im Anschluss daran Sexpartner zu finden und Sex zu haben. Alkohol und Cannabis würden eher alleine zu Hause konsumiert und hätten nicht so eine immense soziale Komponente. Der Drogenkonsum beim Sex sei durch die Erwartung an die Substanzen akzentuiert. Es gehe um den Abbau von Hemmungen, darum, Dinge auszuleben, die man sich nüchtern nicht traut, um die Intensivierung des sexuellen Erlebens und eine sexuelle Leistungssteigerung.

Neun der Teilnehmer hätten von intravenösem Drogenkonsum berichtet. Sie hätten eine deutliche Verbindung zwischen Alkohol- und Drogenkonsum und sexuellen Handlungen hergestellt.

Deutlich wurde in der Studie laut Prof. Deimel, dass der Drogenkonsum mit sexuellen Risikosituationen einhergeht. Der Kontrollverlust führe dazu, dass Safer-Sex- und Safer-Use-Strategien nicht mehr eingesetzt würden. Teilnehmer hätten beschrieben, vorher gewusst (beziehungsweise angenommen) zu haben, unter Drogen Dinge zu tun, die sie nüchtern ausgeschlossen hätten, beziehungsweise wären sie davon ausgegangen, dass Sex unter Drogen unsafe stattfinden würde.

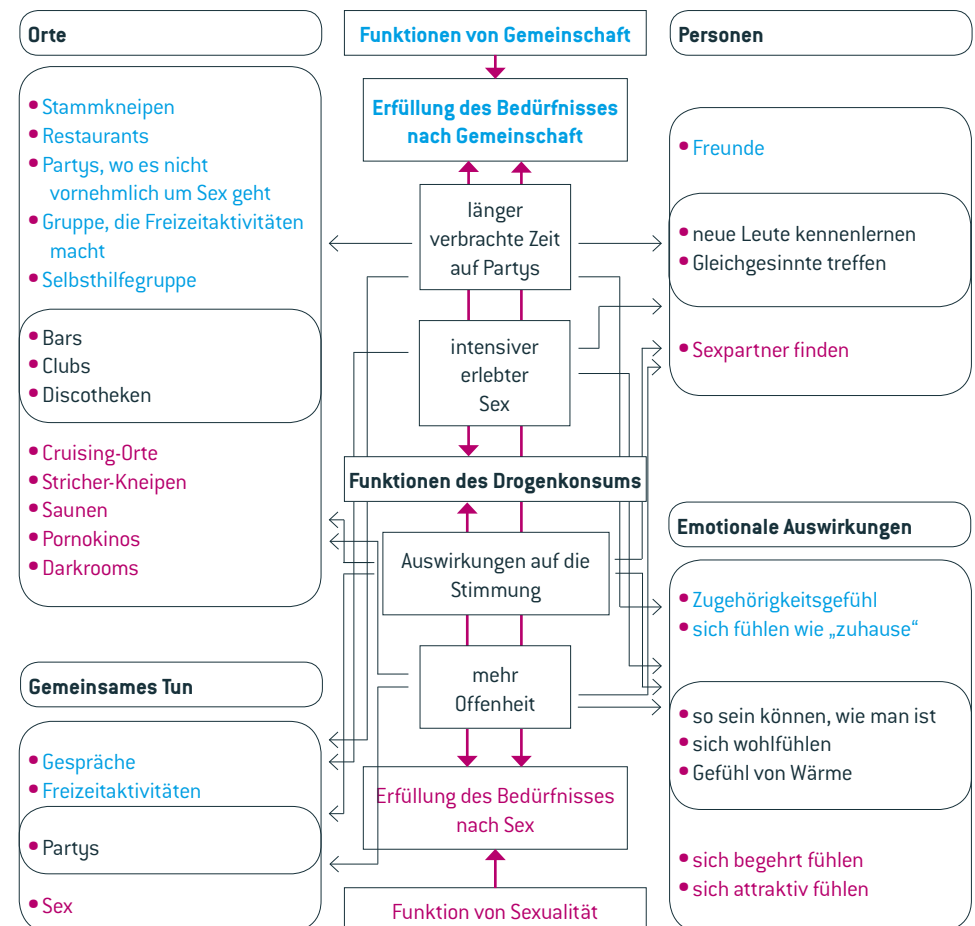
Die zweite Verbindung im Rahmen der Syndemie-Produktion – Gewalterfahrungen in der Biografie – sei bei fast allen Teilnehmern zu finden gewesen. Sechs Männer hätten berichtet, Opfer von Gewalt gewesen zu sein: Missbrauch in der Kindheit und Jugend, Gewalt durch Väter im Kontext des Coming-out, Gewalterfahrung im Kontext von Drogenkonsum und Sexualität. Zwei dieser Männer hätten sich in der Jugend und im frühen Erwachsenenalter prostituiert. Neun Männer hätten von Diskriminierungserfahrungen aufgrund ihrer HIV-Infektion oder sexuellen Orientierung berichtet. Darüber hinaus sei über Gewalterfahrungen im Rahmen von Sex-Sessions und Drogenkonsum berichtet worden.

Die Teilnehmer hätten über individuelle Risikominimierungsstrategien berichtet:

- kein Spritzen- oder Nadeltausch
- kein direkter Blutkontakt beim Sex
- keine Sexualpraktiken mit Exkrementen
- Sexualpraktiken nur an sicheren Orten sowie engerer Kontakt zum Sexualpartner
- Sex nur mit bekannten Personen und in einem persönlichen Umfeld
- kein Analverkehr im Club
- keine risikoreichen Sexualpraktiken (Analverkehr, Fisten)
- Sex nur mit HIV-positiven Männern (Angabe eines HIV-positiven Mannes)
- Kondomverwendung
- regelmäßige HIV- und HCV-Tests
- Crystal-Meth-Konsum beim Sex begrenzen; nur zwei Sessions im Jahr

Für die Teilnehmer seien die Communitys sehr heterogen. Es gebe eine starke Fokussierung auf Sexualisierung und Körperlichkeit, eine hohe Bedeutung von Onlineportalen und Dating-Apps und, so die Sicht der Teilnehmer, die Bedeutung von Drogen beim Sex sei gestiegen.

Die Komplexität des Themas lasse sich, so Prof. Deimel, gut der letzten Folie entnehmen:





Das sei, so Prof. Deimel, im Grunde auch die Kernbotschaft. Es gebe keine einfache Erklärung und keine einfache Lösung für dieses Problem. Drogenkonsum sei nach den Ergebnissen seiner Studie ein Bindeglied, ein Moderator, um in soziale Kontakte zu treten, leichter Sexualpartner zu finden, bestimmte Formen von Sexualität eher ausleben zu können. Dies sei wiederum in bestimmten Settings verortet und habe emotionale Konsequenzen: Unter seinesgleichen zu sein, sich zu Hause zu fühlen, so sein zu können, wie man ist und was Identitätsstiftung über das gemeinsame Tun und Handeln ermöglicht ...

Aus dem Publikum wurde darauf hingewiesen, dass am Ende des Vortrags der Begriff „Problem“ verwendet worden sei, ohne diesen genauer zu definieren.

Prof. Deimel definierte „Problem“ wie folgt: Es gebe Menschen, die Drogen konsumierten und in diesen Kontexten gesundheitliche Risiken eingingen. Diese Risiken zeigten sich einerseits in den Gewalterfahrungen und andererseits in Bezug auf sexuell übertragbare Krankheiten, weil die Kondomnutzung reduziert würde und Safer-Use-Strategien nicht konsequent umgesetzt würden.

Aus seiner Sicht sei ein weiteres Problem, dass alle diese Männer sich nicht als drogenabhängig definiert hätten. Daher nähmen sie die Drogenhilfe nicht in Anspruch und wenn doch, dann fühlten sie sich dort nicht verstanden. An dieser Stelle sei es ein Versorgungsproblem – die Lebenssituation dieser Männer liege quer zu unserem sehr segmentierten Hilfesystem und das wäre ein strukturelles Problem.



Clubdrugs, Chemsex, Communication

neue Herausforderungen an die Präventionsarbeit der Aidshilfen

ein Vortrag von Dr. Dirk Sander, Deutsche AIDS-Hilfe



Das zweite Impulsreferat wurde von Dr. Dirk Sander gehalten. Er ist Sozialwissenschaftler, seit Mitte der 1990er-Jahre mit HIV- und STI-Prävention bei MSM befasst und seit zehn Jahren fachlicher Leiter dieses Bereichs bei der Deutschen AIDS-Hilfe in Berlin.

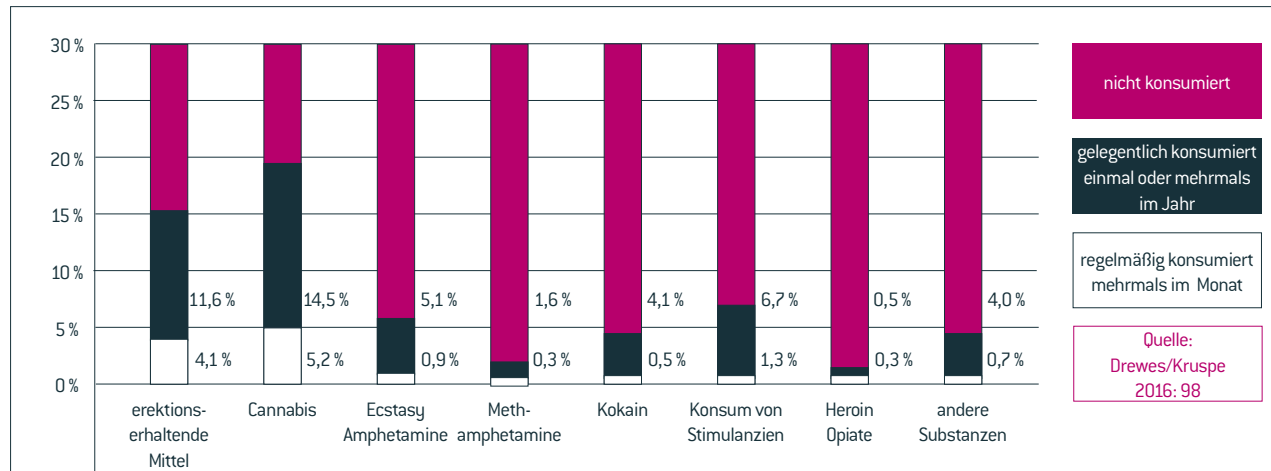
Der Vortrag ging unter anderem der Frage nach, welche komplexen Hintergründe dem Drogenkonsum schwuler und anderer MSM heute zugrunde liegen. Zum einen kann Drogenkonsum als funktional beschrieben werden; er erlaubt im besten Fall ein Mehr an Nähe, Intimität und Lustempfinden. Zugleich ist die Lust und die sexuelle Praxis auch mit gewissen Hemmschwellen verbunden, zumal bei schwulen Männern, deren Sexualität von der Gesellschaft immer noch massiv abgewertet beziehungsweise stigmatisiert wird. Für die Prävention und Gesundheitsförderung stellen sich große Herausforderungen, da ein gelingender Drogenkonsum nicht nur von individuellen, sondern auch von gemeinschaftsbezogenen und gesellschaftlichen Faktoren abhängig ist.

Dr. Dirk Sander begann mit der Bemerkung, dass es in der Prävention sehr oberflächlich sei, nur auf das Verhalten zu schauen. Wenn man weiterkommen wolle, müsse man sich ebenfalls mit den Verhältnissen und den Kontexten dieses Verhaltens beschäftigen.

Aus seiner Sicht war Drogenkonsum beim Sex immer schon Thema, also keineswegs ein neues Phänomen. Erst durch die neuen [synthetischen] Drogen sei dies aufgefallen, weil hier deutlich geworden sei, welche erheblichen Probleme in diesem Kontext entstehen. Obwohl es immer schon Thema war, sei es in der Prävention nie behandelt worden.

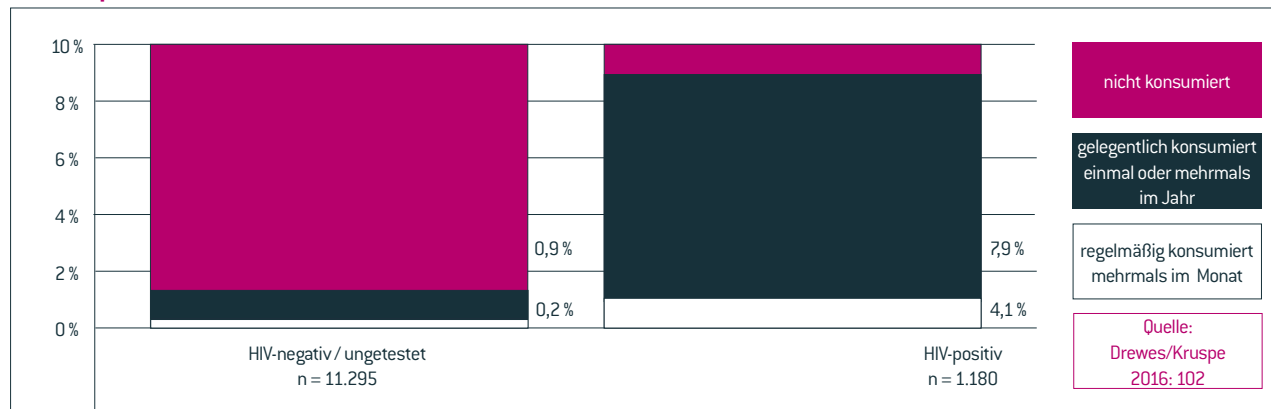
Dr. Sander zeigte Daten aus der kürzlich veröffentlichten Studie von Drewes und Kruspe, die 12.575 MSM nach ihrem Drogenkonsum befragt haben. Man könne gut sehen, dass der Konsum von Methamphetamin sehr gering sei und es laut dieser Studie im Vergleich zur letzten Erhebung (2010/2013) kaum Veränderungen in der Prävalenz gebe. Neuere Erhebungen seien vonnöten, um einschätzen zu können, ob sich etwas verändert habe. Nach den Ergebnissen der Studie seien es (prozentual) vor allem HIV-Positive, die Methamphetamin konsumieren würden.

MSM: Konsumhäufigkeit einzelner Substanzen / Substanzgruppen (n = 12,575)



»»»» kaum Veränderungen bei Methamphetaminen seit der letzten Erhebung (2010/2013)

Methamphetaminkonsum nach Serostatus



»»»» überwiegend wird „gelegentlicher Konsum“ berichtet

»»»» Prävalenz abs. Zahlen „regelmäßiger Konsum“: 12 HIV-positiv vs. 23 HIV-negativ

Absolut stünden zwölf HIV-Positive 23 HIV-Negativen gegenüber, die aber, so Dr. Sander, aufgrund ihres Status als HIV-Negative viel schlechter in das medizinische Versorgungssystem eingebunden seien.

89 der 12.575 Teilnehmer hätten angegeben, zu schlamm beziehungsweise geslammmt zu haben. 83 Prozent davon wiederum hätten angegeben, dass sie bei der Injektion von Methamphetamin oder Mephedron nie ihr Spritzbesteck mit anderen geteilt haben. 17 Prozent hätten ihr Spritzbesteck häufig oder gelegentlich mit anderen geteilt. Bei der Frage nach nasalem Konsum hätten 40 bzw. 18 Prozent angegeben, nie beziehungsweise häufig Röhrchen zu teilen.

Dr. Sander schlussfolgerte, dass grundsätzliche Safer-Use-Botschaften offensichtlich schon bekannt seien, aber verstärkt kommuniziert werden müssten.

Im Anschluss daran stellte Dr. Sander kurz das Pilotprojekt QUADROS (Qualitätsentwicklung in der Beratung und Prävention im Kontext von Drogen und Sexualität bei schwulen Männern) vor, in dem über ein Jahr eine Literaturrecherche durchgeführt worden sei, zwölf Personen ein Training durchlaufen hätten, ein Angebotsmapping sowie ein Nachfragemapping durchgeführt und schlussendlich „Good Practice“ erarbeitet worden sei.

Entsprechend den Prävalenzen des Methamphetamin-Konsums seien sieben Modellregionen ausgewählt worden. In diesen Modellregionen seien die Angebote erhoben

worden, die im weitesten Sinne mit der Thematik Drogenkonsum bei MSM zu tun hätten, und in interaktive Karten eingearbeitet worden. Nur in Berlin und Köln gebe es entsprechende Angebote. Positiv sei allerdings, dass in allen Regionen das Problem erkannt sei und es eine hohe Bereitschaft zur Kooperation gebe.

Modellregionen anhand der Prävalenzen des Methamphetaminkonsums nach Bundesländern

Bundesland	
Berlin (n = 1.459)	4,1
Sachsen (n = 628)	3,3
Hamburg (n = 503)	2,4
Bayern (n = 1.738)	2,2
Thüringen (n = 264)	2,2
Sachsen-Anhalt (n = 269)	1,8
Bremen (n = 137)	1,5
Hessen (n = 99)	1,5
Baden-Württemberg (n = 1.326)	1,4
Nordrhein-Westfalen (n = 2.736)	1,4
Mecklenburg-Vorpommern (n = 233)	1,3
Brandenburg (n = 268)	1,1

Fazit Angebotsmapping: gravierende Versorgungslücken, aber hohe Kooperationsbereitschaft!

	Berlin	Frankfurt	Hamburg	Köln	Leipzig	München	Nürnberg
spezifische Angebote für Drogen gebrauchende MSM	✓	x	x	✓	x	x	x
Kooperationsinteresse seitens relevanter Akteur*innen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Aufgrund nicht vorhandener Daten sei eine explorative Erhebung bei Konsumenten und Ärzt*innen durchgeführt worden, um Bedarfe, die spezifischen Lebenswelten, Konsumkontexte und Problemlagen Drogen konsumierender MSM zu erheben. Auf dieser Grundlage sollten Strategien für spezifische Angebote entwickelt werden.

Die Ergebnisse seien mit den Ergebnissen der Studie von Prof. Deimel vergleichbar. Es würden alle Arten von Substanzen konsumiert: Alkohol, Cannabis, Poppers, Kokain, GHB/GBL, Ketamin und Crystal Meth. Teilweise würden die Substanzen gemeinsam und/oder nacheinander konsumiert. Der Konsum erfolge oral, nasal, intravenös, intramuskulär, inhalativ oder rektal. Die regelmäßig Konsumierenden tendierten öfter als die selten Konsumierenden dazu, von einer Abhängigkeit zu sprechen. Die Abhängigkeit würde jedoch meist auf die Kombination von Substanzkonsum und Sexualität bezogen.

Dr. Sander ergänzte, die Daten zeigten ganz offensichtlich, dass es einen kontrollierten Drogenkonsum gebe – einen bewussten Einsatz mit einer hohen pharmakologischen Kompetenz. Offensichtlich aber nur bei denjenigen, die die Drogen selten einsetzten. Bei steigendem Konsum ließen sich zunehmend körperliche, psychische und auch soziale Probleme erkennen. In der Regel handele es sich hier um den Konsum von Crystal Meth. Diese Droge führe sehr schnell zu einer Überforderung. Sie sei über kurz oder lang schlecht oder gar nicht zu kontrollieren. Die folgenden Ergebnisse zur Konsummotivation deckten sich mit denen von Prof. Deimel.

Ergebnisse Konsummotivationen: physische Ebene

- intensivere Gefühle beim Sex: Steigerung von Lust in Verbindung mit Rausch
- sexuelle Leistungssteigerung: größere Ausdauer, unterdrücktes Müdigkeitsgefühl
- Aushalten von Sexualpraktiken: körperliche Probleme beim Entspannen der Schließmuskeln
- Konsum hilft bei der Vermeidung von Nahrungsaufnahme (Abnehmen)

Ergebnisse Konsummotivationen: psychische Ebene

- Spaß haben, Genuss, Neugier, Entspannung
- Gefühl von Verbindung, Hemmungen abbauen
- Schamgefühle ausschalten, Zulassen von Gewaltfantasien
- höhere Kommunikationsfähigkeit, einfachere Kontaktabbau
- sich nicht mehr einsam fühlen
- Ausblenden schwieriger Lebenslagen (z.B. HIV-Infektion; Angst vor Ablehnung)

Konsummuster und Wohlbefinden

- Diejenigen, die angeben, mit ihrem Drogenkonsum kein Problem zu haben und die Substanzen kontrolliert einzusetzen, berichten von einem gesteigerten Wohlbefinden in Bezug auf die körperliche und physische Ebene.
- Mit einem steigenden Drogenkonsum, der meist in sexuellen Settings stattfindet, wurde eine Vielzahl körperlicher, psychischer und auch sozialer Probleme gesprochen. In den meisten Fällen handelt es sich um Crystal Meth als Substanz, deren Konsum Einbußen des Wohlbefindens mit sich bringt.

Laut Dr. Sander scheint internalisierte Homonegativität international bei allen Erhebungen, die wir haben, eine Rolle zu spielen. Das sei etwas sehr Spezifisches. Bei schwulen und bisexuellen Männern habe Drogenkonsum häufig etwas mit Scham beziehungsweise Schamreduktion zu tun: Scham über die eigene Sexualität, die gesellschaftlich abgelehnt oder diskreditiert werde.

„Einige Interviewpartner bringen ihren Substanzkonsum vor allem mit den Motivationen Schamreduktion und Selbstwertsteigerung in Verbindung. Hemmungen in der Kontaktaufnahme mit potenziellen Sexualpartnern aufgrund von geringem Selbstwertgefühl, Problemen mit dem eigenen Körper (body shaming) und dem Ausleben des sexuellen Begehrens beschreiben sie als Konsequenz einer als ‚nicht natürlich‘ empfundenen, diskreditierten Sexualität. Der Substanzkonsum bewirkt, dass körperliche Nähe zugelassen und die eigene Sexualität ausgelebt werden können.“

Aus Dr. Sanders Sicht sind das relevante Probleme, die in der Prävention dringend aufgegriffen werden müssten. Er zitierte einen der Urheber des Konzeptes der strukturellen Prävention der Deutschen AIDS-Hilfe,

Dr. Hans-Peter Hauschild, zu Verhalten und Verhältnissen: „*Dem Selbst zu helfen, bedeutet zunächst, die Strukturen seines Elends zu verstehen.*“

„*Lusterfüllung ist immer wichtiger als Überleben. Daher sind Vernunftappelle nur begrenzt wirksam und risikoreiches Verhalten (Drogenkonsum, Sex, Extremsport etc.) ist im Prinzip logisch.*“ (Nagel 2016) „*Wir müssen in der Lage sein, zu verstehen. Aber wir müssen nicht alles bagatellisieren.*“ (Bürger/Nagel 2002)

Dr. Sander erwähnte, dass, bezogen auf das letzte Zitat von Nagel, einer der QUADROS-Teilnehmer während einer Schulung gefragt habe, warum man nicht einfach mit einer Botschaft nach außen ginge: „*Lass die Finger von Chrystal Meth!*“ Dr. Sander war sich nicht sicher, ob eine solche Botschaft etwas bringen würde, aber er vertrat die Ansicht, dass die Aidshilfen auch eine solche Botschaft senden könnten.

Des Weiteren führte er noch Themen für Diskurse auf, die aus seiner Sicht geführt werden müssen. Seiner Meinung nach seien die Aidshilfen (auch) zuständig, diese Diskurse zu ermöglichen.

Empfehlungen

- Akzeptanzorientierte Haltung
- Information über Wirkungen und Wechselwirkungen, Harm-Reduction-Hinweise und Safer Use-Botschaften
- Bereitstellung von Utensilien („Slampacks“)
- Ausbau niedrigschwelliger Beratungs- und Selbsthilfeangebote, auch im Internet
- Prä-Expositionsprophylaxe
- Drugchecking

[Szene-] Diskurse

- Gibt es noch Möglichkeiten zur mann-männlichen Geselligkeit jenseits sexualisierter kommerzieller Angebote?
- Gibt es ein Skript für Beziehungen zwischen Männern?
- Gewaltprävention: Bedeutung von Konsens in der sexuellen Interaktion (im Kontext des Drogengebrauchs)
- Zusammenhang von Scham, Sexualität und Drogenkonsum: Homonegativität

Dr. Sander schloss seinen Vortrag mit zwei Zitaten. Das erste Zitat stammte von Katie Evans, einer Beraterin in London, die viele Drogen konsumierende MSM berät.

„*Wir können uns im Internet relativ schnell mit jemandem für Sex verabreden. Wir haben Sex, doch diese Männer bleiben Fremde für uns. Für jemanden, der in einer Kultur des Internet-Matchings, der Drogen und des anonymen Sex sozialisiert wird, kann das der einzige bekannte Weg bei der Suche nach Intimität sein. [E] – In der Beratung geht es darum, den Leuten zu zeigen, dass es möglich ist, eine Beziehung herzustellen, die nichts mit sexueller Attraktivität und körperlicher Anziehung zu tun hat. Es geht um die Verbindung zwischen zwei Menschen.*“ (Katie Evans)

Das zweite Zitat stammte von Ron Stall, einem der Mitbegründer des Theoriemodells der Syndemie-Produktion:

„*Wenn es im Lebenslauf nicht gelingt, homophoben Umwelten etwas entgegenzusetzen und eigene soziale Netzwerke zu entwickeln, wenn gemachte Erfahrungen von Gewalt, Beleidigungen und Missbrauch wiederholt werden, wenn eine emotionale Bindung zu anderen schwulen Männern nur über Sex oder Drogen aufgenommen werden kann, wenn kein Zugang zu sozialen Einrichtungen für schwule Männer gefunden wird, dann ist eine Anfälligkeit für unterschiedliche psycho-soziale Gesundheitsprobleme in dieser Teilpopulation gegeben.*“



(K)ein Platz für die eigene Sexualität?!
**Einblicke in die derzeitige Situation Substanz konsumierender Schwuler
und anderer MSM in der stationären Therapie**

ein Vortrag von Anne Iking und Yasmin Borowski, salus Klinik Hürth



Das dritte Impulsreferat wurde von zwei Mitarbeiterinnen der salus Klinik in Hürth gehalten: Anne Iking, Diplom-Pädagogin, Gestalttherapeutin, Suchttherapeutin, seit drei Jahren in der stationären Sucht- und Psychotherapie in der salus klinik Hürth tätig, und Yasmin Borowski, Diplom-Psychologin, psychologische Psychotherapeutin, seit 2009 als Bezugstherapeutin in der salus klinik Hürth sowie seit 2014 ambulant in psychotherapeutischer Praxis.

Benötigen MSM mit Substanzgebrauch spezielle sucht-, psycho- und sexualtherapeutische Angebote in der Entwöhnungsbehandlung? Die Funktionalisierung von psychoaktiven Substanzen ist nicht wirklich neu. Alkohol und THC zur Betäubung oder Amphetamine (inklusive MDMA, Metamphetamin) und Kokain zur Stimulierung in der Sexualität wurden in der Suchtbehandlung lange tabuisiert. Mit der steigenden Nachfrage nach Behandlungsmöglichkeiten von MSM mit Substanzgebrauch wurde die Frage nach geeigneten Behandlungsansätzen ein Arbeitsschwerpunkt in der salus klinik Hürth.

Für die therapeutische Arbeit erscheinen nachfolgende Punkte sinnvoll: spezifische Bausteine wie Indikativgruppen oder Schwerpunktbezugsgruppen in der Entwöhnungsbehandlung; eine individuelle statt einer standardisierten Behandlungsplanung aufgrund der offenkundig hohen Variabilität innerhalb der Patientengruppe der MSM.

Zu Beginn stellten Yasmin Borowski und Anne Iking die Suchtabteilung und das spezifische Behandlungskonzept der stationären Entwöhnungsbehandlung für Substanz konsumierende MSM der salus klinik Hürth vor. Im Anschluss daran wurden die Funktionalisierung von Substanzgebrauch in der Sexualität, Einflussfaktoren auf Substanzgebrauch in der Sexualität sowie erste Erkenntnisse aus dem letzten Jahr diskutiert.

Die salus klinik Hürth ist eine neu erbaute, moderne Klinik in der Nähe von Köln. Sie hat 174 Behandlungsplätze sowie acht Behandlungsplätze in der Adaption. Sie arbeitet mit einem multiprofessionellen Behandlungsteam (Bezugstherapeut*innen, Fachtherapeut*innen, Fachärzt*innen, Sozialdienst, Kranken- und Gesundheitspflegekräfte).

Voraussetzungen zur Aufnahme sind laut Aussage der Referentinnen Rehabilitationsfähigkeit, eine körperlich und psychisch abgeschlossene Entzugsbehandlung oder eine mindestens dreiwöchige Suchtmittelabstinenz. Für einzelne Zielgruppen gebe es spezifische Behandlungskonzepte.

Indikationen sind laut Anne Iking und Yasmin Borowski: Alkoholabhängigkeit, Drogenabhängigkeit (exkl. Heroin i.v.), polyvalente Abhängigkeit (vor allem Cannabis, Amphetamine, Kokain, Ketamin, GBL, Research Chemicals und Methamphetamine), Medikamentenabhängigkeit (vor allem Benzodiazepine und Opioide), pathologische Glücksspielsucht, pathologischer PC-Gebrauch und gesteigertes sexuelles Verlangen.

Psychiatrische Begleiterkrankungen würden mitbehandelt: drogeninduzierte psychotische Störungen, affektive Störungen (vor allem Depression), Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Aufmerksamkeits-Defizit-Störungen (ADHS).

Der Behandlungsauftrag laute: Sicherung einer langfristigen Suchtmittelabstinenz, Teilhabe am Berufsleben und am gesellschaftlichen Leben sowie Reduktion komorbider Störungen. Folgende Behandlungsmodule würden eingesetzt: Gruppentherapie und Einzelgespräche mit Bezugstherapeut*innen, indikative Gruppen, Rückfallprävention, Angehörigenarbeit, fachärztliche und psychiatrische Behandlung, Sozialdienst, fachtherapeutischer Bereich (Sporttherapie, Ergo- und Kunsttherapie, Arbeitstherapie). Nachstehend ist ein exemplarischer Wochenplan aufgeführt, auf dem sich die einzelnen Module gut nachvollziehen lassen.

salus Klinik (Behandlungsmodule)				salus Klinik Hürth	
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8.30 - 10.00	Sport und Bewegung		Arbeits- therapie Café salü	IG Depres- sionsbewälti- gung	
10.30 - 12.00	IG Männer und Sucht	Arbeits- therapie Café salü	Rückfallpro- phylaxe		Aktiv mit Musik
13.30 - 15.00	BZG [90 Minuten]	Kunst/Ergo- therapie	BZG [90 Minuten]	Kunst/Ergo- therapie	BZG [90 Minuten]
15.30 - 17.00	Sport Out- door		Entspan- nungs- training		

Anne Iking stellte im Anschluss das Behandlungskonzept für MSM vor, das in Kooperation mit der Aidshilfe Köln 2014 entwickelt wurde. Sie reduzierte sofort den Begriff „Konzept“ und meinte, es handle sich hier im Wesentlichen um die ersten Erfahrungen, die aufgrund der Nachfrage und ihrer Reaktion (Angebote) entstanden seien. Diese erhoben keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Allgemeingültigkeit. Allerdings habe sie in der Veröffentlichung zu QUADROS viele Aspekte ihrer praktischen Behandlungsansätze wiedergefunden.

Nach der Eruierung der Bedarfe bei der Aidshilfe Köln habe man als Erstes Fortbildungsveranstaltungen für die Behandlungsteams zu den Themen schwule Lebenswelten, MSM und Substanzgebrauch in der Sexualität durchgeführt. Anfänglich habe man, da es sich nur um Einzelfälle gehandelt habe, die Patienten verschiedenen Bezugsgruppen zugeordnet. Aufgrund steigender Nachfrage und Kooperationen im Netzwerk sei ein Pilotprojekt mit zunächst einer und später mit einer zweiten Bezugsgruppe für MSM eingerichtet worden.

Icking reflektierte, dass offensichtlich ein solcher Anstoß von außen notwendig gewesen sei, um sich überhaupt einmal mit dem Thema Sexualität und Substanzkonsum zu beschäftigen. Sie sei der festen Überzeugung, dass es auch bei Heterosexuellen ein völlig vernachlässigtes Thema sei. Mittlerweile würden über die ärztliche Anamnese sexuelle Funktionsstörungen erhoben und es befinde sich ein neuer Fragebogen zur Sexualanamnese in der Erprobung. Darüber hinaus gebe es derzeit das Angebot einer speziellen Indikativgruppe Männer und Sucht. Diese Gruppe führe aber hetero- und homosexuelle Männer zusammen, da auch heterosexuelle Männer mit einem starken Stimulanzienkonsum diesen häufig auch in der Sexualität einsetzten. Ferner würden auch für schwule Männer Paargespräche angeboten: Man habe vor Kurzem erstmals ein schwules Paar in der stationären Behandlung gehabt.

Ihrer Erfahrung nach habe der Substanzkonsum bei der Sexualität eine heterogene Funktionalisierung. Ein Bereich sei schon hinreichend genannt worden – Chemsex/Leistungssteigerung etc. Aber Substanzen würden durchaus auch zur Betäubung (emotional), zur Schmerzreduzierung und zur Stimulierung eingesetzt. In unterschiedlichen Settings träten unterschiedliche Konsummuster auf! Auch das sei schon dargestellt worden.

Einflussfaktoren auf Substanzkonsum bei der Sexualität seien auch schon dargestellt worden. Hier finde man sich in der QUADROS-Studie gut wieder: familiäre Lernerfahrungen, erste (prägende) sexuelle Erfahrungen (generationsübergreifend, grenzüberschreitend, sexualisierend), Identitätsbildung, Selbstbild, Selbstwert, Körperideal, hohe Leistungsansprüche und Komorbiditäten.

In Hürth habe man festgestellt, dass eine Reduzierung der Behandlungsinhalte auf das Thema Substanzgebrauch in der Sexualität allein nicht ausreichend scheint, sondern auch

- das Erkennen eines möglichen innerpsychischen Konflikts: kurzfristige Bestätigung durch sexuelle Kontakte versus hohe idealisierende und romantische Beziehungsvorstellungen (das sei häufig miteinander gepaart)
- Ausgrenzungserfahrungen aufgrund der Homosexualität
- die Bearbeitung von internalisierten negativen Grundannahmen (unmännlich, unnormale) über das Selbst
- das Erkennen der eigenen Funktionalität des Substanzgebrauchs in der Sexualität
- die Entwicklung einer substanzfreien und gesunden Sexualität
- das Hinterfragen und Verändern von Leistungsansprüchen in allen Lebensbereichen

Der momentane Stand der Behandlungsbausteine sehe aus wie folgt:

- Individuelle Behandlungsplanung (notwendig aufgrund der Heterogenität)
- aber erste standardisierte Behandlungsbausteine würden erprobt
 - spezifische Indikativgruppen oder externe
 - ein Schwerpunktteam im Behandlungsteam werde gebildet
 - differenzierte Sexualanamnese durch Ärzt*innen und Bezugstherapeut*innen
- Erste Erfahrungen der Vor- und Nachteile von Schwerpunkt-Bezugsgruppen zeigten
 - Austausch und Solidaritätserfahrungen
 - Mut zur Offenheit innerhalb der Patientengemeinschaft
 - Aber es führe auch zu Polarisierungen unter den Patient*innen der gesamten Klinik, bei denen sich Vorurteile und Vorbehalte manifestierten, was das Behandlungsteam zu deutlichen Positionierungen veranlasse.

Aus dem Auditorium wurde nachgefragt, ob es in Hürth auch Angebote zu kontrolliertem Konsum gebe. Icking antwortete, dass sie im Rahmen ihres Behandlungskonzeptes im stationären Rahmen nicht mit kontrolliertem Konsum arbeiteten. Sie hätten einfach die Erfahrung gemacht, dass es häufig zu Rückfällen käme. Es gebe nur ganz wenig Konzepte, die das vertreten würden.



Bis der Arzt kommt
Erfahrungen mit Substanz konsumierenden MSM bei der medizinischen Versorgung
in einer HIV-Schwerpunktpraxis

ein Vortrag von Dr. Stefan Scholten, HIV-Schwerpunktarzt, Köln



Dr. Guido Schlimbach leitete zum vierten Impulsreferat über. Es wurde von Dr. Stefan Scholten gehalten, Facharzt für Allgemeinmedizin und Infektiologie, seit 2000 im Bereich HIV-Medizin tätig und seit 2005 in einer hausärztlichen HIV-Schwerpunktpraxis in Köln, Mitglied im Beirat der Aidshilfe Köln.

Dr. Stefan Scholten erklärte zu Beginn seines Vortrags, dass er sich weniger mit der wissenschaftlichen Datenlage beschäftigen wolle, sondern eher mit den Erfahrungen, die er in den elf Jahren seiner Niederlassung gemacht habe. Damit, was er erwartet habe zu erleben, und dem, was er erlebe. Er habe eine nette schwule Praxis machen wollen und seine – sicherlich idealisierte – Idee vom schwulen Leben, das er in seiner Praxis anzutreffen hoffte, lässt sich der folgenden Folie entnehmen.

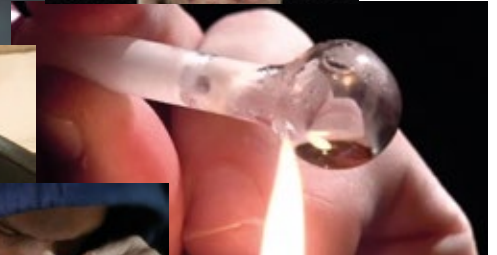
Dr. Scholten konnte aufgrund seiner Erfahrungen die in den bisherigen Vorträgen genannten Zahlen – beziehungsweise die zitierten Studienergebnisse – überhaupt nicht nachvollziehen. Er frage alle seine Patienten regelmäßig – und er betonte, wirklich alle, unabhängig von Lebensalter und sexueller Orientierung – nach ihren Drogenerfahrungen. Seiner Erfahrung nach haben nahezu alle schon einmal Kontakt mit illegalen Drogen gehabt (in der Regel Cannabis) und etwa die Hälfte gebe einen gelegentlichen Konsum anderer Substanzen wie MDMA und Kokain an.

Die Realität habe sich in den letzten Jahren verändert. Er hoffe nicht, dass das (siehe nachfolgende Folie) die neue Realität in der schwulen Medizin, in der schwulen Lebenswelt sei. So wie er es erlebe, nehme der Substanzkonsum in der schwulen Szene aber massiv zu. Und das seien deutlich mehr als die in einer der zitierten Studien angegebenen 5 Prozent.

Er berichtete, dass ihm immer mehr Patienten erzählten, Slammen werde in der Szene zunehmend normal. Vor einigen Jahren habe er noch häufiger psychotische Patienten in der Praxis gehabt, das habe deutlich nachgelassen. Das sei aber eher übergegangen in eine Normalisierung. Man wisse, wie man mit den Drogen besser zurechtkomme, aus seiner Sicht kein Zustand, den er besser findet.



... oder so?

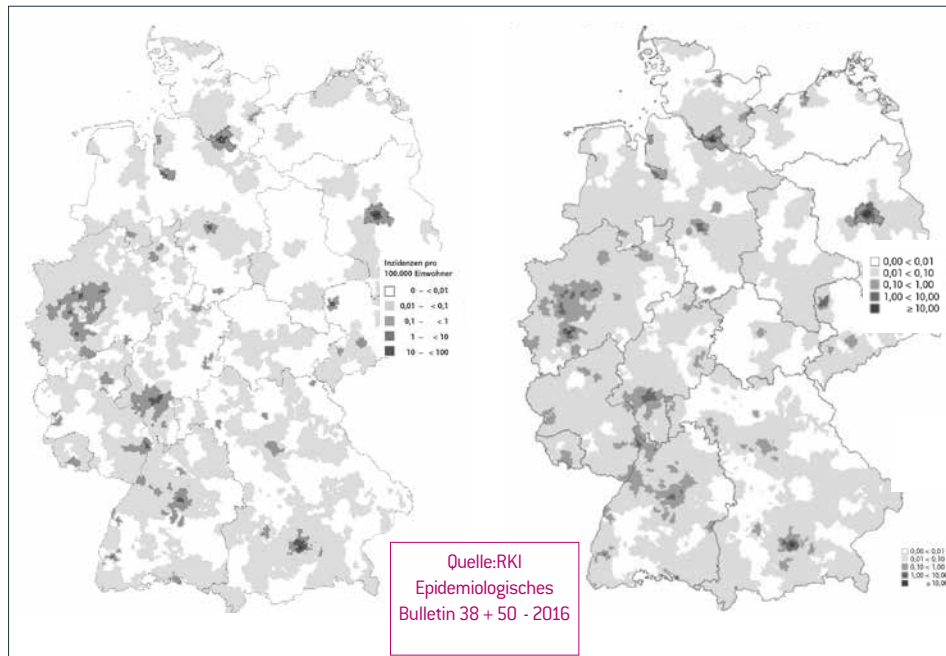


Er zeigte sich entsetzt darüber, dass „alles, was einem vor die Flinte kommt, auch gespritzt“ werde, und es sei für ihn überhaupt nicht nachvollziehbar, wie die Dosierungen herausgefunden würden, die jemanden nicht umbrächten.

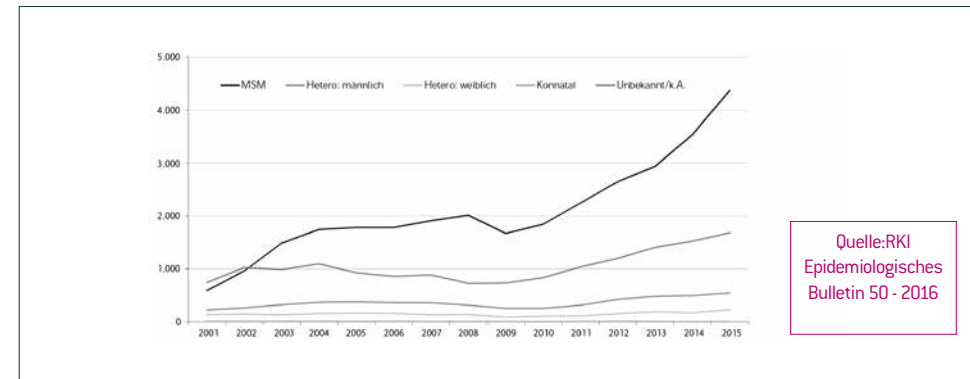
Im Anschluss präsentierte er aktuelle Zahlen zum Infektionsgeschehen im Kontext von HIV und anderer STIs. Er wies auf den seit etwa zehn Jahren kontinuierlichen Anstieg der Neudiagnosezahlen der HIV-Infektion und der Syphilis hin. Schauen Sie sich die örtliche Verteilung an, so gipfelten die Zahlen in den Metropolregionen.

HIV-Neudiagnosen 2015

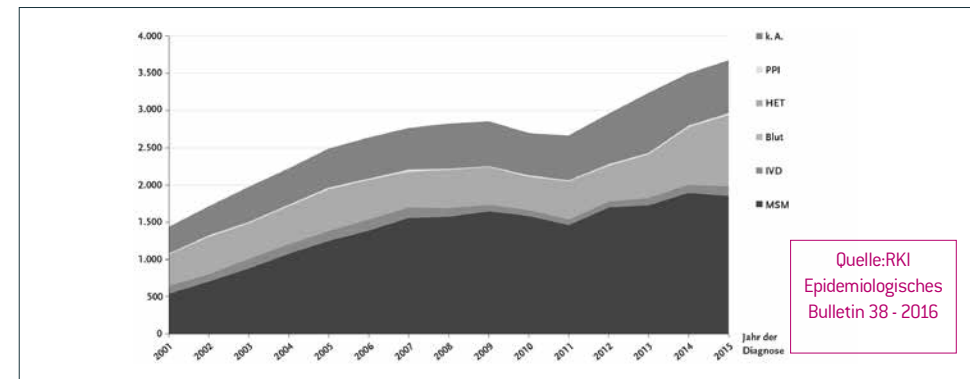
Syphilis-Fälle 2015



Syphilis-Meldungen 2001 bis 2015 nach Infektionsweg und Diagnosejahr



Gemeldete HIV-Erstdiagnosen 2001 bis 2015 nach Infektionsweg und Diagnosejahr

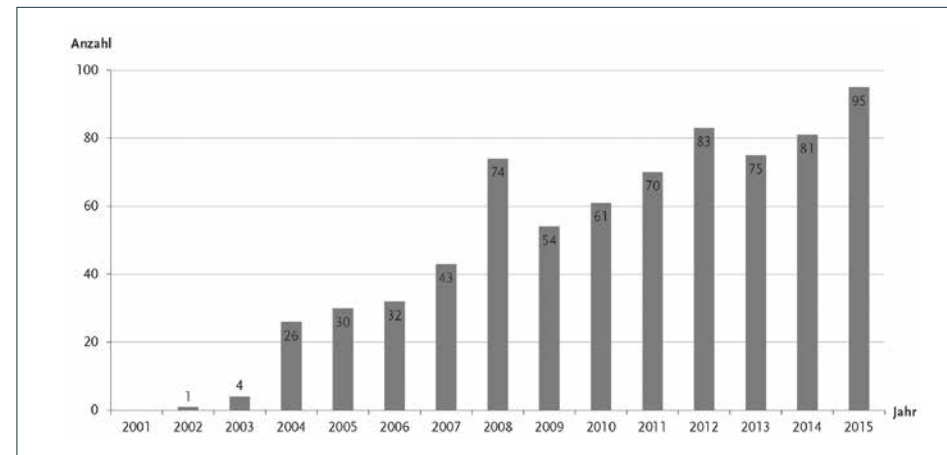


Bei der Datenlage zu den HCV-Neudiagnosen machte er deutlich, dass diese in den vergangenen Jahren insgesamt relativ stabil geblieben sei; schau man sich aber weitere Datensets an, werde das Problem deutlich.

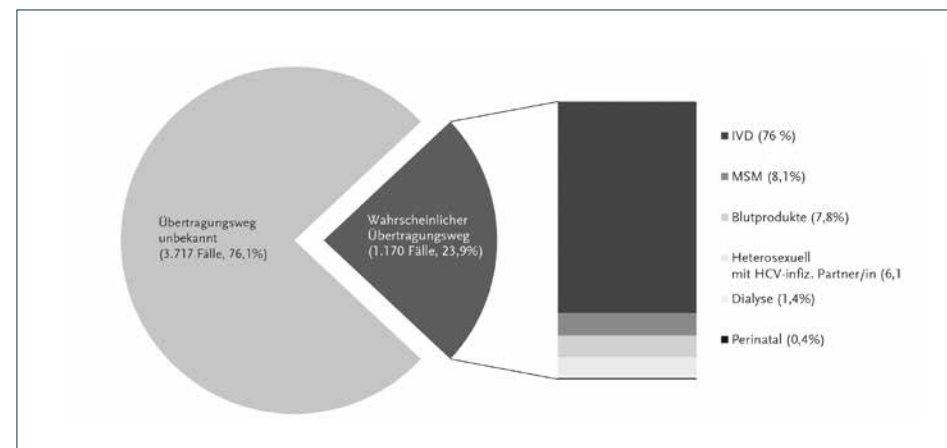
In der Serokonverterstudie des RKI liege die Prävalenz der HIV/HCV-Koinfektionen bei 8,2 Prozent, in der DRUCK-Studie, die i.v.-Drogenkonsument*innen untersucht habe, liege die HCV-Prävalenz allerdings bei 63,3 Prozent. Er habe es vor elf Jahren, als er sich niederließ, nicht für möglich gehalten, dass sich das Drogenkonsumverhalten in der schwulen Szene so stark in Richtung i.v.-Drogenkonsum verändern könnte. Er befürchte, dass sich diese Veränderungen auch in Hinblick auf die HCV-Infektionszahlen bemerkbar machen würden.

Dr. Scholten zeigte chemische Strukturformeln einer Reihe von Substanzen, die sich seine Patienten slammen, und meinte, er habe diese Namen häufig noch nicht einmal gehört, etwa alphaPVP oder 4EMC, und müsse sich erst mühsam im Internet schlaumachen, um überhaupt einen Ansatz zu bekommen, was er seinen Patienten möglicherweise sagen könne.

Hepatitis-C-Erstdiagnosen mit wahrscheinlichem Übertragungsweg durch sexuelle Kontakte zwischen Männern in Deutschland, 2001 – 2015 (RKI - EB 29/2016)



Übertragungswege der gemeldeten Fälle nach Referenzdefinition mit belastbaren Angaben zum wahrscheinlichsten Übertragungsweg (RKI - EB 29/2016)



Er fühle sich damit überfordert. Er sei kein Pharmakologe und schon gar kein Pharmakologe für Substanzen, die niemals eine klinische Entwicklung durchlaufen hätten und aus gutem Grund vorher schon im Müllleimer der Pharmaentwicklung gelandet seien, wie etwa Ethylphenidat, was aber dennoch in der schwulen Szene eingesetzt werde.

Dr. Scholten meinte: „Chemsex ist da, es ist Realität!“ Er sei aber auch der Überzeugung, entgegen dem Ansatz der salus klinik Hürth, dass Abstinenz ein unrealistisches Modell sei. Er fragte, wie man zukünftig mit den zunehmenden psychischen Veränderungen umzugehen gedenke und wie die Menschen, die Chemsex praktizierten, zu ihrer zukünftigen Sexualität beraten werden sollten, auch wenn sie die Konsumschleife verlassen hätten. Wie werde bei fortgesetztem Konsum beraten, fragte er.

Aus seiner Sicht ist für die betroffene Klientel ein breites Untersuchungs-, Behandlungs- und Beratungsangebot in Kooperation mit bestehenden und neu entstehenden Einrichtungen notwendig, um die Folgen und Nebenwirkungen des Drogenkonsumverhaltens managen zu können.



Dr. Scholten beendete seinen Vortrag mit dem Appell, die PrEP in Deutschland endlich zuzulassen. Sie sei in diesem Kontext von einer besonderen Bedeutung, sei sie doch in diesem Setting eine praktikable Möglichkeit, die einzige Infektion, die nicht geheilt werden könne, die HIV-Infektion, zu verhindern.

Nach den Impulsreferaten wurde die Arbeit in vier Workshops zu folgenden Themen fortgesetzt:

„Besser verstehen = besser handeln!“

„Kommunikation ist alles?!“

„Auf dem Prüfstand“

„Lust und Rausch – und Risiken!“



Workshop 1

Besser verstehen = besser handeln!

Was müssen wir zu Substanz konsumierenden MSM wissen, um eine erfolgreiche und kooperative Präventionsarbeit leisten zu können?

Talk und Diskussion mit:

Prof. Dr. Daniel Deimel, Katholische Hochschule NRW

Norbert, Aidshilfe Köln

Prakash/Rollenmodell ICH WEISS WAS ICH TU, Deutsche AIDS-Hilfe

Tim Vogler, Boiler Sauna Berlin

Rolf de Witt, manCheck Berlin

Moderation:

Dr. Guido Schlimbach, Aidshilfe NRW



Ausgehend von den Ergebnissen der Clubdrug-Studie von Prof. Dr. Daniel Deimel wurden in der Talkrunde die zentralen Thesen im Hinblick auf die Zielgruppe MSM diskutiert: Was sind motivierende Faktoren, gerade bei MSM, die zu einem verstärkten Konsum chemischer Substanzen explizit im sexuellen Kontext führen? In welchen Settings wird am meisten konsumiert? Welche Unterschiede gibt es bei privaten Dates, Sexpartys oder schwulen Sexclubs und Saunen? Welche Faktoren spielen eine Rolle, dass bislang „problemloser“ Konsum in einen kritischen Bereich gerät und den Alltag zunehmend beeinflusst? Sowohl User als auch Saunabetreiber und Mitarbeiter*innen einer Beratungsstelle brachten ihre Erfahrungen mit dem Thema Chemsex in die Debatte ein.

Dr. Guido Schlimbach stellt zu Beginn des Workshops die Teilnehmer vor und fragt, welche Faktoren beim Substanzkonsum eine Rolle spielen, in welchem Setting konsumiert werde und welchen Stellenwert Rauschmittel in der schwulen Szene hätten.

Zwei Männer haben sich bereit erklärt, aus ihrer Konsumgeschichte zu berichten. Zunächst berichtet Norbert als ehemaliger Konsument.

Er habe, so berichtet Norbert, mit 30 Jahren begonnen, unter anderem Cannabis, Ecstasy und LSD auszuprobieren. Schnell habe er sich in einer schwulen Szene bewegt, in der es gar nicht mehr möglich gewesen sei, ohne Drogen Sex zu haben. Bei diesem Zusammenspiel von Lust und

Rausch habe bis vor drei Jahren der Sex im Vordergrund gestanden, bis er erstmals das intravenös konsumierte Pflanzenschutzmittel Previcur Energy und dann auch Crystal Meth ausprobiert habe. Von einem Suchtproblem sei er anfänglich nicht ausgegangen. Er habe an Wochenenden konsumiert, am Folgetag noch eine gewisse Nachdepression verspürt, sei aber von montags bis freitags regulär berufstätig gewesen und habe in der Vorfreude auf das nächste Wochenende gelebt. Irgendwann habe dann der Konsum vor dem Sex im Vordergrund gestanden und mit dem Arbeiten habe es auch irgendwann nicht mehr so gut geklappt. Sein Hausarzt habe ihn darauf angesprochen und Norbert habe realisiert, dass die negativen Seiten mittlerweile die positiven Seiten (das gute Gefühl, der tolle Sex) überwogen hätten. So habe er seinen Weg in die LVR-Klinik Köln angetreten. Er habe sich mit den Menschen dort überhaupt nicht identifizieren können, geholfen habe ihm aber der Kontakt zu einer Sozialarbeiterin, die sehr offen gegenüber seiner spezifischen Situation gewesen sei.

Prakash berichtet, dass er sehr behütet aufgewachsen sei. Mit Anfang 20 habe er seinen Einstieg in die Szene über ältere Männer gefunden, sehr bald habe er das erste Mal Drogen konsumiert. Er habe mal mehr, mal weniger konsumiert und zwischenzeitlich drei Jobs gehabt, um den Konsum zu finanzieren. Irgendwann sei es ihm zu viel geworden und er habe ohne jede Hilfe aufgehört und sei vier Jahre komplett clean geblieben. Dann habe sich der Drogenkonsum ein Stück weit wieder eingeschlichen. Die Frage, ob er abhängig sei, lässt er offen, aber er habe stets ei-

nen reflektierten Umgang mit dem Konsum gehabt, was er auch auf seine Ausbildung als Heilpraktiker zurückführt. Er suche nun auch vermehrt sexuelle Kontakte ohne Chems, nehme deshalb aber eine gewisse Ausgrenzung wahr. Die vorher geäußerte Befürchtung „Da krieg ich ja keinen mehr ab“ könne er ein Stück weit bestätigen. Wenn er keine Lust auf das entsprechende Setting habe, verzichte er inzwischen einfach.

Dr. Guido Schlimbach fragt Tim Vogler, wie er das Thema in der Praxis, also in der Sauna, wahrnehme.

Tim erzählt, dass er vor sieben Jahren nach Berlin gezogen und damals noch mit relativ naivem Blick an das Thema herangegangen sei. In seiner Sauna sei damals noch sehr offen zum Beispiel GHB (Gammahydroxybutyrat, auch „Liquid Ecstasy“) konsumiert worden. Im ersten Jahr seien da auch durchaus einige Leute umgekippt, zum Teil drei an einem Wochenende. Gesetzlich seien der Konsum und Besitz dieser Substanzen ohnehin nicht gestattet, aber da hielten sich die Saunagäste nicht immer dran. Natürlich bekämen die Saunamitarbeiter auch nicht alles mit – aber dort, wo offener Konsum erfolge – griffen sie mittlerweile ein. Eine prohibitive Linie würden sie zum Beispiel gegen GHB fahren, der Konsum in der Sauna führe zum Hausverbot. Wenn unbemerkt konsumiert würde und einer der Gäste etwa das Bewusstsein verliere, werde der Notarzt gerufen.

Mittlerweile sei der Konsum auch deutlich zurückgegangen, die Gäste hätten den Ansatz der Sauna verstanden und akzeptierten ihn. Den Menschen müsse dieses Gefühl, das ihnen der Substanzkonsum gibt – „ankommen“, Zeit und Raum verlieren und den Alltag vergessen, mit vielen Menschen in Kontakt kommen – auch vermittelt werden, ohne dass sie dafür Drogen konsumieren müssten.

Dr. Guido Schlimbach will von Rolf de Witt wissen, ob der Konsum seiner Meinung nach abnehme oder sich einfach an andere Orte verlagere.

Rolf glaubt, dass es kein schwules Event gibt, bei dem nicht konsumiert werde. Das gelte zumindest für Berlin. Es kämen auch vermehrt Sextouristen nach Berlin. Verschärft habe sich das vor allem in den letzten zwei Jahren. In bestimmten Bezirken, zum Beispiel in Schöneberg, sei Chemsex mittlerweile an der Tagesordnung. manCheck Berlin habe darauf recht schnell reagiert und zusammen mit Fixpunkt die Slampacks entwickelt. Demnächst werde es einen Runden Tisch zu den Themen Slammen und Chemsex geben.

In diesem Kontext seien auch die Erkenntnisse aus der QUADROS-Studie von Bedeutung: Wenn das soziale Umfeld stimme und ein berufliches Ziel da sei, sei die Wahrscheinlichkeit viel höher, einen kontrollierten Umgang mit Drogen hinzubekommen. Und dies gelte nicht nur für MSM.



Das Hilfesystem sei sehr segmentiert. Untersuchungen in Kliniken hätten ergeben, dass Sexualität als wichtiges Thema zwar benannt werde, in der Therapie aber nicht vorkomme. Das habe nicht zwingend etwas mit Homosexualität zu tun, sondern gelte für alle. Homosexualität verstärke das Tabu natürlich noch einmal, gerade in kirchlichen Einrichtungen. Rolf wirft die Frage auf, wie so ein Thema dort gesetzt werden soll. Hier wäre eine Schnittstelle zwischen Suchthilfesystem und Aidshilfe sehr hilfreich.

Dr. Guido Schlimbach wendet sich an Norbert mit der Frage, wie er die letzten zwei Jahre erlebt habe.

Laut Norbert wurde das Thema Sexualität in der Therapie ein Stück weit angegangen. Seine Langzeittherapie von fünf Monaten habe das Ziel gehabt, eine andere Lebensauffassung zu bekommen. Er versuche gerade, einen neuen Bekanntenkreis in Köln aufzubauen, was jedoch außerhalb des gewohnten Settings sehr schwierig sei. Wenn er Events suche, wo keine Drogen konsumiert würden, sehe das schon mau aus. Als Ergebnis der zufriedenen Abstinenz habe er nun ein sex- und drogenfreies Leben. Er habe noch nie so klare Gedanken gehabt wie heute, aber es fehle etwas.

Hierzu merkt Prof. Daniel Deimel an, dass Drogenfreiheit natürlich nicht zwingend sexuelle Abstinenz bedeute, aber in diesen Settings falle es eben schwer, das voneinander zu trennen. Das sei die große Herausforderung für die Suchthilfe. Prakash ergänzt, dass Menschen nun einmal glücklich sein wollten und dass es das sei, womit man sie locken

könne. Aber das sei sehr individuell: Wie bekämen wir es hin, dass die Leute glücklich sind? Also, was könnte für die Menschen zur „neuen Droge“ werden?

Dr. Guido Schlimbach fragt Rolf de Witt, was mit der Prävention sei, was da verbessert werden könnte und ob es ein Ansatz wäre, zum Beispiel Spritzenautomaten in der Sauna aufzustellen.

Rolf de Witt erklärt, er und sein Team versuchten es mit den Slampacks, die in die Automaten kommen sollen, die schon hängen. In der Vor-Ort-Arbeit hätten sie die auch dabei, aktiv angeboten würden sie aber nicht. Sinn dieser Packs sei dabei nicht nur der Infektionsschutz, sondern auch die Infos über die Hilfsangebote, zum Beispiel Gesprächsgruppen und therapeutische Angebote. Prävention könne nur frühzeitig aufklären und Informationen anbieten und dafür sorgen, dass entsprechende Materialien zugänglich gemacht würden.

Vernetzung geschehe nicht nur mit der Suchthilfe, sondern auch mit Testangeboten und Arztpraxen. Es werde angestrebt, alle Akteur*innen auf diesem Feld, zum Beispiel auch Betreiber von Saunen und Sexpartys, an einen Tisch zu bekommen, um zu erreichen, dass der Drogen gebrauchende Mann vor Ort genau das vorfinde, was er braucht.

Aus dem Plenum kommt die Anmerkung, dass das eine Verkürzung von Prävention sei und lediglich die Primärprävention umfasse. Die Perspektive müsse lauten: Menschen, die Drogen konsumierten, hätten natürlich auch das Bedürfnis,

gesund zu bleiben. Auch in der Konsumsituation gebe es gesundheitsfördernde Bezüge, etwa den sozialen Rahmen. Das seien Ansätze für Prävention in einem weiten Sinne.

Rolf de Witt antwortet hierauf, dass sie natürlich auch „alles drumherum“ machen würden. Die Flyer enthielten etwa auch soziale Verhaltenstipps.

Tim Vogler gibt zu den Spritzenautomaten aus Betreibersicht ein klares Nein. Er sieht seine Sauna nicht als Setting für intravenösen Drogenkonsum. Es gelte, einen Ort zu schaffen, wo man Kontakte knüpfen und auf Augenhöhe mit anderen schwulen Männern zusammen sein könne, um zu signalisieren: Du als Gast bist wahrgenommen.

Die Workshopteilnehmer*innen diskutieren die Unterschiede in der Berliner und der Kölner Szene. So gebe es in Berlin eine höhere Personaldichte in den Saunen und mehr Möglichkeiten, die Menschen wahrzunehmen, während in Köln mit viel mehr Selbstverständlichkeit in den Betrieben konsumiert werde. Tim Vogler erinnert hier an Dr. Dirk Sanders Aufforderung aus dem zweiten Impulsreferat, die Community müsse sich nichtkommerzielle Räume zurückerobern. Tim sieht hier aber auch die kommerziellen Betreiber in der Pflicht.

Aus dem Publikum kommt die Frage, was bei den Mitgliedern der Talkrunde die Gründe für den Konsum waren. Ob sie das Gefühl gehabt hätten, etwas, das nicht rundlaufe im Leben, mit Drogenkonsum zu kompensieren.

Norbert sagt, dass er sich darüber lange keine Gedanken gemacht habe. Er berichtet von einem behüteten Elternhaus und dass er keine Gewalt erfahren habe. Er sei lediglich das „schwarze Schaf“ gewesen, weil er eben schwul war. Er erinnert an den Ausschnitt aus dem „Chemsex“-Film. Wir erwarteten Akzeptanz von anderen in Bezug auf unsere Sexualität, aber akzeptierten wir uns auch selber, fragt er. Das Grundbedürfnis, einem Menschen näherzukommen, Hemmungen abzubauen, sei für ihn ein Thema beim Konsum. So müsse man sich nicht erst kennenlernen und dann Sex haben, sondern es heiße: Wir haben Sex und dann lernen wir uns vielleicht kennen, wenn du mich am nächsten Tag noch interessierst. Er habe noch keinen Weg gefunden, auf anderer Ebene Nähe zu anderen schwulen Männern zu finden.

Prakash sieht sich als „Exot“ unter den Drogengebrauchern. Er berichtet, dass er über Freunde zum Drogenkonsum gekommen sei. Es sei aber nicht so gewesen, dass er unbedingt hätte Drogen nehmen müssen. Er sei gut in die Gruppe integriert gewesen. Aber auch er habe sicherlich mit den Drogen einiges kompensiert.

Prof. Deimel betont, wie wichtig es sei hinzuschauen, warum Menschen Drogen nehmen. In diesem Feld sei es entscheidend, die Prävention breiter aufzustellen, zum Beispiel mehr die psychische Gesundheit insgesamt sowie die Gewaltprävention in den Fokus zu nehmen; also mehr als Safer-Sex und Safer-Use-Strategien, mehr als die klassische Drogenpräventionssprache: Wie gehst du mit Vereinsamung um? Wie ist dein Körperbild? Bist du von Gewalt betroffen?

Norbert hätte es nicht geholfen, wenn ein studierter Sozialarbeiter vor ihm gesessen und ihm erzählt hätte, wie schädlich Drogen sind. Einen Peer, einen ehemaligen Drogengebraucher oder erfahrenen Streetworker hingegen könne er ernst nehmen.

Anschließend werden verschiedene Präventionskonzepte diskutiert. Ein Teilnehmer aus dem Plenum verweist auf eine Kampagne aus den USA, die mit abschreckenden Bildern der Folgen des Crystal-Meth-Konsums arbeite und damit sehr erfolgreich sei. Ein Mitarbeiter der Drugscouts Leipzig widerspricht. Die Erfahrung in Sachsen in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung habe gezeigt, dass solche Abschreckungskampagnen hierzulande nicht wirksam seien. Die medizinische Versorgung und das Hilfesystem in Deutschland ließen solche Abstürze, wie sie in den USA gezeigt würden, kaum zu, deshalb funktionierten diese unrealistischen Bilder hier nicht.

In der Abschlussrunde wird betont, wie wichtig es sei, im Hilfesystem gut vernetzt zu sein und von den Lebenswelten der Menschen auszugehen, um ihren Konsum besser verstehen zu können.

Akzeptierende Drogenarbeit sei dabei nicht gleichzusetzen mit bagatellisierender Drogenarbeit. Wichtig sei ein ganzheitlicher Blick. Harm Reduction sei ein wichtiger Bestandteil davon. Darüber hinaus gelte es aber auch, die Menschen in der Community zum Glücklichein und zum

Self-Empowerment zu befähigen und ihnen zu zeigen: Wir sind eine Community, wir bieten dir etwas.



Workshop 2

Kommunikation ist alles?!

Wie lassen sich Substanz konsumierende Schwule und andere MSM am besten erreichen?

Talk und Diskussion mit:

Dr. Dirk Sander, Deutsche AIDS-Hilfe Berlin
Marco Grober, Aidshilfe Düsseldorf
Ralf Köhnlein, Fixpunkt Berlin
Markus Wirtz, Drogenhilfe Köln

Moderation:

Matthias Kuske



Menschen, und hier in unserem Kontext Männer, die Sex mit Männern haben, die Substanzen konsumieren, insbesondere im sexuellen Setting, wird es immer geben. Egal ob GHB, Ketamin, Amphetamine, Crystal Meth oder andere psychoaktive Substanzen. Wie aber lassen sich Risiken minimieren? Wie können Botschaften und Wissen hinsichtlich der Dosierung, Wirkung und Wechselwirkung mit anderen Drogen oder Medikamenten, zu Safer-Use, Safer-Sex und richtigem Verhalten in Notsituationen am besten und zielgruppengerecht vermittelt werden? Wie können Konsumierende motiviert werden, ihren Konsum möglichst risikoarm zu gestalten, den Konsum einzuschränken oder aber auch ganz darauf zu verzichten?

Welche Beratungstools entwickelt und bietet die Aidshilfe im Rahmen ihrer Präventionsangebote zum Thema Drogengebrauch bei MSM und wie kann die Zielgruppe für Präventions- und Beratungsangebote am besten erreicht werden? Sowohl Erfahrungen der Deutschen AIDS-Hilfe als auch aus der Vor-Ort-Arbeit regionaler Organisationen flossen in die Diskussion ein. Aber auch neue Kooperationen zwischen Aidshilfe, Schwulenberatungsstellen und Drogenhilfeangebote sowie Aspekte für zeitgemäße Präventionsstrategien wurden hier debattiert.

Matthias Kuske eröffnet den Workshop mit der Frage, warum Substanzkonsum in Kombination mit der schwulen beziehungsweise MSM-Szene gerade jetzt ein brandaktuelles Thema zu sein scheint.

Markus Wirtz bezeichnet den aktuellen „Hype“ um Substanzkonsum und Sexualität gerade unter Schwulen als logische Konsequenz innerhalb des Problematisierungsprozesses. Der Fokus werde aufgrund erhöhter Prävalenz verstärkt auf das Thema gelenkt und sei notwendig, um eine Öffentlichkeit gerade zu Präventionszwecken zu erreichen. Parallelen zieht er zu anderen Trends innerhalb der Suchthilfe, wie beispielsweise zur Nutzung neuer Medien und deren Suchtpotenzial im Jahr 2008.

Ralf Köhnlein bestätigt die Aussage seines Vorredners und betont dabei, dass im gleichen Atemzug eine Entmystifizierung des Themas notwendig sei. Dies sei durch die Medien in der Regel nicht gegeben. Hier seien die professionellen Hilfe-einrichtungen gefragt, die auf die Bedürfnisse, Notwendigkeiten und Reaktionen der Betroffenen eingehen und über den Rückgriff auf eigene Erfahrungen ein Realitätsbewusstsein schaffen könnten.

Matthias Kuske fragt daraufhin, ob Hilfebedarf bestehe.

Marco Grober von der Aidshilfe Düsseldorf betont, dass Lust und Rausch in der Kombination immer schon Thema in der Szene gewesen sei, jetzt aber durch das verstärkte Problematisieren von Medizin und Politik mehr ins öffentliche Licht gerückt werde. Dies entspreche nur bedingt einer proportionalen Zunahme von akuten Fällen.

Dr. Dirk Sander erklärt, dass der Konsum von Crystal Meth im Speziellen dramatische Auswirkungen habe und der Hil-

febedarf daher definitiv existiere. Aufklärung und Prävention seien daher erforderlich, auch über kontrollierten Konsum. Ferner stelle sich die Frage, wie Beratungsangebote zu verbessern seien, gerade in Hinblick auf die psychologischen und soziologischen Ursachen für den Substanzkonsum in Kombination mit Sexualität. Er verweist auf eine potenzielle Homonegativität der Betroffenen und die gesellschaftlichen Herausforderungen gerade für Homosexuelle als mögliche Ursachen. Diese Variablen müssten, soweit möglich, in die Präventionsarbeit aufgenommen werden.

Marco Grober weist darauf hin, dass Slammen verstärkt im privaten Umfeld erfolge und somit die Zielgruppe für Hilfe-einrichtungen beziehungsweise entsprechende Angebote deutlich schwieriger erreichbar sei.

Doch wie könne man diese Zielgruppe besser erreichen? Die Sensibilisierung für das Thema Lust und Rausch im Freundes- und Bekanntenkreis wäre eine Möglichkeit. Auch ein verstärktes Angebot von Safer-Use- und Harm-Reduction-Materialien in der Community sowie die Entstigmatisierung und Bewusstseinsschaffung für Substanzkonsum, sei er kontrolliert oder nicht, spielten in diesem Kontext eine wichtige Rolle. Ferner seien zielgruppenspezifische Präventionsmaterialien, Spritzenautomaten, Infostände sowie der direkte und aufsuchende Kontakt durch Peers oder „Botschafter“ auf Partys und in der Clubszene gute Möglichkeiten, sowohl User als auch das direkte Umfeld zu erreichen. Zudem sei ein Erste-Hilfe-Training für Notfälle sinnvoll.



Matthias Kuske spricht die weiteren Kommunikationsansätze innerhalb der Prävention im Speziellen an und fragt nach den Strategien von Aids- und Drogenhilfen.

Dr. Dirk Sander betont, dass in der Kommunikation die Lebensstilakzeptanz und das Verständnis für die Lebenssituation und Bedarfe im Kontext einer erfolgreichen Prävention von größter Wichtigkeit seien. Das Thematisieren von „gesunder“ und „substanzt freier“ Sexualität sei hierbei zu vermeiden, so Marco Grober, da einer Stigmatisierung immer vorgebeugt werden müsse, um ein Forum zum offenen Austausch zu schaffen. Es müsse darum gehen, Konsumenten, aber auch das Umfeld zur Reflexion zu motivieren.

Markus Wirtz erörtert, dass für die Suchtberatung die Frage danach, wie Konsum möglichst sicher gelinge, an erster Stelle stehe. Es sei davon auszugehen, dass die meisten freiwillig konsumierten. Problematisch werde der Konsum dann, wenn Abhängigkeiten einträten und ein Leben oder Lustempfinden ohne Substanzkonsum nur noch erschwert oder gar nicht mehr möglich sei. Dann müssten Betroffene unterstützt werden, selbstbestimmt Prioritäten für ihr aktuelles und zukünftiges Leben zu setzen, wobei aus Sicht der Suchtberatung eine sofortige Vollabstinenz nicht immer das Ziel sein müsse.

Matthias Kuske stellt fest, dass in der Szene bereits ein hohes Wissen existiere, und fragt nach konkreten Möglichkeiten, dieses umzusetzen beziehungsweise die Betroffenen zu „empowern“.



Dr. Dirk Sander betont hierbei, dass Offenheit, Gesprächsbereitschaft und eine subjektive Definition von Therapieerfolg immanent seien. Gleichzeitig müsse man die Leute nicht nur dort abholen, wo sie gerade stehen, sondern jederzeit die strukturellen Bedingungen im Hinterkopf behalten und soziologische Ursachen, wann immer möglich, bei der Prävention mitbedenken. Des Weiteren müssten Onlinemedien verstärkt in die Präventionsarbeit einbezogen werden, speziell die sozialen Medien. Außerdem müssten Politik, der Öffentliche Gesundheitsdienst sowie die Gesundheitslobby deutlich mehr involviert werden. Alle Teilnehmer*innen sind sich einig, dass eine verstärkte Kommunikation und eine gute Vernetzung zwischen Aids- und Drogenhilfe sowie der Community in Bezug auf die Verbreitung von HIV und anderen STIs durch Slammen beziehungsweise Chemsex an oberster Stelle stehen müssten.

Marco Grober sieht auch die Politik in der Verantwortung, die (finanziellen) Rahmenbedingungen für eine bessere Kooperation der professionellen Beratungs- und Hilfsangebote zu schaffen, und wirbt für eine bessere Kommunikation mit Ärzt*innen und Gesundheitsdienstleister*innen, auch um die Risiken beim Mischkonsum von HIV-Medikamenten und anderen Drogen zu minimieren.

Aus dem Publikum wird an dieser Stelle nach der Zielgruppe der Crystal-Meth-User gefragt. Diese umfasse überwiegend Menschen über 30 Jahre, was sich von der Gruppe der „klassischen“ Partydrogen-Konsument*innen unterscheide. Diese seien in der Regel jünger, lautet die Antwort.

Auch wird aus dem Publikum nach Daten zu der Verbindung von männlicher Prostitution und Substanzkonsum gefragt. Hierfür gab es jedoch an der Stelle keine aussagekräftigen Informationen beziehungsweise Studien.

Weiterhin wird nach Verhältnisprävention durch Schwerpunktpraxen gefragt. Spezielle Fortbildungen für Ärzt*innen sowie die notwendige Kommunikation mit Beratungsdienstleistern seien hierfür eine wichtige Voraussetzung, so die Antwort.

Auch wird aus dem Publikum gefragt, ob es bereits Datenerhebungen gebe, die auf die Variablen hinweisen, welche bei gelingendem Konsum ausschlaggebend sind. Hier seien bisher primär Rückschlüsse aus den Studien möglich, die belegen würden, dass prekäre Jobs, fehlender sozialer und auch gesellschaftlicher Rückhalt, psychische Instabilität und leichter Zugang zu Drogen eine Suchtgefahr verstärken, lautet die Antwort.

Abschließend fragt Matthias Kuske, ob Prävention im Kontext von Lust und Rausch ohne eine Zusammenarbeit von Drogen- und Aidshilfe sinnvoll sei.

Hierbei ist sich das Plenum einig, dass eine Kooperation sinnvoll und notwendig ist. Dies zeigten die Erfahrungen aus der Vergangenheit. Angestrebt werde eine Verstärkung und Erweiterung des Netzwerkes um die bereits genannten Akteur*innen aus Medizin und Politik, um die Prävention antizipativer zu gestalten und die Reaktionsfähigkeit zu erhöhen.



Workshop 3

Auf dem Prüfstand:

Brauchen Schwule und andere MSM spezielle sucht-, sexual- oder psychotherapeutische Angebote?

Talk und Diskussion mit:

Anne Iking, salus klinik Hürth

Yasmin Borowski, salus klinik Hürth

Anne Eigenberz, Institutsambulanz der LVR-Klinik Köln

Marcus Pfliegensdörfer, Aidshilfe Köln

Norbert Beuchel-Wagner, Drogenhilfe Köln

Moderation:

Sabine Jankuhn, Supervisorin



Selbstverantwortung, Selbstbestimmung und Eigeninitiative für eine ausgewogene Lebensgestaltung und selbst gewählte Abstinenz können Grundlagen für ein erfolgreiches Therapiekonzept sein. Wegen des Fehlens allgemeingültiger Kriterien für „Normalität“ oder „Krankheit“ ist die gemeinsame Entwicklung individueller Ziele und Lösungen erforderlich und sinnvoll. Zudem impliziert ein prinzipieller Pluralismus von Lebensstilen und Weltanschauungen ein hohes Maß an Akzeptanz und ermöglicht so das Entwickeln individueller Therapieziele. Folgende Fragen bildeten den Schwerpunkt der Diskussionsrunde:

Wie sieht die derzeitige Situation Drogen konsumierender MSM in der therapeutischen Praxis aus? Wie lässt sich eine Entwöhnung vom Substanzkonsum im Kontext einer befriedigenden Sexualität erzielen oder müssen hier andere mittelfristige Therapieziele im Vordergrund stehen? Benötigen schwule Männer, die im Kontext von Sexualität Substanzen konsumieren und dabei behandlungsbedürftige Probleme entwickeln, spezielle sucht-, sexual- oder psychotherapeutische Angebote? Wie gestaltet sich die derzeitige Situation in regionalen Beratungsangeboten und welche Kooperationen mit anderen Akteur*innen aus den Bereichen Therapie und medizinischer Versorgung müssen hier weiter ausgebaut oder gar neu geschaffen werden? Und welche individuellen und zielgruppenspezifischen Faktoren müssen bei Beratungs- und Therapiekonzepten für MSM im Kontext von Drogenkonsum und Sexualität besonders beachtet werden? Diese Fragen wurden in diesem Workshop diskutiert.





Sabine Jankuhn eröffnet die Talkrunde mit der Frage nach der derzeitigen Situation Drogen konsumierender MSM in der therapeutischen Praxis.

Das aktuelle Problem bestehe darin, so die Runde, dass Sucht und Lust in vielen Beratungsstellen noch nicht im Zusammenhang gesehen würden. Bislang sei in der Behandlung lange tabuisiert worden, dass schwule Männer und andere MSM auch psychoaktive Substanzen im Kontext sexueller Settings nutzen. Als Chemsex bezeichnet werde der Konsum der Substanzen unmittelbar vor oder während der sexuellen Begegnung. In den letzten fünf Jahren seien neben Crystal Meth, GHB/GBL, Kokain und Ketamin neue Stoffe dazugekommen, über deren Zusammensetzung und Wirkung umfassend informiert werden sollte.

Der neu verwendete Begriff des Slammens (zuknallen, ballern) beschreibe den intravenösen Konsum von Crystal Meth und sei als Ausdruck von einem Lebensgefühl zu verstehen. Die Konsumenten bezeichneten sich nicht als süchtig, sondern beschrieben es so, dass die Droge lebenslustig, mutig, ekstatisch und euphorisch mache: „Sex ohne Drogen macht keinen Spaß.“ Daher würden Beratungsangebote nur sehr zurückhaltend und seltener als notwendig in Anspruch genommen.

Sabine Jankuhn fragt daraufhin, wie sich eine Entwöhnung vom Substanzkonsum im Kontext einer befriedigenden Sexualität erzielen lassen könne oder ob hier andere mittelfristige Therapieziele im Vordergrund stehen müssten.

Die beiden Behandlungsformen der Konsumreduktion und der Abstinenzbehandlung würden aktuell im Allgemeinen in der Praxis angewendet, so die Talkrunde. Die Deutsche AIDS-Hilfe halte „Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum“, kurz KISS, für einen wichtigen Ansatz und biete entsprechende Weiterbildung für Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen der Drogen und Aidshilfe an. Mittlerweile hätten erste Erfahrungen in der Praxis gezeigt, dass das KISS-Programm von den Klient*innen sehr gut angenommen werde.

Schwierig bleibe die Situation allerdings bei Crystal-Meth-Konsumenten, da die Droge erfahrungsgemäß nicht kontrollierbar sei. Die Funktionalität des kontrollierten Konsums müsse daher im Einzelfall abgewogen werden. Der Klient müsse gefragt werden, ob er sich die eigenverantwortliche Behandlung überhaupt zutraue.

Ferner sei eine Sensibilisierung entscheidend für das Thema Sucht, die bei den Klienten im Zusammenhang mit Sexualität überhaupt kein Thema sei. „Sex ohne Droge macht keinen Spaß mehr. Aber ich bin doch nicht süchtig.“ Dies werde auch dadurch deutlich, dass Slamming in der Hauptsache eine sexuelle Komponente habe und für Konsumenten nicht in direktem Zusammenhang mit Abhängigkeit stehe.

Der nächste Themenschwerpunkt der Talkrunde wirft die Frage auf, ob schwule Männer, die im Kontext von Sexualität Substanzen konsumieren und dabei behandlungsbedürftige Probleme entwickeln, spezielle sucht-, sexual- oder psychotherapeutische Angebote brauchen.



Da es eine steigende Nachfrage von Behandlungsmöglichkeiten für MSM mit Substanzgebrauch gebe, so die Antwort, hätten Kliniken für die Arbeit mit dieser Patientengruppe Schwerpunktteams gebildet und böten individuelle Beratungskonzepte an. Die Patienten müssten eine nachgewiesene Sucht vorweisen (Kontrollverlust, permanentes Substanzverlangen, psychische Störungen etc.), um stationär aufgenommen zu werden. In speziell gebildeten Indikativgruppen oder Schwerpunktbezugsgruppen finde die Entwöhnungsbehandlung statt. Neben den Gruppen werde statt des Standardprogramms in anderen Kliniken ein individueller Behandlungsplan gestaltet. Das Ziel in der Behandlung soll eine substanzfreie und gesunde Sexualität sein. Hierbei sei es für Ärzt*innen und Therapeut*innen wichtig, die richtige „Sprache“ zu finden.

Sabine Jankuhn wirft die Frage auf, wie sich die derzeitige Situation in regionalen Beratungsangeboten gestalten und welche Kooperationen mit anderen Akteur*innen aus den Bereichen Therapie und medizinischer Versorgung hier weiter ausgebaut oder gar neu geschaffen werden müssten.

Als wichtig und entscheidend werden von den Teilnehmer*innen der Talkrunde Fortbildungen und umfassende Informationen für Ärzt*innen, Therapeut*innen und Berater*innen gesehen. Berichte über den Berufsalltag der Drogenberatung besagten, dass das Thema Sucht und Lust in den eigenen Einrichtungen bislang nicht angekommen sei. Gerade im Kontext eines Konsum akzeptierenden Ansatzes spielten hierbei die finanziellen Aspekte eine entscheidende

Rolle. Das abstinenzorientierte Klinikkonzept werde finanziert, Beratungsangebote, die einen kontrollierten Konsum beinhalten, jedoch nicht.

Es bedürfe auch einer stärkeren Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Lust und Rausch. Beratungsstellen und Einrichtungen sollten verstärkt neben Informationsveranstaltungen und Vorstellung ihrer Beratungs- und Hilfsangebote auch Weiterbildungs- und Trainingsangebote an Schulen, Jugendeinrichtungen, Arztpraxen etc. vorhalten.

In Hinblick auf die steigende Zahl von Migrant*innen aus verschiedenen Ländern sei es ebenfalls wichtig, mehrsprachige Berater*innen auszubilden, die umfassend über die verschiedenen, zum Teil unbekannten Substanzen informierten und aufgrund ihrer sprachlichen Kompetenz alle Informationen bezüglich Beratung, Therapie usw. geben könnten.

Zum Abschluss wirft Sabine Jankuhn die Frage auf, welche individuellen und zielgruppenspezifischen Faktoren bei Beratungs- und Therapiekonzepten für MSM im Kontext von Drogenkonsum und Sexualität besonders beachtet werden müssten.

Erfahrungsberichte in der Arbeit mit Abhängigen in der Psychiatrie zeigten, so die Teilnehmer*innen der Talkrunde, dass oft die Sucht erkannt, diese jedoch nicht im Zusammenhang mit Sexualität betrachtet werde. Ein von der Sucht getriebenes Sexualverhalten werde nicht gesehen.

Es scheine außerdem immer noch schwierig zu sein, über Sex zu sprechen. Diesbezügliche Hemmungen bestünden sowohl aufseiten der Klient*innen als auch aufseiten der Berater*innen und Therapeut*innen.

Erfahrungen hätten gezeigt, dass schwule Männer und andere MSM nicht zwingend eine größere Affinität zu schwulen Ärzten oder Beratern haben. Entscheidend sei nur, dass die Berater*innen an dem Klienten interessiert seien und offen mit den Problemen umgingen. Die Klienten hätten in der aktuellen Praxis auch häufig berichtet, dass sie es sogar als hilfreich empfinden würden, mit einer Frau zu sprechen, da sie von ihrer Seite eine größere Distanz zum Thema sahen.

Als hilfreich und effektiv habe sich in der Praxis auch die Arbeit mit Gruppen gezeigt, da sich der Klient aufgehoben fühle und nicht mit seinem Problem allein sei. Dieses müsse jedoch genau abgewogen werden, da es für viele einfacher sei, im Einzelgespräch offen zu sein.

Entscheidend in der Behandlung und Therapie sei vor allem, dass Ärzt*innen und Berater*innen selbst mehr Informationen brauchen. Immer mehr neue psychoaktive Substanzen kämen auf den Markt, die unbekannte Wirkungen hätten. Unbedingt notwendig sei eine weitere Vernetzung und Zusammenarbeit von Ärzt*innen und Berater*innen mit Drogenexpert*innen, die über Zusammensetzungen und Wirkungen informieren könnten.



Workshop 4

Lust und Rausch – und Risiken!

Was heißt es für die Notfallambulanzen und Arztpraxen, wenn sie zur (kurzfristigen) Endstation werden?

Talk und Diskussion mit:

Dr. Stefan Scholten, Schwerpunktarzt, Köln
Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, LVR-Klinik Köln
Dr. Katja Römer, Gemeinschaftspraxis Gotenring, Köln

Moderation:

Michael Schuhmacher, Aidshilfe Köln



Die möglichen Schäden von Chemsex können vielfältig sein: Bei regelmäßigem Konsum machen Mephedron und Crystal Meth psychisch stark abhängig, GHB und GBL auch körperlich abhängig. Alle Substanzen führen unter Umständen zu dauerhaften physischen beziehungsweise mentalen Schäden und zur Schädigung der Organe. Wenn der Rausch nach dem Konsum entsprechender Substanzen über Tage andauert, sind auch gesundheitliche Schäden aufgrund von Schlafentzug und fehlender Nahrungsaufnahme nicht auszuschließen. Auch der Mischkonsum unterschiedlicher Substanzen kann gesundheitsschädliche Folgen haben.

Hinzu kommt die Möglichkeit der Ansteckung mit sexuell übertragbaren Infektionen gerade bei Chemsex-Partys oder Gruppensex mit mehreren Sexpartnern. Das Risiko einer Übertragung von HIV oder Hepatitis C ist gerade dann sehr hoch, wenn Substanzen (Rauschmittel oder Potenzmittel) gespritzt werden und die Konsumenten die Spritzutensilien teilen.

In der Talkrunde mit anschließender Diskussion standen die derzeitige Situation in der Arztpraxis und in der klinischen Notfallambulanz im Mittelpunkt. Welche Voraussetzungen müssen geschaffen werden, um die derzeitige Behandlungssituation zu verbessern und welche Kooperationen mit Drogenhilfeeinrichtungen und anderen Beratungsangeboten seitens der Aidshilfe oder schwulen Beratungsstellen sind erforderlich, damit Präventionsstrategien optimiert werden können?

Was kommt nach dem klassischen Programm: Entgiftung, Stabilisierung, Therapie? Wie offen müssen Mediziner*innen, Mitarbeiter*innen von Beratungsstellen explizit über unterschiedliche Sexpraktiken und Drogenkonsum sprechen können? Kann ein Handlungsleitfaden, der das kooperative Zusammenspiel von medizinischer Behandlung, Beratungsangeboten und therapeutischer Begleitung effektiv beschreibt, entwickelt werden?

Michael Schuhmacher stellt zu Beginn kurz dar, man habe sich darauf verständigt, den Vortrag von Dr. Stefan Scholten nicht ein zweites Mal zu hören, da ihn alle schon im Eröffnungssplenum mitbekommen hätten. Stattdessen sollten die beiden anwesenden Ärztinnen die medizinischen beziehungsweise die Versorgungsprobleme aus ihrer Sicht darstellen, aber auch das, was gut funktioniere, um anschließend mit allen Anwesenden in einen Austausch einzusteigen.

Dr. Katja Römer, Infektiologin, Suchtmedizinerin, HIV-Schwerpunktbehandlerin, berichtet, dass es in ihrer Praxis ein recht großes Kollektiv Drogen gebrauchender Menschen gebe. Im Wesentlichen handele es sich hier um „klassische“ Drogengebraucher*innen, aber auch um schwule Männer, egal ob HIV-positiv oder HIV-negativ. Seit etwa fünf Jahren habe sich die Klientel jedoch verändert: hin zu Patient*innen mit Substanzkonsum „neuer“ Drogen.

Bezugnehmend auf eine am Morgen gestellte Frage, wie man die Problematik skizziere, stellt sie Folgendes fest:

Die Menschen kämen nicht aufgrund eines Problems mit dem Konsum von Drogen, sondern klagten über Krankheitssymptome, hätten psychische Probleme oder es lägen zusätzliche Infektionen mit STIs oder Hepatitis C vor.

Aus ihrer Sicht passen diese Klient*innen in das klassische Drogenhilfesystem, in dem sie als substituierende Ärztin ja ein Teil sei, nicht wirklich hinein. Ihre Aufgabe sieht sie darin, die Suchtfolgeerkrankungen zu behandeln, aber die Patient*innen auch in entsprechende Beratungsstellen oder Kliniken weiterzuvermitteln. Häufig jedoch kämen die Patient*innen dort nicht an, tauchten wieder bei ihr in der Praxis auf und es stelle sich die Frage, was sie dann mit ihnen machen könne.

Prof. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Neurologin und Psychiaterin, beschäftigt sich seit vielen Jahren mit dem Grenzbereich zwischen der Allgemeinpsychiatrie und Abhängigkeitserkrankungen, vor allem mit Akutwirkungen von Halluzinogenen und Stimulanzien und folglich auch mit dem Bereich drogeninduzierter Psychosen. Sie leitet die LVR-Klinik Köln und dort außerdem eine Abteilung für Allgemeinpsychiatrie mit einer Schwerpunktstation für Menschen mit Psychosen und Suchterkrankungen. Darüber hinaus gibt es in der Klinik eine gesonderte Abteilung für Suchterkrankungen, in der vor allem Menschen mit Akutkomplikationen nach Drogenkonsum behandelt werden. Dort landen auch die Menschen mit akuten Psychosen unter Crystal Meth, GBL beziehungsweise GHB.

Seit etwa zwei Jahren sähen sie verstärkt sehr akute Fälle, berichtet Prof. Gouzoulis-Mayfrank. Es scheine eine wellenförmige Häufung zu geben, vor allem im Sommer und Herbst hätten sie im Schnitt einen schwerstakuten Fall pro Woche. In der Zeit danach sei es etwas weniger geworden. Sie meint, im Moment sehe es so aus, als ob die Szene besser gelernt habe, mit den Drogen umzugehen. Fast alle Fälle, die mit Crystal Meth und vereinzelt auch mit GHB zusammenhingen, kämen aus der MSM-Szene. Diese Patienten kämen oft unter sehr dramatischen Umständen, sie blieben aber nicht lange. Es gelinge nur sehr selten, diese Menschen in eine geordnete Nachsorge zu vermitteln. Sie stelle fest, dass eine intensivere Auseinandersetzung mit den Hintergründen des Drogenkonsums in diesem Akutsetting relativ schlecht gelingt. Sie sieht eher keine deutliche Zunahme des Crystal-Meth-Konsums in der Allgemeinbevölkerung in NRW, mit Ausnahme von Köln und hier besonders in der MSM-Szene.

Auf Nachfrage von Michael Schuhmacher erklärt sie, dass diese Patienten mehrheitlich notfallmäßig kämen, mit dem Rettungswagen oder der Polizei, nur vereinzelt von Freunden oder Bekannten aus dem Umfeld gebracht würden und hochpsychotisch seien.

Michael Schuhmacher informiert darüber, dass ähnliche Berichte auch aus anderen Kölner Kliniken vorliegen, diese Patienten die Kliniken schnellstmöglich wieder zu verlassen suchten und es für das Personal wenig bis keine Möglichkeiten gebe, diese Menschen an weiterführende Angebote zu vermitteln.

Prof. Gouzoulis-Mayfrank bestätigt, dass es zwar anfänglich zu einer Zwangsunterbringung nach PsychKG komme, weil die Patienten schlicht nicht mehr in der Lage seien, Entscheidungen zu treffen, sie aber nach wenigen Tagen die Klinik verließen und die Bereitschaft, sich auf weitergehende Angebote einzulassen, relativ gering sei.

Dr. Römer bestätigt das. Wenn Patient*innen stationär behandelt worden seien, erhalte sie als behandelnde Ärztin nach einer Zeit zwar den Arztbrief, die Patient*innen seien dann aber häufig „abgetaucht“ – außer denen, die wegen einer chronischen Erkrankung regelmäßig die Praxis besuchten.

Kämen „abgetauchte“ Patient*innen wieder in die Praxis, hätten sie in der Regel ein akutes Problem (Schlaflosigkeit oder dergleichen). Dr. Römer sieht ihre Aufgabe dann darin, die Patient*innen (erneut) auf weiterführende Hilfsangebote aufmerksam zu machen. Aus ihrer Sicht hätten die meisten Patient*innen ein fehlendes Problembewusstsein für den Drogenkonsum, insbesondere wenn sie häufig Drogen konsumierten. Hilfe werde nur gesucht, wenn akute Schwierigkeiten vorlägen, die es aus dem Weg zu räumen gelte. Sei das akute Problem gelöst (von der behandelten Syphilis bis hin zur abgewendeten Arbeitslosigkeit), verschwänden die Patient*innen wieder aus dem Praxisalltag. Aus Dr. Römers Sicht ist es eine Sisyphos-Arbeit. Man müsse immer dranbleiben, motivieren, aber es sei wie bei allen Drogen gebrauchenden Menschen: Solange das Problem nicht als Problem erkannt werde, werde nicht daran gearbeitet.



Dr. Scholten sieht diese Probleme auch. Auch er sieht bei Patient*innen, selbst mit schwersten Folgeerkrankungen wie Psychosen, ein mangelndes Problembewusstsein für ihren Drogenkonsum und die Folgeerkrankungen. Aus seiner Sicht ist das aber nur die Spitze des Eisbergs der pathologisch kranken Patient*innen, die entweder durch Drogen krank geworden sind oder durch eine (lange unerkannte) psychiatrische Störung.

Ein ganz anderes Problem sieht er darin, dass die klassischen Crystal-Meth-Bilder in den letzten Jahren weniger geworden sind. Es gebe immer noch Patient*innen, die eingewiesen werden müssten. Es gebe aber auch die zweite Gruppe der Substanzgebraucher*innen: die Gelegenheitskonsument*innen. Er vermutet, gerade in der schwulen Szene sei gelegentlicher Konsum – auch in sexuellen Kontexten – wohl eher die Regel als die Ausnahme.

Michael Schumacher lenkt die Diskussion auf die Zeit, bevor es zu massiven Problemen komme. Gerade viele schwule Männer in Köln würden (unabhängig von HIV) in sogenannten Schwerpunktpraxen hausärztlich versorgt. Dies sei doch eigentlich eine gute Ressource. Es stelle sich nur die Frage, ob angesichts der zeitlich intensiven und ja auch nicht unproblematischen Anamnese zu Sexual- und Drogenkonsumverhalten eine akuten Drogenproblemen vorbeugende Arbeit in einer Arztpraxis überhaupt zu machen sei. Er fragt weiter, inwieweit es überhaupt ein Netzwerk gebe, an das er entsprechende Patient*innen verweisen könne.

Dr. Katja Römer meint, sie hätte kein Problem damit, mit Patient*innen über Sexualität und Drogenkonsum zu reden, das müsse sie ohnehin schon seit Jahren tun. Sie frage sich aber, ob sie überhaupt eine ehrliche Antwort bekommen würde. Patient*innen wollten schon ein Bild von sich selbst vermitteln; sie wollten vom Arzt in einer bestimmten Weise gesehen und wahrgenommen werden, weshalb Informationen sehr selektiv gegeben würden. Sie schätzt, dass ihr bestenfalls die Hälfte die Wahrheit mitteilt. Mangelnde Einsicht für persönliche Probleme verstellen jeglichen Zugang zu weiteren Hilfsangeboten. Kliniken würden eher mit „Junkies“ assoziiert, zu denen man ja nicht gehöre.

Michael Schuhmacher stellt fest, dass es schwierig sei, in diesem Kontext mit konkreten Zahlen zu arbeiten, was den Anteil von Drogen konsumierenden Patient*innen am gesamten Patientenstamm betrifft – alle Ärzt*innen würden das letztendlich irgendwie nur schätzen. Das Land wolle das ganze Thema eher tiefhängen, aber Mediziner*innen aus der Praxis hätten eine völlig andere Vorstellung von der Dimension.

Dr. Römer hat im Zuge der Substitution den Beikonsum untersucht und kann mit 100-prozentiger Sicherheit sagen, dass das nicht die Nutzer von Crystal Meth sind. Sie meint, bei den anderen sei dies bei zwei bis drei Patient*innen pro Tag ein Thema. Also etwa 15 Patient*innen in der Woche und das seien nur diejenigen, mit denen man das Thema auch wirklich bespricht.

Dr. Scholten erklärt, er frage regelmäßig den Drogenkonsum ab. Bei einer akuten HCV-Infektion frage er nicht mehr, ob jemand konsumiere, sondern was und vor allem wann das letzte Mal geslammt worden sei. In acht von zehn Fällen werde das Slammen zugegeben. Von den Patienten mit akuter HCV-Infektion abgesehen (was ja in der Regel alles Schwule seien), wüsste er etwa von zehn Patienten pro Tag, dass sie regelmäßig oder gelegentlich Drogen konsumierten – in Party-Settings, aber auch in sexuellen Kontexten.

Dr. Scholten sieht, dass eine Pathologisierung des Drogenkonsums in gewisser Weise ein ärztliches Problem ist, was auch den Zugang zu Patient*innen strukturiert. Ärzt*innen würden nicht auf die Idee kommen, gelegentlichen Alkoholkonsum zu pathologisieren und die Patient*innen regelmäßig nach ihrem Alkoholkonsum zu befragen. Er ist aber auch der Überzeugung, dass eine zu große Akzeptanz schädlich sei. Eine Lösung habe er für dieses Dilemma aber auch nicht.

Michael Schumacher fragt, ob die Rahmenbedingungen des Systems, hier niedergelassene Ärzt*innen und das Vergütungssystem, es überhaupt sinnvoll ermöglichen würden, solche aufwendigen Beratungsleistungen zu erbringen. Dr. Stefan Scholten erklärt, viele der Beratungen und Aufklärungen, die man mache, seien betriebswirtschaftlich nicht sinnvoll, aber selbstverständlich mache man sie, denn man habe sich diesen Beruf und diesen Schwerpunkt ja ausgesucht.

Prof. Gouzoulis-Mayfrank gibt zu bedenken, dass das Medizinsystem, egal ob ambulant oder stationär, nicht das geeignete Setting für Aufklärung sei. Das System sei anders konzipiert: Patient*innen gingen zum Arzt oder ins Krankenhaus, wenn mit ihnen etwas nicht stimme. Sie widerspricht Dr. Scholten und meint, dass aus ihrer Sicht nicht jeder Substanzkonsum ein schädlicher Gebrauch ist. Sie ist der Überzeugung, dass die Ärzt*innen in ihrer Klinik die Diagnose eines schädlichen Gebrauchs nur dann stellen würden, wenn es wirklich eine gesundheitliche Schädigung gegeben habe. Habe jemand einmal Crystal Meth gespritzt, sei das etwas potenziell Gefährliches, aber er habe keinen schädlichen Gebrauch. Die Menschen kämen aber erst zu ihnen, nachdem sie Störungen entwickelt hätten. Aus ihrer Sicht geht es darum, Informationen über potenzielle Probleme an den Mann zu bringen.

Auf die Frage, wann in der Bundesrepublik die Debatte losginge, wie häufig ein*e Patient*in denn beispielsweise eine HCV-Therapie machen dürfe, antwortet Dr. Scholten, dass es sich hierbei um eine moralische Debatte handele, die nicht nach Deutschland gehöre. Sie komme aus Ländern, in denen Ressourcen ganz anders verteilt würden. Er zieht einen Vergleich zu einer jungen Frau nach einer Brustkrebstherapie, die weiterhin sexuell aktiv bleiben will und deshalb die Antibabypille nimmt, entgegen dem Rat des Gynäkologen. Die Hormone erhöhten das Rezidivrisiko deutlich. Diese junge Frau würde jede weitere Chemotherapie, jeden Tyrosinkinase-Inhibitor bezahlt bekommen (bei der jede einzelne Infusion mehr kostet als der gesamte Zyklus einer HCV-Therapie).



Und das ohne jede Diskussion. Er meint, man müsse sich hier auch den [ärztlichen] Kolleg*innen gegenüber zur Wehr setzen. In dieser moralischen Diskussion sei Sexualität schon etwas Schmutziges. Aber wir würden hier über das Normalste der Welt reden – nämlich Sex. Und wenn wir über pathologischen Drogenkonsum reden würden, dann sei das eine Erkrankung nach ICD 10. Wo liege dann also das Problem, die Folgeerscheinungen dieser Erkrankung zu behandeln, will er wissen.

Auf die Frage, warum so wenig Patient*innen in den Kliniken landeten und nicht in den offiziellen Statistiken auftauchten, gibt Prof. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank zu bedenken, dass die allermeisten Konsument*innen eben kein akutes Problem entwickeln und die meisten auch keine drogenbezogene Diagnose haben. Sie hätten einen Konsum, der je nach Substanz gefährlich sei, aber keine klinische Diagnose. Sie erklärt, dass die Szenen in der Tat schnell lernten. Zwar wüssten manche erschreckend wenig über verschiedene Substanzen, aber viele wüssten sehr viel. Sehr viele seien richtiggehend Expert*innen, die viel besser als jeder Assistenzarzt auf ihrer Station über die Substanzen und ihre Gefahren Bescheid wüssten. Sie ist der Überzeugung, dies sei so zu erklären, dass die allermeisten keine Störungen entwickeln oder mit den Störungen innerhalb der Szenen zurechtkommen.

Trotz all dieser Erkenntnisse sei es wichtig, die unterschiedlichen Gefährdungspotenziale unterschiedlicher Substanzen zu erkennen. So seien MDMA und Crystal Meth zwar

ähnlich in der Molekularstruktur, hätten jedoch ganz unterschiedliche Potenziale hinsichtlich ihres biologischen Abhängigkeitspotenzials. Sie plädiert dafür, die Menschen über diese Unterschiede aufzuklären. Crystal Meth berge einfach biologisch bedingt ein wesentlich höheres Risiko, eine Sucht auszulösen.

Michael Schuhmacher eröffnet die Schlussrunde mit der Frage, ob konsumbegleitende Angebote, die nicht auf Abstinenz abzielen, möglich seien. Könne so etwas funktionieren? Worauf müsse man dabei achten?

Prof. Gouzoulis-Mayfrank erklärt, dass die längerfristige Behandlung nicht ihr Schwerpunkt sei und sie daher an dieser Stelle wenig Erfahrung habe. Wenn der Konsum nicht stark entgleist sei und es darum gehe, den Konsum kompatibel zum Leben und zum Lebensstil zu gestalten, in einem niedrigen Bereich und safe zu halten, sollte dies ihrer Meinung nach funktionieren. Allerdings sei das bei den Patient*innen, die sie in der Klinik sehen würden, bei denen es eskaliert sei, bei denen eine Abhängigkeitsentwicklung da gewesen sei oder bei denen es heftige und schwerste Komplikationen gegeben habe, schwieriger.

Dr. Scholten sieht das anders. Er meint, dass man das doch bereits bei Koks, Ecstasy oder Speed seit Jahren mache. Nur habe dieses System durch neue Substanzen und neue Konsumformen, die uns überforderten und uns mit Fragen zurückließen, auf die wir keine Antworten hätten, Risse bekommen.

Michael Schuhmacher widerspricht insofern, als er deutlich macht, dass es ihm um eine andere Form von Angeboten geht, die außerhalb des Medizinsystems angesiedelt sind, die nicht in Konkurrenz zur ärztlichen Begleitung stehen, um das Angebot, sich mit realen Menschen auszutauschen.

Dr. Römer unterstützt diesen Gedanken unter dem Aspekt des Beziehungsangebotes und bezieht sich dabei auf eine Sequenz in der Diskussion, in der herausgearbeitet wurde, dass es dem Konsum zugrunde liegende Probleme gebe. Und eines davon sei die Beziehungen zu Menschen.

Es gibt aus dem Auditorium letzte Wortmeldungen, die den Aspekt der Beziehungsaufnahme, der Vernetzung und des Peer-Ansatzes verstärken und unterstützen. Der schwulen Community werde allerdings auch kritisch der Spiegel vorgehalten, denn gerade der Aufbau und die Pflege von sozialen Beziehungen seien weitestgehend aus dem Blick geraten. Hier könne sich die Community nur selbst „heilen“, so eine Wortmeldung.



Open-Minded-Workshops

In den am Nachmittag parallel durchgeführten drei Open-Minded-Einheiten wurden folgende Fragen in Hinblick auf Aspekte wie Beratungs- und Therapiekonzepte, Methodik, Kooperation und Vernetzung, Kommunikation über Sex und Substanzkonsum, Risikomanagement, Lebensstilakzeptanz und Haltung erörtert:

Was wollen wir?

Welchen Aufgaben müssen wir uns stellen und welche Ziele müssen erreicht werden, um die derzeitige Situation zu verbessern und optimale Angebote zu schaffen?

Was brauchen wir?

Welche Grundlagen – von der Finanzierung über Kooperationen und Vernetzung bis hin zu Manpower und Know-how – sind erforderlich, um diese Aufgaben umzusetzen und Ziele zu erreichen?

Was müssen wir ändern?

Welche Möglichkeiten der Steuerung und Qualitätsentwicklung haben wir, welche Angebotslücken müssen geschlossen und welche Präventionsstrategien müssen neu beziehungsweise weiterentwickelt werden?

Was haben wir?

Welche Best-Practice-Erfahrungen liegen vor?





**Open-Minded-Workshop zum Themenschwerpunkt
Beratung und Therapie**

1. Was wollen wir?

Im Bereich der Beratung und Therapie wird vor allem Kooperation statt Konkurrenz gefordert. Hierbei soll eine Verzahnung und Vernetzung der Angebote möglich gemacht werden. Ein Wissenstransfer zwischen den Akteur*innen und der Informationsaustausch sollen den Profit des Klienten maximieren.

Eine Veränderung auf gesellschaftlicher Ebene ist im Bereich Beratung und Therapie besonders relevant. Mehr Akzeptanz und eine deutliche Enttabuisierung und Entkriminalisierung von Substanzkonsum, auch im Zusammenhang mit Sexualität, ist eine Grundvoraussetzung für erfolgreiche Arbeit.

Auch werden Forderungen nach spezifischeren Therapiekonzepten, niedrigschwelligen medizinischen Angeboten, einer soliden Finanzierung dieser und einer konkreten Bedarfsermittlung durch Evaluation laut.

2. Was brauchen wir?

Im Fokus der Frage, was gebraucht wird, steht die Finanzierung. Hierbei wird im Sinne des Klienten eine Flexibilisierung des Therapieangebots gefordert, wenn möglich kostenträgerübergreifend.

Auch wäre es hilfreich, von einer Konsumberatung statt einer Drogenberatung zu sprechen, um Hemmschwellen abzubauen, um zu entdramatisieren und darüber eine größere Zielgruppe zu erreichen. Auch hier wird die Forderung nach einer Bedarfsermittlung laut, um Konsumenten stärker in die Formulierung von neuen Therapie- und Beratungskonzepten einzubeziehen.

Weiterhin wird eine verbesserte Öffentlichkeitsarbeit im Allgemeinen gefordert und eine bessere Vernetzung von Therapie- und Beratungsstellen angestrebt.

3. Was müssen wir ändern?

Konsens unter den Teilnehmenden ist, dass bestehende Therapiekonzepte speziell in Bezug zu Sexualität und Substanzkonsum überprüft werden müssen. Dies soll ein wichtiger Schritt in Richtung Qualitätsentwicklung sein.

Der Diskurs um Beratung und Therapie sollte möglichst den selbstbestimmten Substanzkonsum thematisieren, um Eigenverantwortung und Selbstbestimmung unter den Konsumenten zu fördern. Dies könnte eine realistische Alternative zum Abstinenzparadigma darstellen.

Des Weiteren wird gefordert, Angebotslücken zu schließen. Speziell genannt werden hier mehr Angebote zur Konsumreduzierung und mehr altersspezifische Angebote für junge Schwule. Auch sollte, wenn möglich, ein größeres Bewusstsein für riskante Drogen geschaffen werden.

4. Was haben wir?

Positiv zu bewerten ist die Tatsache, dass Ansätze von allen geforderten Änderungen in Deutschland bereits bestehen. So existiert bereits eine starke Fachkompetenz zum Thema, die auch aktuelle Studien und zielgruppenspezifisches Know-how umfasst. Des Weiteren gibt es bereits eine ausgeprägte beraterische Kompetenz, die eine akzeptierende Haltung impliziert. Im internationalen Vergleich hat Deutschland die längsten Therapiebehandlungen und nennenswerte Erfolge in der Prävention zu verzeichnen.



**Open-Minded-Workshop zum Themenschwerpunkt
medizinische Versorgung und Intervention**

1. Was wollen wir?

Die Diskussion zu dieser Fragestellung machte deutlich, an welcher Stelle das bisherige System krank beziehungsweise schwächelt. Eine Reihe von Moderationskarten zielte auf ein besser funktionierendes, flexibleres, weniger bürokratisches, sich eher an den Menschen, denn an den Kostenträgern orientierendes System ab. Ein besonderes Ärgernis sind mangelnde ambulante Angebote und Konzepte jenseits von Tageskliniken und fehlende Konzepte für den thematischen Bereich des Fachtages.

Der zweite Bereich war der Bereich der Kooperation und Vernetzung – einschließlich des Erwerbs diverser Kompetenzen.

Als dritter Bereich sei der Bereich der Haltung und des Respekts genannt: einerseits Haltung gegenüber Lust, Rausch und Drogenkonsum, andererseits aber auch Respekt gegenüber den Entscheidungen von Menschen, ebenso wie Respekt gegenüber Behandlungskonzepten, die jenseits der eigenen Konzepte liegen (etwa Abstinenz versus kontrollierter Konsum).

2. Was brauchen wir?

Neben dem gesamtgesellschaftlichen Klima, dem Strafrecht und dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG), die alle zusammen eine sinnvoll aufklärende Arbeit massivst erschweren, lagen den Diskutierenden die Begrenzungen des Systems schwer im Magen. Daher werden ihrer Meinung nach mehr bedarfsgerechte Angebote benötigt, die schnell und unkompliziert in Anspruch genommen werden können.

Großen Raum nahm die Diskussion über Hilfestellungen für Ärzt*innen, Behandler*innen und Therapeut*innen ein. Neben besseren Behandlungsstandards wurden vor allem Checklisten, Manuale, Kurzzeinterventionen, Signallisten mit Warnpunkten etc. diskutiert, die in der täglichen Arbeit helfen, Signale eben nicht zu übersehen und schneller handeln zu können – schneller heißt, bevor "das Kind in den Brunnen gefallen ist" und das Entgleiten der Kontrolle des Konsums möglicherweise noch verhindert werden kann.

3. Was müssen wir ändern?

Es wurde deutlich, dass zwischen kurz- und langfristigen Strategien unterschieden werden muss.

In die Kategorie langfristig gehört die Überlegung, dass sich die bereits erwähnte und diskutierte gesamtgesellschaftliche Änderung auch in einer Veränderung von Ausbildungscurricula niederschlagen sollte.

Kurzfristig umsetzbar und wirksam sei es, in der (haus-)ärztlichen Versorgung eine stärkere Sensibilität für die Bedürfnisse und Bedarfe von Patient*innen zu entwickeln. An einem Beispiel wurde dieser Aspekt aufgezeigt: Medikamentennebenwirkungen, die negative Auswirkungen auf die Erektionsfähigkeit und die Libido haben, könnten durchaus eine Motivation dafür sein, mit anderen chemischen Substanzen dieses Problem zu beheben. Sexualität, der Mensch als aktives sexuelles Wesen, muss in Alltagssituationen berücksichtigt werden.

Eine längere Diskussion ergab sich bei der Frage, ob jede „Drogenklinik“ Sexualmedizin anbieten müsse oder ob eine Überweisung an eine Spezialklinik ausreiche.

4. Was haben wir?

Problembewusstsein, Haltung als die Grundpfeiler. Hohe Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft (sonst würde das Ganze eh nicht funktionieren). Es gibt eine lange Liste an Einrichtungen, die mit unterschiedlichen Konzepten arbeiten. Als sehr wichtiger Baustein wurde die ambulante Versorgung angeführt.

Besser werden sollten die (Früh-)Warnsysteme auf individueller Patient*innen-Ebene.

Neben dem medizinischen System beziehungsweise den Hilfesystemen existiert eine weitere Ebene, die effektiver genutzt beziehungsweise eingebunden werden kann (etwa die Selbsthilfe, Peers, Cruising-Clubs, kommerzielle Veranstalter etc.). Hier ist nicht nur deutlich Luft nach oben; diese Ebene wurde bislang in der Kooperation und Vernetzung wenig eingebunden.



**Open-Minded-Workshop zum Themenschwerpunkt
Prävention und Harm Reduction**

1. Was wollen wir?

Wir wollen einen besseren Zugang vom Hilfesystem in die Szene und umgekehrt. Dazu bedarf es der Schulung von Multiplikator*innen, des Einsatzes von Ehrenamtlichen als Peers und der Gewährleistung eines anonymen Settings. Selbstmanagement und Konsumkompetenz innerhalb der Szene sollen zu einer erfolgreichen Prävention und Harm Reduction beitragen.

Wir wollen einen sozialen Raum schaffen, in dem offen und bewertungsfrei kommuniziert werden kann. Dazu gehört auch eine Enttabuisierung der Themen Sexualität und Substanzkonsum.

Wir wollen eine Substanzkultur entwickeln, das heißt auf politischer Ebene eine Veränderung der Drogenpolitik (zum Beispiel Abschaffung des Betäubungsmittelgesetzes) und auf Forschungsebene neue interdisziplinäre Ansätze, um dem Thema die „Aufregung“ zu nehmen.

2. Was brauchen wir?

Wir brauchen eine gemeinsame Haltung. Die Aidshilfe muss eine (neue) Haltung zum Thema Drogenkonsum entwickeln, das Drogenhilfesystem muss das Thema Sexualität besprechbar machen.

Wir brauchen konkrete anonyme und niedrigschwellige Maßnahmen: Drug-Checking, szenenahe Drogenkonsumräume, Drogennotfalltrainings und Leitfäden für Drogenunfälle (zum Beispiel in Comicform), den Einbezug der kommerziellen wie nicht-kommerziellen Szene, Angebote online und vor Ort.

Wir brauchen auf der strukturellen Ebene eine ausreichende finanzielle Unterstützung durch Land und Kommunen, Geld für Stellen und für Forschung, etwa zu „gelungenem“ Konsum, und eine neue Drogenge-setzgebung.

3. Was müssen wir ändern?

Wir müssen die rechtliche Situation ändern: raus aus der Illegalität, Entkriminalisierung, Graubereiche wie das Thema „Verschaffen einer Gelegenheit“ überwinden. Dadurch würde es uns auch gelingen, uns und unsere Kommunikation mit den Zielgruppen über Prävention und Harm Reduction zu verändern und zu erleichtern: Es wäre einfacher, Peers als Multiplikator*innen zu erreichen und MIT den Menschen, statt ÜBER die Menschen zu sprechen.

Die Kooperation zwischen Aids- und Drogenhilfe muss verbessert werden und unsere Angebote und Botschaften müssen ausdifferenziert werden. Unsere Zielgruppen sind vielfältiger geworden. Es gibt nicht mehr „den Drogengebraucher“ oder „den schwulen Mann“. Auch mehr Solidarität unter den Zielgruppen sollte gefördert werden.

4. Was haben wir?

Wir verfügen als Grundhaltung über Lebensstilakzeptanz. Alles, was in unseren Arbeitsbereichen schon gut läuft, wäre anders nicht möglich. Daher verdankt sich der Erfolg auch der zielgruppenspezifischen Prävention. Lebensstilakzeptanz beinhaltet auch eine individuelle Herangehensweise an die Bedürfnisse unserer Zielgruppen: Abstinenz kann selbstverständlich das Ziel sein, ist aber nicht für alle eine Option. Das gilt es bei unseren Angeboten zu berücksichtigen.

Wir verfügen über eine hohe Vernetzungskompetenz vor Ort. Auch wenn die Vernetzung der verschiedenen Hilfesysteme noch ausgebaut werden kann, sind die richtigen Ansprechpartner*innen in der Region in der Regel bekannt und werden bei Bedarf zurate gezogen.

Im Sinne der strukturellen Prävention gilt es zudem, Orte für die Community zu schaffen, in denen man mit Gleichgesinnten zusammenkommen kann, ohne dass etwa der Substanzkonsum im Vordergrund steht.



Abschlussplenum

Nach einer kurzen Zusammenfassung der Open-Minded-Runden und Berichte aus den einzelnen Workshops des Tages läutete Dr. Guido Schlimbach die Abschlussrunde mit den drei Geschäftsführern der veranstaltenden Organisationen ein und bat Dr. Thomas Hambüchen, Michael Schuhmacher und Patrik Maas um ein Resümee jeweils aus Sicht ihrer Organisation. Was habe der Fachtag jetzt schon gebracht und welche Botschaft sende er an die Politik und die Teilnehmer*innen?

Dr. Thomas Hambüchen erklärte für die Drogenhilfe Köln, dass ihm dieser Fachtag vor allem noch einmal deutlich gemacht habe, wie notwendig es sei, die unterschiedlichen Hilfesysteme stärker miteinander zu verknüpfen. Drogenhilfe, Aidshilfe, Kliniken und Praxen müssten zum Wohl der Patient*innen inhaltlich wie strukturell stärker kooperieren. Es sei erforderlich, die finanziellen Rahmenbedingungen zu schaffen, die ein umfassendes Angebotsspektrum vom abstinenzorientierten Ansatz bis zum kontrollierten Konsum für die jeweiligen Zielgruppen ermöglichten. Hier müsse der individuelle Bedarf an Prävention und Therapie im Mittelpunkt stehen. Dass so viele Menschen aus unterschiedlichsten Zusammenhängen an der Tagung teilgenommen und sich an den Diskussionen beteiligt hätten, unterstreiche die Bedeutung des Themas Lust und Rausch sowohl für die Prävention als auch für die Therapie. Wir hätten im Laufe des Tages gute Argumente zusammentragen können, die für die Realisierung und Förderung zukünftiger Projekte und Angebote nützlich seien.

Dr. Hambüchen bedankte sich besonders bei den niedergelassenen Ärzt*innen für deren Input. Er meinte, dieser sei sehr hilfreich in der weiteren Auseinandersetzung mit den Kostenträgern. In dem Konsens, den die drei Veranstalter bei diesem Fachtag gezeigt hätten, sehe er den richtigen Weg für die zukünftige Zusammenarbeit.

Michael Schuhmacher machte deutlich, dass gerade die Heterogenität der Teilnehmer*innen am Fachtag und die Art des Austausches dazu geführt hätten, voneinander zu lernen.

Man habe sich trotz der Rückmeldungen zu dem Thema nicht entmutigen lassen, diese Veranstaltung zu organisieren und durchzuführen, und er sehe die Anwesenheit der Teilnehmer*innen und die geführten Diskussionen als Bestätigung dafür, dass es das richtige Thema zur richtigen Zeit (gewesen) sei. Eine entscheidende Erkenntnis des Fachtages sei aus seiner Sicht, dass es in diesem Kontext möglicherweise nicht einen Königsweg, sondern viele Wege zu verbesserten Angebotsstrukturen für unsere Zielgruppe gebe.

Patrik Maas sagte, er habe an diesem Tag eine Energie, eine Aufbruchstimmung wahrgenommen, die nun genutzt werden müsse. Diese Energie, aber auch die Erkenntnisse aus den Vorträgen und Workshops dieses Fachtags werde er in Zukunft in seine Arbeit einbauen und fordern, dass sich Bedingungen verändern müssten, um Menschen zu befähigen, ihrer individuellen Lebenssituation entsprechend Strategien zum Erhalt ihrer Gesundheit zu entwickeln und auch umzusetzen. Auch wenn das oft nicht in das herkömmliche Gesellschaftsbild passe.

Das Thema Lust und Rausch sei nicht neu. Er aber sei der Überzeugung, man habe an diesem Tag einen wichtigen Impuls gesetzt, und er hoffe, dass man mit dieser Veranstaltung in Hinblick auf die Präventions- und Hilfsangebote für schwule Männer, die man in der Vergangenheit möglicherweise nicht im Blick gehabt habe, einen großen Schritt weitergekommen sei. Kooperationen und eine gute Vernetzung aller Akteur*innen seien hier der Schlüssel für erfolgreiche Projekte.



Herausgeberin

Aidshilfe NRW e.V.
Lindenstraße 20
50674 Köln
Fon: 0221 - 925996-0
Fax: 0221 - 925996-9
info@nrw.aidshilfe.de
nrw.aidshilfe.de

Redaktion

Bernd Vielhaber
Markus Schmidt

Layout und Satz

Markus Schmidt

Fotos

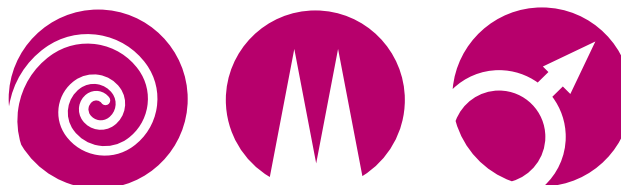
Martin Wickenhäuser

Druck

druckhaus-sued.de
Februar 2017

gefördert vom:

**Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen**





nrw.aidshilfe.de

aidshilfe-koeln.de

drogenhilfe-koeln.de