

NEPTUNE

Konsum von Partydrogen unter lesbischen, schwulen,
bisexuellen und transgender (LGBT) Personen

SuPraT - Suchtfragen in Praxis und Theorie e.V.

NEPTUNE

Konsum von Partydrogen unter lesbischen,
schwulen, bisexuellen und transgender
(LGBT) Personen

Club Drug Clinic/CAPS
Central and North West London NHS Foundation Trust (CNWL)

Deutsche Übersetzung und Adaption:
SuPraT – Suchtfragen in Praxis und Theorie e.V.

NEPTUNE

Club Drug Use Among Lesbian, Gay, Bisexual and Trans (LGBT) People

2016 NEPTUNE (Novel Psychoactive Treatment UK Network)

NEPTUNE (Novel Psychoactive Treatment UK Network)

Club Drug Clinic/CAPSCentral and North West London NHS Foundation Trust (CNWL)

69 Warwick Road

Earls Court

SW5 9HB

<http://www.neptune-clinical-guidance.co.uk>

2017

Deutsche Übersetzung und Adaption:

SuPraT – Suchtfragen in Praxis und Theorie e.V.

Linsenstraße 2

99974 MÜHLHAUSEN, GERMANY

www.suprat.de

Novel Psychoactive Treatment UK Network

NEPTUNE

Konsum von Partydrogen unter lesbischen, schwulen, bisexuellen und transgender (LGBT) Personen

Dima Abdulrahim, Christopher Whiteley, Monty Moncrieff und Owen Bowden-Jones

Diese Veröffentlichung des Novel Psychoactive Treatment UK Network (NEPTUNE) ist durch ein Copyright geschützt. Die Reproduktion der NEPTUNE-Handlungsempfehlungen ist unter Angabe der Quelle gestattet.

© 2016 NEPTUNE (Novel Psychoactive Treatment UK Network)

NEPTUNE (Novel Psychoactive Treatment UK Network)
Club Drug Clinic/CAPS Central and North West London NHS Foundation Trust (CNWL)
69 Warwick Road
Earls Court
SW5 9HB
<http://www.neptune-clinical-guidance.co.uk>

Die Handlungsempfehlungen basieren auf einer Kombination von Literatur-Review und Experten-konsens. Wir übernehmen keine Verantwortung oder Haftung für jegliche Folgen, die aus der Anwendung der Informationen in diesem Dokument entstehen.

Die empfohlene Zitierung dieses Dokuments ist folgende:

Abdulrahim D., Whiteley C., Moncrieff M., Bowden-Jones O. (2016). *Club Drug Use Among Lesbian, Gay, Bisexual and Trans (LGBT) People*. London: Novel Psychoactive Treatment UK Network (NEPTUNE).

Abdulrahim D., Whiteley C., Moncrieff M., Bowden-Jones O. (2017). *Konsum von Partydrogen unter lesbischen, schwulen, bisexuellen und transgender (LGBT) Personen*. Mühlhausen: SuPraT – Suchtfragen in Praxis und Theorie e.V. (deutsche Übersetzung).

NEPTUNE wird von der Health Foundation finanziert, einer unabhängigen Hilfsorganisation, die an einer Verbesserung der Qualität des Gesundheitswesens im Vereinigten Königreich arbeitet.

Dieses Dokument wurde als Teil einer Reihe von klinischen Handlungsempfehlungen und Hilfsmitteln geschrieben, deren Ziel es ist, der klinischen Praxis evidenzbasiertes Wissen über Schäden im Zusammenhang mit dem Konsum von „Partydrogen“ zur Verfügung zu stellen. Es ist eine Ergänzung des Buches „Guidance on the Clinical Management of Acute and Chronic Harms of Club Drugs and Novel Psychoactive Substances“ (www.neptune-clinical-guidance.co.uk), in deutscher Übersetzung erschienen unter dem Titel „Handlungsempfehlungen zum klinischen Umgang mit akuten und chronischen Schäden durch Partydrogen und Neue Psychoaktive Substanzen“ (www.suprat.de), und sollte in Verbindung mit diesem gelesen werden.

Diese deutsche Übersetzung und Adaption des Originaltexts wurde mit freundlicher Genehmigung der NEPTUNE-Gruppe erstellt.

SuPraT übernimmt keine Haftung und Garantie für die Richtigkeit von Originaltext und Übersetzung.

Für nähere Informationen zur deutschen Fassung sowie zum Erwerb einer Printversion dieses Dokuments (im Rahmen einer Schutzgebühr) kontaktieren Sie:

SuPraT – Suchtfragen in Praxis und Theorie e.V.
Linsenstraße 2 in 99974 Mühlhausen/ Germany
www.suprat.de

Produktion und Design von Ralph Footring Ltd., www.footring.co.uk

Produktion und Design der deutschen Übersetzung von SuPraT, www.suprat.de

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Ziele dieses Dokuments	1
2. Drogenkonsum und LGBT-Populationen	4
2.1. Prävalenz und Muster des Drogenkonsums	4
2.2. Multipler Substanzgebrauch, schädlicher Konsum und abhängiger Konsum.....	5
2.3. Verständnis der höheren Prävalenzraten des Drogenkonsums in LGBT-Populationen und der Unterschiede im Drogenkonsum innerhalb dieser Populationen.....	6
2.3.1. <i>Geschlechtereffekte</i>	7
2.3.2. <i>Alterseffekte</i>	7
2.3.3. <i>Minderheitenstress</i>	7
2.3.4. <i>Bisexualität</i>	7
2.3.5. <i>HIV-Status als Stressfaktor</i>	8
2.4. Konsum bei Clubgängern aus der Schwulenszene	9
2.5. Hochriskanter Drogenkonsum und hochriskantes Sexualverhalten in häuslicher Umgebung	9
2.6. Geographie und Lage.....	10
3. Risiken und Schäden	11
3.1. Zusammenhänge zwischen Drogenkonsum und riskantem Sexualverhalten	11
3.2. Drogenkonsum von HIV-positiven schwulen Männern und MSM	13
3.3. Drogenkonsum in einem sexuellen Kontext: „Chemsex“	14
3.4. Drogenkonsum und Adhärenz der HIV-Medikation: Drogenwechselwirkungen	14
3.5. Injektionsrisiken	15
3.6. Moderne Technologie als ein Moderator von hochriskanten Verhaltensweisen.....	16
4. Maßnahmen gegen Drogenkonsum und Ansprechen auf therapeutische Interventionen	18
4.1. Drogenbezogene Interventionen im Rahmen von sexuellen Gesundheitsdiensten	18
5. Biopsychosoziale Interventionen bei Drogenkonsum in LGBT-Populationen	20
5.1. Interventionen mit höherer Intensität.....	20
5.1.1. <i>Pharmakologische Interventionen</i>	20
5.1.2. <i>Psychosoziale Interventionen</i>	20
5.2. Mainstream oder spezialisierte MSM-Dienste oder -programme?.....	21
5.3. Auswirkungen einer Drogenbehandlung auf die sexuelle Gesundheit	23
6. Abschließende Bemerkungen	24
7. Referenzen	25

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Illegaler Drogenkonsum unter Erwachsenen im letzten Jahr.....	4
Abbildung 2 Illegaler Drogenkonsum unter schwulen oder bisexuellen Erwachsenen im letzten Jahr.	5

1. Einleitung und Ziele dieses Dokuments

Internationale Studien sowie Daten aus dem Vereinigten Königreich legen nahe, dass die Prävalenz des Drogenkonsums unter jungen Erwachsenen, „Clubgängern“ (diejenigen, die häufig im Nachtleben aktiv sind und in Diskotheken/Clubs gehen) und in lesbischen, schwulen, bisexuellen und transgener (LGBT-)Populationen sowie unter Männern, die Sex mit Männern haben (MSM*), im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung besonders hoch ist. Dieses Dokument konzentriert sich auf LGBT-Populationen und soll verbesserte Angebote und Behandlungspläne steuern. Es beschreibt Muster des Konsums von Partydrogen innerhalb dieser Subpopulationen, wie sie in der Literatur berichtet wurden. Es betrachtet die Faktoren, die Auswirkungen auf den Konsum von Substanzen in LGBT-Populationen haben könnten, und erörtert drogenbezogene und andere Schädigungen, die mit dem Drogenkonsum in diesen Populationen im Zusammenhang stehen, einschließlich hochriskantes Sexualverhalten.

Wieso sollte die Planung und Entwicklung von Hilfsangeboten die speziellen Bedürfnisse von LGBT-Populationen adressieren? Angesichts des Ausmaßes sozioökonomischer und kultureller Determinanten der Menge und Muster des Substanzkonsums ist es nicht überraschend, dass Faktoren wie die Mitgliedschaft einer soziodemographischen Minderheit mit einzigartigen Substanzkonsummustern zusammenhängen. Unterschiedliche Subgruppen aus der Gesamtbevölkerung zeigen oftmals einzigartige Muster bei einer Reihe von Verhaltensweisen; Substanzkonsum ist keine Ausnahme. Diese Muster bieten einen wichtigen Kontext für Forschungsergebnisse und die Bereitstellung von geeigneter und effektiver Behandlung.

Es ist auch extrem wichtig, diese Informationen nicht zu verwenden, um LGBT-Populationen zu stigmatisieren, zu stereotypisieren oder zu pathologisieren oder die Angelegenheit zu sensationalisieren. Während die Drogenkonsumraten unter LGBT-Personen höher sind als in der allgemeinen Bevölkerung, konsumiert die Mehrheit der LGBT und MSM keine Substanzen, genauso wie die allgemeine Bevölkerung. Unter denen, die Substanzen konsumieren, tut die Mehrheit dies in einer Weise, die nicht mit signifikanten Schädigungen einhergeht.

Diskriminierung und Stigmatisierung, die von Minderheiten erlebt werden, sind ein wesentlicher Kontext, um die gemachten Erfahrungen von solchen Gruppen zu verstehen. Die Erfahrung gesundheitlicher Ungleichheiten, einschließlich Hürden beim Zugang zur Gesundheitsversorgung, steht oft mit der Zugehörigkeit zu bestimmten soziokulturellen Gruppen im Zusammenhang. LGBT-Personen suchen weniger Hilfe bei gesundheitlichen oder sozialen Versorgungsdiensten als die allgemeine Bevölkerung und halten sich bezüglich ihrer sexuellen Identität gegenüber denjenigen, die Gesundheitsleistungen bereitstellen, eher bedeckt.^{1,2}

* Ein Großteil der relevanten Literatur übernimmt die Ausdrucksweise „Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)“, was sich generell auf das sexuelle Verhalten bezieht, unabhängig von der sexuellen Orientierung oder Identität.

Es ist auch wichtig, nicht zu vergessen, dass LGBT-Personen keine homogene Population sind. LGBT-Personen im Vereinigten Königreich sind verschieden, wobei einige aus schwarzen, asiatischen und anderen ethnischen Minderheitengruppen und einige aus anderen Minderheiten, wie zum Beispiel Menschen mit Behinderungen, stammen. Solch eine Intersektionalität ist in sich ein komplexes und kaum erforschtes Gebiet und geht aus diesem Grund über den Rahmen dieses Dokuments hinaus. Mehr Forschung ist nötig, um einen Behandlungserfolg anzuzeigen.

Die Grenzen dieses Dokuments schließen die Tatsache ein, dass insbesondere über schwule Männer und andere MSM berichtet wird, bei denen ein Großteil der Studien durchgeführt wurde, obwohl die Betrachtung von Drogenkonsum und -schäden in LGBT-Populationen beabsichtigt war. Studien zu lesbischen und bisexuellen Frauen sind sehr begrenzt, und über transgender Personen ist so gut wie gar nichts geschrieben worden. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Forschungsergebnisse und Handlungsempfehlungen bezüglich MSM auf andere Gruppen anwendbar sind. Zudem existiert zwar eine relativ große Menge an Studien zum Drogenkonsum unter MSM, dennoch sind mehr Untersuchungen notwendig. Viele der Studien betrachten MSM als einzige Gruppe, ohne zwischen schwulen und bisexuellen Männern zu unterscheiden. Studien, die auf bisexuelle Männer fokussieren, sind besonders rar.

Auch wenn der Drogenkonsum und damit einhergehende Schädigungen in MSM-Populationen in einem größeren Kontext verstanden werden müssen, ist unser Verständnis von diesem Kontext noch begrenzt. Internationale Studien zum Drogenkonsum bei schwulen Männern und MSM fokussierten den Schnittpunkt dieser Verhaltensweisen, die zu spezifischen gesundheitlichen Bedenken führen können. Die Forschung hat sich insbesondere auf das erhöhte Risiko von sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten (*sexually transmitted infections*, STIs) und durch Blut übertragbaren Virusinfektionen (*blood-borne viruses*, BBVs) konzentriert, wie zum Beispiel HIV, wo es bestimmte subkulturelle Zusammenhänge zwischen Sexualverhalten und Substanzkonsum gibt. Dieser Fokus ist zweifellos wichtig. MSM sind im Vereinigten Königreich nach wie vor die Gruppe, die am häufigsten von HIV betroffen ist; Infektionsraten mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) könnten unter ihnen ansteigen und es gibt im Vereinigten Königreich immer mehr Bedenken über den Drogenkonsum im Kontext sexuellen Risikoverhaltens, manchmal auch als „Chemsex“ bezeichnet. Allerdings kann die Priorisierung dieses sexuellen Kontexts über andere gesundheitliche Bedenken den Umfang und die Vollständigkeit unseres Verständnisses der Bedürfnisse von LGBT-Populationen verringern und erklärt vielleicht die Knappheit an Forschung über Substanzkonsum unter anderen gender und sexuellen Minderheiten. Sie kann auch eine auf das Geschlecht und auf Krankheiten fokussierte Berichtweise verstärken und, teilweise, mangels eines ganzheitlichen Ansatzes zu der geringeren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch MSM beitragen.

Zusätzlich zu den Schädigungen, die direkt auf den Drogenkonsum zurückzuführen sind, hat die LGBT-Population auch eine unverhältnismäßige Belastung durch andere Schädigungen (psychisch, sozial und physisch), und diese Population ist wahrscheinlich darüber mehr in Sorge als speziell über die drogenbedingten. Zum Beispiel leiden zufolge der *UK Household Longitudinal Study* MSM im Vergleich zu anderen Männern doppelt so häufig an Depressionen und Ängsten.³ Ähnlich haben andere Studien gezeigt, dass LGBT-Jugendliche ein größeres Risiko für depressive Symptome und Suizidgedanken haben als heterosexuelle Jugendliche.^{4,5} Ein besseres Verständnis dieser Faktoren ist eine Voraussetzung für verbesserte Behandlungserfolge, einschließlich bei Problemen bezogen auf Substanzmissbrauch.

Es gibt immer mehr Hinweise darauf, dass es drei verschiedene, aber sich überschneidende Bereiche gibt, in denen MSM-Populationen eine unverhältnismäßige Krankheitslast tragen: sexuelle Gesundheit (insbesondere HIV-Infektionen), psychische Gesundheit und der Konsum von Alkohol, Drogen und Tabak.⁶ Von *Public Health England* (PHE) wurde ein Aktionsplan ausgearbeitet, um die Gesundheit und das Wohlbefinden von MSM zu fördern. Dieser Aktionsplan identifiziert und adressiert die strukturellen und direkten Determinanten für sexuelle Gesundheit, psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch, mit dem obersten Ziel, diese spezifischen Ungleichheiten zu verringern, um die Gesundheit und das Wohlbefinden von MSM im Allgemeinen zu verbessern.⁷

2. Drogenkonsum und LGBT-Populationen

2.1. Prävalenz und Muster des Drogenkonsums

Insgesamt zeigen internationale Studien und Daten aus dem Vereinigten Königreich, dass die Substanzkonsumraten in LGBT-Gruppen höher sind als in der allgemeinen Bevölkerung. Innerhalb dieser Gruppen sind die Drogenkonsumraten unter MSM am höchsten, obwohl es nur eine Minderheit der schwulen Männer ist, die Drogen konsumieren. LGBT-Personen haben auch früh einige neue Drogentrends übernommen (*early adopters*), wie zum Beispiel Partydrogen und neue psychoaktive Substanzen (NPS).⁸

Die jüngsten Daten zum Drogenkonsum auf Bevölkerungsebene in lesbischen, schwulen und bisexuellen (LGB-)Populationen im Vereinigten Königreich werden durch die *Crime Survey for England and Wales* (CSEW) zur Verfügung gestellt; ein *Home-Office*-Bericht präsentiert kombinierte Daten für Erwachsene (im Alter von 16–59 Jahren) von Umfragen aus den Jahren 2011/12, 2012/13 und 2013/14 (siehe Abbildungen 1 und 2).⁹ Die relativ geringe Anzahl an LGB-Umfrageteilnehmer legt den Schluss nahe, die Befunde mit Vorsicht zu bewerten. Dennoch weisen die Daten auf ein höheres Drogenkonsumniveau in LGB-Populationen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Abbildung 1). Insgesamt hatten LGB-Erwachsene im letzten Jahr signifikant wahrscheinlicher illegale Drogen genommen (28.4%) als heterosexuelle Erwachsene (8.1%).

Schwule und bisexuelle Männer, die von der CSEW befragt wurden, hatten im letzten Jahr eher Drogen konsumiert als heterosexuelle Männer. Ein Drittel (33.0%) der schwulen und bisexuellen Männer hatte im letzten Jahr Drogen konsumiert, was etwa dreimal höher war als der Anteil der heterosexuellen Männer, die Drogen konsumiert hatten (11.1%). Höhere Konsumniveaus wurden bei der Mehrzahl der Drogen, die von der CSEW untersucht wurden, von schwulen und bisexuellen Männern als von heterosexuellen Männern berichtet (mit den größten nachgewiesenen Unterschieden bei Kokainpulver, Ecstasy, Amphetaminen, Methamphetamin, Cannabis, Beruhigungsmitteln, Ketamin und Amylnitrit).⁹

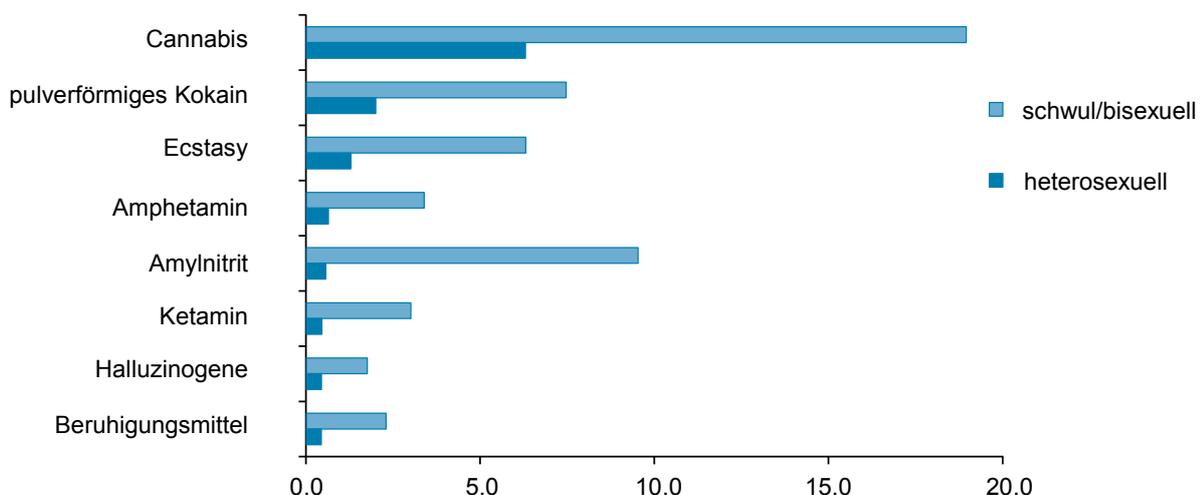


Abbildung 1 Illegaler Drogenkonsum unter Erwachsenen im letzten Jahr, nach Art der Droge und sexueller Orientierung, kombinierter CSEW-Datensatz von 2011/12 bis 2013/14 (nachgedruckt mit Genehmigung des Home Office).

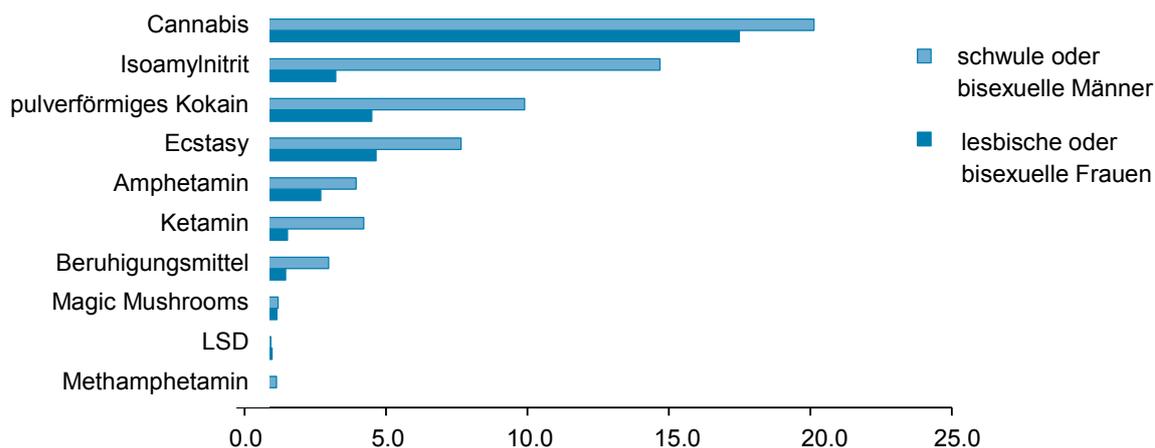


Abbildung 2 Illegaler Drogenkonsum unter schwulen oder bisexuellen Erwachsenen im letzten Jahr, nach Art der Droge und Geschlecht, kombinierter CSEW-Datensatz von 2011/12 bis 2013/14 (nachgedruckt mit Genehmigung des Home Office).

Der berichtete Konsum aller Stimulanzien war unter schwulen und bisexuellen Männern etwa fünfmal höher als unter heterosexuellen Männern, der Methamphetaminkonsum etwa 15-mal höher. Die CSEW und andere gezielte Umfragen berichten auch Evidenz dafür, dass sich der Konsum von einigen spezifischen Substanzen auf schwule und bisexuelle Männer konzentriert, insbesondere GHB/GBL^{8,10-12} und Methamphetamin.

Der CSEW zufolge lag der Drogenkonsum unter lesbischen und bisexuellen Frauen ähnlich höher (etwa viermal höher) als unter heterosexuellen Frauen (22.9% beziehungsweise 5.1%). Dieser Unterschied ist allerdings größtenteils auf die viel höheren berichteten Cannabiskonsumniveaus im letzten Jahr zurückzuführen (17.5% im Vergleich zu 3.8%). Unterschiede zwischen den Frauen in Abhängigkeit von ihrer sexuellen Orientierung waren bei dem Konsum anderer Substanzen nicht so groß wie bei Cannabis, aber dennoch wurden von den lesbischen und bisexuellen Frauen auch für Kokainpulver, Ecstasy, Halluzinogene, Amphetamine, Beruhigungsmittel, Ketamin und Amylnitrit höhere Konsumniveaus im vergangenen Jahr berichtet.⁹

Die CSEW betrachtete nicht den Drogenkonsum in transgender Populationen und Belege aus dem Vereinigten Königreich zum Substanzmissbrauch bei diesen sind fast nicht existent. Studien, die außerhalb des Vereinigten Königreichs durchgeführt wurden, zeigen, dass transgener Frauen eine höhere Prävalenz des Drogenkonsums haben als die Allgemeinbevölkerung.¹³

2.2. Multipler Substanzgebrauch, schädlicher Konsum und abhängiger Konsum

Menschen, die Partydrogen konsumieren, ungeachtet ihrer sexuellen Orientierung oder Identität, konsumieren oft mehr als eine Substanz. Es wurde sowohl simultaner (der Konsum von mehr als nur einer Droge zur selben Zeit) als auch gleichzeitiger Konsum (mehr als eine Drogenart, die innerhalb eines erweiterten Zeitraums konsumiert wird, zum Beispiel im letzten Jahr) berichtet. Dies gilt für heterosexuelle wie auch für LGBT-Personen.

Im Vereinigten Königreich zeigen Daten aus der *Gay Men's Sex Survey*, dass nur eine Minderheit derjenigen, die Drogen konsumierten, nur eine Droge konsumierte.¹⁴ Ähnlich deuten andere Umfragedaten aus den Jahren 2009–11 an, dass unter denjenigen, die mindestens den Konsum einer Droge im letzten Monat berichteten, nur 38% nur eine Droge konsumiert hatten.¹⁵

Von den Umfrageteilnehmern der *National LGB Alcohol and Drug Use Survey* berichteten 20% den gleichzeitigen Konsum von zwei oder mehr Substanzen, einschließlich Alkohol.¹⁵ Zum Beispiel gibt es einzelne Berichte des Konsums der Kombination aus GHB/GBL und Methamphetamin unter MSM in London, bei Usern manchmal bekannt als „G&T“, bezogen auf GBL (oft „G“ genannt) und „Tina“, einer der Straßennamen für Methamphetamin. Diese Kombination (ebenso wie andere, z. B. Mephedron und GHB/GBL) wird oft in einem sexuellen Kontext konsumiert (manchmal als „Chemsex“ bezeichnet). Multipler Substanzgebrauch wurde mit hochriskantem Sexualverhalten in Verbindung gebracht. Eine kleine Reihe an Studien hat gezeigt, dass MSM, die einen kürzlichen multiplen Substanzkonsum berichteten, eher von HIV-Risikoverhalten berichten als diejenigen, die nur eine Droge nahmen.^{16,17}

Das *National Drug Treatment Monitoring System* (NDTMS) verhilft zu manchen Einblicken in den problematischen Drogenkonsum unter schwulen und bisexuellen Männern in England, zumindest bei denen, die in einer Behandlung vorstellig werden. Die Drogenkonsumprofile von schwulen und bisexuellen Männern und von heterosexuellen Männern unterschieden sich deutlich. In den Jahren 2013–14 zeigte sich ein größerer Anteil an schwulen oder bisexuellen Männern in Behandlung mit problematischem Amphetaminkonsum (32% im Vergleich zu 7% der heterosexuellen Männer) und mit GBL-Konsum (16% im Vergleich zu 0.1%). Ein problematischer Konsum von Heroin und Crack war bei schwulen und bisexuellen Männern, die sich in Behandlung zeigen, weit weniger prävalent. Die Raten des injizierenden Opiatkonsums waren unter schwulen und bisexuellen Männern die gleichen wie unter heterosexuellen Männern. Allerdings injizierten schwule und bisexuelle Männer, die wegen des Missbrauchs von Nicht-Opiaten in Behandlung waren, eher (16%) als heterosexuelle Männer (3%), was eventuell die Praxis des injizierenden Mephedron- und Methamphetaminkonsums widerspiegelt, manchmal als „Slamming“ bezeichnet.^{6,18}

Bezüglich der Abhängigkeit stehen im Vereinigten Königreich keine Daten zur Verfügung, aber Überprüfungen der internationalen Literatur weisen darauf hin, dass lesbische, schwule und bisexuelle Studienteilnehmer ein höheres Risiko für Missbrauch und Abhängigkeit von Substanzen hatten als heterosexuelle Teilnehmer.⁵

2.3. Verständnis der höheren Prävalenzraten des Drogenkonsums in LGBT-Populationen und der Unterschiede im Drogenkonsum innerhalb dieser Populationen

Eine Reihe von Faktoren sind vorgebracht worden, um das Verständnis der speziellen Drogenkonsummuster und der höheren Prävalenz des Drogenkonsums in LGBT-Populationen zu ermöglichen.

Green und Feinstein¹⁹ haben argumentiert, dass das Muster des Substanzkonsums unter LGB-Personen weitestgehend mit Perspektiven sozialer Lerntheorien konsistent ist, die die Bedeutung des Konsums der Peergroup, die Erwartung bezüglich des Drogenkonsums und die Konsumtrigger hervorheben. Zu den soziokulturellen Faktoren, die mit Mustern des Substanzmissbrauchs in LGB-Populationen zusammenhängen, gehören Geschlecht und Alter, Zugehörigkeit zur schwulen Kultur, Level des „Outens“, Stress sexueller Minderheiten und HIV-Status sowie Mitgliedschaft in bestimmten sozialen Netzwerken.

2.3.1. Geschlechtereffekte

In heterosexuellen Populationen gibt es ausgeprägte Geschlechterunterschiede bezüglich der Prävalenz des Drogenkonsums, wobei Männer signifikant häufiger Drogenkonsum berichten als Frauen. Diese Geschlechterunterschiede scheinen allerdings in LGB-Populationen viel weniger signifikant zu sein (siehe Abbildung 2, S. 6). Es wurde argumentiert, dass unter lesbischen und bisexuellen Frauen das weibliche Geschlecht kein so robuster Schutzfaktor gegen Substanzmissbrauch zu sein scheint, wie es in heterosexuellen Populationen der Fall ist.¹⁹

Green und Feinstein argumentieren, dass aus einer Perspektive sozialen Lernens die Evidenz insbesondere zu Alter und Geschlecht darauf hindeutet, dass substanzbezogene Erwartungen und Normen in LGB-Populationen ein wenig anders sind. Das könnte mit der Wahrscheinlichkeit zusammenhängen, dass LGB-Personen nicht den traditionellen Normen von starkem Substanzkonsum als Aktivität einer männlichen und jungen Person entsprechen. Es ist auch denkbar, dass LGB-Personen weniger durch soziale Rollen beeinträchtigt sind, die mit einem starken Substanzkonsum unvereinbar sind, wie zum Beispiel Kindererziehung.

2.3.2. Alterseffekte

Es gibt Evidenz dahingehend, dass das Alter in der Allgemeinbevölkerung ein schützender Faktor gegen Substanzkonsum in der Art ist, dass die Substanzkonsumraten mit dem Alter generell abnehmen. Auch wenn die Forschung begrenzt bleibt und keine eindeutigen Schlüsse zulässt, gibt es Hinweise darauf, dass auch unter LGB-Individuen das Alter ein schützender Faktor ist, dass aber seine Auswirkungen weniger stark sein könnten als in heterosexuellen Populationen, sowohl bei Männern als auch bei Frauen.¹⁹

2.3.3. Minderheitenstress

Das Literatur-Review von Green und Feinstein¹⁹ stützt ein *Minority Stress Model*, in dem eine Verbindung zwischen erhöhten Substanzkonsumraten und LGB-spezifischen Stressfaktoren besteht, einschließlich Diskriminierung und internalisierter Homonegativität.^{20,21}

Es wurde argumentiert, dass stigmabezogene soziale Stressfaktoren und der zusätzliche Stress der Diskriminierung gegenüber sexuellen Minderheiten zu den erhöhten Substanzkonsumraten beitragen könnte.¹⁹

2.3.4. Bisexualität

Nur wenige Studien haben ausschließlich homosexuelle mit bisexuellen Personen verglichen. Ihre Befunde sind gemischt, mit einigen widersprüchlichen Ergebnissen. Kürzlich wurde von einigen argumentiert, dass Bisexualität mit einem problematischeren Drogenkonsum zusammenhängen könnte, als es der Fall unter denjenigen ist, die ausschließlich heterosexuell oder homosexuell sind. Zum Beispiel berichteten zwei Studien aus den Vereinigten Staaten marginal höhere Raten eines häufigen Drogenkonsums unter jungen bisexuellen Männern im Vergleich zu jungen homosexuellen Männern,^{22,23} und eine Studie an Studenten hat auch gezeigt, dass Bisexuelle, insbesondere Frauen, eher illegale Drogen konsumiert haben.²⁴ Eine australische Studie berichtete ähnliche Drogenkonsumraten unter schwulen Männern und anderen MSM,²⁵ und eine US-Studie berichtete keine Unterschiede.²⁶ Höhere Injektionsraten von bisexuellen Männern wurden in einer

kleinen Anzahl an Studien berichtet.^{22,27-29} Zu dem Zusammenhang zwischen Bisexualität und Drogenkonsum ist weitere Forschung nötig.

2.3.5. HIV-Status als Stressfaktor

Studien haben sich die bidirektionale Beziehung zwischen Drogenkonsum und HIV näher angesehen.³⁰ Während Drogenkonsum meist als ein Risikofaktor für HIV und HIV-riskantes Verhalten betrachtet wurde, wurde auch angedeutet, dass der HIV-Serostatus Drogenkonsummuster beeinflusst. Die Auswirkungen eines Lebens mit HIV wurden als ein Stressfaktor beschrieben, der mit dem Drogenkonsum unter MSM in Verbindung steht, und es wurde argumentiert, dass es begründet ist anzunehmen, dass ein positiver HIV-Status oder ein unbekannter Status von emotionalen Erfahrungen wie Angst oder Depressionen begleitet wird, die mit erhöhten Substanzkonsumraten zusammenhängen könnten.¹⁹

Die Verbindung zwischen HIV-Status und Drogenkonsum unter MSM ist in einer Reihe nationaler und internationaler Studien ausführlich dokumentiert worden,³¹⁻³⁵ in denen HIV-positive schwule Männer und MSM eher Drogen konsumierten als diejenigen, die keine HIV-Diagnose hatten. Es gibt konsistente Forschungsbefunde, dass der HIV-Status mit illegalem Drogenkonsum korreliert. Er steht auch mit dem Konsum bestimmter Substanzen in Verbindung und dem Konsum von Drogen in einem sexuellen Kontext.³⁶ Studien haben gezeigt, dass HIV-positive Männer eher Drogen in einem sexuellen Kontext konsumieren^{10,37,38} als diejenigen, von denen nicht bekannt ist, dass sie mit HIV leben.³⁶ Sowohl Studien im Vereinigten Königreich als auch in den Vereinigten Staaten haben gezeigt, dass HIV-positive Männer eher GHB/GBL konsumieren und es eher in einem sexuellen Kontext verwenden^{10,37,38} als diejenigen, bei denen keine Infektion bekannt ist.³⁶ Es gibt auch Anzeichen dahingehend, dass HIV-positive MSM eher Methamphetaminkonsum berichten als HIV-negative MSM³³⁻³⁵ und dass multipler Substanzgebrauch mit HIV-positivem Serostatus im Zusammenhang steht.²³ MSM mit HIV injizieren auch eher Drogen.³²

In einer Studie berichteten HIV-positive MSM die folgenden Faktoren als Motivatoren für den Konsum von Methamphetamin:

- sexuelle Verbesserung (es macht Sex angenehmer, es erleichtert sexuelles Experimentieren und es erleichtert, sich Sexualpartnern anzunähern und Sex zu haben, ohne dass dabei Emotionen im Spiel sind)
- Selbstmedikation von negativen emotionalen Auswirkungen, die mit einem positiven HIV-Status verbunden sind (es hilft der Person, mit der HIV-Diagnose umzugehen, es bietet eine temporäre Flucht vor der Gewissheit, HIV-positiv zu sein, es trägt zu einem besseren physischen Befinden der HIV-positiven Person und zur Bewältigung der Vorstellung vom Tod bei und es hilft HIV-positiven Männern im Umgang mit der negativen Selbstwahrnehmung und der gesellschaftlichen Zurückweisung, die aus ihrem Serostatus resultieren)²⁹

In ihrer UK-Studie berichten Bourne *et al.*, dass – mit Ausnahme von Alkohol, LSD, Crack und Heroin – alle anderen Drogen von schwulen und bisexuellen Männern mit einer HIV-Diagnose viel häufiger konsumiert werden als von anderen MSM. Insbesondere Methamphetaminkonsum bei MSM stand im Zusammenhang mit der HIV-Diagnose,³² eine Tatsache, die auch von einer Studie mit schwulen Männern aus London berichtet wurde.³¹ US-Studien haben auch gezeigt, dass HIV-positive MSM eher Methamphetaminkonsum berichten als HIV-negative MSM³³⁻³⁵ und eine Studie

berichtet, dass die HIV-Inzidenzrate bei MSM, die Methamphetamin konsumieren, mehr als doppelt so hoch ist als unter MSM, die kein Methamphetamin konsumieren.³⁹

Daten aus dem Vereinigten Königreich deuten auf Veränderungen in den Mustern des Drogenkonsums unter MSM hin, zumindest bei denen, die mit HIV leben. Verglichen mit einer vorangegangenen Studie aus den Jahren 2002/03³¹ über Konsum von Partydrogen bei HIV-diagnostizierten MSM, deutet eine jüngere Studie von Personen in HIV-Behandlung in London an, dass es in den Jahren 2011/12 Hinweise für einen höheren Konsum von Methamphetamin gibt als noch vor ungefähr 10 Jahren (4% vs. 10%), ebenso bei Kokain (14% vs. 23%), und eine höhere Injektionsprävalenz (1% vs. 4%), aber eine ähnliche Prävalenz des Konsums von Ketamin und Amphetamin sowie eine niedrigere Prävalenz des MDMA-Konsums. Es wurde argumentiert, dass dies verändernde Muster des Drogenkonsums bei HIV-diagnostizierten MSM widerspiegelt, mit möglichen Anstiegen des Methamphetaminkonsums und Injizierens.⁴⁰ Allerdings sind weitere Studien erforderlich, um diese Veränderung genauer bestimmen zu können.

2.4. Konsum bei Clubgängern aus der Schwulenszene

Umfragen zum Drogenkonsum auf Bevölkerungsebene, wie zum Beispiel die CSEW, und gezielte Umfragen haben immer wieder gezeigt, dass Menschen, die im Nachtleben aktiv sind, insbesondere in Nachtclubs, eher Partydrogen konsumieren als die Allgemeinbevölkerung.

Dies gilt auch für LGBT-Populationen. Wie bei der Allgemeinbevölkerung besteht zwischen dem Konsum von Drogen und der Teilnahme am Nachtleben ein Zusammenhang, wobei die höchsten Drogenkonsumraten von denen berichtet wurden, die schwulen- und MSM-freundliche Clubs besuchen.^{41,42}

Bourne *et al.* haben gezeigt, dass der Konsum von Methamphetamin, Mephedron, GHB/GBL und Ketamin mit dem Aufsuchen von Schwulencafés, Bars, Pubs und Clubs zusammenhängt. Schwule und bisexuelle Männer, die eine dieser Substanzen konsumierten, waren häufigere Besucher dieser Lokalitäten als schwule und bisexuelle Männer, die keine dieser Substanzen konsumierten.³² Bourne *et al.* deuten auch an, dass die Benutzung von Saunen und Hinterzimmern oder Sexclubs ebenfalls mit der Einnahme dieser Drogen im Zusammenhang stand.³²

Green und Finstein haben argumentiert, dass es Hinweise darauf gibt, dass sowohl ein hoher als auch ein niedriger Grad der Zugehörigkeit zur schwulen Kultur und spezifischen sozialen Aktivitäten (z. B. Besuche von Bars, Clubs und Partymeilen) unter LGB-Personen mit einem höheren Substanzkonsum einhergehen. LGB-Gemeinschaften haben sich historisch auf Aktivitäten ausgerichtet, die Alkohol- und Drogenkonsum einbeziehen (z. B. Bars, Clubs und Partys), was zu sozialen Netzwerken bestehend aus Substanzkonsumenten und zu mehr Kontakt mit Triggern des Substanzkonsums bei LGB-Personen führen könnte. Es wurde auch argumentiert, dass Erwartungen bezüglich Alkohol- und Drogenkonsum und die wahrgenommene Normalität in LGB-Gemeinschaften die Wahrscheinlichkeit steigern könnten, dass Individuen sich für starkes Trinken oder Drogenkonsum entscheiden.¹⁹

2.5. Hochriskanter Drogenkonsum und hochriskantes Sexualverhalten in häuslicher Umgebung

Obwohl Nachtclubs und andere Lokalitäten mit Drogenkonsum in Zusammenhang gebracht werden, gibt es immer mehr anekdotische Berichte, dass sehr hochriskanter Drogenkonsum und

hochriskantes Sexualverhalten in privaten Haushalten stattfinden. Insbesondere der Konsum von Methamphetamin steht Berichten zufolge mit Sex auf privaten Partys und „Chemsex“-Partys im Zusammenhang,³² wo Drogen zur Erleichterung des Geschlechtsverkehrs konsumiert werden. Diese Praktiken werden in Abschnitt 3.3 detailliert besprochen.

2.6. Geographie und Lage

Die Prävalenz von lebenslangem Drogenkonsum in der allgemeinen Bevölkerung ist im Vereinigten Königreich, in Frankreich und Dänemark höher als in anderen europäischen Ländern.⁴³ Wie in der Allgemeinbevölkerung gibt es auch in den LGBT-Gemeinschaften Unterschiede in den Drogenkonsumniveaus und -mustern basierend auf Geographie und Lage. Dies hat sich in Umfragen unter MSM gezeigt. Zum Beispiel berichtete die *European MSM Internet Survey* (EMIS) aus dem Jahr 2013,⁴⁴ dass das Vereinigte Königreich im Vergleich zu anderen Teilen Europas bei einigen Drogen höhere Konsumniveaus aufwies.

Innerhalb nationaler Grenzen bestehen ebenfalls Unterschiede basierend auf dem Ort. Es gibt Hinweise auf höhere Konsumniveaus in großen urbanen Zentren, besonders diejenigen mit großen schwulen Populationen, als in ländlichen Gebieten.^{45,46} Auch zwischen städtischen Gebieten bestehen Unterschiede. Zum Beispiel ergab eine Sekundäranalyse von EMIS-Daten aus dem Jahr 2010 im Vereinigten Königreich, dass Männer in London eher Drogenkonsum in den letzten vier Wochen berichteten als Männer in anderen Teilen Englands.³² Sie zeigte auch höhere Injektionsniveaus unter MSM in London als anderswo in England.

Auch auf städtischer Ebene gibt es Unterschiede. Die Forschung im Vereinigten Königreich hat beispielsweise gezeigt, dass Menschen, die in einem bestimmten Stadtteil leben, eher Drogen konsumieren könnten als diejenigen, die in einem anderen Teil derselben Stadt leben. Bourne *et al.* betrachteten den Drogenkonsum unter MSM, die in Lambeth, Southwark und Lewisham (LSL) in London leben, und verglichen ihn mit Bewohnern aus anderen Teilen Londons und im Vereinigten Königreich. LSL ist das Zuhause einer relativ großen MSM-Population und hat eine große kommerzielle Schwulenszene und ein ausgeprägtes Nachtleben sowie andere Sex-an-Ort-und-Stelle-Lokalitäten wie Saunen.³² Die Studie ergab, dass MSM, die innerhalb von LSL leben, eher innerhalb der letzten vier Wochen Drogen konsumiert hatten als diejenigen, die in anderen Teilen von London lebten. Besonders bemerkenswert waren die Unterschiede im Konsum von Kokain, Mephedron, GHB/GBL und Methamphetamin. Die Daten deuten auch auf ein höheres Niveau des multiplen Substanzgebrauchs unter LSL-Befragten verglichen mit anderen.³²

Die LSL-Daten sind ein interessantes Beispiel dafür, wie komplex die Verbindung zwischen einer hohen Konzentration von schwulentypischen Lokalitäten im Nachtleben und den Drogenkonsumniveaus ist. In dieser Studie wurde die höhere Konsumprävalenz eher von MSM berichtet, die in LSL *leben*, als von MSM, die Lokalitäten in LSL *aufsuchen*, aber anderswo leben.

Eine Reihe von Faktoren könnte mit diesen Unterschieden zusammenhängen, einschließlich verschiedener Subkulturen innerhalb von MSM-Populationen und die Verfügbarkeit von Substanzen in bestimmten Lokalitäten. Dies wirft auch Fragen dahingehend auf, ob sich MSM-spezifische Drogenberatungen an ähnlichen Orten befinden sollten (oder zumindest Hilfsangebote, die mit einer MSM-Population in kompetenter und verständnisvoller Weise umgehen können).

3. Risiken und Schäden

3.1. Zusammenhänge zwischen Drogenkonsum und riskantem Sexualverhalten

Der Konsum von Drogen in einem sexuellen Kontext ist in LGB- oder heterosexuellen Populationen nichts Neues. Der Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und Sexualverhalten ist in der Forschungsliteratur längst etabliert, ebenso wie die Evidenz dafür, dass der Konsum von Partydrogen mit hochriskanten sexuellen Aktivitäten zusammenhängt.^{47,48}

Studien haben Verbindungen zwischen Alkohol- und Drogenkonsum und HIV-bezogenes sexuelles Risikoverhalten berichtet, wie zum Beispiel ungeschützter (d. h. ohne Kondom) Analverkehr (*unprotected anal intercourse, UAI*).^{35,49} Obwohl sich dies außerhalb des Gegenstandsbereichs dieses Dokuments bewegt, sollte die Rolle von Alkohol nicht außer Acht gelassen werden. Eine Schottische Studie mit schwulen und bisexuellen Männern hat beispielsweise gezeigt, dass Alkohol die Substanz war, die am häufigsten mit UAI im Zusammenhang stand, wobei über Dreiviertel der Befragten berichtet haben, dass sie jemals während UAI betrunken waren, 14.4% immer betrunken und 63.4% manchmal betrunken.⁵⁰

Die Verbindungen zwischen dem Konsum von Drogen und sexuellen Verhaltensweisen mit einem hohen Risiko für sexuell übertragbare Infektionen und HIV-Übertragungen wurden umfassend dokumentiert und sind komplex. Es gibt keine Einigung darüber, ob die Verbindung kausal ist, allerdings gibt es einige Hinweise darauf, dass Individuen, die sich an hochriskanten sexuellen Aktivitäten beteiligen, eher Partydrogen konsumieren als diejenigen, die sich nicht daran beteiligen.⁵¹ Es gibt Evidenz dafür, dass bestimmte Substanzen bei hochriskantem Sexualverhalten häufiger involviert sind als andere. Es gibt auch Belege dafür, dass einige Subgruppen von MSM, und insbesondere diejenigen mit HIV, eher Substanzen konsumieren, die mit hochriskantem Sexualverhalten zusammenhängen.

Stimulanzien, Halluzinogene und andere Partydrogen steigern sexuelle Gedanken, intensivieren sexuelles Verlangen, verbessern und verlängern die Intensität des Geschlechtsverkehrs, verstärken Empfindungen, verbessern die sexuelle Funktionsweise und verlängern die sexuelle Leistung.^{52,53} Allerdings scheinen nicht alle Drogen die gleichen pro-sexuellen Wirkungen zu haben und manche spielen bei hochriskanten Verhaltensweisen eher eine Rolle als andere. Neuere Forschung zu den wahrgenommenen sexuellen Wirkungen der Partydrogen von schwulen und bisexuellen Männern hat gezeigt, dass es große Unterschiede gab, obwohl bei allen Drogen sexuelle Effekte angegeben wurden. Es wurde berichtet, dass unterschiedliche Drogen hinsichtlich der sozialen, sinnlichen und sexuellen Verbesserung, der sexuellen Interessen und Impotenz unterschiedliche Effekte haben. Dies weist darauf hin, dass Konsumenten unterschiedliche Motivationen für den Konsum jeder Substanz haben könnten und dass unterschiedliche Risikoniveaus mit unterschiedlichen Substanzen einhergehen.⁵⁴

Zusammenhänge mit hochriskantem Sexualverhalten wurden in Bezug auf eine Reihe von Drogen identifiziert, einschließlich Ecstasy⁵⁵ und Ketamin.⁵⁶ Studien haben gezeigt, dass GHB-Konsum mit vermehrten sexuellen Risiken⁵⁷ und potentieller HIV-Übertragung, anderen sexuell übertragbaren Infektionen und durch Blut übertragbaren Infektionen zusammenhängt.⁵⁷⁻⁵⁹ Obwohl wegen seines relativ kürzlichen Auftauchens in der Drogenszene bisher nur wenig über Mephedron bekannt ist,

gibt es einige Berichte von Konsumenten über eine erhöhte Sensualität, Enthemmung, prolongierte Leistung bei Männern und Fähigkeit bei Frauen, den Höhepunkt zu erreichen; Konsumenten haben auch berichtet, sich unter dem Einfluss von Mephedron an sexuellen Aktivitäten zu beteiligen, an denen sie sich nicht beteiligt hätten, wenn sie clean gewesen wären.^{29,53,60-63}

Methamphetamin ist die Droge, die am häufigsten mit Risikoverhalten bezüglich HIV assoziiert wird. Nichtsdestotrotz, während einige Studien nahelegen, dass sein Konsum zu hochriskanten Verhaltensweisen führt,⁶⁴ haben andere jegliche Kausalität zurückgewiesen.⁵⁹ Methamphetamin hat einen aphrodisierenden Effekt, mit gesteigertem sexuellen Antrieb, verminderter Müdigkeit und dem Verlust sexueller Hemmung. Es kann zu gesteigerter Libido, verzögerter Ejakulation, länger andauerndem Geschlechtsverkehr, verminderten humoralen Ausscheidungen^{65,66} und erhöhter Anzahl erlebter Orgasmen führen.⁶⁷⁻⁷⁰ Methamphetaminkonsumenten berichten auch von einem gesteigerten Verlangen nach Sex und erhöhter Aggressivität während der sexuellen Aktivität.^{71,72} Gleichermaßen steht Methamphetaminkonsum im Zusammenhang mit sexueller Enthemmung und folgendem Risikoverhalten, einschließlich mehr Sexualpartnern und ungeschütztem Geschlechtsverkehr.⁶⁷

Paradoxerweise gibt es Hinweise darauf, dass ein Langzeitkonsum von Methamphetamin bei einigen Männern mit einer verminderten sexuellen Funktionsweise einhergeht, besonders der Unfähigkeit zur vollständigen Erektion, verzögerter Ejakulation und der Unfähigkeit zum Erleben eines Orgasmus.^{68,71,73}

Der Zusammenhang zwischen Methamphetaminkonsum und ungeschütztem Sex wird seit einigen Jahren unter schwulen und bisexuellen Männern umfassend dokumentiert, besonders in den Vereinigten Staaten.^{48,74-77} Einige Studien haben gezeigt, dass Methamphetaminkonsum im Vergleich zum Konsum anderer Drogen ein besonders starker Prädiktor für UAI unter MSM ist.^{57,78} Methamphetamin wurde mit einer erhöhten Inzidenz sexuell übertragbarer Infektionen und HIV in Zusammenhang gebracht^{39,79,80} und als ein signifikanter Kofaktor im Zusammenhang mit einer Zunahme an HIV-Infektionen identifiziert.^{29,37,71,74,81-86} Die Forschung hat gezeigt, dass ein neu erkannter positiver HIV-Status mit Methamphetaminkonsum zusammenhing (im Vergleich zu Personen, die keine Drogen konsumieren), nicht aber mit dem Konsum anderer Partydrogen.⁸⁷ Studien haben berichtet, dass Männer, die Amphetamin konsumieren, sich 1.5–2.9-mal eher mit HIV infizieren als diejenigen, die es nicht konsumieren.⁸⁸⁻⁹² Darüber hinaus wurde auch ein Zusammenhang zwischen gesteigerter Intensität des Methamphetaminkonsums und dem HIV-Risiko beobachtet.⁹³

Es gibt auch Belege dafür, dass Methamphetaminkonsum unter MSM mit einer HIV-Diagnose mit hochriskantem Sexualverhalten einhergeht. Eine Studie mit MSM-Patienten, die in ambulante HIV-Kliniken gehen, berichtete, dass Methamphetamin stärker im Zusammenhang steht mit bezüglich HIV hochriskantem Geschlechtsverkehr ohne Kondome als andere häufig konsumierte Drogen.⁴⁰

Multipler Substanzgebrauch wurde mit hochriskanten Verhaltensweisen in Zusammenhang gebracht, wobei die Forschung zeigt, dass Männer, die multiplen Substanzgebrauch in der jüngeren Vergangenheit angeben, eher von HIV-Risikoverhalten berichten als Männer, die nur eine Droge nahmen.¹⁷ Eine Studie aus dem Vereinigten Königreich mit Patienten, die HIV-Kliniken besuchen, berichtete einen starken und konsistenten Zusammenhang zwischen einer größeren Anzahl an konsumierten Drogen und einer höheren Prävalenz von Sex ohne Kondomen, Gruppensex und multiplen neuen Sexualpartnern.⁴⁰ Die Studie zeigte auch die Auswirkungen des Drogenkonsums auf die Adhärenz antiretroviraler Medikamente, wobei Drogenkonsum unabhängig mit Non-Adhärenz assoziiert ist.⁴⁰

Die Rolle von Partydrogen bei sexuellen Übergriffen hat das Interesse der Medien auf sich gezogen, wobei GHB/GBL als ein Moderator bei „Date Rapes“ gilt, obwohl eine systematische Überprüfung der internationalen Evidenzen nahelegt, dass es in Fällen von sexuellen Übergriffen, bei denen das Opfer durch Drogen gefügig gemacht wird, selten identifiziert wird.⁹⁴ Dennoch gibt es einige Untersuchungen und anekdotische Evidenz dafür, dass Drogen bei nicht einvernehmlichen Sex eine Rolle spielen.

Da GHB/GBL oft mit Bewusstseinsverlust einhergeht, beschrieben die Befragten in der Studie von Bourne *et al.*³² mit schwulen und bisexuellen Männern, wie sie das Gefühl hatten, dass andere Männer aus ihrem vulnerablen Zustand einen Vorteil zogen, indem sie ohne ihre Zustimmung penetriert oder ausgeraubt wurden. Die Studie berichtete auch, dass Männer, die Opfer von nicht einvernehmlichen Sex wurden, ungern das Wort „Vergewaltigung“ oder „sexueller Übergriff“ verwendeten und keiner der Beteiligten an der Studie berichtete darüber als strafrechtlichen Vorfall; innerhalb des Kontexts von „Chemsex“ wurde die Linie bezüglich der Zustimmung als besonders schwammig betrachtet.³² Andere Drogen sind auch potentiell mit Vulnerabilität assoziiert, wobei Studienteilnehmer berichten, dass sie sich an sexuellen Verhaltensweisen beteiligten, während sie unter dem Einfluss von Stimulanzien wie Mephedron standen, an denen sie sich im nüchternen Zustand nicht beteiligt hätten.^{53,63}

Zweifellos müssen Risiken eines sexuellen Übergriffs und Fragen der Einwilligung durch therapeutische Interventionen adressiert werden, wobei zu berücksichtigen ist, dass junge Männer beim Zugang zur „Chemsex“-Szene besonders vulnerabel sein können. Viele sehen dies als wachsenden Problembereich, was weitere Forschung rechtfertigt. Die persönliche Sicherheit sollte bei Drogeninterventionen für Konsumenten von Partydrogen und besonders bei denen, die sich auf Chemsex einlassen, ebenfalls einbezogen werden.

3.2. Drogenkonsum von HIV-positiven schwulen Männern und MSM

Wie oben erwähnt, gibt es konsistente Forschungsergebnisse, dass der HIV-Status mit dem Konsum illegaler Drogen korreliert. Der HIV-Status ist auch mit dem Konsum bestimmter Substanzen verbunden. Es gibt Evidenzen dafür, dass Methamphetamin eher von schwulen Männern und anderen MSM mit HIV konsumiert wird. HIV-positive MSM berichten eher Methamphetaminkonsum als HIV-negative MSM³³⁻³⁵ und sein Konsum von dieser Gruppe von Männern kann besonders mit hochriskanten Verhaltensweisen assoziiert sein. Es wurde argumentiert, dass Männer mit HIV, die Methamphetamin konsumieren, ein erhöhtes Risiko einer Übertragung des Virus haben, da der Konsum dieser Substanz mit einer Reihe von Risikofaktoren zusammenhängt, einschließlich behavioraler Enthemmung, gesteigertem sexuellem Verlangen, niedrigen Raten des Kondomgebrauchs, hohen Raten von sexuell übertragbaren Infektionen und gesteigertem Verlangen nach hochriskanten sexuellen Aktivitäten.^{29,74,95-97}

Studien haben gezeigt, dass HIV-positive MSM, die Methamphetamin konsumieren, im Vergleich zu MSM, die kein Methamphetamin konsumieren, sich (unabhängig von ihrem HIV-Status) signifikant häufiger auf Anal- oder Gruppensex ohne Kondome einlassen, multiple Sexpartner haben, Sexpartner im Internet finden, Sex mit einem injizierenden Drogenkonsumenten haben und beim Sex intoxikiert sind.^{57,78}

3.3. Drogenkonsum in einem sexuellen Kontext: „Chemsex“

Es gibt Hinweise darauf, dass es bei manchen MSM eine starke erlernte Assoziation zwischen Drogenkonsum (einschließlich Alkohol) und sexuellen Erfahrungen gibt.^{29,98} Einige Umfrageteilnehmer berichteten, dass sie niemals Sex hatten, ohne Substanzen zu konsumieren,⁷⁴ oder dass sie keinen Sex haben könnten, wenn sie nicht Methamphetamin konsumieren.²⁹

Im Vereinigten Königreich gibt es immer mehr Bedenken über die Beteiligung einer Minderheit von MSM beim „Chemsex“, einem Begriff zur Beschreibung von Sex zwischen Männern, der unter dem Einfluss von Drogen unmittelbar vor und/oder während des Geschlechtsakts stattfindet.³² Eingenommen werden Drogen oder Kombinationen von Drogen, die häufig Gefühle sexueller Erregung oder Enthemmung unterstützen, insbesondere Methamphetamin, Mephedron und GHB/GBL. Manchmal tritt der Geschlechtsakt über längere Zeiträume auf – er kann sogar Tage andauern – besonders wenn Methamphetamin konsumiert wird.³² Es wird auch berichtet, dass die Drogen eine hohe Anzahl an Sexualpartnern über einen kurzen Zeitraum hinweg, wie zum Beispiel ein Wochenende, ermöglichen,³² wobei Leistungsnutzungsdaten und eine LGBT-Organisation von durchschnittlich fünf Sexualpartnern pro Geschlechtsakt ausgehen.⁹⁹ Eine Chemsex-Party findet normalerweise in einer Privatwohnung statt und seine primäre Funktion ist Gruppensex.

Die Arten von Problemen, die mit Chemsex assoziiert werden, beinhalten hochriskante sexuelle Aktivitäten und Injizieren – tatsächlich scheint das Injizieren für manche Personen sexualisiert worden zu sein – und insbesondere das Teilen von Injektionsutensilien.

Diese Kombination von Faktoren wurde als „ein perfekter Sturm für die Übertragung von HIV und HCV sowie als ein Katalog von den sich daraus ergebenden psychischen Gesundheitsproblemen“ beschrieben.¹⁰⁰ Es wurde die Ansicht vertreten, dass Chemsex als eine gesundheitspolitische Priorität klassifiziert werden sollte.¹⁰¹ MSM, die sich auf Chemsex einlassen, können einem erhöhten Risiko für Infektionen von durch Blut übertragbaren Viren, sexuell übertragbare Infektionen und andere Erkrankungen wie *Shigellen*-Infektion ausgesetzt sein.¹⁸

Das Ausmaß dieser spezifischen Reihe von Verhaltensweisen und der Schädigungen, die damit assoziiert werden, sind bisher relativ unbekannt, obwohl die Evidenz nahelegt, dass eine Minderheit von MSM beim Chemsex involviert ist. Es gibt Bedenken über anekdotische Hinweise, dass viele der Männer, die Drogen in einem sexuellen Kontext konsumieren, dieses Verhalten nicht als problematisch empfinden. Es wurde empfohlen, dass dies bei der Gestaltung von Interventionen berücksichtigt werden sollte. Es ist allerdings wichtig nicht zu vergessen, dass nur eine Minderheit von MSM Drogen konsumiert, dass nur eine Minderheit von MSM, die Drogen konsumiert, dies auch in einem sexuellen Kontext tut und dass nicht alle MSM, die Drogen in einem sexuellen Setting konsumieren, dies in einer problematischen Weise tun.¹⁸

3.4. Drogenkonsum und Adhärenz der HIV-Medikation: Drogenwechselwirkungen

Drogenkonsum und multipler Substanzgebrauch können die Adhärenz sowie die Wirksamkeit einer antiretroviralen Therapie (ART) beeinträchtigen.¹⁰² Konsum von Partydrogen wurde immer wieder mit geringeren Adhärenzraten der HIV-Medikamente verbunden,¹⁰³⁻¹⁰⁵ sogar mit einem noch geringeren Niveau unter Personen mit multiplen Substanzgebrauch.¹⁰⁶ Es gibt auch einige Hinweise auf eine Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen dem Konsum bestimmter Drogen und der Medikamentenadhärenz, die andeutet, dass ein exzessiver oder schwerer Konsum besonders nachteilige Auswirkungen auf die Medikamentenadhärenz haben kann,¹⁰⁷ obwohl dies noch weiter untersucht werden muss.

Es gibt allerdings Evidenz dafür, dass bei der Mehrheit der Konsum von Partydrogen die Adhärenz der HIV-Medikation nicht beeinträchtigt. Obwohl die ASTRA-Studie berichtete, dass der Konsum von Partydrogen mit Non-Adhärenz der ART und einer niedrigeren Prävalenz der unterdrückten Viruslast assoziiert war, hatte die Mehrheit (87%) der HIV-diagnostizierten MSM in ART, die Partydrogen konsumieren, eine unterdrückte Virenlast, was zeigt, dass der Konsum von Partydrogen nicht unbedingt mit einer guten ART-Adhärenz unvereinbar ist. Dies schließt auch die Mehrheit (83%) derjenigen in ART ein, die fünf oder mehr Partydrogen konsumierten.⁴⁰ Probleme mit der Adhärenz der HIV-Medikamente im Kontext des Partydrogenkonsums von MSM wird wahrscheinlich signifikanter, wenn die PrEP (Präexpositionsprophylaxe) ein bedeutenderes Element der HIV-Prävention wird.

Der Drogenkonsum durch HIV-positive Individuen, die antiretrovirale Medikamente verschrieben bekamen, ist deshalb hinsichtlich der Compliance¹⁰² und schwerwiegender Drogenwechselwirkungen^{102,105} ein Grund zur Besorgnis. Unerwünschte Wechselwirkungen zwischen Mitteln, die bei einer HIV-Infektion häufig verordnet werden, und Partydrogen könnten ernsthafte klinische Folgen haben.¹⁰⁸⁻¹¹²

Ein Beispiel für eine Droge, die mit ART interagiert, ist GHB/GBL. Es senkt die Anfallsschwelle und sollte bei HIV-positiven Patienten, die für Anfallsleiden prädisponiert sind (z. B. diejenigen mit Toxoplasmose, Kryptokokkenmeningitis), mit Vorsicht verwendet werden.¹⁰⁵ GHB/GBL kann auch schwere Übelkeit, Erbrechen und Reizung von Magen und Darm verursachen, wodurch die Absorbierung von antiretroviralen Mitteln beeinträchtigt wird.¹⁰⁵

Es wird empfohlen, dass HIV-positive Patienten, die GHB/GBL konsumieren, über die potentiellen Gefahren einer Drogenwechselwirkung mit Proteasehemmern (besonders Ritonavir) gewarnt werden. Der Abbau von GHB wird teilweise durch systemische Oxidierung und teilweise durch den First-Pass-Metabolismus über das CYP450-System gemittelt. Ein Fallbericht hat ergeben, dass die Inhibition des CYP450-Systems durch Ritonavir die übersteigerte Reaktion des Patienten auf GHB erklärt haben könnte. Der Fall illustriert die negativen Auswirkungen, die bei Einnahme von Partydrogen wie MDMA und GHB zusammen mit einem antiretroviralen Regime beobachtet werden können, insbesondere bei Proteasehemmern mit CYP450-hemmenden Eigenschaften¹⁰⁵ und möglicherweise Efavirenz.¹⁰²

Der Konsum von Ketamin wirft ebenfalls Bedenken auf, da seine kardiovaskulären Effekte bei Patienten, die eine zugrundeliegende Herzerkrankung oder Lipidstörungen haben, gesundheitsschädlich sein können. Als Substrat des CYP450-Systems (speziell 3A4), könnte Ketamin mit bestimmten antiretroviralen Medikamenten interagieren, insbesondere die Proteasehemmer mit CYP450-hemmenden Eigenschaften.¹⁰⁵ (Für weiterführende Informationen zu Wechselwirkungen von Partydrogen mit HIV-Medikamenten siehe Anhang der NEPTUNE-*Handlungsempfehlungen*.)

3.5. Injektionsrisiken

Eine Minderheit von MSM injiziert Partydrogen (was in der MSM-Gemeinschaft im Vereinigten Königreich manchmal als „Slamming“ bezeichnet wird). Die in diesem Kontext am häufigsten injizierten Drogen sind Mephedron und Methamphetamin, und es gibt Hinweise auf einen Anstieg des Injizierens bei Sexpartys oder beim „Chemsex“.^{32,113}

Es gibt eine Reihe von Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Injizieren in dieser Gruppe. Es wurde festgestellt, dass MSM, die gelegentlich Drogen konsumieren oder injizieren, sich über

sichere Injektionspraktiken und die Verfügbarkeit von Diensten, Spritzbesteck und risiko-reduzierenden Empfehlungen vielleicht nicht bewusst sind.⁶

Es gibt auch Risiken, die besonders mit der Injektion von den Stimulanzien Mephedron und Methamphetamin verbunden sind, den favorisierten Drogen in einem Chemsex-Kontext. Personen, die Stimulanzien injizieren, berichten ein höheres Niveau des Risikoverhaltens, wie zum Beispiel das Teilen und Wiederverwenden von Nadeln und Spritzen; der Konsum dieser Drogen steht auch im Zusammenhang mit niedrigeren Niveaus der Behandlungsaufnahme.¹¹⁴ Mephedron geht einher mit zwanghaftem und häufigem Injizieren, was dessen Konsumenten für eine Ansteckung oder Übertragung von durch Blut übertragbare Viruserkrankungen sowie Infektionen an den Einstichstellen gefährdet. Zusätzlich resultieren die physiologischen Risiken, die besonders mit der Injektion von Mephedron verbunden sind, von Drogentoxizität, Kristallisierung der Droge bei der Verdünnung und Praktiken der Spritzenreinigung. Die negativen Auswirkungen umfassen Abszesse an den Extremitäten und Gerinnung in den Venen, Venenschäden und -schwäche. Dies setzt injizierende Personen dem Risiko einer Sepsis, Endokarditis, tiefen Venenthrombose, von Abszessen und anderen Komplikationen aus.¹¹⁵

Bourne *et al.* haben regionale Unterschiede gezeigt, mit höheren Niveaus von „jemals“ injiziert unter MSM in London (4.8%) als anderswo in England (2.2%), und ebenso die Niveaus des Injizierens „in den letzten 12 Monaten“ (2.7% beziehungsweise 1.1%). Das Injizieren in ihrer Umfrage war mit einem höheren Alter assoziiert und bei denjenigen im Alter von 40–49 Jahren am häufigsten; auch unter denjenigen mit einer HIV-Diagnose war es häufiger.³²

In der Querschnittstudie von ASTRA, die Teilnehmer im Alter von 18 Jahren oder älter mit HIV aus acht ambulanten HIV-Kliniken im Vereinigten Königreich rekrutierte, berichteten 3% aller Teilnehmer einen injizierenden Drogenkonsum in den letzten drei Monaten, von denen 6% das Teilen des Spritzbestecks mit einer Person mit unbekanntem HIV-Serostatus berichteten.⁴⁰ Auf Grundlage eines Vergleichs mit einer Studie von 2002–03, die HIV-negative und HIV-positive MSM in Fitnessstudios und ambulanten Kliniken in London befragte, legten die Autoren nahe, dass injizierender Drogenkonsum zunehmen könnte, obwohl es nicht möglich ist, dies bei der begrenzten Datenlage genau zu bestimmen.⁴⁰

Unter den Populationen, die sich in England in einer strukturierten Drogenbehandlung befinden, zeigt das *National Drug Treatment Monitoring System*, dass schwule und bisexuelle Männer, die sich wegen Konsum anderer Drogen als Opiaten in Behandlung befinden, eher injizieren (16%) als heterosexuelle Männer (3%). Allerdings wurden insgesamt sehr ähnliche Raten des Injizierens von schwulen und bisexuellen sowie heterosexuellen Männern berichtet.⁶

3.6. Moderne Technologie als ein Moderator von hochriskanten Verhaltensweisen

Die moderne Technologie wurde von Bourne *et al.* als ein Moderator des Drogenkonsums während des Geschlechtsakts unter schwulen Männern in London oder beim „Chemsex“ beschrieben.¹¹⁶ Standortbezogene Applikationen für sexuelle Netzwerke (z. B. Handy-Apps) geben Männern die Möglichkeit, sowohl Sexualpartner als auch Drogen in ihrer Gegend zu beziehen. Es wurde beschrieben, dass „Apps“ bei der Organisation von Sexpartys und „Chemsex“, typischerweise verbunden mit hochriskantem Drogenkonsum und Sexualverhalten, eine wesentliche Rolle spielen.¹¹⁷

Es gibt anekdotische Evidenz dafür, dass manche Personen die Apps verwenden, um mit ihrer Hilfe Drogen zu verkaufen, indem sie dies zum Beispiel in ihrem Profil erwähnen oder durch

direktes Vorgehen in privaten Nachrichten. Es gibt auch einige anekdotische Hinweise darauf, dass Apps, zusammen mit Bars und Clubs, MSM ihren ersten Kontakt mit Drogen oder speziellen Drogen (z. B. Methamphetamin) bieten, die sie ansonsten in ihrem normalen Leben nicht angeboten bekommen hätten. Wir wissen nicht, ob dies der Wahrheit entspricht, und es gibt auch keine Forschung über das Ausmaß, in dem Apps die Quelle oder Anzahl der Sexualpartner oder sexuellen Netzwerke beeinflussen. Es wurde die Ansicht vertreten, dass mehr Forschung notwendig ist, um das Verständnis darüber, wie Apps genutzt werden, und der Auswirkungen auf sexuelle Gesundheit, Netzwerke und Sexualverhalten zu verbessern.

Es wurde auch argumentiert, dass an der Identifizierung von Wegen gearbeitet werden sollte, auf denen Apps zu Zwecken der öffentlichen Gesundheit genutzt werden könnten, zum Beispiel durch die Bereitstellung von Erinnerungen für Test- oder Ambulanztermine und Mitteilungen über örtliche Beratungsstellen und als eine Datenquelle.¹¹⁸

4. Maßnahmen gegen Drogenkonsum und Ansprechen auf therapeutische Interventionen

4.1. Drogenbezogene Interventionen im Rahmen von sexuellen Gesundheitsdiensten

Es gibt ein erhöhtes Bewusstsein dafür, dass sexuelle Gesundheitsdienste opportunistische Begegnungen mit Drogenkonsumenten bieten könnten, einschließlich derjenigen, die eine Drogenintervention benötigen, aber keinen Zugang zur Drogenbehandlung haben. Sexuelle Gesundheitsdienste bieten auch die Möglichkeit zur Identifizierung von Mustern des Partydrogenkonsums, zur Exploration der Konsummotive und zur Implementierung von Strategien zur Verringerung von Schäden in Bezug auf den Drogenkonsum.¹¹⁹

Sexuelle Gesundheitsdienste, und insbesondere HIV-Dienste, sind sich der Verbindung zwischen Drogenkonsum und hochriskanten Verhaltensweisen zunehmend bewusst.^{120,121} Dies spiegelt sich in den strategischen Entwicklungen auf nationalpolitischer Ebene wieder und reicht von, zum Beispiel, den schottischen und englischen Aktionsrahmen für sexuelle Gesundheit^{120,121} bis hin zu dem PHE-Aktionsplan (*Public Health England*).⁷

Auf professioneller Organisationsebene gibt es immer mehr Leitlinien für Kliniken. Die von der *British HIV Association* (BHIVA) entwickelten Pflegestandards für Menschen mit HIV¹²² empfehlen Screenings auf Drogen- und Alkoholmissbrauch binnen drei Monate ab Diagnosestellung und danach jährlich, und dass die Dienste geeignete Überweisungsmöglichkeiten zur Hand haben. Die *British Association for Sexual Health and HIV* (BASHH) stellt in mehreren ihrer Leitlinien Empfehlungen zum Screening auf Alkohol- und Partydrogenkonsum zur Verfügung, einschließlich in den nationalen Leitlinien zur Safer-Sex-Beratung des Vereinigten Königreichs aus dem Jahr 2012¹²³ und in den nationalen Leitlinien des Vereinigten Königreichs aus dem Jahr 2013 zu Konsultationen, die eine sexuelle Anamnese erfordern.¹²⁴

Die Stellungnahme der BASHH zum Konsum von Partydrogen, veröffentlicht im Jahr 2014, beabsichtigt, das Bewusstsein von Klinikern für das Problem zu schärfen und Informationen zu Screening, Schäden, Interventionen und Überweisungsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen. Es wurden MSM, junge Menschen, Schüler/Studenten und „Clubgänger“ als mögliche Zielgruppen für ein Screening auf potentiell problematischen Konsum identifiziert und einige empfohlene Screeningfragen zur Verfügung gestellt. Es wurde empfohlen, dass Kliniker einfache Sicherheitshinweise und Informationen zu möglichen Schäden geben, einschließlich anderer Informationsquellen, und dass sich die Dienste auf Überweisungsmöglichkeiten zu geeigneten örtlichen Angeboten geeinigt haben sollten.¹²⁵

Auch auf nationaler Ebene sind Maßnahmen zur Verbesserung unseres Verständnisses der Prävalenz des Drogenkonsums unter Personen, die sexuelle Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen, ergriffen worden. Die kommende Version 3 des *Genitourinary Medicine Clinic Activity Dataset* (GUMCAD 3), entwickelt von *Public Health England*, sollte Datenfelder zum Alkohol- und Substanzkonsum enthalten, welche sowohl national als auch auf individueller Dienstleistungsebene bessere Evidenz bereitstellen sollte.¹²⁶ Dies sollte erstmalig eine Schätzung des Ausmaßes des Problems innerhalb dieser Patientengruppe erlauben.

Das GUMCAD-3-Instrument ist auch ein Instrument zur Anwendung in der klinischen Praxis, indem es ermöglicht, dass Drogenkonsum zum Bestandteil der routinemäßigen Einschätzung wird. Die klinische Bewertung im sexuellen Gesundheitssetting stellt eine eindeutige Möglichkeit dar, den Patienten auf seinen Drogenkonsum hin zu befragen. Winstock und Mitcheson bieten Einblicke in die Art und Weise, sich dem Problem des Substanzmissbrauchs zu nähern, und in die Strategien, die zur Einbindung von Patienten in suchtherapeutische Behandlungen genutzt werden können.¹²⁷

Es kann argumentiert werden, dass alle Gesundheitsdienste, einschließlich der Grundversorgung, sexuelle und psychische Gesundheitsdienste, eine Rolle bei der Identifizierung von Drogenkonsum und der Bereitstellung von Beratung und kurzen Informationen, einschließlich Empfehlungen zur Schadensbegrenzung, spielen. Sie sollten auch in Fällen, in denen Verhaltensänderungen gewollt oder notwendig sind, Zugang zu kurzen Interventionen bereitstellen können.

Das NEPTUNE-Dokument „Handlungsempfehlungen zum klinischen Umgang mit akuten und chronischen Schäden durch Partydrogen und Neue Psychoaktive Substanzen“ stellt detaillierte Handlungsempfehlungen über die Art der Interventionen bereit, die von klinischen Diensten vor Ort angeboten werden müssen, einschließlich Ambulanzen für sexuelle Gesundheit und HIV.

5. Biopsychosoziale Interventionen bei Drogenkonsum in LGBT-Populationen

5.1. Interventionen mit höherer Intensität

Einige LGBT-Personen, die Drogen konsumieren, benötigen drogenbezogene Interventionen mit höherer Intensität, die normalerweise durch spezialisierte Drogendienste angeboten werden. Eine biopsychosoziale Antwort auf Drogenkonsum bietet ein umfassendes Modell zum Verständnis der Komplexität des Drogenkonsums und damit einhergehender Probleme.

5.1.1. Pharmakologische Interventionen

Pharmakologische Interventionen für Partydrogen werden in den *NEPTUNE-Handlungsempfehlungen* diskutiert. Diese beinhalten medizinisch gestützte GHB/GBL-Entgiftung und in manchen Fällen eine symptomatische Verschreibung für Probleme in Bezug auf den Substanzmissbrauch und komorbide psychische Störungen.

5.1.2. Psychosoziale Interventionen

Evidenzbasierte psychosoziale Interventionen mit höherer Intensität zur Behandlung von Störungen durch Substanzmissbrauch umfassen motivierende Gesprächsführung, Therapien mit Fokus auf Netzwerk und Umweltfaktoren, kognitive Verhaltenstherapien (CBT) (besonders im Hinblick auf Rückfallprävention) und Kontingenzmanagement. Bei Personen mit einem schwereren und abhängigen Konsum von neuen psychoaktiven Substanzen und Partydrogen ist wahrscheinlich eine formelle psychologische Behandlung effektiv. Die Intervention wird auf einer psychologischen Formulierung beruhen, hergeleitet aus einem Beurteilungsprozess und anhand von formellen und informellen Ergebnismessungen ausgewertet. Ein kennzeichnendes Charakteristikum des psychologischen Erklärungsmodells ist seine Perspektive aus mehreren Modellen heraus – diese integriert Theorien und Belege aus einer Reihe psychologischer Modelle sowie biologische, soziale/ gesellschaftliche und kulturelle Bereiche. Die Einbindung dieser Perspektive mehrerer Modelle könnte bei der Arbeit mit MSM-Populationen von besonderem Wert sein, da sie explizit kulturspezifische Probleme mit einbezieht.

Studien zu Interventionen mit höherer Intensität wurden durchgeführt und die Befunde für MSM sind mit denen in der Allgemeinbevölkerung konsistent, insofern als die CBT, das Kontingenzmanagement und die motivierende Gesprächsführung ihre Effektivität bei der Behandlung schwuler und bisexueller Männer gezeigt haben. Weil Untersuchungen mit Frauen begrenzt sind, ist nicht bekannt, ob sich dies auch auf lesbische und bisexuelle Frauen anwenden lässt.¹⁹ Mangels direkter Evidenz gibt es keinen Grund zur Annahme, dass psychosoziale Interventionen bei lesbischen und bisexuellen Frauen weniger effektiv sind; allerdings muss eine Adaption jeglicher psychosozialer Intervention die soziokulturellen Umstände des Individuums berücksichtigen.

Drogenbezogene Interventionen allein sind wahrscheinlich nicht effektiv bei Personen, bei denen der Drogenkonsum eine starke Verbindung zum Sexualverhalten hat, es sei denn, die Intervention berücksichtigt dies. Aus diesem Grund müssen Interventionen mit psychosexuellen Interventionen kombiniert und von kompetenten psychosozialen Mitarbeitern angeboten werden. Gleichmaßen

sollte nicht davon ausgegangen werden, dass Drogenprobleme von LGBT-Personen immer mit sexuellem Verhalten assoziiert sind – bei der Mehrheit ist das nicht der Fall.

Psychosoziale Interventionen mit dem Ziel, Drogenkonsum anzugehen, werden in Kapitel 2 der NEPTUNE-*Handlungsempfehlungen* besprochen (siehe www.neptune-clinical-guidance.co.uk bzw. www.suprat.de für die deutsche Übersetzung).

5.2. Mainstream oder spezialisierte MSM-Dienste oder -programme?

Shoptaw und Reback haben argumentiert, dass ein Kontinuum an Interventionen zur Verfügung stehen sollte, um den Bedürfnissen von „Methamphetamin konsumierenden [Männern, die Sex mit Männern haben] an dem Punkt zu begegnen, wo er sich gerade befindet“ und seine Bereitschaft für eine Veränderung einzuschätzen“. Sie argumentieren, dass Gesundheitsinterventionen (wie die Grundversorgung, HIV-Behandlungen oder psychische Gesundheitsdienste) eine Rolle beim Screening und Adressieren von Methamphetaminkonsum und dem individuellen Bedürfnis einer Behandlung des Substanzmissbrauchs spielen, wenn MSM diese in Anspruch nehmen. Basierend auf der Reaktion des Patienten sollten die zur Verfügung stehenden Optionen von einer HIV-Prävention über kurze Interventionen bis hin zu Substanzmissbrauchsbehandlungen gehen.¹²⁸

Die Bedeutung des Anerkennens der sexuellen Orientierung und sexueller Verhaltensweisen in Substanzmissbrauchsbehandlungen ist seit einigen Jahren verstanden worden.¹²⁹ Es gibt einige Evidenz dafür, dass schwule und andere MSM bevorzugt spezialisierte LGBT-Drogendienste statt Mainstream-Dienste in Anspruch nehmen.⁹⁹ Einige haben argumentiert, dass schwulenorientierte Behandlungsprogramme erforderlich sein können, um schwule Männer für Drogenbehandlungen zu gewinnen¹³⁰ und in der Behandlung zu halten.¹³¹ Die Mitarbeiter in solchen Zentren sind wahrscheinlich eher vertraut mit HIV-riskantem Verhalten im Zusammenhang mit Drogenkonsum und werden wahrscheinlich eher als glaubwürdige Quelle für kulturell angemessene HIV-Präventionshinweise wahrgenommen.¹³¹

Shoptaw und Frosch haben argumentiert, dass es zwingende klinische Gründe gibt, weshalb MSM eine spezialisierte Drogenbehandlung erhalten sollten.¹³¹ Ihre Begründung basiert auf Untersuchungen, die gezeigt haben, dass manche schwule Männer glauben, dass das Behandlungspersonal eine „versteckte Agenda“ hat, um die Homosexualität des Klienten zu „behandeln“, anstatt sich auf das Drogenproblem zu konzentrieren, dass schwule und lesbische Personen bevorzugt einen homosexuellen Berater haben und dass ein Teil der Berater homophobe Einstellungen zeigt.¹³²

Voreingenommenheit mancher Psychotherapeuten, die mit MSM arbeiten, wurde berichtet, vor allem hinsichtlich ihres Mangels an Sensitivität gegenüber Problemen, die ausschließlich in LGBT-Populationen auftreten, wie zum Beispiel der Umgang mit Diskriminierung, Heterosexismus und Homophobie. Es wurde auch festgestellt, dass einige Psychologen den Grad verharmlosen, in dem Sexualität ein wesentlicher Bestandteil der Identität und Beziehungsprobleme zwischen MSM war.¹³³ Semple *et al.* empfehlen deshalb die Entwicklung spezialisierter Behandlungsprogramme, welche die besonderen Probleme von HIV-positiven MSM adressieren und die für das Verständnis der zugrundeliegenden Motive des Methamphetaminkonsums in dieser Gruppe relevant sind.²⁹

Obwohl Forschungsarbeiten begrenzt bleiben und Studien die LGB-spezifischen Protokolle nicht mit identischen Protokollen ohne LGB-spezifische Komponente verglichen haben, argumentieren

Green und Feinstein¹⁹ andererseits, dass existierende Evidenz keine langfristigen Vorteile von MSM-spezifischer Behandlung gegenüber allgemeinen Interventionen für schwule und bisexuelle Männer gezeigt hat. Sie argumentieren, dass die Befunde unter MSM mit denen aus der allgemeinen Bevölkerung insofern konsistent sind, dass CBT, Kontingenzmanagement und motivierende Gesprächsführung ihre Effektivität bei der Behandlung schwuler und bisexueller Männer gezeigt haben, obwohl nicht bekannt ist, ob sich dies auch auf lesbische und bisexuelle Frauen anwenden lässt, da unter diesen Frauen nur sehr begrenzt Forschungsarbeiten vorliegen.¹⁹ Die Autoren argumentieren, dass die begrenzt verfügbare Evidenz nahelegt, dass die Substanzkonsummuster von LGB-Personen ein spezialisiertes Behandlungsprotokoll benötigen, insbesondere da die jetzigen Behandlungsformen eine Individualisierung basierend auf den Bedürfnissen einer Person empfehlen. Allerdings merken sie an, dass es einleuchtend ist, dass Kliniker, die LGB-Personen behandeln, über die LGB-Kultur und die spezifischen Muster des Drogenkonsums Kenntnis haben müssen, um eine kulturell kompetente Behandlung bieten zu können.¹⁹

Wir würden auch argumentieren, dass für evidenzbasierte Interventionen die Priorität sein sollte, dass sie LGBT-Personen mit Drogenproblemen in einer Art und Weise zur Verfügung gestellt werden, die zugänglich und akzeptabel ist. In vielen Gebieten wäre dies Teil der Mainstream-Drogenbehandlungsdienste; in einigen Gebieten mit hohen Prävalenzraten oder bestimmten Problemmustern (z. B. Chemsex) sind allerdings gezieltere und spezifischere Dienste begründet.

Die *British Psychological Association* (BPS) hat für Psychologen, die im Vereinigten Königreich therapeutisch mit Klienten aus gender und sexuellen Minderheiten arbeiten, einige Leitlinien veröffentlicht¹³⁴ (ebenso wie die *American Psychological Association*¹³⁵).

Empfehlungen zur Verbesserung der Behandlungsdienste für LGBT-Personen in Mainstream-Drogendiensten wurden von Antidote entwickelt und in dem Bericht „Out Of Your Mind“ veröffentlicht.⁹⁹ Das Dokument enthält eine Reihe von Empfehlungen zur Verbesserung der Behandlungsdienste für LGBT-Personen, einschließlich einer Reihe von Prüfinstrumenten zu Kenntnissen und Fähigkeiten, über die Beauftragte, Anbieter auf Organisationsebene und Fachkräfte an vorderster Linie mindestens verfügen sollten. Das Dokument setzt sich auch für den Fall ein, dass Beauftragte und Anbieter von Diensten andere Dienste beauftragen und partnerschaftlich mit LGBT-Organisationen zusammenarbeiten; dies wird nicht nur die Finanzierung der notwendigen spezialisierten Dienste sicherstellen, sondern auch helfen, für die Mainstream-Anbieter Fähigkeiten zu entwickeln und Kapazitäten aufzubauen.^{7,99}

Es kann auch argumentiert werden, dass ortsbezogene medizinische Versorgung¹³⁶ ein gutes Modell bieten könnte, womit Behandlungsdienste eher an den Orten zusammengebracht werden, die die Nutzer der Dienste häufig aufsuchen, als in separaten „Silos“. Dies könnte beispielsweise bedeuten, Substanzmissbrauchsdienste mit Diensten im Bereich der sexuellen Gesundheit zusammenzulegen oder LGBT-Polykliniken in Gebieten mit hoher LGBT-Dichte zu entwickeln, wie Soho oder Vauxhall in London, die Canal Street in Manchester oder Edinburgh's Schwulendreieck.

Public Health England hat klare Anweisungen für Beauftragte von Behandlungsdiensten für Alkohol und Drogen identifiziert, um sicherzustellen, dass effektive und kulturell kompetente Dienste für MSM, die sich an Chemsex beteiligen, vorhanden sind. Sie identifizieren auch Modelle für bewährte Verfahrensweisen im Vereinigten Königreich und regen Beauftragte gegebenenfalls zur Beauftragung spezialisierter LGBT-Dienste entsprechend dem Bedarf vor Ort an.^{7,18}

5.3. Auswirkungen einer Drogenbehandlung auf die sexuelle Gesundheit

Es gibt einige Hinweise darauf, dass Veränderungen im Konsumverhalten zu Veränderungen im Sexualverhalten führen können, allerdings ist die Evidenz nicht in allen Gruppen konsistent. Es wurde argumentiert, dass ein Fachmann für Substanzmissbrauch dem Klienten in Anbetracht der gelernten Assoziationen zwischen Sex und Drogenkonsum durch Techniken der motivierenden Gesprächsführung helfen kann, zu mehr Einsicht in die Verbindung zwischen Drogenkonsum und sexuellen Erfahrungen zu gelangen.²⁹

Studien haben gezeigt, dass Drogenbehandlungen eine wesentliche Rolle bei der Modifizierung der Auswirkungen dieser Substanzen auf das Sexualverhalten haben können. In Fällen, in denen eine Alkohol- und/oder Drogenbehandlung erfolgreich ist, werden die Effekte der Substanzen natürlich beseitigt.^{131,137} Es hat sich auch gezeigt, dass Interventionen in Fällen, in denen der Drogenkonsument keine Abstinenz erreicht, ebenso wichtig sein können: Drogenbehandlungen können Interventionen bereitstellen, die sexuelle Entscheidungen während des Drogenkonsums lenken und damit potentiell Schädigungen verringern können.¹³¹

Allerdings ist dies vielleicht nicht immer der Fall. Studien zu Männern, die Partydrogen konsumieren, haben gezeigt, dass eine motivierende Gesprächsführung zur Verringerung hochriskanten Sexualverhaltens angezeigt sein könnte, wenn die Konsumenten vom Risiko einer Sucht oder leichten Abhängigkeit bedroht sind, allerdings nicht bei stärker abhängigen Konsumenten, bei denen eine motivierende Gesprächsführung hierfür nicht mehr effektiv zu sein scheint.¹³⁸

Ein kürzliches systematisches Review wurde zu den Evidenzen der CBT zur Reduzierung des HIV-Risikos bei Substanzen konsumierenden MSM verfasst. Es wurde berichtet, dass CBT den ungeschützten Analverkehr in dieser Population verringern kann, jedoch ist nicht geklärt, ob dies über die bloße Bewertung oder andere konkurrierende Interventionen hinausgeht.¹³⁹

Studien zu Methamphetamin konsumierenden MSM mit HIV-Diagnose haben gezeigt, dass Konsumenten von der Auswahl der Behandlungsansätze profitieren könnten – einschließlich CBT, Motivational Enhancement Therapy (MET) und Selbsthilfegruppen – die die zugrundeliegende Motivation für den Drogenkonsum und die Verbindung zwischen Methamphetaminkonsum und Sexualverhalten adressieren.²⁹

Zusätzlich wurde nahegelegt, dass eine auf MSM ausgerichtete Drogenbehandlung die Tatsache berücksichtigen sollte, dass Menschen mit HIV vielleicht Methamphetamin und andere Drogen konsumieren, um dem Bewusstsein und der Auswirkungen von HIV „kognitiv zu entfliehen“. Deshalb wurde argumentiert, dass Suchttherapeuten den Nutzern der Dienste helfen können, Stimmungen, Emotionen, Erwartungen und *Coping-Lifestyles* zu identifizieren, die zu Mustern des Drogenkonsums beitragen. Strategien zur Selbstüberwachung und Kontrolle der zugrundeliegenden Motive für Methamphetaminkonsum können entwickelt werden.¹⁴⁰

6. Abschließende Bemerkungen

Um effektiv, effizient, vertretbar und gerecht sein zu können, muss jede Intervention die spezifischen soziokulturellen Umstände des Individuums berücksichtigen. Im Fall der LGBT-Populationen erfordert dies Arbeitskräfte mit dem Verständnis und der Kompetenz für LGBT-Personen, wodurch diese sich sicher, verstanden, wahrgenommen und in der Lage fühlen, sensible Angelegenheiten offenzulegen.

Erkenntnisse von Studien zu MSM legen nahe, dass drogenbezogene Interventionen möglicherweise adaptiert werden müssen, um zu gewährleisten, dass spezifische Formen hochriskanten Verhaltens, wie zum Beispiel „Chemsex“, adressiert werden und dass für dieses Verhalten relevante Behandlungsziele enthalten sind. Die Evidenz empfiehlt nachdrücklich, dass schadensbegrenzende Maßnahmen und Behandlungsinterventionen sowohl den Drogenkonsum als auch die sexuelle und psychische Gesundheit bewältigen müssen – die Bereiche, in denen LGBT-Populationen unverhältnismäßig hohe Belastungen durch schlechte Gesundheit haben.

Lesbische, schwule, bisexuelle und transgender Personen haben das Recht auf hochwertige Leistungen, die in einem sicheren und angemessenen Umfeld bereitgestellt werden, und auf einen guten Gesundheitszustand und Wohlbefinden. Es ist die Verantwortung der politischen Entscheidungsträger, Beauftragten und des Gesundheitspersonals an vorderster Linie, den Bedürfnissen dieser Populationen zu begegnen und nach einer Gleichstellung der Gesundheit zu streben.

7. Referenzen

- 1 Guasp A. *Gay and Bisexual Men's Health Survey*. Stonewall/Sigma Research, 2013. Available from https://www.stonewall.org.uk/sites/default/files/Gay_and_Bisexual_Men_s_Health_Survey__2013_.pdf.
- 2 Eliason MJ, Schope R. Does 'Don't ask don't tell' apply to health care? Lesbian, gay, and bisexual people's disclosure to health care providers. *J Gay Lesbian Med Assoc* 2001;5(4):125–34.
- 3 McFall SL. *Understanding Society: Findings 2012*. Colchester: Institute for Social and Economic Research, University of Essex, 2012. Available from <https://www.understandingsociety.ac.uk/research>.
- 4 Almeida J, Johnson RM, Corliss HL, Molnar BE, Azrael D. Emotional distress among LGBT youth: the influence of perceived discrimination based on sexual orientation. *J Youth Adolesc* 2009;38:1001–14.
- 5 King M, Semlyen J, Tai S, *et al*. A systematic review of mental disorders, suicide and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry* 2008;8(70):1–17.
- 6 Public Health England. *Promoting the Health and Wellbeing of Gay, Bisexual and Other Men Who Have Sex With Men. Initial Findings*. Available from https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/339041/MSM_Initial_Findings__GW2014194.pdf.
- 7 Public Health England. *PHE Action Plan 2015–16: Promoting the Health and Wellbeing of Gay, Bisexual and Other Men Who Have Sex With Men*. January 2015.
- 8 Measham F, Wood DM, Dargan PI, Moore K. The rise in legal highs: prevalence and patterns in the use of illegal drugs and first-and second-generation 'legal highs' in South London gay dance clubs. *J Subst Use* 2011;16:263–72.
- 9 Home Office. *Drug Misuse: Findings from the 2013/14 Crime Survey for England and Wales*. July 2014. Available from https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/335989/drug_misuse_201314.pdf.
- 10 Halkitis PN, Palamar JJ. GHB use among gay and bisexual men. *Addict Behav* 2006;31:2135–9.
- 11 Miotto K, Darakjian J, Basch J, Murray S, Zogg J, Rawson R. Gamma-hydroxybutyric acid: patterns of use, effects and withdrawal. *Am J Addict* 2001;10:232–41.
- 12 Mansergh G, Colfax GN, Marks G, Rader M, Guzman R, Buchbinder S. The Circuit Party Men's Health Survey: findings and implications for gay and bisexual men. *Am J Public Health* 2001;91:953–8.
- 13 Hoffman BR. The interaction of drug use, sex work, and HIV among transgender women. *Subst Use Misuse* 2014;49(8):1049–53.
- 14 Hickson F, Bonell C, Weatherburn P, Reid D. Illicit drug use among men who have sex with men in England and Wales. *Addiction Research Theory* 2009;18(1):14–22.
- 15 Buffin J, Roy A, Williams H, Winter A. *Part of the Picture: Lesbian, Gay and Bisexual People's Alcohol and Drug Use in England (2009–2011)*. Lesbian and Gay Foundation, 2012. Available from <http://lgbt.foundation/policy-research/part-of-the-picture>.
- 16 Halkitis P, Parsons J. Recreational drug use and HIV-risk sexual behaviour among men frequenting gay social venues. *J Gay Lesbian Social Services* 2002;14(4): 19–38.
- 17 Fernandez MI, Bowen GS, Varga LM, Collazo JB, Hernandez N, Perrino T, Rehbein A. High rates of club drug use and risky sexual practices among Hispanic men who have sex with men in Miami, Florida. *Subst Use Misuse* 2005;40(9–10):1347–62.
- 18 Public Health England. *Substance Misuse Services for Men Who Have Sex With Men Involved in Chemsex*. Public Health England, 2015.
- 19 Green KE, Feinstein BA. Substance use in lesbian, gay, and bisexual populations: an update on empirical research and implications for treatment. *Psychol Addict Behav* 2012;26(2):265–78.
- 20 Hatzenbuehler ML. How does sexual minority stigma 'get under the skin'? A psychological mediation framework. *Psychol Bull* 2009;135:707–30.
- 21 Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull* 2003;129:674–97.
- 22 Thiede H, Valleroy LA, MacKellar DA, *et al*. Regional patterns and correlates of substance use among young men who have sex with men in 7 US urban areas. *Am J Public Health* 2003;93:1915–21.
- 23 Greenwood GL, White EW, Page-Shafer K, *et al*. Correlates of heavy substance use among young gay and bisexual men: the San Francisco Young Men's Health Study. *Drug Alcohol Depend* 2001;61:105–12.
- 24 Ford JA, Jasinski JL. Sexual orientation and substance use among college students. *Addict Behav* 2006;3:404–13. doi:10.1016/j.addbeh.2005.05.019.

- 25 Leonard W, Pitts M, Mitchell A, *et al.* *Private Lives 2: The Second National Survey of the Health and Wellbeing of Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender (GLBT) Australians* (Monograph Series Number 86). Melbourne: The Australian Research Centre in Sex, Health and Society, La Trobe University, 2012.
- 26 Hughes T, McCabe SE, Wilsnack S, West BT, Boyd CJ. Victimization and substance use disorders in a national sample of heterosexual and sexual minority women and men. *Addiction* 2010;105:2130–40.
- 27 Lea T, Prestage G, Mao L, Zablotska I, De Wit J, Holt M. Trends in drug use among gay and bisexual men in Sydney, Melbourne and Queensland, Australia. *Drug Alcohol Rev* 2013;32:39–46.
- 28 Knox S, Kippax S, Crawford J, Prestage G, Van De Ven P. Non-prescription drug use by gay men in Sydney, Melbourne and Brisbane. *Drug Alcohol Rev* 1999;18:425–33.
- 29 Semple SJ, Patterson TL, Grant I. A comparison of injection and non-injection methamphetamine-using HIV positive men who have sex with men. *Drug Alcohol Depend* 2004;76:203–12.
- 30 Stall R, Purcell D. Intertwining epidemics: a review of research on substance use among men who have sex with men and its connection to the AIDS epidemic. *AIDS Behav* 2000;4:181–92. doi:10.1023/A:1009516608672.
- 31 Bolding G, Hart G, Sherr L, Elford J. Use of crystal methamphetamine among gay men in London. *Addiction* 2006;101:1622–30.
- 32 Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres Rueda S, Weatherburn P(2014) *The Chemsex Study: Drug use in Sexual Settings Among Gay and Bisexual Men in Lambeth, Southwark and Lewisham*. London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine. Available from www.sigmaresearch.org.uk/chemsex.
- 33 Forrest D, Metsch L, LaLota M, Cardenas G, Beck D, Jeanty Y. Crystal methamphetamine use and sexual risk behaviors among HIV-positive and HIV-negative men who have sex with men in South Florida. *J Urban Health* 2010;87:480–5.
- 34 Whittington W, Collis T, Dithmer-Schreck D, *et al.* Sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus – discordant partnerships among men who have sex with men. *Clin Infect Dis* 2002;35:1010–7.
- 35 Schwarcz S, Scheer S, McFarland W, *et al.* Prevalence of HIV infection and predictors of high-transmission sexual risk behaviors among men who have sex with men. *Am J Public Health* 2007;97:1067–75.
- 36 Keogh P, Reid D, Bourne A, Weatherburn P, Hickson F, Jessup K, Hammond G. *Wasted Opportunities: Problematic Alcohol and Drug Use Among Gay Men and Bisexual Men*. Sigma Research, 2009. Available from <http://sigmaresearch.org.uk/files/report2009c.pdf>.
- 37 Colfax GN, Mansergh G, Guzman R, *et al.* Drug use and sexual risk behaviour among gay and bisexual men who attend circuit parties: a venue-based comparison. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001;28:373–9.
- 38 Mattison AM, Ross MW, Wolfson T, Franklin D; San Diego HIV Neurobehavioral Research Center Group. Circuit party attendance, club drug use and unsafe sex in gay men. *J Subst Abuse* 2001;13(1–2):119–26.
- 39 Buchacz K, McFarland W, Kellogg T, *et al.* Amphetamine use is associated with increased HIV incidence among men who have sex with men in San Francisco. *AIDS* 2005;19:1423–4.
- 40 Daskalopoulou M, Rodger A, Phillips AN, Sherr L, Speakman A, Collins S, Elford J, *et al.* Recreational drug use, polydrug use, and sexual behaviour in HIV-diagnosed men who have sex with men in the UK: results from the cross-sectional ASTRA study. *Lancet HIV* 2014;1(1):e22–31.
- 41 McCambridge J, Mitcheson L, Winstock A, Hunt N. Five-year trends in patterns of drug use among people who use stimulants in dance contexts in the United Kingdom. *Addiction* 2005;100:1140–9.
- 42 McCambridge J, Winstock A, Hunt N, Mitcheson L. Five-year trends in use of hallucinogens and other adjunct drugs among UK dance drug users. *European Addiction Research* 2007;13:57–64.
- 43 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *European Drug Report Trends and Developments*. EMCDDA, 2015.
- 44 EMIS Network. *EMIS 2010: The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Findings from 38 Countries*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2013.
- 45 Holt M, Mao L, Prestage G, Zablotska I, de Wit J. *Gay Community Periodic Surveys: National Report 2010*. Sydney: National Centre in HIV Social Research, University of New South Wales, 2011.
- 46 Bonell CP, *et al.* Methamphetamine use among gay men across the UK. *Int J Drug Policy* 2010;21(3):244–6.
- 47 Waldo CR, McFarland W, Katz MH, MacKellar D, Valleroy LA. Very young gay and bisexual men are at risk for HIV infection: the San Francisco Bay Area Young Men’s Survey II. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000;24:168–74.
- 48 Woody GE, Donnell D, Seage GR, Metzger D, Marmor M, Koblin BA, *et al.* Non-injection substance use correlates with risky sex among men having sex with men: data from HIVNET. *Drug Alcohol Depend* 1999;53:197–205.

- 49 Vosburgh HW, Mansergh G, Sullivan PS, *et al.* A review of the literature on event-level substance use and sexual risk behavior among men who have sex with men. *AIDS Behav* 2012;10:1394–410.
- 50 Li J, McDaid LM. Alcohol and drug use during unprotected anal intercourse among gay and bisexual men in Scotland: what are the implications for HIV prevention? *Sex Transm Infect.* doi: 10.1136/sextrans-2013-051195.
- 51 Halkitis PN, Mukherjee PP, Palamar JJ. Multi-level modeling to explain methamphetamine use among gay and bisexual men. *Addiction* 2007; 102 (suppl 1):76–83.
- 52 Winstock AR, Mitcheson LR, Deluca P, Davey Z, Corazza O, Schifano F. Mephedrone, new kid for the chop? *Addiction* 2011;106:154–61.
- 53 Van Hout MC, Brennan R. ‘Bump and grind’: an exploratory study of mephedrone users’ perceptions of sexuality and sexual risk. *Drugs Alcohol Today* 2012;11(2):93–103.
- 54 Palamar JJ, Kiang MV, Storholm ED, Halkitis PN. A qualitative descriptive study of perceived sexual effects of club drug use in gay and bisexual men. *Psychol Sex* 2014;5(2):143–60.
- 55 Klitzman RL, Greenberg JD, Pollack LM, Dolezal C. MDMA (‘ecstasy’) use, and its association with high risk behaviors, mental health, and other factors among gay/bisexual men in New York City. *Drug Alcohol Depend* 2002;66(2):115–25.
- 56 Rusch M, Lampinen TM, Schilder A, Hogg RS. Unprotected anal intercourse associated with recreational drug use among young men who have sex with men depends on partner type and intercourse role. *Sex Transm Dis* 2004;31(8):492–8.
- 57 Carey JW, Meijia R, Bingham T, Ciesielski C, Gelaude D, Herbst JH, *et al.* Drug use, high-risk sex behaviors, and increased risk for recent HIV infection among men who have sex with men in Chicago and Los Angeles. *AIDS Behav* 2009;13(6):1084–96.
- 58 Heiligenberg M, Wermeling PR, van Rooijen MS, Urbanus AT, Speksnijder AGCL, Heijman T, Prins M, Coutinho RA, van der Loeff MFS. Recreational drug use during sex and sexually transmitted infections among clients of a city sexually transmitted infections clinic in Amsterdam, the Netherlands. *Sex Transm Dis* 2012;39(7):518–27.
- 59 Grov C, Parsons JT, Bimbi DS. In the shadows of a prevention campaign: sexual risk behavior in the absence of crystal methamphetamine. *AIDS Educ Prev* 2008;20(1):42–55.
- 60 Frohmader KS, Pitchers KL, Balfour M, Coolen LM. Mixing pleasures: review of the effects of drugs on sex behavior in humans and animal models. *Hormones Behav* 2010;58:149–62.
- 61 Pfaus JG. Pathways of sexual desire. *J Sex Med* 2009;6:1506–33.
- 62 Raj A, Saitz R, Cheng DM, Winter M, Samet JH. Associations between alcohol, heroin, and cocaine use and high risk sexual behaviors among detoxification patients. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2007;33:169–78.
- 63 Mitcheson L, McCambridge J, Byrne A, Hunt N, Winstock A. Sexual health risk among dance drug users: cross-sectional comparisons with nationally representative data. *J Drug Policy* 2008;19:304– 10.
- 64 Fisher DG, Reynolds GL, Ware MR, Napper LE. Methamphetamine and Viagra use: relationship to sexual risk behaviors. *Arch Sex Behav* 2011;40(2):273–9.
- 65 Gay GR, Sheppard CW. Sex in the ‘drug culture’. *Med Aspects Human Sexuality* 1972;6:28–50.
- 66 Bell DS, Trethowan WH. Amphetamine addiction and disturbed sexuality. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:74–8.
- 67 Halkitis PN, Green KA, Carragher DJ. Methamphetamine use, sexual behavior, and HIV seroconversion. *J Gay Lesbian Psychother* 2006;10(3-4):95–109.
- 68 Halkitis PN, Green MKA, Mourgues MP. Longitudinal investigation of methamphetamine use among gay and bisexual men in New York City: findings from Project BUMPS. *J Urban Health* 2005;82(1):i18–i25.
- 69 Peugh J, Belenko S. Alcohol, drugs and sexual function: a review. *J Psychoactive Drugs* 2001;33(3):223–32.
- 70 Halkitis PN, Palamar JJ, Mukherjee PP. Poly-club-drug use among gay and bisexual men: a longitudinal analysis. *Drug Alcohol Depend* 2007;89(2):153–60.
- 71 Frosch D, Shoptaw S, Huber A, Rawson RA, Ling W. Sexual HIV risk among gay and bisexual male methamphetamine abusers. *J Subst Abuse Treat* 1996;3:483–6.
- 72 Parsons JT, Kelly BC, Weiser JD. Initiation into methamphetamine use for young gay and bisexual men. *Drug Alcohol Depend* 2007;90(2):135–44.
- 73 Buffum J. Pharmacosexology: the effects of drugs on sexual function – a review. *J Psychoactive Drugs* 1982;14(1–2):5–44.
- 74 Paul JP, Stall R, Davis F. Sexual risk for HIV transmission among gay and bisexual men in substance abuse treatment. *AIDS Educ Prev* 1993;5:11–24.
- 75 Stall R, McKusick L, Wiley J, Coates TJ, Ostrow D. Alcohol and drug use during sexual activity and compliance with safe sex guidelines for AIDS: The AIDS Behavioral Research Project. *Health Educ Q* 1986;13:359– 71.
- 76 Stall R, Wiley J. A comparison of alcohol and drug use patterns of homosexual and heterosexual men:

- the San Francisco Men's Health Study. *Drug Alcohol Depend* 1988;22:63–73.
- 77 Stone E, Heagerty P, Vittinghoff E, Douglas, JM Jr, Koblin BA, Mayer KH, Celum CL, Gross M, Moody GE, Marmor M, Seage 3rd, GR, Buchbinder SP. Correlates of condom failure in a sexually active cohort of men who have sex with men. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1999;20:495–501.
- 78 Halkitis P, Mukherjee P, Palamar J. Longitudinal modelling of methamphetamine use and sexual risk behaviors in gay and bisexual men. *AIDS Behav* 2009;13:783–91.
- 79 Wong W, Chow JK, Kent CK, Klausner JD. Risk factors for early syphilis among gay and bisexual men seen in an STD clinic: San Francisco, 2002–2003. *Sex Transm Dis* 2005;458–63.
- 80 Reback CJ, Grella CE. HIV risk behaviors of gay and bisexual male methamphetamine users contacted through street outreach. *J Drug Issues* 1999;29:155–66.
- 81 Colfax G, Vittinghoff E, Husnik MJ, McKirnan D, Buchbinder S, Koblin B, *et al.* Substance use and sexual risk: a participant- and episode-level analysis among a cohort of men who have sex with men. *Am J Epidemiol* 2004;159:1002–12.
- 82 Gorman EM, Morgan P, Lambert EY. Qualitative research considerations and other issues in the study of methamphetamine use among men who have sex with other men. *NIDA Research Monograph* 1995;157:156–81.
- 83 Halkitis PN, Parsons JT, Stirratt MJ. A double epidemic: crystal methamphetamine drug use in relation to HIV transmission among gay men. *J Homosexuality* 2001;41:17–35.
- 84 Peck JA, Shoptaw S, Rotheram-Fuller E, Reback CJ, Bierman B. HIV-associated medical, behavioral, and psychiatric characteristics of treatment-seeking, methamphetamine-dependent men who have sex with men. *J Addict Dis* 2005;24:115–32.
- 85 Reback CJ, Larkins S, Shoptaw S. Changes in the meaning of sexual risk behaviors among gay and bisexual male methamphetamine abusers before and after drug treatment. *AIDS Behav* 2004;8:87–98.
- 86 Shoptaw S, Reback CJ, Frosch DL, Rawson RA. Stimulant abuse treatment as HIV prevention. *J Addict Dis* 1998;17:19–32.
- 87 Rudy ET, Shoptaw S, Lazzar M, Bolan RK, Tilekar SD, Kerndt PR. Methamphetamine use and other club drug use differ in relation to HIV status and risk behavior among gay and bisexual men. *Sex Transm Dis* 2009;36(11):693–5.
- 88 Burcham JL, Tindall B, Marmor M, Cooper DA, Berry G, Penny R. Incidence and risk factors for human immunodeficiency virus seroconversion in a cohort of Sydney homosexual men. *Med J Aust* 1989;150(11):634–9.
- 89 Chesney MA, Barrett DC, Stall R. Histories of substance use and risk behavior: precursors to HIV seroconversion in homosexual men. *Am J Public Health* 1998;88(1):113–6.
- 90 Plankey MW, Ostrow DG, Stall R, Cox C, Li X, Peck JA, Jacobson LP. The relationship between methamphetamine and popper use and risk of HIV seroconversion in the multicenter AIDS cohort study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007;45(1):85–92.
- 91 Koblin BA, Husnik MJ, Colfax G, Huang Y, Madison M, Mayer K, Barresi PJ, Coates TJ, Chesney MA, Buchbinder S. Risk factors for HIV infection among men who have sex with men. *AIDS* 2006;20(5):731–9.
- 92 Menza TW, Hughes JP, Celum CL, Golden MR. Prediction of HIV acquisition among men who have sex with men. *Sex Transm Dis* 2009;36(9):547–55.
- 93 Shoptaw S, Reback C. Associations between methamphetamine use and HIV among men who have sex with men: a model for guiding public policy. *J Urban Health* 2006;83:1151–7.
- 94 Németh Z, Kun B, Demetrovics Z. The involvement of gammahydroxybutyrate in reported sexual assaults: a systematic review. *J Psychopharmacol* 2010;24:1281–7.
- 95 Hando J, Hall W. HIV risk-taking behavior among amphetamine users in Sydney, Australia. *Addiction* 1994;89:79–85.
- 96 Klee H. A new target for behavioral research – amphetamine misuse. *Br J Addiction* 1992;87:439–46.
- 97 Molitor F, Truax S, Ruiz J, Sun R. Association of methamphetamine use during sex with risky sexual behaviors and HIV infection among non-injection drug users. *Western J Med* 1998;168:93–7.
- 98 Rhodes T, Quirk A. Drug users' sexual relationships and the social organization of risk: the sexual relationship as a site of risk management. *Social Science Med* 1998;46(2):157–69.
- 99 Moncrieff M. *Out Of Your Mind*. London Friend, 2014. Available from <http://londonfriend.org.uk/wp-content/uploads/2014/06/Out-of-your-mind.pdf>.
- 100 Kirby T, Thornber-Dunwell M. High-risk drug practices tighten grip on London gay scene. *Lancet* 2013;381:101–2.
- 101 McCall H, Mason D, Willis J. What is chemsex and why does it matter? *BMJ* 2015;351:h5790. doi: 10.1136/bmj.h5790.
- 102 Antoniou T, Tseng AL-I. Interactions between recreational drugs and antiretroviral agents. *Ann Pharmacother* 2002;36:1598–613.
- 103 Halkitis PN, Kutnick AH, Slater S. The social realities of adherence to protease inhibitor regimens: substance use, health care and psychological states. *J Health Psychol* 2005;10:545–8.

- 104 Haubrich RH, Little SJ, Currier JS, *et al.* The value of patient-reported adherence to antiretroviral therapy in predicting virologic and immunologic response. *AIDS* 1999;13:1099–1107.
- 105 Romanelli F, Smith KM, Pomeroy C. Use of club drugs by HIV-seropositive and HIV-seronegative gay and bisexual men. *Top HIV Med* 2003;11(1):25–32.
- 106 Peretti-Watel P, Spire B, Lert F, Obadia Y, VESPA Group. Drug use patterns and adherence to treatment among HIV-positive patients: evidence from a large sample of French outpatients. *Drug Alcohol Depend* 2006;82(suppl 1):S71–9.
- 107 Braithwaite RS, McGinnis KA, Conigliaro J, *et al.* A temporal and dose–response association between alcohol consumption and medication adherence among veterans in care. *Alcohol Clin Exp Res* 2005;29:1190–7.
- 108 Connor TJ. Methylenedioxyamphetamine (MDMA, ‘ecstasy’): a stressor on the immune system. *Immunology* 2004;111(4): 357–67.
- 109 Pacifici R, Zuccaro P, Farre M, *et al.* Effects of repeated doses of MDMA (‘ecstasy’) on cell-mediated immune response in humans. *Life Sci* 2001;69:2931–41.
- 110 Pacifici R, Zuccaro P, Hernandez LC, *et al.* Acute effects of 3,4-methylenedioxyamphetamine alone and in combination with ethanol on the immune system in humans. *J Pharmacol Exp Ther* 2001;296:207–15.
- 111 Harrington RD, Woodward JA, Hooton TM, Horn JR. Life-threatening interactions between HIV-1 protease inhibitors and the illicit drugs MDMA and gamma-hydroxybutyrate. *Arch Intern Med* 1999;159:2221–4.
- 112 Henry JA, Hill IR. Fatal interaction between ritonavir and MDMA. *Lancet* 1998;352:1751–2.
- 113 Gilbert V, Simms I, Gobin M, Jenkins C, Oliver I, Hughes G. High-risk drug practices associated with *Shigella flexneri* infections among MSM in England and Wales: findings from in-depth interviews. *HIV Med* 2014;15:14.
- 114 Public Health England. *Shooting Up: Infections Among People Who Inject Drugs in the UK, 2014. An Update*. PHE, November 2015.
- 115 NEPTUNE. *Guidance on the Clinical Management of Acute and Chronic Harms of Club Drugs and Novel Psychoactive Substances*. London: Health Foundation, 2015. Available from <http://www.neptune-clinical-guidance.co.uk>.
- 116 Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres Rueda S, Steinberg P, Weatherburn P. A perfect storm? Modern technological and structural facilitators of drug use during sex among gay men in London. Poster presentation, 2014. Available from http://www.sigmaresearch.org.uk/files/Adam_Bourne_IAS_Melbourne_2014e_poster.pdf.
- 117 Gilbert VL, Simms I, Jenkins C, Furegato M, Gobin M, Oliver I, Hart G, Gill ON, Hughes G. Sex, drugs and smart phone applications: findings from semistructured interviews with men who have sex with men diagnosed with *Shigella flexneri* in England and Wales. *Sex Transm Infect*. doi: 10.1136/sextrans-2015-052014.
- 118 Terrence Higgins Trust and European Centre for Disease Prevention and Control. Understand- ing the impact of smart phone applications on MSM sexual health and STI/HIV prevention in Europe. 2015. Available from <http://www.tht.org.uk/~media/O23%20Media%20centre/UNDERSTANDING%20THE%20IMPACT%20OF%20SMART%20PHONE%20APPLICATIONS.pdf>.
- 119 Hunter LJ, Dargan PI, Benzie A, White JA, Wood DM. Recreational drug use in men who have sex with men (MSM) attending UK sexual health services is significantly higher than in non-MSM. *PGMJ Online* 2014. doi:10.1136/postgradmedj-2012-131428.
- 120 Scottish Government. *The Sexual Health and Blood Borne Virus Framework 2011–2015*. Edinburgh: Scottish Government, 2011.
- 121 Department of Health. *A Framework for Sexual Health Improvement in England*. London: Department of Health, 2013.
- 122 British HIV Association. Standards of Care for People Living with HIV in 2013. Available from <http://www.bhiva.org/documents/Standards-of-care/BHIVStandardsA4.pdf>.
- 123 Clutterbuck DJ, Flowers P, Barber T, Wilson H, Nelson M, Hedge B, Kapp S, Fakoya A, Sullivan AK. UK national guideline on safer sex advice. *Int J STD AIDS* 2012;23(6):381–8. doi: 10.1258/ijsa.2012.200312. Available from <http://www.bashh.org/documents/4452.pdf>.
- 124 Brook G, Bacon L, Evans C, McClean H, Roberts C, Tipple C, Winter A, Sullivan AK. 2013 UK national guideline for consultations requiring sexual history taking. *Int J STD AIDS* 2014;25:391–404. doi: 10.1177/0956462413512807. Available from <http://www.bashh.org/documents/Sexual%20History%20Taking%20guideline%202013.pdf>.
- 125 Sullivan AK, Boden-Jones O, Azad Y. BASHH statement on ‘club’ (recreational) drug use. BASHH, 2014. Available from [http://www.bashh.org/documents/BASHH%20Statement%20on%20‘club’%20\(recreational\)%20drug%20use.pdf](http://www.bashh.org/documents/BASHH%20Statement%20on%20‘club’%20(recreational)%20drug%20use.pdf).
- 126 Sullivan AK. Club drugs: what's happening? *Sex Transm Infect* 2015;91:388. doi: 10.1136/sextrans-2015-052057.
- 127 Winstock AR, Mitcheson L. New recreational drugs and the primary care approach to patients who use

- them. *BMJ* 2012;344:e288.
- 128 Shoptaw S, Reback CJ. Methamphetamine use and infectious disease-related behaviors in men who have sex with men: implications for interventions. *Addiction* 2007;102 (suppl 1):130–5.
 - 129 Hellman RE, Stanton M, Lee J, Tytun A, Vachon R. Treatment of homosexual alcoholics in government-funded agencies: provider training and attitudes. *Hosp Community Psychiatry* 1989;40:1163–8.
 - 130 Paul JP, Stall RD, Bloomfield KA. Gay and alcoholic epidemiologic and clinical issues. *Alcohol Health Research World* 1991;15:151–60.
 - 131 Shoptaw S, Frosch D. Substance abuse treatment as HIV prevention for men who have sex with men. *AIDS Behav* 2000;4(2):193–203.
 - 132 Morales ES, Graves MA. *Substance Abuse: Patterns and Barriers to Treatment for Gay Men and Lesbians in San Francisco*. Report to Community Substance Abuse Services, San Francisco Department of Public Health, 1983.
 - 133 Garnets L, Hancock KA, Cochran SD, Goodchilds J, Peplau LA. Issues in psychotherapy with lesbians and gay men. *Am Psychol* 1991;46:964–72.
 - 134 British Psychological Society. *Guidelines and Literature Review for Psychologists Working Therapeutically with Sexual and Gender Minority Clients*. Leicester: BPS, 2012.
 - 135 American Psychological Association. *Practice Guidelines for Psychological Practice with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*. APA, 2011. Available from <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines.aspx>.
 - 136 Ham C, Alderwick H. *Place-Based Systems of Care: A Way Forward for the NHS in England*. London: King's Fund, November 2015.
 - 137 Colfax GN, Santos GM, Das M, Santos DM, Matheson T, Gasper J, et al. Mirtazapine to reduce methamphetamine use: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:1168–75.
 - 138 Morgenstern J, Bux D, Hagman B, Wainberd M, Irwin T. Randomised trial to reduce club drug use and HIV risk behaviours among me-who-have-sex-with-men (MSM). *J Consul Clin Psychol* 2009;77(4):645–56.
 - 139 Lelendez-Torres GL, Bonell C. Systematic review of cognitive behavioural interventions for HIV risk reduction in substance-using men who have sex with men. *Int J STD AIDS* 2014;25(9):627–35.
 - 140 McKirnan DJ, Ostrow DG, Hope B. Sex, drugs and escape: a psychological model of HIV-risk sexual behaviours. *AIDS Care* 1996;8:655–69.