

AIDS-FORUM D.A.H.

BAND I

AIDS
UND
DROGEN



Deutsche
AIDS-Hilfe e.V.

AIDS-FORUM D.A.H.

BAND I

**AIDS
UND DROGEN**

Redaktion:

Helmut Ahrens

Klaus-Dieter Reißwenger

Dr. Ingo Michels

Inhaltsverzeichnis I

Prof. Dr. Dieter Runze, Vorsitzender der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. Vorwort	5
Uli Meurer, Mitglied des Vorstandes der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. Einführung	9
Helmut Ahrens, Dr. Ingo Michels, Referat Drogen und Justizvollzug der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. „Drogen-Strategiepapier“: Befunde und Strategien zur AIDS-Prävention im Bereich AIDS und Drogen	13
Die Entwicklung von HIV-Infektionsrate und AIDS-Erkrankungen unter i.v. Drogengebrauchern	14
Konventionelle Drogenpolitik	16
Der gesundheitliche Zustand der i.v. Drogengebraucher in der BRD	17
Fundamente der AIDS-Prävention	18
Strategien der AIDS-Prävention	19
Forderungen/Angebote	21
Zum Verhältnis von AIDS- und Suchtprävention	23
Niedrigschwelliges Verbundsystem von AIDS- und Drogenhilfe	23
Substitution	25
Problemfeld Justizvollzug	26
Problemfeld HIV-AK-positive Kinder/Eltern aus dem Umfeld von Drogen- und Prostituiertenszenen	29
Quellen	33
Dr. Reinhard Bornemann, Prof. Dr. Friedrich Bschor, Vera Kalinna AIDS- und HIV-Progression 1982 – 1987 bei i.v. Drogengebrauchern und -abhängigen in Europa	35
Datenlage im Blick auf eine künftig nötige Analyse der Wirksamkeit der in den verschiedenen Ländern praktizierten Aufklärungs-, Beratungs-, Behandlungs- und Präventionsangebote.	
Inhaltsverzeichnis II	37

VORWORT

Sechs Jahre nach Bekanntwerden der ersten AIDS-Fälle unter homo- und bisexuellen Männern in der Bundesrepublik und vier Jahre nach Entstehen von Selbsthilfeinitiativen zur Bewältigung der Krankheit AIDS in diesen anfänglichen Betroffenengruppen haben die AIDS-Hilfen mit ihrem Dachverband Deutsche AIDS-Hilfe ein Netzwerk von Aufklärungs-, Beratungs- und Betreuungsangeboten aufgebaut, das in dieser Form einmalig ist für die Selbstorganisation psychosozialer Bewegungen im Gesundheitsbereich.

Die AIDS-Hilfen haben nicht nur Beratungs- und Betreuungsangebote entwickelt, die die Rolle der gesundheitlichen „Feuerwehr zur Verhütung des Schlimmeren“ spielen, sondern sie haben ihre gesundheitliche Aufklärungsarbeit in Antidiskriminierungs- und Solidaritätskampagnen eingebettet, die die gesellschaftlichen Grundlagen für gesundheitlich präventives Handeln absichern oder überhaupt erst ermöglichen. „Keine Prävention ohne Emanzipation“ lautet der Leitsatz für AIDS-Aufklärung in den gegenwärtigen Hauptbetroffenengruppen sowie in der Allgemeinbevölkerung.

Damit versteht die Deutsche AIDS-Hilfe unter AIDS-Prävention mehr als lediglich die Vermittlung von Wissen und die Verfügbarkeit von Verhütungsmitteln wie des Kondoms oder des sterilen Spritzbestecks.

Dieser emanzipatorische Präventions- und Solidaritätsbegriff ist gegenwärtig am sichtbarsten in den Selbsthilfenetzwerken von regionalen Homosexuellenszenen, von Prostituiertenszenen und im Umfeld von Abstinenzgruppen, die in Distanz zur Drogenszene um ihre soziale und gesellschaftliche Anerkennung und ihre persönliche Identität kämpfen.

Gesundheitliche Verhaltensänderungen und vernünftige Bewältigungsstrategien in der Erfahrung mit der Krankheit AIDS sind heute wesentlich durch diese emanzipatorischen Selbsthilfebewegungen motiviert und haben die AIDS-Prävention tragfähiger gemacht.

Indes besteht kein Zweifel, daß diese Erfolge in der AIDS-Prävention täglich neu erkämpft werden müssen. Dies umso mehr, als in der Gesellschaft

Vorurteile, Ausgrenzung, Stigmatisierung und Kriminalisierungsprozesse durch repressive Präventionsstrategien verfestigt werden. Die Beratung von Menschen, die aus Angst vor Ansteckung krank werden, die Betreuung und Behandlung von Menschen, die an AIDS erkrankt sind und die prophylaktische Aufklärung von Menschen, die Risikosituationen im Zusammenhang mit HIV bewältigen wollen, können nur in einem offenen, angstfreien Klima erfolgen. Die vorurteilslose Auseinandersetzung mit solchen Lebenserfahrungen, die im öffentlichen Leben kaum oder keinen Platz haben, braucht Schutzräume in einem Milieu von Bedürfnis- und Problemakzeptanz, indem sowohl Übereinstimmung erzielt als auch Kontroversen und psychosoziale Konflikte ausgetragen werden können. Die individuelle und kollektive Erfahrung von Krankheit, Sterben, Schmerz und Trauer bedarf eines besonderen Rahmens, wenn familiäre Bindungen zugunsten von Lebens- und Betroffenen-Gemeinschaften aufgegeben wurden. In diesem Sinne sind die AIDS-Hilfen unverwechselbare Orte geworden, in denen Menschen mit HIV und AIDS und Menschen ohne AIDS ehrenamtlich und zum Teil professionell Konflikt- und Verständigungsprozesse durchlaufen. Die dabei zum Ausdruck gebrachten Meinungen, Positionen und Strategien sollen in dieser Publikationsreihe dokumentiert und zur Diskussion gestellt werden.

Der besondere Charakter des „AIDS-Forum D.A.H.“ besteht darin, daß vor dem Hintergrund der Praxis der AIDS-Hilfen psychosoziale und politische Standortbestimmungen erfolgen mit dem Ziel, die Diskussion über das Selbstverständnis von gesundheitlich definierten Selbsthilfebewegungen, über Strategien der psychosozialen Beratung und Betreuung wie auch über erfolgversprechende AIDS-Präventionspolitik zu vertiefen.

Im Unterschied zum „Informationsdienst“ der Deutschen AIDS-Hilfe soll das „AIDS-Forum D.A.H.“ die wissenschaftlich-praktischen Erfahrungen und Standpunkte, die in den AIDS-Hilfen vertreten sind, fokussieren sowie fachliche Kontroversen und Kritik aufgreifen, um einen institutionsübergreifenden Diskurs zu ermöglichen.

In der vorliegenden ersten Nummer von „AIDS-Forum D.A.H.“ hat sich die Deutsche AIDS-Hilfe entschlossen, Strategien der Prävention in einer kriminalisierten Hauptbetroffenengruppe vorzustellen, weil in ihr die Entwicklung von Überlebens- und Selbsthilferessourcen am stärksten beeinträchtigt ist und die gesundheitlichen Probleme nach AIDS in aller Härte zum Tragen kommen. Keine andere Betroffenengruppe hat – bedingt durch ihren Lebensstil – mit zwei gleichermaßen vorhandenen HIV-Übertragungswegen zu kämpfen: *needle-sharing* und Sexualität. Und keine andere Gruppe hat eine so schwache politische Lobby zur Vertretung ihrer sozialen und gesundheitli-

chen Interessen wie die i.v. Drogengebraucher. Selbst die abstinent lebenden Ex-User, die zwar *einen* Übertragungsweg durch Verhaltensänderungen ausgeschaltet haben, leiden an den Folgen der Sucht und der Kriminalisierung und benötigen Solidarität und Hilfe.

Das in diesem Band vorgestellte „Drogen-Strategiepapier“ der Deutschen AIDS-Hilfe stellt ein Positionspapier mit Befunden, Strategien und Prognosen zur Lage der intravenösen Drogengebraucher angesichts der AIDS-Bedrohung dar. Es will Anstöße zur Diskussion in Fachöffentlichkeit, AIDS- und Drogenpolitik liefern und Praktikern Handlungsorientierung für eine betroffenenzentrierte AIDS-Hilfe- und Drogenarbeit bieten.

Die Literaturstudie „AIDS- und HIV-Progression 1982–1987 bei i.v. Drogengebrauchern und -abhängigen in Europa“ wurde im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe von Prof. Dr. F. Bschor, Dr. Reinhard Bornemann und Vera Kalinna erarbeitet und gibt einen ländervergleichenden Überblick über die epidemiologische Situation in der Betroffenenengruppe der Fixer. Die Befunde dieser Studie bilden zugleich den wissenschaftlichen Hintergrund für die zielgruppenspezifische AIDS-Prävention und für die Entwicklung neuer Beratungs- und Betreuungskonzepte in diesem Betroffenenbereich.

Keine Frage: AIDS geht alle an, aber es betrifft nicht alle gleichermaßen. Die Deutsche AIDS-Hilfe hofft, mit dem Schwerpunktthema dieser Ausgabe des „AIDS-Forum D.A.H.“ zu einer Intensivierung der fachlichen Diskussion und einer langfristigen Verbesserung der gesundheitlichen und psychosozialen Hilfsangebote für Drogengebraucher und Ex-User mit HIV-Infektionsgefährdung, mit HIV oder mit AIDS beizutragen.

Unter strategischem Blickwinkel schlägt die Deutsche AIDS-Hilfe den Auf- und Ausbau eines „dritten“ Weges zwischen Strafe und Abstinenztherapie vor, der in seinen Angeboten enger auf die gesundheitlichen Risikosituationen in regionalen Drogenszenen zugeschnitten ist. Dabei sollen durch suchtbegleitend angelegte Hilfen interdisziplinär erarbeitete Konzepte der psychosozialen und medizinischen Versorgung zum Tragen kommen. In der AIDS-Aufklärung und in der Beratung soll die Betroffenenkompetenz z.B. durch Unterstützung von Ex-User- und User-Selbsthilfegruppen ausdrücklich berücksichtigt werden.

Gegen den repressiven Druck seuchenpolizeilicher und einseitig medizinischer Präventionsstrategien vertritt die Deutsche AIDS-Hilfe auch in diesem Betroffenenbereich die Stärkung der betroffenenzentrierten psychosozialen Präventionsstrategie, die an politisch-emanzipatorische Bewegungen im Gesundheitsbereich anknüpft. AIDS bleibt indes eine bisher nicht heilbare Krankheit, die Phantasie und Kraft in der Umsetzung theoretischer und prakti-

scher Vernunft zur Erhaltung unserer eigenen Gesundheit und zur Erhaltung der Gesundheit anderer erfordert. Unter dieser Prämisse ist es im Zweifelsfalle besser, das Nächstliegende zu tun, als nichts zu tun. Die Deutsche AIDS-Hilfe hofft, daß ihre Vorschläge zur AIDS-Prävention weiterdiskutiert und praktisch umgesetzt werden.

Prof. Dr. Dieter Runze

1. Vorsitzender der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Beitrag von Uli Meurer, Mitglied des Vorstandes der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. zur Vorstellung des „Drogen-Strategiepapers“

Die Deutsche AIDS-Hilfe und ihre Mitgliedsorganisationen verstehen sich als Interessenvertreter aller von der HIV-Infektion und von AIDS bedrohten und betroffenen Menschen. Kompetenzen der AIDS-Hilfen im Umgang mit Betroffenen begründen sich zum einen im Ansatz der basisnahen Selbsthilfe – Mitglieder aller Betroffenenengruppen arbeiten aktiv in den verschiedenen Bereichen der AIDS-Hilfen mit –, zum anderen durch die Mitarbeit von Fachleuten. Besonders im Bereich der Drogenarbeit können AIDS-Hilfe-Mitarbeiter langjährige Erfahrungen in der Arbeit mit Drogenabhängigen vorweisen und diese haupt- und ehrenamtlich in die AIDS-Hilfen einbringen. Die Beratung und Betreuung drogenabhängiger Frauen und Männer ist ein wichtiger Teil der Tätigkeit der AIDS-Hilfen – mit deutlich steigender Tendenz.

Die von der Deutschen AIDS-Hilfe vorgelegten „Befunde und Strategien zur AIDS-Prävention im Bereich AIDS und Drogen“ (Drogen-Strategiepapier) sind das Ergebnis der gemeinsamen Arbeit von Mitarbeitern aus Drogenberatungsstellen und AIDS-Hilfen.

In Gesprächen der Vorstände der deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel und der Deutschen AIDS-Hilfe wurde eine fast 100 prozentige Übereinstimmung der jeweiligen Forderungskataloge festgestellt. Basisforderung ist die Abwehr jeglicher Form des Zwanges. Niedrigschwellige therapeutische Angebote müssen stattdessen ausgebaut werden, die Substitution im Einzelfall sollte möglich sein. Der Selbsthilfebereich und damit verbunden die Entwicklung von Bewältigungs- und Überlebensstrategien müssen stärker gefördert werden. Sexualberatung ist als selbstverständlicher Bestandteil der Beratung drogenabhängiger Menschen anzusehen. Alle Angebote sind nur tragbar, wenn die Lebenssituation der i.v. Drogengebraucher entkriminalisiert wird. Weitere Forderungen sind die Einbeziehung externer Mitarbeiter aus Drogenberatungen und AIDS-Hilfen in die Beratung HIV-AK-positiver Inhaftierter im Strafvollzug und die Qualifizierung von Ärzten im Umgang mit Drogenabhängigkeit in der klinischen Behandlung.

Bundesweit arbeiten die Mitarbeiter der AIDS-Hilfen in 74 Haftanstalten. Sie beraten und betreuen Infizierte, leiten Selbsthilfegruppen und bieten Informationsveranstaltungen für das Vollzugspersonal an. Die Erfahrungen aus der Arbeit im Vollzug und in der Betreuung nach Haftentlassung machen deutlich, daß das Nachsorgeanschlußprogramm ASS (Aufsuchende Sozialarbeit) nicht ausreicht, um drogenabhängige Haftentlassene angemessen zu betreuen. Aufgrund der sozialen und gesellschaftlichen Schwierigkeiten, die nach der Haftentlassung zu bewältigen sind, ist die Rückfallgefahr für Ex-User extrem hoch. Das bedeutet für sero-negative Drogenabhängige ein hochgradiges Infektionsrisiko. Frühzeitige Entlassungsvorbereitungen, Hilfe bei Arbeits- und Wohnungssuche und qualifizierte Beratungs- und Betreuungsangebote können das Risiko minimieren.

Die Deutsche AIDS-Hilfe wendet sich gegen die Funktionalisierung der epidemiologischen Forschung, die Hysterie erzeugt und der Stigmatisierung der Drogengebraucher im Bewußtsein der allgemeinen Bevölkerung Vorschub leistet. Als unverzichtbar fordert sie sensiblen Umgang mit den bei Erhebungen gewonnenen Daten. Die Durchführung des HIV-Antikörper-Tests ist nicht zwangsläufige Voraussetzung der Forschung in diesem Betroffenenkreis. Die Deutsche AIDS-Hilfe betrachtet es als ihre Aufgabe, auf Freiwilligkeit und strikte Anonymität bei der Durchführung von Tests und im Rahmen von Forschungsprojekten zu achten und fordert, den Angstfaktor bei der Bewältigung von Testergebnissen durch die Einbeziehung intensiver psychosozialer Anschlußberatung und -betreuung abzufedern. Rückfälle in den Drogengebrauch nach Bekanntwerden eines positiven Testergebnisses werden immer wieder festgestellt.

Die im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe von Prof. Bschor et al. erstellte Studie bietet einen Überblick über die regionalen Unterschiede der HIV-Prävalenz bei i.v. Drogengebrauchern anhand veröffentlichter Forschungsergebnisse in vorhandener Literatur. Sie bildet den Ausgangspunkt für die Entwicklung neuer Aufklärungs-, Beratungs- und Betreuungsstrategien in diesem Betroffenenbereich.

Aufgrund der schlechten Gesundheitslage der i.v. Drogengebraucher müssen Spritzenumtauschprogramme und Ausgabe von Kondomen an Drogengebraucher flächendeckend umgesetzt werden. Die Statistik der Weltgesundheitsbehörde weist nach, daß sich bei HIV-AK-positiven Angehörigen in dieser Betroffenenengruppe das Vollbild AIDS schneller entwickelt und sie häufiger an opportunistischen Infektionen erkranken, als dies in anderen Hauptbetroffenengruppen der Fall ist. Indes geht es heute nicht mehr allein um die Therapie mit dem Ziel Drogenabstinenz, sondern vor allem um die Gesunder-

haltung der User angesichts drohender oder tatsächlicher HIV-Infektion. „Erst die Erweiterung der Therapieangebote durch eine niedrigschwellige Infrastruktur ermöglicht den Aufbau einer tragfähigen AIDS-Prävention.“

Es ist verständlich, daß dort, wo Drogengebraucher per se als Sicherheitsrisiko angesehen werden – wir verweisen auf den Maßnahmenkatalog der bayerischen Staatsregierung –, die Deutsche AIDS-Hilfe vom HIV-AK-Test abraten muß. Hier ist die Verschlechterung des sozialen und gesundheitlichen Zustandes für den einzelnen als schwerwiegender anzusehen als der ohnehin zweifelhafte Nutzen des Wissens um den sero-positiven Status zur Motivation für „Safer Sex“ und „Safer Use“. Die ärztliche Schweigepflicht ist hier nicht mehr gewährleistet, und die Vertrauensbasis bei Beratungsgesprächen ist empfindlich gestört.

Im Vergleich zu Homosexuellen hat die Aufklärung bei Drogengebrauchern fast nicht stattgefunden. Nur von einer Minderheit werden Drogenberatungsstellen als Ansprechpartner für Informationen aufgesucht. Nur dort, wo Beratung vor Ort, d. h. in den Drogenszenen von Drogenberatungsstellen und AIDS-Hilfen stattfindet, kann eine Umsetzung der Präventions-Botschaften erreicht werden.

Die Deutsche AIDS-Hilfe fordert die Bundesregierung auf, diese Projekte stärker als bisher zu fördern, um die Kontinuität der vielfach in Zusammenarbeit mit Drogenberatungsstellen geleisteten Präventions- und Betreuungsarbeit der AIDS-Hilfen zu gewährleisten.

Drogen-Strategiepapier: Befunde und Strategien zur AIDS-Prävention im Bereich AIDS und Drogen

Die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. macht sich zur Aufgabe, einerseits zielgruppenspezifisch AIDS-präventive Prozesse in die Hauptbetroffenengruppen (homo- und bisexuelle Männer und heterosexuelle Männer und Frauen aus Drogen- und Prostituiertenszenen) zu vermitteln und andererseits am Faktor AIDS die Bedürfnisse, Probleme und Standpunkte des Selbstverständnisses dieser Gruppen an die Gesellschaft zurückzuvermitteln und gegebenenfalls zu unterstützen.

In der AIDS-Prävention bei FixerInnen steht die Deutsche AIDS-Hilfe vor dem Problem, daß die Mehrzahl der HIV-infektionsgefährdeten User nur schwer erreichbar und ansprechbar ist, weil sie durch die Drogengesetze in den gesellschaftlichen Untergrund abgedrängt wird. Mit dem Auftreten von HIV-Infektionsübertragungsketten und seit dem Bekanntwerden der ersten AIDS-Erkrankungs- und Todesfälle bei Usern und Ex-Usern ist zunächst nur der Fachöffentlichkeit bewußt geworden, daß die abstrakt in sich schlüssige Drogenbekämpfungsstrategie in der Bundesrepublik keine adäquate Infrastruktur für tragfähige AIDS-Prävention unter Drogengebrauchern darstellt. Nur ein geringer Teil der Infektionsgefährdeten wird durch die Drogenberatung und -therapie erreicht. Ein Bruchteil wird durch Cleaninitiativen mit Selbsthilfecharakter für Prävention zugänglich, der überwiegende Teil aller FixerInnen in der Bundesrepublik bleibt ohne persönliche Aufklärung sich selbst überlassen oder sitzt in Gefängnissen ein.

Das bedeutet, daß die informell-abstrakte Informationsvermittlung der präventiven Botschaften für diesen Bereich – Safer Sex und Safer Use – den überwiegenden Teil der FixerInnen nicht erreicht. Die Hauptinformationsquellen über die Infektionsrisiken beziehen die Fixer über das Fernsehen, die Tageszeitungen und durch Mund-zu-Mund-Propaganda, wenn eine AIDS- oder Drogenhilfe in der Nähe Information und Beratung anbieten konnte. Bewältigungsstrategien für die Umsetzung der Regeln des Safer Sex und Safer Use müssen ausschließlich aus eigener Phantasie geschaffen werden.

Viele FixerInnen sind heute noch immer uninformiert und haben keinen Zugang zu den instrumentellen Schutzmitteln für die Vorsorge. Sterile Spritzbestecke sind nicht flächendeckend verfügbar, und Kondome sind zu teuer für Sozialhilfeempfänger, zu denen langjährige User in der Regel gehören.

Während die HIV-Infektionsraten unter FixerInnen regional zum Teil dramatisch gestiegen sind, wird ein repressiver Druck gegenüber dieser Gruppe verstärkt, der die betroffenen User und Ex-User in eine tiefe Depression und Hoffnungslosigkeit drängt. Diese hat sie anpassungsbereiter gemacht, aber nicht vorsichtiger.

Sechs Jahre nach Bekanntwerden der ersten HIV-Infektion in der Gruppe der Drogengebraucher zeichnet sich für die gesundheitliche Lage dieser Gruppe eine Zuspitzung ab. Der relative Anteil der erkrankten und verstorbenen Fixer und Ex-User an der Gesamtzahl der von AIDS betroffenen Menschen steigt beharrlich an. In regionalen Zentren des Drogenhandels und -konsums haben sich aufgrund der verhängnisvollen Dynamik der Verschränkung von zwei unterschiedlichen Übertragungswegen – needle sharing und ungeschützter Geschlechtsverkehr – HIV-Übertragungsketten herausgebildet, die sich in hohen Infizierungsraten manifestieren.

An der epidemiologischen Peripherie von harten Drogenszenen droht indes der Übersprung von HIV-Übertragungsketten aus der Hauptbetroffenen-Gruppe der i.v. Drogengebraucher auf andere Bevölkerungsteile, z.B. auf die Sexualpartner von i.v. injizierenden Männern und Frauen.

Die Entwicklung von HIV-Infektionsrate und AIDS-Erkrankungen unter i.v. Drogenbrauchern

Ein erhebliches, ja immer dominierenderes Problem, ohne das die Lage der i.v. Drogengebraucher heute ernsthaft nicht mehr diskutiert werden kann, ist die Entwicklung der Infektionsrate mit dem HIV, dem „Human-Immunodefekt-Virus“, das im manifesten Stadium einer AIDS-Erkrankung zum Tode führt. Ein Indiz dafür ist die Zahl der i.v. Drogengebraucher an der Gesamtzahl der manifesten AIDS-Fälle, sowie die identifizierten HIV-Infektionsraten bei mehr oder weniger freiwillig getesteten FixerInnen in Gefängnissen, in Therapieeinrichtungen oder unter Drogentoten. Ende März 1988 wurden von den 1.906 seit 1982 beim Nationalen Referenzzentrum in Berlin gemeldeten AIDS-Fällen (davon 385 in Berlin) 195 FixerInnen (10,2%) registriert. Davon wurden 9,1% als heterosexuelle Fixer und 1,1% als homosexuelle Fixer identifiziert. In dieser Gruppe waren die größten Steigerungsraten der Neu-

erkrankungen zu verzeichnen (der Anteil von Fixern an der Gesamtzahl der AIDS-Fälle lag 1986 noch bei 6,8%). In den USA stammen 26% der AIDS-Fälle aus der Gruppe der i.v. Drogengebraucher, wobei 9% als weiteren Risikofaktor auch homosexuelle Kontakte angaben. In den Mittelmeerländern Italien, Spanien und Frankreich sind die i.v. Drogengebraucher sogar mit über 50% die Hauptbetroffenen der manifest Erkrankten. Bezüglich der HIV-Infektionsraten kann man nur Aussagen über die bereits getesteten Personen machen. Infektionsraten zwischen 21 und 44% der untersuchten Kollektive (und zwar nur die mit mehr als hundert Untersuchungen) geben Anhaltspunkte für grobe Schätzwerte ab. In den bundesdeutschen Haftanstalten dürfte die Infektionsrate nach gegenwärtigem Kenntnisstand unter den dortigen i.v. Drogenbrauchern zwischen 25 und 35% liegen. Allerdings fehlt noch das notwendige wissenschaftliche Netzwerk für eine verlässliche epidemiologische Erforschung der HIV-Prävalenz unter i.v. Drogenbrauchern, wie eine jetzt veröffentlichte Studie, die die Deutsche AIDS-Hilfe in Auftrag gegeben hat, verdeutlicht.

Zur Zeit ist die psychosoziale Versorgung der HIV-AK-positiven Drogengebraucher nicht ausreichend gewährleistet. Für diese Gruppe ist eine gesundheitliche Krisensituation entstanden, die mit den vorhandenen Mitteln der Drogenpolitik und der Drogenarbeit nicht abgefangen werden kann. Auf der anderen Seite wird die Prävention bereits im Ansatz fragwürdig, wenn sie sich auf Informationsvermittlung und ordnungspolitische Generalprävention beschränkt. Solange Drogengebraucher marginalisiert, ausgegrenzt und kriminalisiert werden und durch strukturelle Probleme wie Arbeitslosigkeit, Wohnungsnot und Bildungsdefizite psychosozial belastet sind, ist jede Initiative zur AIDS-Prävention in ihrem Handlungsspielraum substantiell begrenzt.

AIDS-Prävention darf sich nicht auf Information beschränken. Sie muß sich für die Menschen erfahrbar konkretisieren, indem sie ein Milieu aufbaut, in dem angstfrei über Gefährdungssituationen gesprochen werden kann. Stattdessen werden zur Zeit vielfach aus Angst und Panik und einem verabsolutierten Sicherheitsbedürfnis repressive Maßnahmen eingeleitet, die der AIDS-Prävention ihre Basis nehmen, indem Ordnungspolitik die Gesundheitspolitik dominiert.

Im folgenden legt die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. strukturell erweiternde Vorschläge für AIDS-Prävention wie auch eingeschränkt für Suchtprävention vor. Die zentralen Bezugspunkte dafür bilden *Selbsthilfe, Akzeptanz und Solidarität*, aber auch professionelle soziale, medizinische, rechtliche und informell-kommunikative Hilfe für i.v. drogengebrauchende Männer und Frauen. Die Strategie der Deutschen AIDS-Hilfe für einen praxisrelevanten Ansatz

von AIDS-Prävention im Drogenbereich zielt darauf ab, mehr i.v. Drogengebraucher als bisher zu erreichen und zugleich gesellschaftlich-strukturelle Bedingungen abzusichern, die den Aufbau eines tragfähigen Zugangs- und Betreuungsinstrumentariums für bisher schwer erreichbare Zielgruppen ermöglichen.

Konventionelle Drogenpolitik

Überprüft man das juristisch, therapeutisch und sozial angebotene Behandlungs-, Beratungs- und Betreuungsinstrumentarium am Faktor AIDS bei Drogengebrauch und Abhängigkeit und konfrontiert es mit den epidemiologisch relevanten Anforderungen an AIDS-Prävention, so zeigt sich, daß bisher allein das Abstinenzparadigma, das Clean-sein als Forderung jede, wie auch immer differenziert angelegte Präventionsmaßnahme durchdringt. Das drogenfreie Leben wird allen Behandlungsangeboten vorangestellt. Infektionsgefährdete i.v. Drogengebraucher ohne Abstinenzbereitschaft sind daher zum Teil faktisch keine Zielgruppe dieses psychosozialen Präventions- und Behandlungskonzeptes.

Gegenwärtig befinden sich ca. 70% der Drogenabhängigen in Therapie aufgrund irgendwelcher richterlichen Anweisungen in diesen Einrichtungen (vgl. A. Kreuzer, R. Wille, Drogenkriminalologie und Therapie, Heidelberg 1988, S. 126 sowie: Bericht der Bundesregierung, Drucksache 10/5856 vom 16.7.1986, S. 8). Der Aufenthalt in der Drogentherapie wird bei einer Verurteilung nach dem Betäubungsmittelgesetz oft als das kleinere Übel angesehen. Der Abstinenzentschluß entspringt daher nicht einer freiwilligen, sondern einer durch Außendruck herbeigeführten Entscheidung. Dementsprechend sind die Abbruchquoten in Drogenlangzeittherapien sehr hoch und der Rehabilitationserfolg bleibt insgesamt gering. Jeder Entschluß zur Abstinenz ist jedoch nur dann von Dauer, wenn er freiwillig durch Einsicht in die Abhängigkeit und durch das Akzeptieren drogenfreier Lebensformen getroffen wird. Die Erfahrung im Umgang mit Abhängigkeitsentwicklungen zeigt, daß der durch Hilfe gestützte freiwillige Entschluß zum drogenfreien Leben der beste Garant für gesundheitlich verantwortungsbewußtes Verhalten ist.

An diese Erfahrung knüpft AIDS-Prävention, wie die Deutsche AIDS-Hilfe sie versteht, an. Sie setzt von vornherein auf den durch Freiwilligkeit, Vertrauen, Akzeptanz und offenen Widerspruch gegründeten Dialog, der den präventiven Prozeß im Alltagsleben von Drogengebrauchern und Ex-Usern entfesseln kann. Zur Disposition steht der strafend-sanktionierende Hand-

lungsansatz der geltenden Drogen- und AIDS-Bekämpfungsstrategie, der durch Verteufelung von Drogengebrauch und Beschreibung eines negativen Menschenbildes gegenüber FixerInnen nicht nur das süchtige Verhalten bekämpft, sondern zunehmend die Zerstörung der Existenz der betroffenen Individuen in Kauf nimmt.

Jede in präventiver Absicht getroffene staatliche und juristische Maßnahme, die die Repression gegenüber FixerInnen und Ex-UserInnen mit Infektionsgefährdung, mit HIV oder mit AIDS zuspitzt, nimmt gedanklich den Prozeß des Scheiterns von individueller und kollektiver Vorsorge voraus, bevor die AIDS-Prävention überhaupt begonnen wurde.

Praktischer Gegenstand erfolgreicher AIDS-Prävention im Drogenbereich ist die Auseinandersetzung mit Usern über infektionsgefährdende Praktiken beim Drogengebrauch und beim Sexualverkehr. Diese Auseinandersetzung kann jedoch nur geführt werden, wenn die Abdrängung der gefährdeten Fixer in den Untergrund ein Ende hat und wenn durch eine konsequente Entkriminalisierungsstrategie der Zugang zu den gegenwärtig abgetauchten infektionsgefährdeten Menschen gewährleistet ist.

Entkriminalisierung des bisher illegalen Drogengebrauchs ist die zentrale gesellschaftspolitische Seite der AIDS-Prävention im Drogenbereich. Die instrumentelle Seite der AIDS-Prävention – die Verfügbarkeit von eigenem Spritzbesteck und Kondomen – ist zur Zeit selbst für diejenigen User, die bereits über Streetwork und Drogenberatung erreichbar sind, nicht abgedeckt. Saubere Spritzbestecke sind nicht flächendeckend verfügbar, und Kondome sind zu teuer für Sozialhilfeempfänger, zu denen langjährige User in der Regel gehören. Für die Umsetzung der zentralen Botschaften der AIDS-Prävention – Safer Sex und Safer Use – fehlen also häufig die materiellen Grundlagen. Ein dogmatisches Festhalten an dysfunktional gewordenen Positionen in der Drogenarbeit kann die katastrophale gesundheitliche Lage dieser Gruppe nicht abwenden, sondern verschärft sie nur. Mit der Krankheit AIDS und der Notwendigkeit für AIDS-Prävention wird dem Selbstverständnis von Drogenpolitik und Drogenarbeit heute eine selbstkritische Reflexion auf ihre Grundannahmen abgenötigt, die für die AIDS-Prävention wie für die Suchtprävention fruchtbar gemacht werden kann.

Der gesundheitliche Zustand der i.v. Drogengebraucher in der BRD

Folge der „Leidensdruck“-Philosophie ist der erschreckende, außerordentlich schlechte gesundheitliche Zustand und die hohe Sterblichkeitsquote

der bundesdeutschen Junkies. Dieser Zustand ist keineswegs der Droge selbst geschuldet. Denn obgleich Opiatgebrauch u.a. zu einer körperlichen Abhängigkeit mit Entzugssymptomen wie Übelkeit, Schweißausbrüchen, Schlafstörungen u.ä. führt, läßt sich das Ausmaß der gesundheitlichen Verelendung der Mehrzahl der Drogenabhängigen nicht nur aus der pharmakologischen Wirkung der Opiate erklären, sondern ist die Folge des durch die Beschaffungsnot (bei einer täglich notwendigen Geldsumme von DM 300, – bis 500, –) geprägten Lebenswandels und der Lebensbedingungen von FixerInnen in der Bundesrepublik. Alle Symptome der Verelendung bis hin zu Verwahrlosung und allgemeiner Schwächung der Abwehrkraft gegen Infekte und eine Reihe von sekundären Krankheitssymptomen wie Hautabszesse, Bronchitiden, Pneumonien, bakterielle Pilzinfekte, sowie einer großen Hepatitis-Prävalenz, oft im chronischen Verlauf, sind ursächlich mit jenen Lebensverhältnissen, dem Lebensstil und der restriktiven Drogenpolitik der Bundesregierung und der Länder verknüpft. Bei weiblichen Drogenabhängigen, die zum großen Prozentsatz der Beschaffungsprostitution nachgehen müssen, kommen neben Zyklusstörungen auch Geschlechtskrankheiten hinzu, da ihre Notsituation von den Freiern häufig dazu ausgenutzt wird, unter schlechten hygienischen Bedingungen und ohne Kondombenutzung geschlechtlich zu verkehren. Zu diesen infektiösen Komplikationen – die allesamt durch die HIV-Infektion noch erheblich verschärft werden – kommen noch Intoxikationen durch Streckmittel des Heroins vom Seifenpulver bis zu Strychnin hinzu. Durch die Opiatverknappung entstehende Polytoxikomanie, die nicht selten in eine echte Mehrfachabhängigkeit von Heroin, Kokain, Alkohol, Barbituraten, Tranquilizern usw. einmündet, besteht ein hohes Mortalitätsrisiko.

Hinzu kommen gesundheitliche Schäden durch Benutzung unsteriler Spritzbestecke oder falsche bzw. mißglückte Injektionen, neben Suizidversuchen oder neben dem „Unfallselbstmord“ durch den sogenannten „goldenen Schuß“ (vgl. Elias).

Fundamente der AIDS-Prävention

Zentrale Intention humaner AIDS- und Drogenhilfe ist die notwendige Entfesselung von Überlebenswillen, Selbsterhaltungs- und Selbstheilungsprozessen, die davon abhängt, inwieweit die Gesellschaft bereit ist, für die Anliegen und Probleme des Süchtigen, des HIV-AK-Positiven und AIDS-Kranken Partei zu ergreifen.

Die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. vertritt den Standpunkt, daß Drogenabhängige – entgegen vieler Vorurteile gegenüber Süchtigen in unserer Gesellschaft – im Zusammenhang mit AIDS durchaus zugänglich sind für die Abschätzung und Bewältigung von Infektionsgefahren. Auf Selbstorganisation und Interessenvertretung der Betroffenen kann in diesem Bereich – im Gegensatz zu anderen Hauptbetroffenen-Gruppen – jedoch nicht zurückgegriffen werden. AIDS- und Drogenhilfe muß deshalb den *Überlebensanspruch* der Betroffenen zunächst stellvertretend pointiert formulieren. Dieser Überlebensanspruch definiert sich primär gesundheitlich und sozial.

AIDS-Prävention im Drogenbereich will in einer sich verselbständigenden epidemiologischen Dynamik von HIV-Übertragungsketten gesundheitlich und sozial bedingte Krisensituationen abfangen. Dazu notwendig ist der Aufbau eines *niedrigschwelligen Verbundsystems* von Streetwork, Kontaktläden, Selbsthilfezentren, ambulanten medizinischen und sozialen Beratungs- und Betreuungszentren. Ferner müssen durch den Aufbau von teils mobilen, teils standortgebundenen Treffpunkten, WG's und Betreuungszentren für erkrankte Drogengebraucher und Ex-User Alternativen geschaffen werden, die ein Leben mit dem Positivsein und mit der AIDS-Erkrankung ohne Verfolgung, Stigmatisierung und Elend ermöglichen. Dieser Anspruch schließt eine gesellschaftsbezogene *Antidiskriminierungs- und Solidaritätskampagne* für von AIDS bedrohte und betroffene Drogengebraucher und Ex-User ein, deren Ziel die Verbesserung der psychosozialen und gesundheitlichen Lage dieser Betroffenengruppe sein muß. Für den einzelnen Fixer muß am Ende wieder die Möglichkeit *selbstbestimmten Handelns* stehen, trotz eines eventuellen Lebens in Unfreiheit und Abhängigkeit. Für Fixer und Ex-User als Gruppe gibt ein solcher Rahmen erst den Katalysator ab zur Aktivierung von *Selbsthilfe* und Selbstkontrolle.

Strategien der AIDS-Prävention

In der AIDS-Prävention vertritt die D.A.H. das Ziel, FixerInnen in regionalen Drogen- und Prostituiertenszenen zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erreichen und solche Aufklärungs- und Betreuungsangebote zu machen, die durch eine hohe Akzeptanz und Haltekraft ausgewiesen sind.

In Anknüpfung an den Überlebenswillen der betroffenen Menschen unterstützt die D.A.H. sowohl Selbsthilfeinitiativen von Usergruppen als auch Ex-User-Selbsthilfegruppen. In Anerkennung der Betroffenenkompetenz enthält sich die D.A.H. soweit wie möglich moralischer Werturteile gegenüber süch-

tigem Verhalten. Sie nimmt zur Kenntnis, daß Menschen in einer suchterzeugenden Gesellschaft Drogen nehmen und HIV-Übertragungsrisiken eingehen, bei deren Bewältigung die D.A.H. Beratung und Hilfe anbieten kann. Vor dem Hintergrund der Drogenbekämpfungsstrategie, die sich heute entgegen dem geltenden Grundsatz „Therapie statt Strafe“ in der Praxis zunehmend in den Grundsatz „Therapie durch Strafe“ verkehrt hat, plädiert die D.A.H. sowohl für den Ausbau des therapeutischen Drogenhilfesystems als auch für den Ausbau eines dritten Weges zwischen Strafe und Therapie. Dieser dritte Weg definiert sich als ein strategisches Bindeglied zwischen einer seuchenpolizeilich aufgeladenen Kriminalisierungsstrategie gegenüber infektionsgefährdeten Fixern und einem auf Individualpsychologische verkürzten psychosozialen Drogenhilfeansatz, indem ein niedrigschwelliger Versorgungs- und Selbsthilfeansatz ausgebaut werden soll. Auf dem Hintergrund eines sozialpsychologisch definierten Verständnisses von Sucht, Gesundheit und Krankheit soll durch Einbezug von krisenbezogener medizinischer, sozialer und psychologischer Hilfe in sozialen Krisenbrennpunkten ein niedrigschwelliger, interdisziplinär organisierter Verbund hautnah auf jene Risikosituationen zugeschnitten werden, die die epidemiologische Dynamik von HIV in der Drogenszene bestimmen.

Um einer weiteren Ghettoisierung und Ausgrenzung von FixerInnen vorzubeugen, müssen alle Maßnahmen des niedrigschwelligen Verbunds – von der Fixer-Selbsthilfeinitiative bis zu ambulanten Drogenstationen und Kriseninterventionszentren – als problemorientierte Angebote in Betracht gezogen werden. Sie dienen dem Ziel der Gesunderhaltung und psychischen Stabilisierung der Süchtigen, die durch den repressiven Druck der Kriminalisierung oft unter die Ebene eines erträglichen psychischen und ökonomischen Existenzminimums herabgedrückt werden.

Statt der weiteren Zerschlagung von Drogenszenen durch die Polizei ist die Erhaltung dieser Szenen zu fördern. Statt der Verknappung von Spritzbestecken ist die Verfügbarkeit über saubere Spritzbestecke auf der Basis eines Beweiserhebungsverbot, das ins BTM-Gesetz aufgenommen werden müßte, geboten. Anstelle des Zwangs zur Heimlichkeit beim intravenösen Drogengebrauch ist die Offenheit im Umgang mit Süchtigen gefordert. Vertrauen statt Mißtrauen muß den Dialog mit den Süchtigen in präventiver Absicht bestimmen. Insgesamt beschreibt der dritte Weg in der AIDS-Prävention in Distanz zum strafend-sanktionierenden Ansatz von Polizei und Justiz und in Distanz zu einem verabsolutierten Cleanbegriff in der Drogenhilfe einen Weg der Akzeptanz und Solidarität mit Usern und Ex-Usern, die mit HIV-Infektionen und AIDS leben lernen müssen.

Die Bewältigung der präventiven Botschaften von Safer Sex und Safer Use haben nur dann eine Chance, wenn die Angst vor den Konsequenzen der AIDS-Prävention nicht höher bewertet wird als die Angst vor AIDS.

Es ist die gemeinsame Aufgabe von Drogen- und AIDS-Hilfen und MedizinerInnen, zum Beispiel durch gemeinsame Trägerschaft ambulante Treffpunkte für FixerInnen, Wohngemeinschaften für HIV-AK-positive oder AIDS-krankte User und Ex-User aufzubauen. Nur durch diese institutionsübergreifende Praxis kann die AIDS-Prävention, die medizinische und psychosoziale Hilfe wirksam werden.

Forderungen/Angebote

In der Auseinandersetzung mit dem Faktor AIDS bei Drogengebrauch und aufgrund der Erfahrung im Umgang mit der Krankheit AIDS bei Fixern und Ex-Usern hat die Deutsche AIDS-Hilfe drei zentrale Zielvorstellungen entwickelt, an denen sich ihre präventive Praxis orientiert.

- 1) Zielgruppenspezifische Aufklärungsarbeit und Infektionsprophylaxe im Problemkreis AIDS und Drogen zur Eingrenzung der epidemiologischen Dynamik von HIV-Übertragungsketten
 - 2) Konzeptionelle und praktische Entwicklung einer präventiv wirksamen Infra- und Versorgungsstruktur für Drogengebraucher und Ex-User – zur Umsetzung des Handlungskonzeptes von Safer Use und Safer Sex und zur Absicherung einer primären gesundheitlich-sozialen Versorgung
 - 3) Konzeptionelle Entwicklung und praktische Unterstützung motivationaler Ressourcen bei Drogengebrauchern zur Entwicklung von Selbsthilfe und Solidarität bei der Bewältigung einer persönlichen und kollektiven Betroffenheit
- Die Deutsche AIDS-Hilfe unterbreitet im folgenden praktische Vorschläge zur Umsetzung dieser Zielvorstellungen im Bereich Drogen und Strafvollzug:

Die Praktiken beim Drogengebrauch und im Sexualverhalten von Drogengebrauchern mit HIV-Infektionsrisiko müssen durch Streetworker, Drogenberater und andere Personen, die das Vertrauen der Betroffenen genießen, kontinuierlich beobachtet werden, ohne daß Kontrolle ausgeübt wird.

Widersprüchliche Verhaltensweisen im Umgang mit HIV-Übertragungsrisiken müssen durch gezielte Gespräche im angstfreien Raum von Kontakt- und Anlaufstellen benannt werden. Freiwilligkeit, Vertrauen und Akzeptanz sind zu gewährleisten.

Schutzmittel wie steriles Spritzbesteck und Kondome sowie geeignetes Informationsmaterial müssen vor Ort angeboten werden.

Neben situativ krisenbedingter Kurzzeitberatung und Information über Safer Use-Praktiken müssen materiell ausgerichtete Hilfen für die Befriedigung existentieller Bedürfnisse wie Schlafen, Essen, Trinken und sozialer Kontakte vorgehalten werden.

Einzelfall- und problemgruppenbezogene Motivforschung in bezug auf kurz- und mittelfristige Alltagsprobleme (z.B. Ämtergänge, polizeiliche Anmeldung, medizinische Hilfe, Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten, Beziehungsprobleme) muß initiiert werden, ebenso die Erforschung von Bewältigungsstrategien am Faktor AIDS bei Drogengebrauch und Abhängigkeit als Verlaufsbeobachtung einzelner und szenetypischer Cliques; desgleichen müssen Maßnahmen zur Einschätzung der vorhandenen Ressourcen für die Annahme der präventiven Vorschläge zur Verhaltensänderung (Safer Use und Safer Sex) eingeleitet werden.

AIDS-Prävention muß konzeptionell eingebunden werden in bestehende Versorgungseinrichtungen von Drogen- und AIDS-Hilfe, Jugend- und Familienfürsorge und allgemeiner Gesundheitsfürsorge.

Personen und Kollektive mit HIV-Infektionsrisiko sollten mit gemeindebezogenen Selbsthilfeinitiativen und Gruppen informell „vernetzt“ werden, wobei die Akzeptanz der Lebenserfahrungen und Lebensgewohnheiten der betroffenen Personen eine Grundvoraussetzung darstellt.

Offene Gesprächs- und Betreuungsprozesse (Streetwork) innerhalb von Drogen- und Prostituiertenszenen sollten in differenziertere Selbsthilfeangebote bzw. professionelle Hilfsangebote übergeleitet werden (z.B. informelle Positivengruppen in AIDS- und Drogenhilfen, Freizeitaktivgruppen, Drogenberatung, Sozialberatung, Wohn- und Arbeitsperspektiven).

Mittels Absprachen mit Polizei und Behörden müßte das ordnungspolitisch repressive Kontrollmilieu für Drogengebraucher reduziert werden. Erst dann kann die soziale, medizinische und materielle Hilfe an einem Ort mit akzeptierendem, angstfreiem Klima räumlich, zeitlich und personell/sachlich zentriert werden.

Die Zweck-Mittel-Relation zwischen den ineinandergreifenden Handlungsschritten zur Herstellung eines psychosozial definierten Moratoriums in Drogen- und Prostituiertenzentren muß ständig einer Überprüfung unterzogen werden, damit gegebenenfalls die epidemiologisch relevanten Risikosituationen neutralisiert werden können.

Die Akzeptanz der AIDS-präventiven Botschaften von Safer Use und Safer Sex muß durch begleitende systematische Untersuchungen evaluiert werden, um Fehleinschätzungen zu vermeiden und neuauftretende Probleme frühzeitig zu erkennen.

Die Effektivität der Maßnahmen hinsichtlich einer regional wirksamen Abschwächung der epidemiologischen Übertragungsdynamik muß durch empirische Begleitforschung überprüft werden.

Die Absicherung der gemeinde- und milieuspezifischen Aufklärungsarbeit muß durch eine übergreifende, informelle Koordination zwischen Fachverbänden, Behörden und Ämtern einschließlich der Polizei und der Justiz gewährleistet werden.

Die Politik muß zusätzliche materielle Mittel für diese zielgruppen- und milieuspezifischen Informations- und Betreuungsansätze bereitstellen, um im Drogen- und AIDS-Hilfebereich eine zeitstabile „Impulsdichte“ der AIDS-Prävention sicherstellen zu können.

Zum Verhältnis von AIDS- und Suchtprävention

Die gesundheitlich-präventive Aufklärung, die diese programmatischen Aussagen trifft, muß Zielvorstellungen für das Verhältnis von AIDS- und Suchtprävention entwickeln.

Für die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. heißt pädagogisch-erzieherische Aufklärung im Drogenbereich: Erziehung zur Ekstasefähigkeit, d.h. Rausch- und Liebesfähigkeit, mit Rücksicht auf die Bewältigung von Risikosituationen, in denen HIV-Übertragungen stattfinden können.

Die Form der Bedürfnisbefriedigung bei Sucht- und Sexualverhalten ist ein weiterer Gegenstand der präventiven Aufklärung und Beratung einschließlich der instrumentell-kommunikativen Einbindung der Vorsorge durch Safer Use und Safer Sex im infektionsriskanten Befriedigungsakt.

Soll die Prävention angenommen werden, muß sie Vorschläge machen, die nicht nur ideelle, sondern für den einzelnen sinnlich-konkret erfahrbare Alternativen bieten. Der Aufbau eines niedrighschwelligen Verbundsystems von AIDS- und Drogenhilfe bietet solche erfolgversprechenden Alternativen.

Niedrighschwelliges Verbundsystem von AIDS- und Drogenhilfe

Ein erfolgversprechendes Verbundsystem zur Bewältigung der unterschiedlichen Problemlagen und Bedürfnisebenen erfordert vielfältige Integrationsangebote. Im einzelnen schlägt die Deutsche AIDS-Hilfe e. V. folgende Maßnahmen vor:

- Einsatz eines Beratungsbusses für mobile AIDS-Aufklärung durch AIDS-Hilfen in regionalen Drogenszenen (nach dem Vorbild der Frankfurter AIDS-Hilfe)
- Einsatz von Streetworkern und Prophylaxeteams mit Anbindung an rund um die Uhr geöffnete Gesundheits- und Kontaktläden in regionalen Drogen- und Prostituiertenszenen
- Aufbau ambulanter Kriseninterventionszentren mit interdisziplinär arbeitendem Team; Angebot an erster Hilfe, sozialer und medizinischer Diagnostik, Beratung und Behandlung, Spritzenaustausch und Substitution
- Einrichtung von Krisenübernachtungsplätzen
- Aufbau von Fixerselbsthilfezentren mit grundlegenden Versorgungs- und Aktivitätsangeboten (Essen, Wäschewaschen, Duschen, Drogeninfoservice für Jobs, Safer Use-Gesprächsgruppen, Safer Sex-Gesprächskreise u.a.)
- Einrichtung von Wohngemeinschaften für obdachlose Fixer einschließlich Wohngemeinschaften für Fixer mit AIDS
- Umstrukturierung bestehender Drogenberatungsstellen zu allgemeinen Sucht- und Drogenberatungsstellen mit ambulanten Therapieangeboten, Therapievermittlungsberatung usw.; Angebot von Wohngemeinschaften für „stolpercleane“, ambulant betreute AIDS-erkrankte Fixer; Angebot von Safer Sex und Safer Use-Beratung
- Umstrukturierung von Drogenlangzeittherapien zu Rehabilitationsgemeinschaften mit entsprechend binnendifferenzierten Angeboten; Aufbau von Nachsorge-Wohngemeinschaften
- Förderung von drogenfreien Selbsthilfe- und Lebensgemeinschaften mit Ausbildungs- und Bildungsangeboten einschließlich eines integrierten sozialen und medizinischen Versorgungsangebotes für Ex-User mit HIV oder AIDS
- Aufbau von Treffpunkten für die Begegnung und Selbsthilfe von HIV-AK-Positiven und AIDS-Kranken aus dem Umfeld von Drogen-, Prostitutions- und Schwulenszenen; soziales und juristisches Beratungsangebot, Unterstützung bei der Suche und Anmietung von Betroffenen-WG's (es stehen zur Zeit nur ganze 20 WG-Plätze für AIDS-erkrankte FixerInnen in der BRD zur Verfügung)
- Vernetzung der betroffenenbezogenen AIDS-Präventions- und Solidaritätsaktivitäten; Bildung von Unterstützergruppen für in Not geratene AIDS-Kranke; Aufbau von Öffentlichkeitsgruppen.

Die dargestellte Verknüpfung von AIDS- und Drogenhilfe hat ihren Schnittpunkt im Bereich der ambulanten psychosozialen Beratung und Betreuung und praktisch in der stationären Behandlung von AIDS-Kranken in Kliniken.

Die zielgruppenspezifische Prävention erfordert jedoch eine problem- und bedürfnisbezogene Differenzierung der Angebote für die unterschiedlichen Betroffenenengruppen wie einerseits homo- und bisexuelle Männer und wie andererseits heterosexuelle Fixer, Ex-User und Suchtgefährdete, die in ihren überwiegend subkulturellen Treffpunkten informiert und beraten werden müssen. Die Angebote von Streetwork, Kontaktläden und Selbsthilfetreffpunkten sind wesentlich der Aufgabe der *primären AIDS-Prävention* und Infektionsprophylaxe zuzuordnen.

Die Ebene der Beratungs- und Betreuungssysteme/Drogenberatungsstellen/AIDS-Hilfe-Zentren einschließlich der ambulanten Krisenintervention ist der Aufgabe der *sekundären AIDS-Prävention* (HIV-AK-Positive) zuzuordnen. Die im engeren Umfeld von Selbsthilfezentrum, Drogenberatung, AIDS-Hilfe-Zentrum, Drogentherapie und Klinik angesiedelten Wohngemeinschaften und Treffpunkte für AIDS-Erkrankte sind der *tertiären AIDS-Prävention* zuzuordnen.

Die Subsysteme dieses niedrigschwelligen Verbundsystems sind trotz ihrer differenzierten Angebote von der Selbsthilfe über die semiprofessionelle Beratung und Betreuung bis zur professionellen Behandlung inhaltlich kohärent miteinander verbunden. Trotz institutionell unterschiedlich angebundener Versorgungsangebote ist die gesamte Angebotsstruktur auf somatisch fixierte HIV-Infektionen und das damit verbundene Leiden an der Krankheit AIDS mit einhergehenden sozialen und psychischen Faktoren bei Drogengebrauchern ausgerichtet. Die Priorität der AIDS-Problematik vor der Suchtproblematik ergibt sich allein aus der Tatsache, daß AIDS eine unheilbare Krankheit ist.

Substitution

Zur Zeit werden in Fachkreisen mit großem Engagement die Pro- und Contra-Standpunkte für die Verabreichung von Ersatzmitteldrogen unter dem Gesichtspunkt der AIDS-Prävention diskutiert.

Die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. vertritt dazu folgenden Standpunkt:

Von der Verabreichung von Ersatzmitteln ist losgelöst vom Aufbau eines Ensembles ambulanter, sozialer, psychischer und medizinischer Hilfen, wie sie im Vorfeld klassischer psychosozialer Drogenberatungs- und Therapieansätze von der D.A.H. vorgeschlagen werden, kein präventiver Effekt zu erwarten. Ganz anders stellt sich die Frage im Einzelfall dar. Für die Substitution im begründeten Einzelfall sollten drei Grundsätze gelten:

- 1) Es ist besser, das Nächstliegende zu tun als nichts zu tun, angesichts der irreversiblen HIV-Infektion und der Bedrohung durch AIDS
- 2) Es müssen auch für Drogenabhängige solche Therapieangebote gemacht werden, die von Klienten freiwillig in Anspruch genommen werden. Nur solche Angebote, die unter anderem Substitution als „maintenance to abstinence therapy“ miteinschließen, sind auf Dauer tragfähig und dienen der gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung der betroffenen Drogengebraucher
- 3) Es widerspricht dem Selbstverständnis humaner AIDS-Lebenshilfe, Drogenabhängigen, die den „harten“ Entzug aktuell ablehnen, andere mögliche Therapieformen vorzuenthalten

AIDS-Prävention folgt der Intention selbstbestimmten Handelns trotz eines Lebens in Unfreiheit und Abhängigkeit. Wer in der Diskussion um Ersatzprogramme zuerst alle denkbaren Formen der Kontrolle und des Zwangs vorschaltet, will die freie Entscheidung des einzelnen für seinen Weg aus der Abhängigkeit nicht. Ordnungspolitisch strukturierte Substitutionsprogramme lehnt die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. ab, weil sie keine präventive Wirkung erkennen lassen.

Nachdrücklich zu kritisieren sind die Kriminalisierungsversuche gegenüber Ärzten, die nach den Geboten der kurativen Medizin Drogenabhängigen Ersatzdrogen verschreiben. Die D.A.H. warnt aber gleichzeitig vor einer „wildem“ Verschreibungspraxis. Im übrigen sieht die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. die Notwendigkeit, dort, wo andere therapeutisch wirksame Mittel der Drogenhilfe nicht greifen, die Substitution unbedingt in das Angebot der Hilfen zum Zwecke der Loslösung von der zerstörerischen Drogenbindung gedanklich und praktisch miteinzubeziehen, ohne den „Cleananspruch“ zu verabsolutieren und den strafrechtlichen Sanktionsapparat zu aktivieren.

Problemfeld Justizvollzug

Die Deutsche AIDS-Hilfe sieht mit Sorge die steigenden HIV-Infektionsfälle und die Lebensnot von Menschen in Haft, die am Grenzpunkt AIDS zusätzlichen Belastungen ausgesetzt sind, die nur mit Vernunft und Solidarität kollektiv bewältigt werden können. Die AIDS-Prävention besonders im Justizvollzug bedarf der Impulse aus der Gesellschaft, weil dieser Bereich aus sich selbst heraus keine zusätzlichen integrativen Kräfte entfalten kann, die der AIDS-präventiven Aufgabe gewachsen sind.

Die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. verkennt dabei nicht die Schwierigkeiten, die aus den zum Teil unterschiedlichen Vollzugsbedingungen in den einzelnen Bundesländern herrühren.

Die Linie der Vernunft in der AIDS-Prävention, d.h. der Ent-Hysterisierung, der Aufklärung über Infektionsrisiken und der Akzeptanz von alternativen Lebensstilen, die angesichts der Ausgrenzungsdynamik zwangsläufig „riskanter“ verlaufen, ist unter den Bedingungen der Haft weitgehend ad absurdum geführt. Die Dynamik der HIV-Progression unter i.v. Drogenkonsumenten ist im Justizvollzug zugespitzt. Von den gegenwärtig etwa 4500 Drogenabhängigen in Haft (etwa 10% der gesamten Inhaftierten), dürften mittlerweile zwischen 25 und 35% infiziert sein. Die Gruppe der FixerInnen im Knast ist per Definition als „Sicherheitsrisiko“ deklariert: Junkies sind deshalb psychischem Druck ausgesetzt, sich testen zu lassen, in einigen Bundesländern ist sogar bei Weigerung ein Zwangstest vorgesehen.

„Positiv-sein“ im Justizvollzug verkehrt sich zur vollständigen Negativerfahrung. Einzelhaftunterbringung nicht als Privileg, sondern als Ausgrenzung zum „Schutz Dritter“, Stigmatisierung durch diskriminierende Vermerke auf Kranken-Personalakten, Transportscheinen, Belegungsplänen; Ausschluß von bestimmten Arbeitstätigkeiten, Alleingelassenwerden mit dem Wissen um die HIV-Infektion und mit der Angst vor AIDS ist die Realität. Hinzu kommen die fehlende bzw. völlig unzureichende psychosoziale und medizinische Betreuung und die Schwierigkeiten bei der Ausführung zu externen Ärzten oder bei Anträgen auf Haftverschonung, die äußerst restriktiv ausgelegt werden. Erst wenn sich das Vollbild von AIDS entwickelt hat und die Lebenserwartung nur noch begrenzt ist, hat ein Betroffener eine realistische Chance auf Haftentlassung.

AIDS-präventive Maßnahmen im Justizvollzug, die außerhalb nicht mehr umstritten sind – wie die Vergabe von Kondomen und erst recht von sterilen Spritzbestecken –, scheitern im Justizvollzug weitgehend an der Selbstdefinition dieses Bereichs als sexual- und drogenfreier Raum, auch wenn die Realität anders aussieht. Unter den Bedingungen der Kriminalisierung und Ausgrenzung, der hohen Preise für gestreckte und gepanschte Drogen, der fehlenden Perspektive, der sozialen Verelendung und des schlechten gesundheitlichen Allgemeinzustandes verschärfen sich auch die HIV-Infektionsrisiken rasant. Im Justizvollzug verschärft sich die Situation noch dadurch, daß die Dynamik der Sucht erhalten bleibt und durch die Erfahrungen der Haft noch verstärkt wird, aber gleichzeitig Drogen noch unvorsichtiger mit noch weniger sterilen Spritzbestecken konsumiert werden. Statt mit Verständnis

für die Situation der Betroffenen reagieren die Justizbehörden vorwiegend mit Angst und Gefahrenabwehr.

AIDS-präventive Aufklärung im Justizvollzug betrifft Gefangene und Beamte gleichermaßen. Die bisherige Aufklärungsarbeit in diesem Bereich greift zu kurz und bleibt darüber hinaus in strukturellen Kommunikationsbarrieren zwischen Vollzugsbeamten unterschiedlichen Ranges, aber auch zwischen Gefangenen mit unterschiedlichen Kommunikationsmöglichkeiten befangen.

Erfolgversprechende AIDS-Prävention im Justizvollzug kann nur unter Bedingungen gelingen, die die Selbsterhaltungsressourcen bei betroffenen Gefangenen stärken. Andernfalls werden die Justizvollzugsanstalten zu „Durchlauferhitzern“ für die HIV-Infektion.

Die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. fordert daher für diesen Bereich:

- sensible Kondom- und Spritzenvergabe für HIV-infektionsgefährdete Gefangene
- Intensivierung der präventiven Aufklärung für Inhaftierte und Vollzugsbeamte
- Anonymität, Freiwilligkeit und vorherige Beratung (durch AIDS-Hilfen, Drogenberatungen, Arzt) bei Durchführung von HIV-Antikörpertests
- kein Testdruck oder Zwangstest für drogengebrauchende oder homosexuelle Männer und Frauen im Justizvollzug
- Abschaffung von Sonderbehandlungen wie Ausschluß aus dem Sport-, Küchen- und Werkstattbereich
- keine Einzelhafttraumunterbringung gegen den Willen der Betroffenen
- kein Aufbau von Sonderanstalten („AIDS-Knäste“)
- Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 STGB
- Haftverschonung bei progressivem Infektionsverlauf zugunsten von Bewährungsaufgaben
- gegebenenfalls Ausführungen zu externen Ärzten zwecks diagnostischer und ärztlicher Behandlung
- Substitutionsangebote für HIV-infektionsgefährdete Drogengebraucher in Haft mit langjähriger Abhängigkeitsentwicklung
- Zugang der AIDS-Hilfen zu Justizvollzugsanstalten für die Durchführung von Informations- und Beratungsarbeit ohne Beisein von Beamten
- keine Weitergabe von infektionsrelevanten Daten (HIV-Antikörpertestergebnisse) an unbefugte Dritte
- Löschen von „AIDS-Dateien“ bei der Polizei, keine Meldung im offenen Vollzug über HIV-Antikörpertestergebnisse von Inhaftierten an Arbeitgeber durch die Haftanstalt

- Intensivierung von Kleingruppenarbeit und Einzelfallbetreuung für interessierte und betroffene Gefangene durch anstaltsexterne ehrenamtliche und professionelle Helfer
- Finanzierung von Fortbildungsveranstaltungen der Deutschen AIDS-Hilfe für die interessierte Fachöffentlichkeit und geschulte ehrenamtliche Helfer im Justizvollzug aus Bundesmitteln
- keine Diskriminierung oder Benachteiligung der von AIDS/HIV-betroffenen Gefangenen.

Problemfeld HIV-AK-positive Kinder/Eltern aus dem Umfeld von Drogen- und Prostituiertenszenen

Die Problematik HIV-AK-positiver Kinder und Eltern aus dem Umfeld von Drogen- und Prostituiertenszenen ist bisher nicht genügend berücksichtigt worden. Die epidemiologische Entwicklung läßt in den nächsten Jahren ein größeres Ausmaß befürchten, als es zur Zeit erkennbar ist.

Eine relativ große Betroffenengruppe bilden die hämophilen Kinder (Bluter) mit HIV. Für diese Gruppe kann aber in Zukunft eine weitere Ausbreitung der HIV-Infektionen ausgeschlossen werden, was auch weitgehend für durch Transfusionen erworbene Infektionen gilt.

Weitaus problematischer ist die epidemiologische Entwicklung der HIV-Infektionen bei Kindern von drogengebrauchenden Müttern mit HIV oder AIDS. In den letzten Monaten wird in der Gruppe der drogengebrauchenden Frauen eine exponentielle Zunahme an HIV-Vorfällen verzeichnet. Insofern muß in den nächsten Jahren mit einer hohen Zahl von Geburten gerechnet werden, bei denen ein hohes HIV-Infektionsrisiko gegeben ist.

Angesichts dessen ergeben sich eine Reihe von psychosozialen wie infrastrukturellen Defiziten in der Beratung und Betreuung von betroffenen Müttern und Kindern.

Das erste Problem ergibt sich in der Frage der Schwangerschaftsberatung von betroffenen Frauen mit Kinderwunsch. Die Überlegungen einer obligatorischen Testung auf HIV-Antikörper im Zuge der allgemeinen Schwangerschaftsvorsorge sind schon weit gediehen. In verschiedenen Bundesländern wird dies vorgeschlagen und geraten, die positiven Frauen auf die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs aus eugenischen und medizinischen Gründen hinzuweisen.

Die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. hält diese Massenscreenings für problematisch, weil sie keinen präventiven Effekt haben – es sei denn, man würde die

Frauen mit HIV zum Schwangerschaftsabbruch zwingen. Weder ist die psychosoziale Beratung und Betreuung der Betroffenen gegeben, noch deren materielle Unterstützung für den Fall, daß sie trotz des aufgezeigten Risikos ihr Kind austragen wollen. Erschwerend kommt hinzu, daß eine ausreichende medizinische Schwangerschaftsbegleitung häufig von den Betroffenen nicht wahrgenommen werden kann, weil ein hoher Prozentsatz von ihnen der Beschaffungsprostitution nachgeht und demzufolge einem starken Kriminalisierungsdruck unterliegt.

Statt dessen müssen soziale und psychische Hilfsangebote bereitgestellt werden, die Betroffenen mit Kinderwunsch ermöglichen, die Schwangerschaft zu bewältigen und später zusammen mit dem HIV-gefährdeten oder tatsächlich infizierten Kind zu leben. Dazu gehören Angebote wie Substitution und ausreichende finanzielle und strukturelle Möglichkeiten, das Angebot einer Wohnung oder einer betreuten Mutter-Kind-WG, ambulante ärztliche wie psychosoziale Betreuung, Tagesmütter, Unterstützung für das Zurückgreifen auf vorhandene Familienstrukturen, Babysitting, Aufbau eines Selbsthilfenetzes von Betroffenen, finanzielle Hilfen durch Ausschöpfen des Bundessozialhilfegesetzes und Zuwendungen aus Stiftungsgeldern und anderes mehr.

Sehen sich betroffene Mütter nicht in der Lage, ihr Kind aufzuziehen oder ist ihnen seitens der Jugendämter das Sorgerecht entzogen worden, besteht in vielen Kliniken das Problem, daß dort „verwaiste“ HIV-gefährdete oder infizierte Kinder auf den Stationen hospitalisieren, weil eine entsprechende Betreuung im Rahmen des Klinikbetriebes nicht möglich ist. Die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. fordert daher, für die betroffenen Kinder ein spezielles Angebot zur Betreuung außerhalb der Herkunftsfamilie zu schaffen, das folgende Besonderheiten berücksichtigen müßte:

- die betroffenen Säuglinge und Kleinkinder brauchen konstante Bezugspersonen und keinen Schichtbetrieb
- die Kinder sind durch Krankheitserreger gefährdet, d.h. sie sollten in kleineren Einheiten untergebracht werden und nicht in einem Massenbetrieb
- Ghettobildung muß vermieden und weitestgehende Integration angestrebt werden, um nicht gesellschaftliche Ängste und Vorurteile gegenüber diesen Betroffenen zu verschärfen.

Diese Bedingungen können durch Pflegefamilien oder einzelne Pflegepersonen erfüllt werden. Dazu müssen aber die Genehmigungsverfahren für die Pflege erleichtert werden. Eine Anhebung bzw. Angleichung der Pflegesätze ist notwendig, um die zusätzlichen Aufwendungen für die betroffenen Kinder finanzieren zu können. Für die Pflegepersonen muß psychosoziale Beratung und Begleitung angeboten werden.

Die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. begrüßt in diesem Zusammenhang das Bundesprogramm „AIDS-Hilfe für Kinder“. Sie hält aber zugleich die Schwerpunktsetzung auf fünf Zentren für unzureichend.

Im Rahmen ihrer eigenen Möglichkeiten hält es die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. für notwendig, konkrete Unterstützungsangebote zu initiieren, so zum Beispiel Babysitten, Kriseninterventionen, Supervision, Sterbebegleitung, Trauerarbeit, Gründung von Elternkreisen und Aufklärungs- und Fortbildungsarbeit im Rahmen von AIDS-Hilfe-Arbeit.

Quellen:

- Ahrens, Helmut: Zum Verhältnis von AIDS-Prävention und Suchtprävention, D.A.H. intern, Berlin 1987
- Arnold, Thomas; Fritsch, Robert: Zur AIDS-Problematik in der Drogenarbeit – Ergebnisse einer Klientenbefragung; in: Suchtgefahren Nr. 4, 1987
- Behr, Hans-Georg: Die Dunkelzahlen mittelalterlicher Uneinsichtigkeiten; Referat auf dem Expertenhearing der D.A.H. am 30.11./01.12.1987 in Berlin
- Bossong, Marzahn, Scheerer, Sebastian (Hrsg.): Sucht und Ordnung. Drogenpolitik für Helfer; Frankfurt 1983
- Böllinger, Lorenz: Drogenrecht, Drogentherapie. Leitfaden für Drogenberater und Juristen; Frankfurt 1983
- Bruns, Manfred: AIDS, Alltag und Recht; MDR 1987
- Bruns, Manfred: AIDS und Strafvollzug; StrV 1987
- Bschor, Friedrich: Zur Revision des Abstinenzparadigmas in der Behandlung Suchtkranker, DMW Nr. 23,1987
- Bornemann, Reinhard; Bschor, Friedrich; Kalinna, Vera: AIDS- und HIV-Progression 1982–1987 bei i.v. Drogengebrauchern und -abhängigen in Europa. Literaturstudie im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., Berlin, März 1988
- Bundesregierung: Bericht über die gegenwärtige Situation des Mißbrauchs von Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten in der Bundesrepublik Deutschland und die Ausführung des Aktionsprogramms des Bundes und der Länder zur Eindämmung und Verhütung des Alkoholmißbrauchs vom 16.7.1986, Deutscher Bundestag, Drucksache 10/5836
- Butzko, Harald: Thesenpapier zu Chancen und Risiken unterschiedlicher Präventions- und Behandlungsansätze für HIV-infizierte und AIDS-erkrankte Drogenabhängige; Referat ... Expertenhearing s.o.
- Cooper, J.R.: Research on the Treatment of Narcotic Addiction. State of Art. DHHS Publication No. (ADM) 83, 1281 Rockville
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS): Jahrbuch 1988 zur Frage der Suchtgefahren
- Elias, Herbert: Die These von Heinemann und Raschke als eine neue theoretische Grundlegung der Substitution der i.v. Drogensüchtigen; Typoskript eines Vortrags in Frankfurt am 14.11.1987
- Franke, Manfred: Bericht über die Drogenpolitik des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit für die Sitzung des Nationalen AIDS-Beirates am 11.11.1987, Bonn
- Cassmann, Benno u.a.: Suchtprophylaxe in Theorie und Praxis; Lausanne 1985
- Hämmig, Robert: Wandel im Gange. AIDS beeinflußt die Drogenhilfe; Bern, 1987
- Heckmann, Wolfgang; Seyrer, Yann: AIDS und Drogenabhängigkeit: Stand der Dinge; Suchtgefahren Nr. 5, 1987
- Heckmann, Wolfgang: Drogenmißbrauch und AIDS in: SuchtReport Nr. 4, 1987
- Höldt, Ewald: Aktuelle Präventions- und Behandlungsstrategien bei AIDS bei Drogengebrauch und Abhängigkeit in Österreich / Referat ... Expertenhearing s.o.
- Heinemann, Hermann (Hrsg.): Medikamentengestützte Rehabilitation bei Drogenabhängigen. Dokumentation über ein internationales Drogensymposium in Düsseldorf; Düsseldorf 1987
- Korporal, Johannes; Malouschek, Hubert (Hrsg.): Leben mit AIDS; Hamburg 1987
- Kreuzer, Arthur: Thesen zur Problematik im Strafvollzug, Referat ... Expertenhearing s.o.
- Kreuzer, Arthur; Wille, Rolf: Drogen-Kriminologie und Therapie, Heidelberg, 1988
- Michels, Ingo: AIDS als psychiatrisches Stigma?, DGSP-Rundbrief, März 1988

Michels, Ingo: Orte des Vergessens und der Vergeltung. Thesen zur Situation von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken im Strafvollzug und in der Psychiatrie, Sozial-Extra, März 1988

Michels, Ingo; Ahrens, Helmut: Für eine alternative Drogenpolitik als Voraussetzung einer wirksamen AIDS-Prävention unter Fixern, Stachelige Argumente, März 1988

Newmann, Robert G.: Zur Frage der Anwendung von Methadon in Deutschland; Typoskript eines Vortrags am 14.11.1987 in Frankfurt

Plaut, Gideon; Ramloch-Sohl, M.: Zur Infektionsprophylaxe der AIDS-Erkrankung bei intravenös applizierenden Drogenabhängigen durch die Vergabe von sterilen Injektionsbestecken; in: Suchtgefahren Nr. 4, 1987

Quensel, Stephan: Drogenelend; Frankfurt 1982

Ramloch-Sohl, M.: Medikamentengestützte Behandlung Drogenabhängiger, Referat ... Expertenhearing, s.o.

Raschke, Peter: Therapie und Rehabilitation bei Drogenabhängigen – Langzeitstudie am Beispiel des Hammer-Modells; Düsseldorf 1986

Rex, Rainer: AIDS-Problem im Strafvollzug, Referat ... Expertenhearing s.o.

Rosenbrock, Rolf: AIDS kann schneller besiegt werden; Hamburg 1987

Seidenberg, André: AIDS-Prävention erfordert Änderungen in der Drogenpolitik. Betäubungsmittel müssen leichter erhältlich sein! In: Soziale Medizin Nr. 9; Zürich 1987

Senay, Edward C.: Methadone Maintenance Treatment; In: International Journal of Addiction 20, 1985

Singhartinger, Johann: AIDS als Anlaß – Kontrolle als Konzept; München 1987

Sohn, Manfred: Drogenstatistik 1986, FDR-Berichte Nr. 13, 1987

Stark, Klaus; Messing, Clemens; Bienzle, Ulrich: Drogenabhängigkeit und AIDS. Ist der Einsatz von Ersatzdrogen gerechtfertigt? Aifo Nr. 2, 1988

Schneider, Werner: Zur Frage von Ausstiegchancen und Entwicklungsmöglichkeiten bei Opiatabhängigkeit; Referat ... Expertenhearing; erscheint in Suchtgefahren Nr. 4, 1988

Schuller, Klaus; Stöver, Heino: AIDS und Drogenkonsum; in: Korporal (Hrsg.); a.a.o.

Tidone, L. et.al.: AIDS in Italy; Am. J. of Drug and Alcohol Abuse 13, 1987

Velimirovic, Boris: AIDS und Drogenabhängigkeit aus der Sicht des Epidemiologen; In: Aifo, Nr. 6, 1987

Wille, R.: AIDS und Drogenarbeit; in: Jaeger, Hans: AIDS; Stuttgart 1987

Werdenich, Wolfgang: Zur Situation HIV-positiver Insassen in der Sonderanstalt Wien-Favoriten; Referat ... Expertenhearing s.o.

AIDS- und HIV-Progression 1982–1987 bei i.v. Drogengebrauchern und -abhängigen in Europa

Die Datenlage im Blick auf eine künftig nötige Analyse der Wirksamkeit der in den verschiedenen Ländern praktizierten Aufklärungs-, Beratungs-, Behandlungs- und Präventionsangebote

Literaturstudie von Dr. med. Reinhard Bornemann, Vera Kalinna und Prof. Dr. med. Friedrich Bschor im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., Nestorstr. 8/9, 1000 Berlin 31

Berlin
März 1988

Inhaltsverzeichnis II

Häufiger gewählte Abkürzungen	39
Zusammenfassung/Summary	41
Schlüsselwörter/Keywords	42
I Einleitung	43
II Ausbreitung von HIV in Europa unter Berücksichtigung der IVDA (Intravenous Drug Abuser)	51
1) Transmissionswege von HIV	51
a) Transmissionswege innerhalb der Drogenszene	51
aa) Übertragung durch gemeinsam benutztes Injektionsbesteck	51
aaa) Verhältnis zur Hepatitis B	51
aab) Funktionieren des Needle Sharing	52
aac) Ursachen	52
aad) Ausmaß	54
aae) Auswirkungen d. Needle Sharing auf die HIV-Ausbreitung	56
ab) Sexuelle Übertragung	56
aba) Vorbemerkung zur Geschlechterverteilung bei Intravenous drug abusers	56
abb) Geschlechterverteilung der HIV-Prävalenz	57
abc) Konsequenzen für die Epidemiologie von AIDS	57
abd) Kanäle für die sexuelle Ausbreitung innerhalb der Drogenszene	58
ac) Bedeutung der Übertragungswege	58
b) Transmissionswege außerhalb der Drogenszene	59
ba) Heterosexuelle Übertragung	59
bb) Homosexuelle Übertragung	59
bc) Übertragung durch Prostitution	59
bd) Situation in den Haftanstalten	62
2) Untersuchungsergebnisse aus verschiedenen europäischen Ländern	64
III Aspekte der Prävention der weiteren HIV-Ausbreitung	83
1) Repressive Präventionsstrategien	83
a) Unmittelbare Eingriffe in Persönlichkeitsrechte	83
b) Erschwerung des Drogenkonsums	84
ba) Reduktion des „Stoff“-Angebotes	84
bb) Reduktion der Injektionsutensilien	85

2) Anbietende Varianten der Prävention	86
a) Aufklärung in der Drogenszene	86
aa) Informationsübermittler	86
ab) Informationsträger	87
ac) Informationsinhalte	88
b) Selbstorganisation in der Drogenszene	90
c) Erleichterter Zugang zu Injektionsbesteck	90
ca) Zugang über Apotheken und andere Verkaufseinrichtungen	91
cb) Bestecktauschprogramme	92
cc) Freie Besteckabgabe	92
cd) Diskussion zur Besteckzugänglichkeit	93
d) Motivierbarkeit der Betroffenen	94
3) Prävention durch Therapie	95
a) Drogenfreie Therapiekonzepte	96
b) Medikamentengestützte Behandlung	98
4) Monitoring des Health-Care-Systems für Drogenabhängige	106
a) Monitoring von Therapieprogrammen allgemein	107
aa) Reichweite	108
ab) Haltekraft	108
ac) Mortalitätsraten	109
b) Monitoring speziell zur Erkundung der HIV-Ausbreitung	111
IV Ausblick	113
Literaturverzeichnis	119

Häufiger gewählte Abkürzungen:

AIDS	„Acquired Immune Deficiency Syndrome“
DA	„drug abuser“; Drogenabhängige insgesamt
HBV	„Hepatitis B Virus“
HCS	„health care system“; gesamtes Gesundheitsversorgungssystem, das für eine definierte Zielgruppe vorgesehen ist.
HIV	„Human Immunodeficiency Virus“ (wenn nicht anders bezeichnet: HIV 1); gemäß internationaler Übereinkunft seit 1986 (134) neue Bezeichnung für LAV/HTLV-III
IVDA	„intravenous drug abuser“; z.T. oder ausschließlich i.v. applizierende DA
LZT	Langzeittherapie
NS	„needle sharing“; gemeinsame Nutzung von Spritzenutensilien

Zur Begriffswahl sei angemerkt, daß einige Autoren den Begriff „drug user“ anstelle von „drug abuser“ verwenden. Die hiermit verbundene Problematik soll in dieser Arbeit nicht diskutiert werden; zur Vereinheitlichung wurde als Oberbegriff „DA“ gewählt. „DA“ und „IVDA“ können gleichermaßen Singular oder Plural jeweils von Drogengebrauch oder -gebrauchern bedeuten. „HIV-positiv“ oder ähnliche Bezeichnungen bedeuten das Vorhandensein von Antikörpern gegen HIV im Probandenserum. Berufs- oder Funktionsbezeichnungen können jeweils die männliche und weibliche Form beinhalten, auch wenn dies nicht jeweils angemerkt wird.

Zusammenfassung

Die vorliegende Studie befaßt sich mit der Entwicklung der HIV-Prävalenz unter i.v. Drogengebrauchern in Europa in den Jahren 1982–1987. Nach Auswertung der unterschiedlichen Untersuchungen in den einzelnen europäischen Ländern kommt sie zu dem Ergebnis, daß bislang nur angenäherte Trendaussagen möglich sind. Verschiedene unterschiedliche Parameter müßten Berücksichtigung finden: Ankunftszeit der HIV-Infektion in der Region, Applikationsformen, verstärktes needle-sharing bei Spritzbesteckverknappung, Begünstigung des Virustransfers während Haftzeiten, Besonderheiten der personalen Kohäsionen innerhalb der Szene.

Noch fehlt das notwendige wissenschaftliche Netzwerk und Instrumentarium zum Regionalvergleich. Hinzu kommt die politische Brisanz der AIDS- und HIV-Prävalenzen bei i.v. Drogengebrauchern, weil sie zum Prüfstein nationaler Präventions- und Behandlungssysteme werden. Zu fordern ist die Optimierung des Präventions- und Serviceangebots für Drogengebraucher und die Prüfung des vorhandenen Angebotsfächers auf Reichweite, Haltekraft und Wirksamkeit. Notwendig ist des weiteren ein konstantes Monitoring der HIV-Prävalenzentwicklung bei Drogengebrauchern auf der Grundlage vertrauensgetragener Beziehungen. Dies muß auf der Basis eines medizinischen, psychosozialen und beruflich wiedereingliedernden Hilfe-Angebots geschehen, unter Einschluß von Substitutionsangeboten. Es sollten dabei multinationale Forschungsprojekte realisiert werden, die die HIV-Prävalenz unter i.v. Drogengebrauchern unter Berücksichtigung von Datenschutzerfordernissen untersuchen könnten.

Summary

This study, concerning the increasing amount of HIV-infected drug users in Europe from 1982–1987 has come to the conclusion after evaluating the results of various studies in the different European countries, that it is difficult to monitor a trend. It would be necessary to take several things into consideration. When was the first case of an HIV-infected drug user registered? Which methods of application are being used? Is there an increased need of needle-

sharing due to a shortage of needles and syringes? Is there a higher rate of contamination in the prisons? What about the personal relationships in their milieu?

Up till now it has not been possible to compare the various regions due to a lack of possibilities that are necessary in order to do research on this subject. The prevalence of HIV-infections and AIDS among drug users is a political issue as well. Such data could be used as a parameter to set up various programmes for the prevention and treatment on a national basis. It would be important to inform drug users of existing places where help is being offered, not only to prevent the disease, but also to help those who are already infected. It would also be interesting to find out how many such places exist, how many people take advantage of their services, how long they accept help and finally, how effective this help actually is. It would be ideal if each separate region would carry out a similar surveillance that could examine the prevalence of the virus HIV among the drug users without disrespecting their personal data (Datenschutz). This could be best achieved through people who would be able to gain the friendship and respect of HIV-infected and AIDS-diagnosed drug users. They could offer them medical, psychological, social and occupational help as well as a variety of alternatives.

Schlüsselwörter / Keywords

HIV-Prävalenz unter i.v. Drogengebrauchern – Regionalvergleich – Präventions- und Behandlungssysteme – Konstantes Monitoring der HIV-Prävalenzentwicklung

I Einleitung

Den besten Überblick zur Ausbreitung des Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) in Europa geben die Vierteljahresberichte des Pariser WHO Collaborating Centre on AIDS (420). Die nationalen Referenzzentren melden über die WHO in Genf der Pariser Zentrale regelmäßig die in ihrem Land bekannt gewordenen Erkrankungs- und Todesfälle durch AIDS; in der BRD geschieht dies durch das Bundesgesundheitsamt in Berlin. In der WHO-Zentrale in Paris werden die eingehenden Daten nach standardisierten Gesichtspunkten aufgearbeitet, z.B. nach Alter, Geschlecht und Herkunft aus bestimmten Betroffenengruppen. Wichtige Parameter, die für Vergleichszwecke geeignet erscheinen, werden ermittelt, z.B. die Anzahl der AIDS-Fälle auf 1 Million Einwohner des betreffenden Landes. Die Tabellen und Grafiken der Vierteljahresberichte geben somit Hinweise auf den regionalen Ausbreitungsgang der Epidemie und auf die Herkunft der Fälle aus den Betroffenen- bzw. Risikogruppen.

Im Bericht Nr. 15 vom 30. September 1987 ist die kumulierte Gesamtzahl der bisher aus europäischen Ländern gemeldeten AIDS-Fälle, einschließlich der inzwischen Verstorbenen, mit 8508 angegeben. Hinsichtlich der Herkunft der Kranken aus den verschiedenen Risikogruppen bestehen starke Unterschiede zwischen den Ländern. Vor allem die romanischen Länder melden große Anteile der AIDS-Kranken aus der IVDA-Gruppe stammend. In den anderen Ländern sind die IVDA-Anteile wesentlich niedriger. So liegt der Prozentsatz dieser Gruppe in der Bundesrepublik Deutschland bei 9 %, in den Niederlanden bei 4 % und in Großbritannien bei nur 2 %.

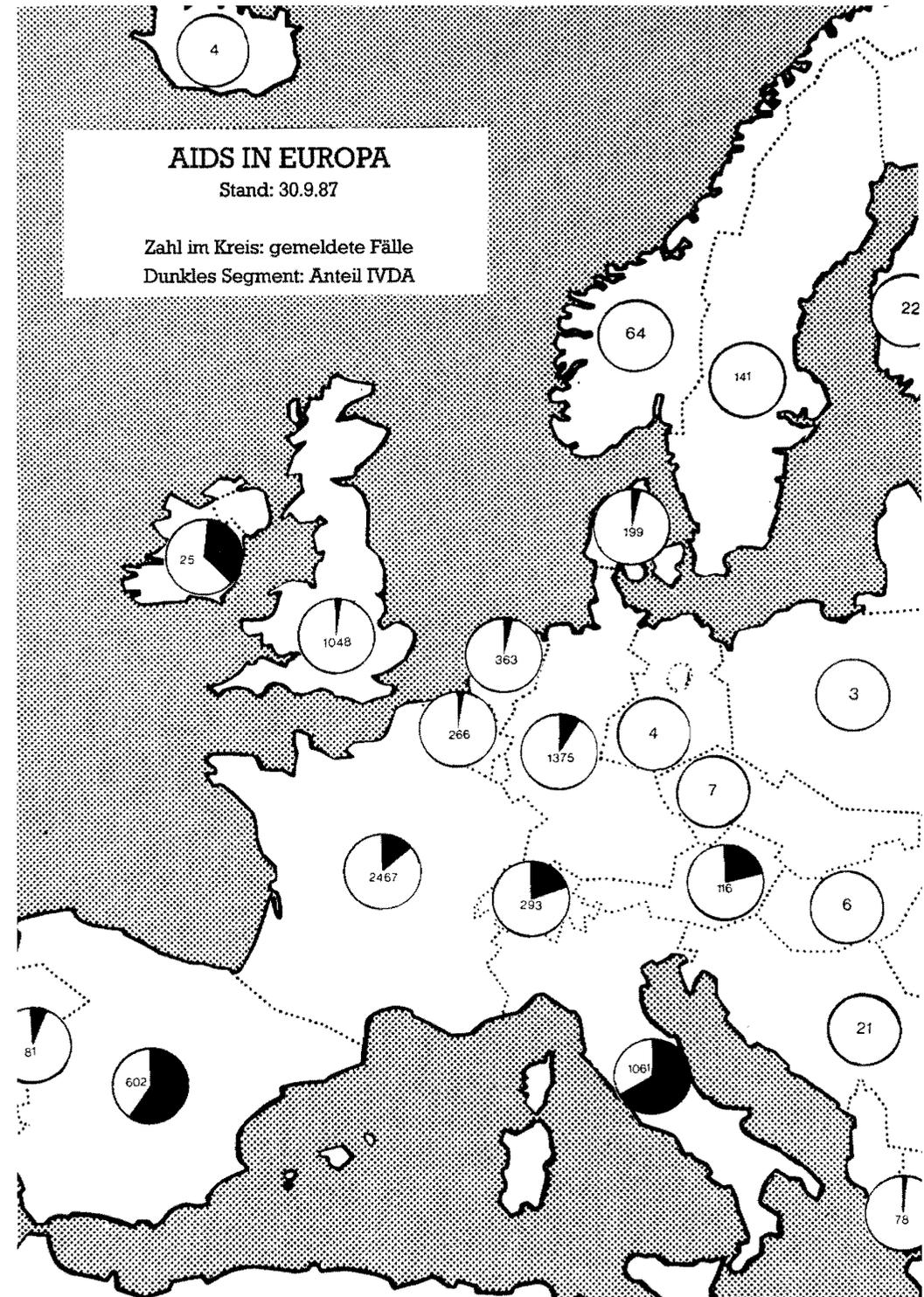
Trendaussagen über den Gang der Ausbreitung von AIDS unter Heterosexuellen außerhalb der Hauptbetroffenengruppen sind bisher nicht möglich. Allerdings wird im Bericht Nr.15 ausdrücklich darauf hingewiesen, daß von den aidskranken Frauen etwa die Hälfte aus der IVDA-Gruppe kommt.

Abb. 1: AIDS in Europa. Die Fallzahlen der Länder in den Kreisen sind dem AIDS-Surveillance Report Nr. 15 v. 30.9.87 entnommen. Die dunkel markierten Segmente geben jeweils den prozentualen Anteil der IVDA an der Gesamtzahl der Erkrankten des Landes wieder.

Tab. 1: Stand der AIDS-Verbreitung in verschiedenen europäischen Ländern vom 30.9.87 (berücksichtigt sind nur Länder mit mehr als 100 gemeldeten AIDS-Erkrankten). Die Werte über AIDS-Fälle aus der Risikogruppe der IVDA wurden durch Zusammenfassung unter Einschluß auch der homosexuellen IVDAs gebildet.

Land	AIDS-Erkrankte		IVDA-Anteil in %	AIDS-Rate auf 1 Mio. Bevölkerung
	gesamt	davon IVDA		
<i>Romanische Länder:</i>				
Italien	1061	708	67	19,2
Spanien	602	362	60	16,2
Frankreich	2462	341	14	45,9
<i>Mitteleuropa:</i>				
BRD	1375	129	9	23,0
Schweiz	293	59	20	46,0
Österreich	116	28	24	16,0
Belgien	266	7	3	28,0
Niederlande	363	16	4	25,5
<i>Nord- und Nordwesteuropa</i>				
Dänemark	199	8	4	39,6
Schweden	141	0	0	17,2
Großbritannien	1048	32	3	18,9

Die Daten des WHO-Surveillance-Zentrums geben das wahre Ausmaß der AIDS-Ausbreitung in Europa nicht vollständig wieder, da nicht alle Erkrankungsfälle den regionalen Referenzzentren gemeldet werden – so z.B. in Ländern ohne Meldepflicht wie der BRD – oder diese Meldungen aus einigen Ländern mit z.T. einjähriger Verspätung erfolgen (445). Problematiken wie die der „hierarchischen Zuteilung“ können hier nicht weiter besprochen werden. Bis auf weiteres sind aber die Quarterly Reports die einzige verfügbare Orientierungshilfe.



Die WHO-Statistik über AIDS in Europa gestattet folgende Feststellungen:

- Alle europäischen Länder sind von AIDS betroffen; die westlichen Staaten in ungleich höherem Maße als die Länder des Ostblocks.
- Das weitere Anwachsen der Erkranktenzahlen ist auf Grund der langen Inkubationszeiten der Immunschwächekrankheit unausweichlich.
- Steigende Prävalenzraten weisen vor allem die Betroffenenengruppen der Homosexuellen und der Drogenabhängigen auf. Bei Blutern und Empfängern von Blutprodukten ist mit einem weiteren Ansteigen der Infizierten nicht mehr zu rechnen – wegen der inzwischen befriedigend realisierten Vorsorgemaßnahmen bei der Gewinnung und Anwendung von Blutprodukten.
- Die Gruppe der Drogenabhängigen hatte in jüngster Zeit eine besonders starke Infektionsprogression, so daß inzwischen bei den IVDA in einigen Ländern ein größerer Prozentsatz infiziert ist als bei der früher im Vordergrund stehenden Gruppe der Homosexuellen. Zuverlässige HIV-Antikörper-Seroprevalenzwerte bei IVDA sind allerdings bisher nicht ausreichend verfügbar.
- Es besteht kein Zweifel, daß Fälle von AIDS bei Säuglingen in erster Linie Kinder von Müttern betreffen, die entweder selbst drogenabhängig oder Partnerinnen infizierter Abhängiger sind.
- Epidemiologen, Kliniker und Planungsexperten weisen gleichermaßen nachdrücklich darauf hin, daß die HIV-Transmission in die Allgemeinbevölkerung wesentlich über die Drogenabhängigen erfolgt: durch heterosexuelle Intimkontakte infizierter Abhängiger zu nichtinfizierten Partnern aus der Allgemeinbevölkerung. (19, 422, 425, 7432)

Noch sind AIDS-Fälle bei Personen außerhalb der Risikogruppen selten. Falls also die von Epidemiologen und Klinikern geäußerte Auffassung von der zentralen Bedeutung der IVDA für die Virustransmission in die Allgemeinbevölkerung zutrifft – und vieles spricht für diese Annahme –, so sind umfassende wissenschaftliche Bemühungen um eine möglichst genaue Klärung der Infektionslage und der Verhaltensweisen dieser Gruppe überaus dringlich, auch die umfassende Bestandsaufnahme und kritische Überprüfung der in den verschiedenen Ländern für diese Zielgruppe vorgesehenen Aufklärungs-, Beratungs-, Behandlungs- und Präventionsangebote.

Vergleicht man die Ressourcen, über welche die klinische und die virologische AIDS-Forschung verfügen, mit der Ressourcenlage auf dem Drogengebiet, einschließlich der Präventionsforschung, so wird die extrem defizitäre Lage auf diesem dritten Sektor nur zu deutlich:

Auf klinischem Gebiet und im Laborsektor ist inzwischen der internationale Informationsaustausch auf wissenschaftlich hohem Niveau voll eingespielt. Eine Vielzahl hochqualifizierter Forscher arbeitet in erstklassig ausgestatteten Forschungseinrichtungen bei gesicherter Finanzierung mit Mitteln der modernen Medizin an den vielfältigen AIDS-Problemen.

- Auf Seiten der Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für Drogenabhängige, von denen man doch wesentliche Beiträge zur HIV-Prävention erhofft, stehen meist eingetragene Vereine mit einer schwachen Finanzbasis, die nur in Ausnahmefällen über zur Forschung befähigte und motivierte Fachkräfte verfügen. Von einem eingespielten internationalen Erfahrungsaustausch oder der dringend nötigen Standardisierung der Begriffe und Methoden kann keine Rede sein, ebensowenig von einem systematischen Monitoring der verschiedenen Sparten der Drogenarbeit. „Die Auswertung der Rehabilitationsarbeit ist unklar“, stellt der Epidemiologe B. Velimirovic fest (19).

Angesichts dieser defizitären Lage liegt der Gedanke nahe, nach „Schuldigen“ zu suchen, nach Gründen etwa, die es bisher nicht zuließen, daß auch in unserem Land leistungsfähige wissenschaftliche Einrichtungen speziell für Suchtprobleme entstanden sind. Damit wäre aber nichts gewonnen. Man wird sich vielmehr mit dem Gedanken abfinden müssen, daß sowohl seitens der Politiker wie der akademischen Institutionen die Brisanz des Drogenproblems verkannt worden war. Auch ist außer Frage, daß bei uns in der BRD wie in manchen anderen Ländern der westlichen Hemisphäre die auf dem Drogengebiet eingesetzten Konzepte, Methoden und Ressourcen nicht in der Lage waren, im ersten Jahrfünft der AIDS-Pandemie die Progression der Infektion in dieser Betroffenenengruppe grundlegend zu hemmen. Allerdings: in einigen Ländern verläuft die Progression der HIV-Infektion bei i. v. Drogenabhängigen langsamer als in anderen, eine augenfällige Herausforderung an die künftige Forschung.

Für alles weitere ist jedenfalls erste Voraussetzung, daß die defizitäre Lage der wissenschaftlichen Forschung auf dem Drogengebiet klar erkannt wird. Zur Verdeutlichung der diesbezüglichen Defizite sei beispielhaft ein Vergleich angestellt und dazu der Einzelaspekt „Messen und Dokumentieren“ herausgegriffen. Die Kliniker haben vom ersten Erkennen der neuen Krankheit und ihrer Gefährlichkeit an ohne Zeitverzug im globalen Dialog versucht, eine Klassifikation der Stadien dieser neuen Viruskrankheit zu entwickeln. Dabei entstanden mit der „Walter-Reed“- und der „Neuen CDC (CDC II)“-Klassifikation sowie der „Frankfurter Stadieneinteilung“ für den internationalen Vergleich brauchbare Instrumente (424). Diese Anstrengungen sind noch

nicht abgeschlossen, haben indes immerhin bereits dazu geführt, daß kontrollierte Vergleichsstudien möglich wurden, auch zur wissenschaftlichen Prüfung einer medikamentösen Therapie von AIDS.

Im Unterschied dazu ist die vergleichende Verlaufsforschung bei Drogenabhängigen noch unterentwickelt. Ansätze sind vorhanden, vor allem in den USA. Als Versuch zur Standardisierung von Verlaufsbeobachtungen bei Kohorten von behandelten Drogenabhängigen sei der „Addiction Severity Index (ASI)“ erwähnt. Ausdiskutierte und für die „Scientific Community“ global verfügbare Einteilungshilfen, vergleichbar den genannten Klassifikations-schemata, fehlen auf dem Drogengebiet. Ein Wirksamkeits-Monitoring ist aber ohne solche Standards nicht möglich.

Die Frage stellt sich, ob man nicht angesichts dieser defizitären Lage überhaupt auf wissenschaftliche Anstrengungen, auf ein ausdiskutiertes und all-seits akzeptiertes Begriffssystem und auf Wirksamkeitsnachweise durch Mo-nitoring verzichten sollte. Es wäre sicher einfacher, einer heute weit verbreiteten Argumentation zu folgen, die von dem Motto ausgeht: „AIDS bekommt man nicht, AIDS holt man sich.“ Auf Präventionsaspekte bezogen hieße dies, dem mündigen Bürger zu vertrauen und ihm die Verantwortung für die zu er-wartende weitere Ausbreitung der HIV-Infektion in die Allgemeinbevölke-rung aufzubürden (423).

Ob sich ein solcher Standpunkt auf die Dauer halten läßt, erscheint sehr fraglich. Eher wird damit zu rechnen sein, daß angesichts der Internationalität des Problems die Forderung nach wissenschaftlich fundierten und auf ihre Wirksamkeit überprüfbaren Maßnahmen und Hilfen gerade für die (doch als Kranke einzustufenden) Drogenabhängigen immer dringlicher gestellt wird.

Es kommt hinzu, daß aus dem Kreis langjährig tätiger Drogenberater Zweifel an der Wirksamkeit allgemeiner aufklärender Appelle an diese Klientel geäußert werden und auch die Reichweite, Haltekraft und Wirksamkeit der bis heute praktizierten Therapieformen bei Süchtigen immer kritischer gese-hen werden (421). Insofern besteht Grund zur Annahme, die erste Vorausset-zung für eine künftige Entwicklung wissenschaftlich abgestützter Konzepte und Methoden auf dem Drogengebiet sei, daß in Fachkreisen die defizitäre Lage im Drogenbereich allmählich wahrgenommen wird.

Was nun die Auswertung der Literatur zu dem im Titel näher bezeichneten Thema betrifft, so kann nach allem nicht davon ausgegangen werden, daß dort bereits größere methodisch abgesicherte Kohortenstudien oder gar wis-senschaftlich überzeugend begründete Handlungsanweisungen für Präven-tionsstrategien zu finden sind. Vielmehr bleibt angesichts der geschilderten Neuartigkeit und Komplexität der Probleme, der defizitären Forschungslage

auf dem Drogensektor und den bekannten Schwierigkeiten, mit der Klientel der Spritzdrogenabhängigen überhaupt längerfristige Kontakte – als Voraus-setzung für Kohortenstudien – aufzubauen, kein anderer Weg, als alle zum Thema verfügbaren Mitteilungen zu sammeln, seien sie auch methodisch un-befriedigend, lückenhaft oder punktuell. Insbesondere gilt es, das Spektrum der bisher mit Präventionsabsichten veranstalteten Aktivitäten europa-, wenn nicht gar weltweit auszuleuchten. Mitteilungen, die bestimmte Aktivitäten nur vorschlagen oder als Meinungen zu solchen Aktivitäten publiziert wurden, können nicht ohne weiteres ausgeklammert werden. Bei einem solch außer-gewöhnlichen Problem wie dem vorliegenden müssen auch ungewöhnlich erscheinende Lösungsvorschläge zu Wort kommen dürfen.

II Ausbreitung von HIV in Europa unter Berücksichtigung der IVDA

1) Transmissionswege von HIV

a) *Transmissionswege innerhalb der Drogenszene:*

aa) *Übertragung durch gemeinsam benutzte Injektionsbestecke*

aaa) *Verhältnis des HIV zur Hepatitis B:*

Es gilt, daß der Übertragungsweg von HIV mit dem des HBV identisch ist (M. Koch nach Medical Tribune 1985, Nr. 30 S. 19). Dieser wird innerhalb der Drogenszene von den meisten Autoren mit einer Übertragung auf dem Blutweg in Verbindung gebracht, und zwar durch gemeinsam benutztes Injektionsbesteck, das sog. „needle sharing“ („NS“).

Zur Erläuterung sei das Verhältnis HIV zu Hepatitis B beschrieben: in nahezu allen europäischen Studien, die dies untersuchten, fand sich eine positive Korrelation des HIV-Antikörper-(AK-) Nachweises mit AK gegen das Hepatitis-B-Virus (HBV). Während in Studien die HIV-AK-negativen IVDA eine HBV-AK-Seroprävalenz von 50–60 % aufwiesen (6, 4631), wurden bei HIV-Positiven in 80–90 % HBV-AK gefunden (6, 100, 135, 1646, 4631) oder zumindest die Korrelation festgestellt (165, 3474, 4981, 5696, 5762, 6874). Nur in zwei der uns vorgelegenen Studien fand sich diese Korrelation nicht (101, 212).

Welche Folgerungen können daraus abgeleitet werden? Zunächst einmal ist zu beachten, daß es eine Reihe von unterschiedlichen HBV-Nachweisen gibt (sog. „HB-Marker“). Die genannten Untersuchungen wären also noch auf diese Unterschiede hin zu differenzieren – was nicht im Rahmen dieser Arbeit liegt. Nur soviel: Da die HB-Marker nacheinander bei den mit HBV Infizierten nachweisbar werden, läßt sich ihnen zumindest grob das jeweilige Stadium der Krankheit zurechnen. Gäbe es Vergleichbares beim HIV-AK-Nachweis, könnte man durch gemeinsame Betrachtung des jeweiligen Infektionsstadiums nähere Rückschlüsse auf einen gemeinsamen Übertragungszeitpunkt bzw. ein gemeinsames Übertragungsereignis ziehen (nicht vergessen werden darf allerdings hierbei, daß HBV auch auf sexuellem Wege übertragen werden kann, was die Beurteilung der Zusammenhänge erschweren dürfte). Da aber das HBV sowohl auf dem Blutweg als auch über Sexualkontakte übertragen werden kann (und durch eine Reihe weiterer Gelegenheiten; Harrison, Prinzipien der Inneren Medizin – 10. (dt.) Aufl. 1986 S. 2018 f), muß

nach dem bisherigen Stand die Frage offengelassen werden, ob allein aus der Korrelation von HIV- und HBV-Prävalenz die Blutübertragung von HIV bei IVDA bewiesen ist.

aab) Funktionieren des „needle sharing“

Exkurs: Heroin und viele andere Substanzen entfalten ihre Wirkung am besten nach parenteraler Gabe, d.h., der „Stoff“ muß mit einem Injektionsbesteck direkt in die Blutbahn gespritzt werden. Die hierbei verwandten Spritzen und Kanülen können prinzipiell von mehreren DA gemeinsam benutzt werden – entweder durch „Schießen“ mehrerer Drogengebraucher nacheinander aus einer und derselben wirkstoffgefüllten Spritze (das eigentliche NS) oder durch Weitergabe eines benutzten Bestecks. Dabei kommt keinesfalls nur die Nadelspitze, die sich jeder nacheinander in die Vene einführt, mit dem Blutstrom in Kontakt. Vielmehr muß – wie bei jeder regelrecht durchgeführten Injektion – zunächst aspiriert werden, um sicherzugehen, daß die Kanüle im Gefäßbett liegt; eine Injektion in das darumliegende Gewebe hätte nicht den gewünschten Effekt. Beim gemeinsamen Besteckgebrauch gelangt also jedesmal Blut des IVDA an Nadel und Spritze. Ferner wird von der Praxis berichtet, daß der letzte in einer solchen Runde die Spritze noch einmal mit seinem Blut vollzieht, um den Rest des Opiates herauszuspülen (104). Es besteht also Gelegenheit für Erreger wie HBV oder HIV, aus der Blutbahn eines Infizierten auf andere übertragen zu werden.

aac) Ursachen des „needle sharing“:

Die Praxis des NS ist schon seit Ende der 60'er Jahre bekannt (173) und fand vor allem wegen der damit in Zusammenhang gebrachten HBV-Übertragung Beachtung. Zwei grundsätzlich unterschiedliche Motive wurden für die Drogengebraucher beschrieben: NS als Gruppenerlebnis und NS wegen Besteckknappheit (auf einen dritten „Grund“, nämlich die Gleichgültigkeit, soll bei den Präventionsstrategien eingegangen werden).

NS als Gruppenerlebnis: „Ritual der Szene (19)“, „(früher) Zeichen von Verbrüderung (165)“, „kulturell verwurzelt (7)“, so wird NS beschrieben. Für Außenstehende fällt schwer, sich etwas darunter vorzustellen. Ist es als eine Art „Blutsbrüderschaft“ zu verstehen, wie sie in einigen Kulturen im Brauchtum verankert ist? Oder dient es als „Initiationsritus“, der Neueinsteigern beim sog. „Anfixen“ ein neues Gruppenzugehörigkeitsgefühl vermitteln soll? Einige Autoren, die das NS näher untersuchten, stellten fest, daß etwa 3/4 der IVDA angibt, NS nur mit Verwandten oder guten Szene-Bekanntem – was auch immer das heißen mag – zu betreiben (2275, 6969). Nur eine Minderheit

teilt demnach das Besteck mit weniger Bekannten oder gänzlich Fremden. Dies könnte Hinweis darauf sein, daß NS ein Akt der Gemeinsamkeit ist (oder aber, daß IVDA das Risiko des NS mit Bekannten als eher gering einschätzen – dazu später).

NS aus Besteckknappheit: Möglicherweise leichter nachvollziehbar ist das zweite Motiv zur gemeinsamen Besteckbenutzung, nämlich die Besteckverknappung. Unter diesem Oberbegriff lassen sich die verschiedensten Nuancen subsumieren. Zunächst soll exemplarisch die Situation in der BRD geschildert werden. Zur Einleitung: Spritzen und Kanülen sind in der BRD dem breiten Publikum nur über die Apotheken zugänglich. Obwohl es für Spritzbestecke keine Rezeptpflicht gibt, die ihre Abgabe an die Apotheken binden würde (wiewohl ab 1988 sterile Spritzen als „Arzneimittel“ gelten!), werden sie bislang noch nicht außerhalb von Apotheken verkauft.

Einmal vorausgesetzt, daß der IVDA *will* (dazu noch ausführlicher), stellt die Restriktion eines solchen „Gebrauchsgutes“ auf bestimmte Einkaufsquellen die erste und anscheinend geringste Hürde für den Erwerb dar. Die zweite, schon wichtigere Hürde, besteht in den Ladenschlußzeiten: nach 18 Uhr 30 – in Berlin (!) schon nach 18 Uhr – sind die Apotheken geschlossen; danach bleibt nur der Gang zur nächsten Notdienstapotheke.

Das Besteck hat seinen Preis (in Berlin auf Umfrage von Pfennig- bis zu DM-Beträgen), schon ohne das bei kunstgerecht durchgeführten Injektionen erforderliche Hautdesinfektionsmittel, etwa in Form von Alkoholtupfern, gerechnet. Auch wenn gelegentlich zu lesen ist, daß die „Beschaffungskosten für Kanülen doch kaum ins Gewicht fallen (3932)“, sollte doch bedacht werden, daß „eine gewisse Schwelle darin besteht, selbst diesen geringen Betrag (manchmal auch mehrmals) täglich auszugeben (5)“, oder daß, anders formuliert, bei Beschaffungskosten von täglich etwa 250–400 DM kaum Geld übrig bleibt (nach M. Ramloch-Sohl).

Der Apotheker muß auch verkaufen *dürfen*. Auf die umfangreiche Diskussion, ob Besteckabgabe ohne Rezept als Beihilfe zum Drogenmißbrauch nach dem Betäubungsmittelgesetz zu werten und daher abzulehnen ist, soll hier nicht weiter eingegangen werden. A. Kreuzer, ein Jurist, kommt nach ausführlichem Abwägen der gegensätzlichen Standpunkte zu dem Schluß, daß die Besteckabgabe nicht strafbar sei (128). Dieser Ansicht ist auch das Bundesgesundheitsministerium (ebda; 5683) und die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, die mit der Empfehlung, Bestecke auch ohne Rezept abzugeben, ihren bisherigen Standpunkt revidierte (5363). Nun muß der Apotheker auch verkaufen *wollen*. Abgesehen davon, daß bei einigen noch Unsicherheit bezüglich der geschilderten Rechtslage bestehen mag, gibt es wohl

auch solche, die IVDA gegenüber ablehnend eingestellt sind oder eine Abschreckung der „guten“ Kunden befürchten (5).

Selbst diese Vielzahl von Schwierigkeiten beim Erwerb von Besteck umfaßt noch nicht die volle Problematik! Hinzu kommt nämlich noch, daß – zumindest theoretisch – Erwerber von Spritzen zu den Stätten ihres verbotenen Tuns verfolgt oder nach Identitätsfeststellung observiert werden könnten. Gleichzeitig könnte selbst unbenutztes Besteck als Indiz im Zusammenhang mit illegalem Drogenmißbrauch gewertet werden.

Kurzum: das „needle sharing“ ist der einfachere Weg, in den Genuß des vorhandenen Stoffes zu kommen.

aad) Ausmaß des „needle sharing“:

In praktisch allen europäischen Ländern, aus denen schon über Drogenprobleme berichtet wurde, sowie in den USA ist das NS bekannt; eine Aufzählung aller Quellen erübrigt sich hier. Interessant ist nun zunächst, *wieviele* IVDA NS betreiben. Hierüber geben bislang nur Untersuchungen an kleineren Kollektiven Auskunft, die nicht unbedingt repräsentativ für die Gesamtheit der IVDA in den einzelnen Ländern sein müssen. Ihnen ist jedoch grob zu entnehmen, daß NS *überall, von vielen* – wenn nicht den meisten – und *häufig* betrieben wird (100, 102, 117, 3394, 4631, 5762, 6874, 6969).

Nähere Angaben zum Anteil der NS-Betreiber unter den IVDA können nicht nur innerhalb eines Landes von Region zu Region beträchtlich schwanken (z.B. in Italien Mailand vs. Rom; 7593), sondern sogar innerhalb einer Stadt – in London wird einmal eine Beteiligung von 1/3, ein anderes Mal eine von 2/3 der IVDA am NS angegeben (3619 bzw. 2275).

Betreffend der Frequenz des NS nun einige Einzelangaben: von insgesamt unter zehn bis zu mehreren tausend Mal hatten IVDA nach einer deutschen Studie NS betrieben (4631), etwa 2/3 der IVDA aus einer englischen Studie machte NS wenigstens einmal wöchentlich und noch die Hälfte sogar täglich (3845), über die Hälfte eines deutschen Kollektivs hatte im der Untersuchung vorangegangenen Monat NS betrieben und vier Fünftel benutzte das eigene Besteck mehrfach (6891), und auf eine durchschnittliche Anzahl von ca. 140 NS-Kontakten in den vorangegangenen fünf Jahren kam eine amerikanische Studie (6868).

Daß ein Teil der Sharer nur mit bestimmten anderen das Besteck teilt, wurde oben beschrieben. Welche Kriterien lassen sich den Sharern noch zuordnen?

Deutsche Quellen gehen davon aus, daß mehr Frauen als Männer NS betreiben (4981, 6891; eine andere Studie sieht diesen Unterschied allerdings

nicht, 4631). Würden weitere Untersuchungen dies unterstützen, wäre sicher eine Fülle von Interpretationen über die Ursachen sowie von Schlußfolgerungen für die Epidemiologie von HIV möglich. Es wurde erwogen, ob IVDA-Frauen eine doppelt schwache Rolle – in der Gesellschaft und durch ihr Geschlecht – innehaben (310), die sie vielleicht abhängiger vom Gruppengefühl vermittelnden NS oder weniger energisch im Organisieren von eigenem Besteck sein lassen könnten.

Auch jugendliches Alter scheint zum NS zu prädestinieren (6891). Fehlende Kenntnis der Risiken bzw. mangelnde schlechte Erfahrungen (etwa mit einer Hepatitis oder anderen von verunreinigtem Besteck ausgehenden Krankheiten) könnten dabei eine Rolle spielen, wohingegen bei langjährigen IVDA doch eher ein gewisses protektives Verhalten zu erwarten wäre (hierin auch eine Parallele zu den Prostituierten!). Stärkere Orientierungslosigkeit, Wunsch nach Gemeinschaft, Gruppenzwang könnten weitere Ursachen bedeuten. Es gelingt weniger, bei den IVDA-Frauen eine höhere HIV-Prävalenz als bei den Männern nachzuweisen (s.u.) und *damit* Verbindungen zu abweichendem NS-Verhalten herzustellen. Dagegen gibt es aber Hinweise darauf, daß die HIV-positiven IVDA im Vergleich zu den negativen jünger sind (5696) und auch ein niedrigeres Einstiegsalter in den Drogenmißbrauch hatten (6796), was die vorstehenden Thesen unterstützen könnte. Was den Einfluß der Abhängigkeitsdauer betrifft, so finden sich in spanischen Studien Hinweise auf eine Korrelation der höheren Seroprävalenz mit längerer Abhängigkeitsdauer (13, 211, 1518; in der zweiten Studie auch mit *höherem* Alter korreliert). Keine Korrelation zum Alter findet sich in einer deutschen Studie (3474).

In den USA wurde das NS in Zusammenhang mit der ethnischen Zugehörigkeit gebracht, genauer: Schwarze und Latinos betreiben häufiger NS als Weiße (3775, 7003). Gleichzeitig wird jedoch angemerkt, daß die Rassenzugehörigkeit eng mit dem sozioökonomischen Status verknüpft ist und dieser folglich auch für sich allein prädisponierend für das NS wirken könnte. Niedriger Lebensstandard wird in italienischen Studien im Zusammenhang mit infektionsträchtigem Verhalten, darunter auch NS, beschrieben (306, 6874).

Weitere Versuche, die Eigenschaften von Sharern gegenüber Non-Sharern abzugrenzen: In einer amerikanischen Untersuchung neigten Sharer eher zu Polytoxikomanie und hatten auch mehr Probleme mit ihrem Drogenmißbrauch (letzteres mit dem Drug Abuse Screening Test – DAST – gemessen; 120 nach 6969). Hieraus läßt sich zunächst wenig mehr ablesen, als daß solche hochgradig Abhängigen häufiger in die Situation kommen, Drogen zu gebrauchen und dabei NS zu betreiben.

Über ein weiteres Phänomen im Zusammenhang mit dem NS soll noch berichtet werden: die sogenannten „shooting galleries“. Damit sind Örtlichkeiten gemeint, an denen IVDA nicht nur Drogen, sondern auch gleich das Injektionsbesteck dazu bekommen können. Man geht ein und aus, je nach Bedarf, und benutzt das Besteck gleichzeitig oder nacheinander mit einer unbekannt Anzahl Fremder (Angaben über bis zu 50 Wiederverwendungen liegen vor; 7). Während diese „galleries“ ein vorwiegend amerikanisches Problem zu sein scheinen (in New York soll es davon ca. 1000 geben, 117; in San Francisco dagegen deutlich weniger, 116); gibt es sie jedoch nach einem indirekten Hinweis auf Edinburgh auch in Europa (3619; anderer Ansicht: 19).

aae) Auswirkungen des „needle sharing“ auf die HIV-Ausbreitung:

In vielen Studien geht die von IVDA angegebene NS-Tätigkeit, deren Häufigkeit und die Anzahl der Sharing-Partner mit einer höheren HIV-Infektionsrate einher (116, 220, 3845, 4631, 5215, 5321, 7003), so daß auf den ersten Blick festgestellt werden darf, daß Infektionsgefahr und – wahrscheinlichkeit unter den IVDA eng mit dem NS zusammenhängt. Dies wird einerseits unterstrichen durch die höhere Infektionsrate bei den Besuchern von „shooting galleries“ (7; indirekt 3619), andererseits durch die geringere Seroprävalenz bei IVDA, die NS eher mit Bekannten als mit Unbekannten betrieben hatten (4631). Trotzdem wird eine Bewertung des vom NS ausgehenden Einflusses erst möglich, wenn der zweite große Übertragungsweg besprochen wurde. Hier ergibt sich nun die Überleitung zur HIV-Übertragung innerhalb der Drogenszene auf dem sexuellen Weg.

ab) Sexuelle Übertragung:

aba) Vorbemerkung zum Geschlechterverhältnis bei IVDA:

In den meisten Studien zu IVDA überwiegt im Geschlechterverhältnis der Anteil der Männer denjenigen der Frauen. Weltweit wird am häufigsten ein Verhältnis von etwa 70 % Männer zu 30 % Frauen genannt. Dabei liegt der Männeranteil in der BRD eher bei 2:1 (187, 3474, 4631, 5762, 6891); wie auch etwa in der Schweiz (2, 165), in Großbritannien (100, 104, 135, 6796, 6977) und in Schweden (314). Die USA weisen in großen Studien bei DA Verhältnisse von 2:1 (122) bis 3:1 (642) auf; andere Angaben liegen dazwischen (3775, 6889). Aus New York wird bei IVDA von einem Verhältnis von 3:1 berichtet (111, 7184). In Italien findet sich überwiegend eine Relation von 3:1 (211, 3394, 5321; abweichend: 5700, 6874); ebenso wie in Spanien (218) und Portugal (4300). Die beiden letztgenannten Studien sind als Einzelangaben natürlich mit Zurückhaltung zu betrachten. Dennoch dürfte klar sein, daß selbst bei der Selektion, die

die einzelnen Studien aus der Gesamtheit der DA/IVDA getroffen haben mögen, von mindestens der doppelten Anzahl Männer gegenüber Frauen ausgegangen werden muß.

abb) Geschlechterverteilung der HIV-Prävalenz:

In der BRD ist gelegentlich die Ansicht zu hören, daß die Frauen unter den IVDA höher mit HIV belastet seien. Zieht man hierzu ausschließlich die vorgelegenen deutschen Untersuchungen heran, so weisen drei davon eine proportional höhere HIV-Infektionsrate bei weiblichen IVDA auf (3474, 4631, 4981), bei zwei anderen ist sie bei Frauen und Männern gleich (5304, 5762). In der Schweiz weisen Studien auf eine höhere Belastung bei den Frauen hin (2, n.s. = nicht sign.; 165, s = sign.). In Großbritannien sind nach einer Studie die Männer (135, n.s.) nach zwei anderen die Frauen stärker belastet (6796, n.s.; 100, sign. mit der Einschränkung, daß in dieser Studie aus Glasgow viele der positiven Frauen aus dem bekanntermaßen stärker belasteten Edinburgh stammten). In Italien sind nach zwei Quellen die Männer stärker betroffen (304, 5700; jeweils n.s.), nach einer anderen die Frauen (3394). In Spanien und Portugal ist die HIV-Prävalenz je einmal gleichverteilt (13, 4300) und in Spanien einmal höher bei Frauen (211). Eine schwedische Quelle findet eine höhere Prävalenz bei den Frauen (314). In den USA sind zweimal die Männer vorn (116, 150), einmal die Frauen (7), zweimal sind die Geschlechter gleichermaßen HIV-betroffen (3775, 321).

Summa summarum sind fünfmal die Männer vorn, elfmal die Frauen, und sechsmal stehen sich beide gleich; beim zudem teilweise angedeuteten niedrigen Signifikanzniveau kann folglich von einer proportional höheren HIV-Belastung der Frauen unter den IVDA allenfalls in der Tendenz gesprochen werden. Die möglichen Ursachen hierzu bedürften einer eigenen Arbeit und sollen hier nur kurz angerissen werden: Immunstatus bei IVDA allgemein und bei IVDA-Frauen im besonderen, NS- und Sexverhalten sowie deren jeweilige Übertragungsrisiken usw.

abc) Konsequenzen für die Epidemiologie von AIDS:

Wenn gilt, daß die HIV-Prävalenz bei Männern und Frauen wie auch das künftige Infektionsrisiko beim heterosexuellen Verkehr weitgehend gleichverteilt sind, dann würde dies entscheidenden Einfluß auf die Einschätzung der bisherigen und weiter zu erwartenden HIV-Übertragung in die Allgemeinbevölkerung haben – den „Außenkontakten“ von männlichen und weiblichen IVDA müßte dann die gleiche Aufmerksamkeit gewidmet werden.

abd) Kanäle der sexuellen Ausbreitung innerhalb der Drogenszene:

Homosexuelle Kontakte von männlichen DA/IVDA untereinander: Über den Anteil homosexueller Männer unter den DA/IVDA liegen nur wenige Zahlenangaben vor. Er ist in der Drogenszene vermutlich noch schwieriger zu ermitteln als in der „Allgemeinbevölkerung“. Da über das Verhalten dieser Gruppe kaum etwas bekannt ist, kann hier nicht weiter darauf eingegangen werden. Gleiches gilt für die bisexuellen (überwiegend wohl) Männer und die homosexuellen Frauen betreffs der HIV-Ausbreitung innerhalb der Szene.

Heterosexuelle Kontakte: Was durchaus zu erwarten war, wird so von einigen Autoren auch beschrieben, daß nämlich viele DA/IVDA ihre Sexualpartner innerhalb der Drogenszene finden. Dies kann in Form einer Partnerschaft stattfinden, sich aber auch in Form von Prostitution manifestieren – eine Frau z.B. prostituiert sich zur Drogen- oder zur Geldbeschaffung bei anderen DA/IVDA. Rechnet man nun die ca. 30 % Frauen unter den DA/IVDA gegen eine entsprechende Anzahl Männer auf (Mehrfachbeziehungen einmal ausgeklammert) und kalkuliert einen gewissen Prozentsatz Homosexueller mit ein, so bleibt immer noch etwa 1/3 der DA/IVDA, und zwar Männer, übrig. Dieser Anteil dürfte seine Sexualpartnerinnen außerhalb der Drogenszene suchen und finden.

ac) Bedeutung der Übertragungswege:

Wie sind nun die beiden großen Übertragungswege im Kontext zu betrachten? Deutsche Autoren halten NS für den Hauptübertragungsweg (5762, 6574) in der Drogenszene; Beweise diesbezüglich stehen noch aus. Eine italienische Studie hebt NS gegenüber heterosexuellem Kontakt als Hauptursache hervor (3603 = Vorveröff. zu 5321). Im Hinblick auf die überregionale Ausbreitung von HIV muß hier als Nachtrag zum NS noch erwähnt werden, daß nicht wenige IVDA Reisen – auch ins Ausland – unternehmen, bei denen auch Stoff gebraucht und NS betrieben wird; insoweit sei die Mobilität der IVDA bislang unterschätzt worden (6796). Eine Studie aus den USA hingegen berichtet 1987, daß trotz vieler solcher „Trips“ der ortsansässigen und „needle-sharingen“ IVDA – sogar in das hochbelastete New York – die örtliche HIV-Infektionsrate mit nur 4 % niedrig geblieben sei (5084). Diese wenigen, noch dazu kontroversen Quellen reichen nicht aus, um Aussagen bezüglich der regionalen und überregionalen Ausbreitung auf diesem Wege treffen zu können.

b) Transmissionswege außerhalb der Drogenszene:

ba) Heterosexuelle Übertragung:

Die meisten DA/IVDA in Europa sind zwischen 20 und 30 Jahre alt (13, 100, 104, 135, 165, 218, 5321, 6796, 6874; älter nur in Ausnahmefällen – 6977 – oder in den USA – 7, 116, 6868) und damit in der sexuell wohl aktivsten Lebensphase. Wir wissen wenig über das Sexualverlangen bzw. -verhalten oder über die sexuelle Ausstrahlung der IVDA. Auch der Einfluß von Drogen auf das individuelle bzw. gemeinschaftliche Sexualverhalten ist nur unzureichend erforscht.

Geht man von einer Gesamtzahl von mindestens 50.000 IVDA allein in der BRD aus (s.u.) und nimmt davon 30 % Männer, die weder homo- noch heterosexuelle Kontakte ausschließlich in der Drogenszene haben, so ergibt sich die beachtliche Anzahl von über 15.000 Menschen. Jeder kann hierauf nun die ihm am plausibelsten erscheinende HIV-Infektionsrate zugrundelegen und erhält dadurch die Zahl der definitiven Übertragungsquellen in die heterosexuelle Allgemeinbevölkerung. Jeder weitere aus der Differenz der schon Positiven zu den 15.000, der von der Infektion verschont bleibt, trägt auch das Virus nicht in die Allgemeinbevölkerung weiter. Dabei wurde – wohlge-merkt – angenommen, daß nur dieses männliche Drittel der IVDA sexuelle Kontakte außerhalb der Szene hat und alle anderen ihre PartnerInnen innerhalb der Szene finden; ansonsten wäre die Zahl der potentiellen Überträger wohl noch größer.

bb) Homosexuelle Übertragung:

Wie bei den Heterosexuellen wird auch ein Teil der Homo- bzw. Bisexuellen PartnerInnen außerhalb der Szene finden. Geht man aber davon aus, daß die Homosexuellen schon in stärkerem Ausmaß von HIV betroffen sind und auch Verhaltensänderungen schon Raum gegriffen haben (s.u.), dürfte dieser Weg in beiden Richtungen nur wenig zum Gesamtanstieg der AIDS-Fälle beitragen.

bc) Übertragung durch Prostitution:

Prostituierte, insbesondere DA-Prostituierte, haben vor allem in der BRD ein bevorzugtes Augenmerk erhalten. Zitate: „Prostituierte (und Bisexuelle) sind die Vektoren zur Allgemeinbevölkerung“ (4436), „HIV-Verbreitung durch (DA-) Prostitution ist besonders schwerwiegend“ (6536), „IVDA haben über die Beschaffungsprostitution eine Brückenfunktion zur Allgemeinbevölkerung“ (19). Etwas vorsichtiger: „IVDA-Prostitution ist einer der wichtigsten Vektoren in die Allgemeinbevölkerung“ (6981), „DA-Prostituierte können er-

heblich zur Verbreitung in die Allgemeinbevölkerung beitragen“ (3474), „Prostitution (inner- und) außerhalb der Drogenszene ist ein *zusätzlicher* Ausbreitungsfaktor“ (5762). In der internationalen Literatur finden sich verhältnismäßig weniger Stimmen, die der DA-Prostitution eine solche Bedeutung beimessen (222, 5613, 6889, 7068). Um diesen Behauptungen auf den Grund zu gehen, drängt sich zuvor eine Reihe von Fragen auf: Wieviele der IVDA, Frauen und Männer, prostituieren sich, wieviele der weiblichen und männlichen Prostituierten sind IVDA (absolute und relative Zahlen)? Wie häufig und unter welchen Umständen finden Prostituiertenkontakte statt? Wie hoch ist der Anteil der HIV-Träger unter den Prostituierten und wie hoch das Übertragungsrisiko bei den unterschiedlichen Sexualkontakten? Welche Eigenschaften und welche weiteren Kontakte haben die Kunden? Die Antworten auf diese Fragen finden sich zumindest bei denjenigen Autoren, die die Prostitution als Hauptverbreitungsquelle von HIV ansehen, nicht.

In der Bundesrepublik wird einem nicht unerheblichen Anteil unter den IVDA Prostitution nachgesagt. Als Möglichkeit der Geldbeschaffung für den regelmäßigen Drogenkonsum steht sie neben der Kriminalität, da davon ausgegangen werden darf, daß sich Drogenabusus und eine regelmäßige, noch dazu den Geldbedarf für Drogenkonsum deckende sonstige Erwerbstätigkeit für die Mehrzahl wohl ausschließen dürfte. Die Frage, ob Männer eher zur Kriminalität und Frauen eher zur Prostitution tendieren, soll hier nicht gestellt werden. Welche Zahlen liegen vor? Eine grobe Schätzung geht davon aus, daß 1986 etwa ein Drittel bis die Hälfte der weiblichen IVDA Prostitution betrieben hatte (3474). Untersuchungen zeigten, daß über die Hälfte der IVDA-Frauen zumindest gelegentlich Prostitution betrieben hatte (4631, 5762). Dieser Anteil findet sich auch in Italien (5321, 6874), Israel (5199) und den USA (6889). Eine andere BRD-Quelle nennt ein Viertel der IVDA-Frauen (187), ebenso USA (7) und Italien (wenn DA insgesamt und nicht nur IVDA betrachtet werden; 5321).

Der Anteil der sich prostituierenden Männer wird niedriger angegeben: in der BRD mit etwa 10 % (187, 5762).

Auf die umgekehrte Frage, wieviele der (weiblichen) Prostituierten gleichzeitig IVDA sind, liegt z.B. aus der Schweiz eine Angabe bei 15 % (5537). Bei kommenden Untersuchungen wäre wichtig, genau zu unterscheiden zwischen DA und IVDA, da vielleicht ein nicht geringer Teil der Prostituierten Drogen nimmt, ohne sie jedoch zu injizieren.

Auf die nächste Frage, wie häufig diese Prostitution stattfindet, kann nur mit der Vermutung geantwortet werden: immer dann, wenn Geld für den Stoff beschafft werden muß, und so häufig, wie zum Bezahlen einer Dosis notwen-

dig ist (einmal abgesehen von den Lebenshaltungskosten). Eher schon lassen sich Aussagen dazu treffen, unter welchen Umständen diese Beschaffungsprostitution stattfindet: nämlich unter den denkbar ungünstigsten! Denn im Nacken sitzt nicht der Unterhaltsbedarf oder ein Zuhälter, sondern, vermutlich schlimmer, die Angst vor dem „turkey“, der Entzugssymptomatik. Diese führt dazu, daß ein möglicherweise vorhandenes Risikobewußtsein in den Hintergrund gedrängt wird. Die Frau akzeptiert alles, was der Freier will, ggf. auch infektionsträchtigere Sexualpraktiken wie ungeschützten vaginalen sowie analen oder oralen Verkehr (4981, 5321, 6890). Gleichzeitig vernachlässigt sie ihren eigenen Gesundheitszustand, der z.B. durch Geschlechtskrankheiten oder andere Infektionen beeinträchtigt sein kann – möglicher Boden für leichtere Virusübertragung bzw. herabgesetzte Immunität.

Wie groß ist der Anteil der HIV-Positiven unter den IVDA-Prostituierten? Eine niederländische Studie fand in einer Gruppe von IVDA-Prostituierten 23 % HIV-positiv (R.A.C. und J. Goudsmit nach 155). Für die BRD ist nur anzugeben, daß die Prostitution ein Faktor ist, der mit HIV bei weiblichen IVDA korreliert (4981; ebenso, explizit jedoch nicht bei männlichen, 5762). Dies wird durch Quellen aus Italien und USA unterstützt (6874 bzw. 5215), wohingegen in Israel bei IVDA-Frauen die Prostitution nicht mit HIV korrelierte (5199).

Betrachtet man umgekehrt die HIV-Prävalenz bei den Prostituierten insgesamt, so hatten in Wien 0,8 % der untersuchten registrierten Prostituierten HIV-Antikörper – alle Positiven waren IVDA oder hatten unmittelbaren Kontakt zur Szene (308). Aus der BRD lagen uns vergleichbare Angaben nicht vor. Das Dilemma des Versuchs einer exakteren Einschätzung wird in einer Multi-centerstudie aus den USA deutlich, wo die Spanne für die HIV-Prävalenz von 0 % in Las Vegas bis zu 57 % in New Jersey reichte (145).

Zuletzt zu den Kunden der Prostituierten: sie sorgen als Vektoren zwischen den einzelnen Prostituierten und über ihre Familien oder andere Sexualbeziehungen für die Weiterverbreitung in die Allgemeinbevölkerung. Für die Kunden von IVDA-Prostituierten dürfte gelten: wenn diejenigen Freier, die ungeschützten bzw. infektionsträchtigeren Verkehr wünschen, eher zu IVDA-Prostituierten gehen, weil sie dasselbe bei den „Regulären“ nicht bekommen, dann dürften sie zunächst auch eher als Brücke zwischen den IVDA-Prostituierten dienen und hier wohl nur unwesentlich zum schon innerhalb der Drogenszene (s.o.) vorhandenen Risiko beitragen. Die Wirkung dieser Freier wäre davon abhängig, wie oft daneben auch noch „reguläre“ Prostituierte besucht werden, und wie diese dann infektionsverhütend handeln – sprich „safer sex“ praktizieren oder nicht. Zu bedenken wäre z.B. auch, ob durch die AIDS-Furcht ein Kundenmangel bei den „Regulären“ eingetreten ist, der un-

ter größerem Konkurrenzdruck zu mehr Entgegenkommen – sprich „unsafe sex“ – führen könnte. Denn erst ein merkliches Einbrechen in diesen Prostituiertenkreis dürfte dann – bedingt durch eine viel größere Anzahl und der wohl weit höheren Rate von Sexualkontakten mit häufig wechselnden Partnern – für eine nennenswerte Weiterverbreitung, gemessen etwa am Umfang der Übertragung durch heterosexuelle IVDA, sorgen.

Über all diese Punkte liegen uns kaum Angaben vor. Am ausführlichsten haben sich Tirelli et al. mit diesem Thema beschäftigt: sie fanden heraus, daß IVDA-Prostituierte etwa die doppelte Anzahl Freier pro Monat hatten, mehr Analverkehr zuließen und fast nie Kondome benutzten (5321). Eine deutsche Quelle vermerkte ebenfalls, daß IVDA-Prostituierte häufiger zu infektiösen Sexualpraktiken bereit seien (6890). Zitiert werden soll hierzu allerdings noch eine amerikanische Quelle, die folgendes Resümee zog: obwohl viele (New Yorker) IVDA Prostitution betrieben, seien unter den bis dato ca. 8000 Aids-Fällen der Stadt nur ca. 20, bei denen Prostituiertenkontakt als Infektionsquelle vermutet wurde – Prostituierte betrieben nämlich schon lange „safer sex“, da sich Geschlechtskrankheiten negativ auf das Geschäft auswirkten (7184). Diese Einschätzung erscheint uns im Moment angebrachter als der häufig gehörte Verweis auf Afrika, wo den Prostituierten ein größerer Anteil an der HIV-Ausbreitung beigemessen wird. Hier sind jedoch dringender weitere Untersuchungen zu wünschen.

bd) Situation in den Haftanstalten:

Eine besondere Situation darf bei den Gefangenen angenommen werden. Sowohl durch die Kriminalisierung ihrer Sucht als auch durch den nicht selten zur Straffälligkeit führenden Beschaffungsdruck für die zur Suchterfüllung notwendigen Geldmittel kommen drogenabhängige Menschen mit dem Gesetz in Konflikt. Sie geraten in Untersuchungshaft, dorthin nicht zuletzt wegen Wohnsitzproblemen oder durch sonst instabile soziale Verhältnisse und daraus abgeleitet vermuteter Fluchtgefahr. Ein nicht geringer Anteil der Aufenthalte in bundesdeutschen Haftanstalten wird durch Drogenkriminalität im weitesten Sinne begründet. So waren z.B. in Berlin 1987 unter den insgesamt rund 3100 Inhaftierten 460 Drogenabhängige (entspr. 15 %). Unter den 147 weiblichen Inhaftierten war sogar etwa die Hälfte drogenabhängig.

Mit dem Aufkommen des AIDS-Interesses wurde den drogenabhängigen Gefangenen besondere Aufmerksamkeit zuteil; nicht nur ihrer Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe wegen, sondern vermutlich auch deswegen, weil sie einer gesundheitlichen Überwachung, insbesondere der HIV-Testung, leichter zugänglich waren. Weltweit bekannt wurde eine Untersuchung aus Öster-

reich, in welcher 44 % der dort getesteten Gefangenen HIV-positiv befundet worden war (101, 3320). In der BRD wurden retrospektiv ca. 2000 Seren der Jahrgänge 1980–84 auf HIV gescreent. Das erste positive Serum datierte von 1982; 1983 wurden 11 %, 1984 23 % Antikörperprävalenz gefunden (6). 1985 lag die HIV-Prävalenz bei IVDA aus einer Wiener Haftanstalt bei 17 % (220); etwas später wurde aus einer deutschen Entzugsklinik, die IVDA-Delinquenten beherbergte, ebenfalls 17 % gemeldet (4981). Aus Italien liegen Zahlen von 41–61 % bei IVDA-Häftlingen vor (18 bzw. 304), aus Spanien 27 % (306), aus Griechenland dagegen nur 2 % (320).

Wie sind diese Zahlen zu interpretieren? Diese Untersuchungen sind bis auf die niedrigere italienische Angabe mit einem hochspezifischen Instrument bestätigt worden. Nennt man nun die gewonnenen Zahlen hoch oder niedrig? Man hat jeweils die Auswahl bei der Interpretation: *hoch* könnte bedeuten, daß IVDA stark vorbelastet in Haft kommen oder sich HIV in Haft leichter einhandeln als draußen; *niedrig* könnte das Gegenteil bedeuten. Zum ersten: straffällig gewordene IVDA könnten vorher *draußen* größere Probleme mit dem Drogenerwerb gehabt – sprich mehr verbraucht und damit ein höheres Infektionsrisiko gehabt haben. Oder ist dieses HIV-Problem *drinnen* entstanden? Zwar gehen die Autoren der Tiroler Studie davon aus, daß (ihre) IVDA-Gefangenen „seit Haftbeginn drogenfrei“ gewesen seien (101, 3320). Eine deutsche Untersuchung fand jedoch heraus, daß etwa ein Drittel von zuvor inhaftierten IVDA auch in Haft Drogen gebraucht hatte. Drogen seien dort leicht erhältlich, hingegen kein Besteck; also werde NS betrieben (5762). Eine andere deutsche Quelle bemerkte dazu lapidar, daß in Haft *sowohl* Besteck *als auch* Drogen knapp seien; beides führe zum NS (5375) – und damit wohl auch zu höherer HIV-Prävalenz.

Vermutlich sind jedoch die Zusammenhänge über das Vorgenannte hinaus komplizierter. So meint eine deutsche Untersuchung, daß es noch eine Rolle spiele, wann die IVDA jeweils in Haft waren, in dem Sinne, daß in der frühen HIV-Ausbreitungszeit der Haftaufenthalt eine HIV-Barriere dargestellt haben könnte (4981). Neben diesen Unwägbarkeiten steht noch, daß NS nicht den einzigen Übertragungsweg bei Gefangenen darstellt. In Haft sind prinzipiell auch homosexuelle Kontakte möglich, mit entsprechendem Übertragungsrisko (220). Diese Risiken scheinen bei den Betroffenen nicht sonderlich gut bekannt zu sein, wie eine deutsche Untersuchung bei Strafgefangenen belegte (28). Dem auf den Grund zu gehen, ob diese Unwissenheit dem allgemeinen Stand entspricht oder aber die spezifische Situation widerspiegelt, daß Informationen aller Art in Haft schwieriger erhältlich sind, bleibt sicher nicht die einzige Forschungslücke in diesem Bereich.

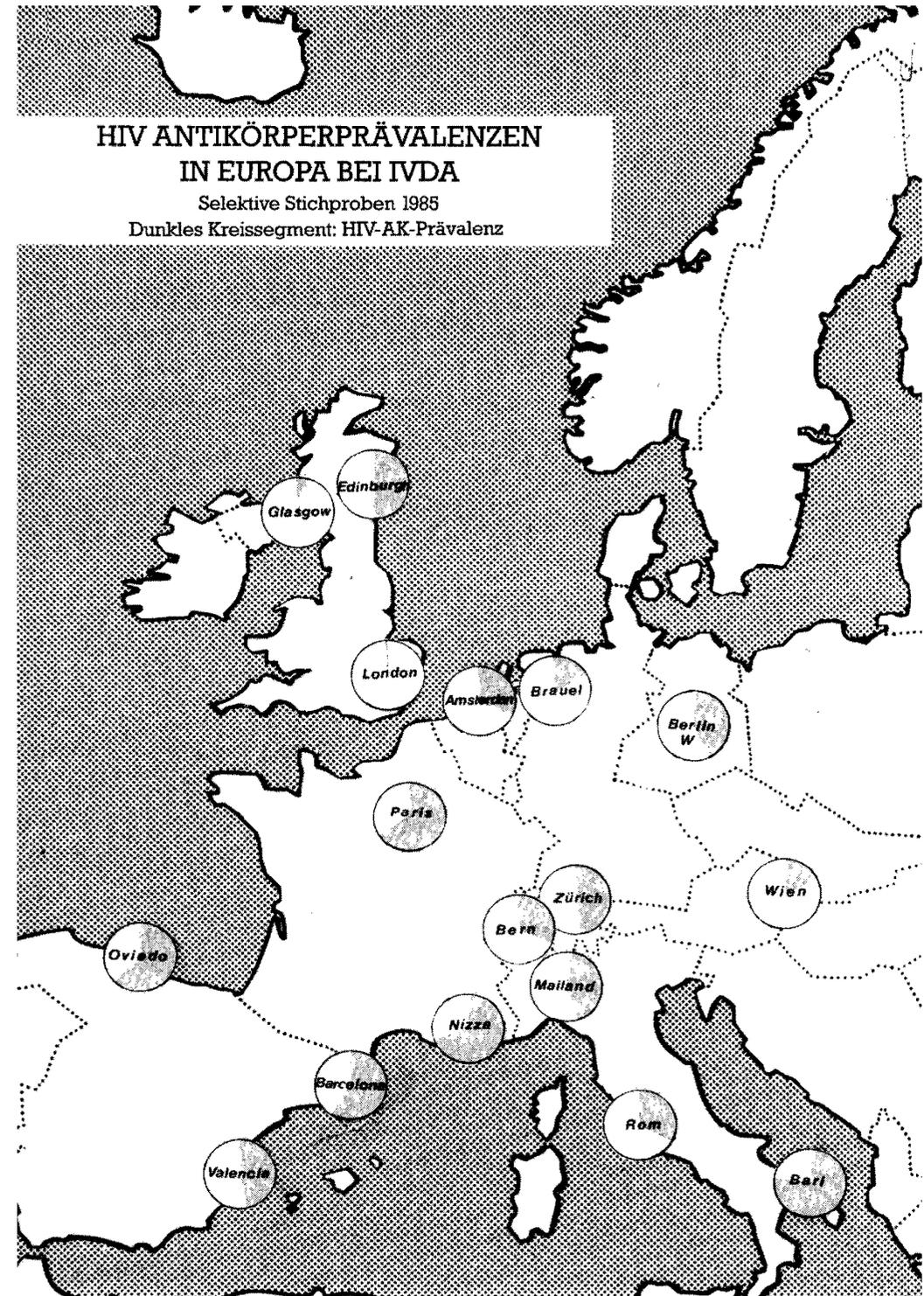
Auch wenn verschiedentlich schon Aussagen über die Wertigkeit der genannten Ausbreitungsmodi getroffen wurden, mit dem gegenwärtigen Erkenntnisstand erscheint das Hervorheben einzelner Übertragungswege als der Ausbreitungsquelle nicht gerechtfertigt. Vielmehr müssen *alle* genannten Möglichkeiten in Ausbreitungsszenarien mitberücksichtigt werden (und sich in entsprechenden Präventionsstrategien widerspiegeln).

2) Untersuchungsergebnisse aus verschiedenen europäischen Ländern

Es folgen Tabellen mit Stichproben zur HIV-Prävalenz bei verschiedenen Gruppen Drogenabhängiger aus einzelnen europäischen Ländern. Der Reihe nach aufgeführt werden: die Literatur-Nr., der jeweils erste Autor der Studie, der Erhebungsort und die Bezeichnung des untersuchten Kollektivs. Dann folgen die Angaben aus den einzelnen Jahren, und zwar zuerst die Zahl der als HIV-positiv Getesteten, dahinter die Gesamtzahl der im jeweiligen Jahr Getesteten und darunter – halbfett – der daraus resultierende Prozentsatz. War aus einer Quelle das Erhebungsjahr der Stichproben nicht eindeutig zu erkennen, wurden die Ergebnisse dem Jahr vor dem Veröffentlichungsjahr vorangestellt und dieses in Klammern genannt. In der letzten Spalte wurden die verwendeten Testinstrumente aufgeführt. Zu erwähnen bleibt, daß in einigen Studien, bei denen Western Blot aufgeführt ist, nur ein Teil der Proben mit diesem Test bestätigt wurde.

Anmerkungen zu den Tabellen: Die epidemiologische Datenlage zur HIV-Ausbreitung in Europa läßt ein weites Spektrum erkennen: die höchsten Prävalenzwerte in der Gruppe der IVDA sind in den romanischen Ländern zu verzeichnen (Italien bis zu 92 %; 6874), während Großbritannien mit 1 % (3619) einen unteren Grenzwert absteckt. Zudem bestehen innerhalb der Länder (z.B. in Italien, Großbritannien, der BRD) regionale Unterschiede. In Italien reicht die Spannweite der Werte in den Jahren 1984–86 von 0 % in Viterbo (159) bis zu 92 % in der Nordost-Region des Landes (6874). Großbritannien meldet für den gleichen Zeitraum Prävalenzraten von 1 % in London (3619) bis zu 53 % in Edinburgh (104). Stichproben aus der Bundesrepublik Deutschland bewegen sich zwischen 17 % Seroprävalenz in Brauel (4981) und 42 % Seroprävalenz in Berlin (189).

Abb. 2 soll anhand selektierter Stichproben einen Eindruck der unterschiedlichen HIV-Prävalenzen aus europäischen Ländern im Jahr 1985 geben.



Übereinstimmend wird in den Arbeiten festgestellt, daß ein Zusammenhang zwischen Höhe der Prävalenzrate und Ankunftszeit des Virus HIV besteht und auch lokalspezifisches Drogenkonsumverhalten (z.B. NS) bedeutsam sein dürften, ferner Sexualgewohnheiten oder Prostitution sowie Kontakte zur Gruppe der Homosexuellen (159, 174, 3474, 3619, 5176, 5321, 6516, 7593).

Nachfolgend werden serodiagnostische Befunde aus europäischen Ländern referiert und diskutiert. Dabei ist zu beachten, daß hier nur *Ansätze* zu einer umfassenden Besprechung der vorliegenden Daten geschaffen wurden.

Italien (Tab. 2):

Die Anzahl der IVDA wird auf mindestens 100.000 geschätzt. Der erste HIV-Antikörpernachweis in der Gruppe der IVDA erfolgte in Mailand im Rahmen einer retrospektiven Untersuchung asservierter Seren aus dem Jahr 1979. Mailand wird als Ausgangspunkt für die Infektionsketten italienischer IVDA gesehen. Wie ein sprunghafter Anstieg der Seroprävalenz erkennen ließ, breitete sich HIV rasch innerhalb der Mailänder Drogenszene aus (6516, 7593). Im 50 km entfernten Bergamo setzte die HIV-Ausbreitung erst zwei Jahre später ein (18), ebenso in Bologna, wo HIV-Antikörper in Seren des Jahres 1981 gefunden wurden (7593). Im Süden Italiens, in Bari, wurden HIV-Antikörper in IVDA-Seren des Jahres 1980 nachgewiesen.

Der Zusammenhang zwischen der Ankunftszeit des Virus HIV und der Höhe der Prävalenzrate wird nun deutlich: Bari mit 76 % (2173), Mailand mit 69 % (7593) versus Bergamo mit 42 % (5700) – Daten aus 1985. Regionale Unterschiede im Gebrauch von Injektionsbestecken werden berichtet (7593). Trotz freier Verfügbarkeit von Spritzbestecken wird in einigen Regionen von häufigem NS berichtet. Ein signifikantes Gefälle der Prävalenzrate in der Region Friaul wird deutlich in der Untersuchung zweier Studienkollektive aus Pordenone und Udine. Die HIV-Prävalenz ist für Pordenone mit 48 % und für Udine mit 9 % angegeben (3394, 5321). Erwähnt wird die Präsenz der US-Militärbasis Aviano in der Provinz Pordenone. Tirelli et. al. stellen die Frage nach einem möglichen Zusammenhang zwischen der Höhe der Infektionsrate und dem häufigen gemeinsamen Benutzen von Spritzutensilien sowie nach Sexualkontakten mit Angehörigen der Basis.

Quervernetzungen mit der Gruppe der Homosexuellen werden aus einer Studienpopulation ersichtlich, in der 15 % der männlichen IVDA Homosexualität angeben. Die Seroprävalenz beträgt hier 92 % (6874).

HIV-Prävalenz in Italien		Tabelle 2a										
Lit.Nr.	1. Autor	Ort	Untersuch. Kollektiv	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	Test
				n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	
7503	Tirti, F.	Mailand	IVDA in akut.HBV IVDA im Methadon-Pr. IVDA in akut.HBV IVDA (Methadon-Program) IDVA ambul. Pat.	2/28 (7%)	5/64 (8%)	10/121 (8%) 5/45 (11%) 1/11 (9%)	28/123 (23%) 20/72 (28%) 5/67 (8%)	39/90 (43%) 124/218 (61%) 24/61 (39%)	56/140 (39%) 43/64 (67%) 34/93 (37%)	52/120 (43%) 52/75 (69%)		Elisa IFA
18	Tidone, L.	Bergamo		0/21 (0%)	0/26 (0%)					56/187 (33%)	5/32 (16%) (87)*	Enzyme-Immunoassay
5321	Tirelli, U.	Friuli Venezia-Giulia	IVDA in Therapieeinr. IVDA Gefängnisse IVDA in versch. Inf. IVDA inhomogen								21/74 (28%) 12/28 (43%) 27/66 (41%) 25/51 (53%)	Elisa

* Jahr der Veröffentlichung, angenommener Untersuchungszeitraum 1 Jahr vorab.

HIV-Prävalenz in Italien

Tabelle 2b

Lit.Nr.	I. Autor	Ort	Untersuch. Kollektiv	1979 n/%	1980 n/%	1981 n/%	1982 n/%	1983 n/%	1984 n/%	1985 n/%	1986 n/%	Test
	Tirelli, U.	Friuli Venezia-Giulia	IVDA (weibl.) Prostituierte								11/19 (58%)	Elisa
2173	Angarano, G.	Bari	IVDA Drogenkonsum 2 Jahre	0/76 (0%)	4/68 (6%)	6/58 (10%)	7/47 (15%)	15/49 (31%)	18/34 (53%)	45/59 (76%)		Elisa m. Bestät.
159	Aiuti, F.	Rom	inhomogen IVDA inhomogen						(85)* 26/128 (20%) 16/71 (23%) 5/30 (17%) 0/20 (0%) 0/10 (0%)			Elisa West. Blot
3394	Franceschi, S.	Pordenone	inhomogen IVDA inhomogen							(86)* 57/120 (48%) 14/148 (9%)		Elisa West. Blot
		Udine	IVDA inhomogen									

* Jahr der Veröffentlichung, angenommener Untersuchungszeitraum 1 Jahr vorab.

HIV-Prävalenz in Italien

Tabelle 2c

Lit.Nr.	I. Autor	Ort	Untersuch. Kollektiv	1979 n/%	1980 n/%	1981 n/%	1982 n/%	1983 n/%	1984 n/%	1985 n/%	1986 n/%	Test
5700	Robba, L.	Bergamo	IVDA (Aussteiger)							43/96 (45%)		keine Angaben
6516	Lazzarin, A.	Mailand	IVDA eingetr. Seren	2/28 (7%)	5/79 (6%)	10/121 (8%)	28/123 (23%)	32/90 (36%)	63/140 (45%)	72/120 (60%)		Elisa Beo Enza Bead Test
6874	Conte, D.	Region Nord/Ost-Italien	IVDA inhomogen davon Homosex.								(84-86) 213/302 (71%) 34/37 (92%) 22/29 (76%)	Elisa West. Blot
			davon Prostit. (weibl.)									

HIV-Prävalenz in Spanien
Tabelle 3

Lit.Nr.	I. Autor	Ort	Untersuch. Kollektiv	1979 n / %	1980 n / %	1981 n / %	1982 n / %	1983 n / %	1984 n / %	1985 n / %	1986 n / %	Test
211	Asensi, V.	Oviedo	IVDA stat. Patienten symptomfrei							(83-85) 29/46 (63 %)		Elisa
212	Esteban, R.	Barcelona	IVDA inhomogen							(86)* 59/100 (59 %)		Elisa West. Elot
218	Latorre, X.	Barcelona	IVDA inhomogen							(83-85) 23/48 (48 %)		Elisa
219	Muga, R.	Barcelona	IVDA inhomogen							(84-85) 43/61 (70 %)		Elisa
223	Tor, J.	Barcelona	IVDA inhomogen							(84-85) 28/40 (70 %)		Elisa
1518	Rodrigo, J. M.	Valencia	IVDA inhomogen				6/54 (11%)		70/174 (40%)	35/75 (47%)		Elisa

* Jahr der Veröffentlichung, angenommener Untersuchungszeitraum 1 Jahr vorab.

HIV-Prävalenz in Portugal
Tabelle 4

Lit.Nr.	I. Autor	Ort	Untersuch. Kollektiv	1979 n / %	1980 n / %	1981 n / %	1982 n / %	1983 n / %	1984 n / %	1985 n / %	1986 n / %	Test
4300	Lecour, H.	Porto	IVDA inhomogen								26/115 (23 %)	IFT Elavia

HIV-Prävalenz in Frankreich

Tabelle 5

Lit.Nr.	1. Autor	Ort	Untersuch. Kollektiv	1979 n/%	1980 n/%	1981 n/%	1982 n/%	1983 n/%	1984 n/%	1985 n/%	1986 n/%	Test
203	Lowenstein, W.	Paris	IVDA heterosexuell inhomogen								(84-86) 33/55 (66%)	Elisa West.Blot
213	Reynes, J.	Nizza	IVDA inhomogen							(84-85) 38/54 (70%)		Elisa Teknik

72

HIV-Prävalenz in der Schweiz

Tabelle 6

Lit.Nr.	1. Autor	Ort	Untersuch. Kollektiv	1979 n/%	1980 n/%	1981 n/%	1982 n/%	1983 n/%	1984 n/%	1985 n/%	1986 n/%	Test
5537	Lüthy, R.	Zürich	IVDA Prostituierte								(87)* 14/18 (78%)	Elisa m. Best.
2	Blaser, J.	Zürich	IVDA inhomogen								(85-86) 36/84 (43%)	Elisa m. Bestät. West.Blot Makro- Enz.
165	Joller- Jemelka, H.I.	Zürich	IVDA inhomogen symptomfrei							69/141 (49%)		West.Blot Makro- Enz.
172	Schüpbach, J.	Zürich	IVDA inhomogen						37/103 (36%)			Elisa West.Blot
222	Schüpbach, J.	Basel, Bern, Lausanne, Zürich	IVDA inhomogen						37/103 (36%)	29/55 (53%)		Elisa West.Blot
1646	Mortimer, P. P.	Kanton Bern	IVDA inhomogen			(79-81) 0/93 (0%)	13/79 (16%)	8/49 (16%)	16/38 (42%)	12/37 (32%)		Immuno- fluoresc.

* Jahr der Veröffentlichung, angenommener Untersuchungszeitraum 1 Jahr vorab.

73

HIV-Prävalenz in Österreich
Tabelle 7

Lit.Nr.	1. Autor	Ort	Untersuch. Kollektiv	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	Test
				n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	
101	Fuchs, D.	Innsbruck	IVDA Gefangene						(88)* 15/34 (44%)			Elisa West. Blot
308	Kopp, W.	Wien	Prostituierte incl. 7 IVDA/ Partner						7/839 (1%)			Elisa Western Blot
220	Pont, J.	Wien	IVDA Gefangene						12/71 (17%)			Elisa West. Blot

* Jahr der Veröffentlichung, angenommener Untersuchungszeitraum 1 Jahr vorab.

HIV-Prävalenz in der Bundesrepublik Deutschland
Tabelle 8a

Lit.Nr.	1. Autor	Ort	Untersuch. Kollektiv	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	Test
				n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	
6	Köhler, H.	Berlin	Gefangene Berl. Hafanstalten überwiegend IVDA		0/65 (0%)	0/687 (0%)	1/440 (0,2%)	41/382 (11%)	74/322 (23%)			Elisa West. Blot
189	Krasser, C.	Berlin	IVDA inhomogen							266/627 (42%)		Elisa West. Blot
3474	Zoulek, G.	BRD	IVDA inhomogen				13/129 (10%)	33/188 (18%)		146/610 (24%)		IFT West. Blot
4631	Grosse- Aldenhövel, H.	Berlin/ Lippstadt	IVDA inhomogen						(86)*	44/126 (35%)		Elisa West. Blot
4981	Paschelke, G.	Brauel	IVDA foren. Drogen- klinik							(87)*		Elisa m. Best.
5304	Dulz, B.	Hamburg	IVDA Entzugsst. Krankenhaus							26/157 (17%)		Elisa m. Best.
5762	Harms, G.	Berlin	Ochsenzoll IVDA inhomogen							(87)*		keine An- gaben
187	Brodtr, H. R.	Frankfurt	IVDA inhomogen incl. 41 LAS-, 2 AIDS-Pat.							10/31 (32%)		keine An- gaben
									(84-86)	89/320 (28%)		Elisa West. Blot
										51/61 (84%)		Elisa West. Blot

* Jahr der Veröffentlichung, angenommener Untersuchungszeitraum 1 Jahr vorab.

HIV-Prävalenz in der Bundesrepublik Deutschland
Tabelle 8b

Lit.Nr.	1. Autor	Ort	Untersuch. Kollektiv	1979 n/%	1980 n/%	1981 n/%	1982 n/%	1983 n/%	1984 n/%	1985 n/%	1986 n/%	Test
192	Hunsmann, G.	Berlin/ München	IVDA Therapie- Einrichtungen						12/35 (34%)			Elisa
6183	Bschor, F.	Berlin	IVDA Drogentote							(30%)	(50%)	

HIV-Prävalenz in Großbritannien
Tabelle 9a

Lit.Nr.	1. Autor	Ort	Untersuch. Kollektiv	1979 n/%	1980 n/%	1981 n/%	1982 n/%	1983 n/%	1984 n/%	1985 n/%	1986 n/%	Test
100	Follet, E. A. C.	Glasgow u. Umland	IVDA inhomogen							27/606 (5%)		Elisa Immu- nosc. Fluoresc. IFT
135	Peutherer, J. F.	Edinburgh	IVDA inhomogen							40/106 (38%)		West. Blot RIA
175	Mortimer, P. P.	London	IVDA inhomogen						5/203 (3%)			
174	Cheinsong- Popov, R.	London	IVDA inhomogen						(83-84) 4/269 (2%)			
3619	Webb, G.	London	IVDA inhomogen (in Programmen)							1/146 (1%)		RIA IFA keine An- gaben
6796	Brettle, R. P.	Edinburgh	IVDA inhomogen Sexualpartner v.								100/191 (52%)	Elisa m. Bestät.
5696	Follet, E. A. C.	Glasgow	IVDA inhomogen								6/88 (7%)	Elisa m. Bestät. Elisa West. Blot

HIV-Prävalenz in Großbritannien

Tabelle 9b

Lit.Nr.	I. Autor	Ort	Untersuch. Kollektiv	1979 n/%	1980 n/%	1981 n/%	1982 n/%	1983 n/%	1984 n/%	1985 n/%	1986 n/%	Test
1646	Morrimer, P.P.	GB	IVDA inhomogen					4/269 (2%)	5/203 (3%)	15/236 (6%)		RIA; IFA
104	Robertson, J.R.	Glasgow Edinburgh	IVDA inhomogen IVDA inhomogen							2/28 (7%)		
3251	Robertson,	Edinburgh	IVDA inhomogen							83/164 (51%)		

Spanien (Tab. 3):

Die geschätzte Anzahl der IVDA in Spanien liegt bei 100.000. Die Ausbreitung des Virus HIV erfolgt erst seit 1983 (13). Insgesamt liegen zwar schon mehrere Untersuchungen vor; jedoch sind die Kollektive klein und inhomogen, so daß eine Bewertung noch nicht erfolgen kann.

Portugal (Tab. 4):

Die geschätzte Anzahl der IVDA liegt bei 13.500. Bis März 1986 wurde in Portugal kein AIDS-Fall aus dieser Gruppe festgestellt (4300).

Frankreich (Tab. 5):

Für Frankreich wurden für die Gruppe der IVDA Werte zwischen 60.000–100.000 genannt (19). Das erste Eintreffen von HIV bei DA wird für 1981 an der Riviere angegeben (7905). Seit 1987 ist in Frankreich der freie Verkauf von Injektionsbestecken zugelassen (5253), eine Maßnahme der Regierung, um die weitere Ausbreitung des Virus in der Gruppe der IVDA einzudämmen.

Schweiz (Tab. 6):

Für die Schweiz wird eine Anzahl von IVDA in Höhe von 6–10.000 angenommen (165), davon allein in Zürich 3–6.000 (222). Die HIV-Ausbreitung in der Gruppe der IVDA begann 1982 (165). Mitte 1985 war in der Schweiz aus der Gruppe der IVDA noch kein AIDS-Fall bekannt. Schüpbach et al. nehmen an, daß das Virus erst kurz zuvor in die Drogenszene gelangte, sich rasch ausbreitete, aber wegen der langen Inkubationszeit noch nicht zum manifesten Krankheitsbild führte (222). Aufgrund der hohen Prävalenzrate in Zürich wird in dieser Arbeit in den kommenden Jahren mit 100–170 AIDS-Fällen/Jahr aus der Gruppe der IVDA gerechnet.

Das gemeinsame Benutzen von Spritzbestecken wird auch in der Schweiz als ein führender Risikofaktor der Virustransmission eingeschätzt. Im Kanton Zürich durften 1985 neue Injektionsbestecke an Drogenkonsumenten nicht abgegeben werden, gebrauchte Spritzen wurden von der Polizei konfisziert (165). Querverbindungen zwischen den Populationen der Homosexuellen und Drogenabhängigen werden nicht ausgeschlossen (222).

Österreich (Tab. 7):

Die Größe der Gruppe der IVDA wird in Österreich mit 6–7.000 angenommen (19). Die Ankunftszeit des Virus HIV ist aus den vorliegenden Studien nicht zu entnehmen. Als Übertragungsweg für das Virus HIV wird in erster Li-

nie die gemeinsame Benutzung von Injektionsbestecken genannt (3320). Pont et al. untersuchten, wie häufig NS von HIV-Positiven und HIV-Negativen angegeben wird. Dabei berichteten alle HIV-Positiven, daß sie mehr als 100 mal NS praktiziert hätten, wogegen nur die Hälfte der HIV-Negativen in diesem Umfang gemeinsam Spritzbestecke benutzt hatte (220).

Bundesrepublik Deutschland (Tab. 8):

Offiziell genannte Schätzwerte zur Anzahl der i.v. Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland liegen bei 50.000. Im Bericht der Bundesregierung vom 16.7.86 heißt es: „Insgesamt hält die Bundesregierung gegenwärtig eine Gesamtzahl von weniger als 50.000 Drogenabhängigen und schwer Gefährdeten mit leicht abnehmender Tendenz für wahrscheinlich.“ Manche Autoren nehmen einen größeren Personenkreis an: 60.000–80.000 (3474). Der früheste HIV-Nachweis gelang bei einer retrospektiven Untersuchung im Serum einer weiblichen Berliner IVDA aus dem Jahr 1982. Es kann davon ausgegangen werden, daß in Berlin-West der Einbruch der Infektion in die Gruppe der Drogenabhängigen gegen Ende 1982 erfolgte (6). Dafür spricht folgende Studie: Personen, die ihren Drogengebrauch vor 1982 aufgegeben hatten, wiesen eine Seroprävalenz von 0 % auf (5762).

Niederlande:

Buning et al. haben die Lage in Holland, insbesondere in Bezug auf Amsterdam, 1987 auf dem NIDA-Meeting in Washington zusammenfassend dargestellt: etwa 7.000 DA gibt es allein in Amsterdam, darunter ca. 40 % IVDA. 70 % der Abhängigen sind in Kontakt mit den Amsterdamer Hilfesystemen. Von den insgesamt (kumuliert) gemeldeten 370 holländischen AIDS-Fällen kamen bisher 16 (4,5 %) aus dem Drogensektor. Ein inzwischen angelaufenes spezielles Forschungsprojekt (van den Hoek, Coutinho et al.) hat bisher eine HIV-Antikörperprävalenz bei IVDA von rund 30 % ergeben. Das Amsterdamer Vorbeugungs- und Hilfesystem besteht aus abgestuften Methadonbehandlungsprogrammen, drogenfreien Behandlungsangeboten, kostenlosem Spritzentausch, kostenloser Kondomvergabe, gezielter Betreuung drogenabhängiger Prostituiertes, ständig verfügbarer ambulanter und stationärer medizinischer Behandlung sowie ausgiebigem Einsatz von Print- und audiovisuellen Medien, die wegen der vielen persönlichen Kontakte zwischen ambulantem und stationärem Personal, den Fachkräften der zirkulierenden Methadonbusse, den Streetworkern und Klienten als durchaus präventiv wirksam eingeschätzt werden (444).

Großbritannien (Tab. 9):

HIV-Antikörper werden erstmals 1980 bei einem Homosexuellen und 1981 bei einem Hämophiliepatienten nachgewiesen (175). Befunde asservierter Seren weisen darauf hin, daß das Virus Ende 1983 in Edinburgh (104) und Anfang 1985 in Glasgow (135) in die Gruppe der IVDA eingedrungen ist. Zwischen diesen beiden schottischen Städten – nur 70 km voneinander entfernt – wurde später ein beträchtliches Prävalenzgefälle gefunden: Edinburgh mit einer Seroprävalenzrate von über 50 versus Glasgow mit unter 10 % (100, 5176, 5303).

Einerseits bestehen zeitliche Unterschiede hinsichtlich des Eindringens des Virus zwischen Edinburgh und Glasgow, andererseits aber auch Unterschiede in der Frequenz hinsichtlich der Häufigkeit des „needle sharings“: die Anzahl der Personen, die NS angaben, war in Edinburgh doppelt so hoch wie in Glasgow (104). Aus Edinburgh wird von „shooting galleries“ berichtet (3619); dort sind Injektionsbestecke bisher nicht frei verfügbar (104) – ein gemeinsames Benutzen von Spritzbestecken ist nicht zuletzt deshalb üblich.

Edinburgh gilt in Großbritannien als Sonderfall; die HIV-Ausbreitung in den restlichen Teilen des Landes bewegt sich zwischen 1 und 7 % in den Jahren 1984–86. Nach Cheingsong-Popov et al. könnte für die geringere HIV-Infektionsrate der IVDA in Großbritannien im Gegensatz zu den romanischen Ländern die fehlende Querverbindung zwischen Homosexuellen und IVDA als Erklärung dienen (174).

Skandinavien:

Umfangreichere Forschungsergebnisse zum Thema HIV und Drogengebrauch, insbesondere HIV-Prävalenzen bei IVDA, liegen uns noch nicht vor. Immerhin ist aus Dänemark eine liberalere Besteck- und Substitutionspolitik bekannt – etwa 1000 DA sind dort in Methadonprogrammen untergebracht – als z.B. aus Schweden (300). Dort wurde für die nahe Zukunft – v.a. in Stockholm – ein rascher Anstieg der HIV-Prävalenz bei IVDA befürchtet (298). Nach Kompromissen z.B. in der bislang rigiden schwedischen Besteckpolitik wurde gefragt (6551); der erleichterte Zugang zu Methadonprogrammen wurde befürwortet (314). Aus den anderen skandinavischen Ländern ist wenig mehr als die Zahl der AIDS-Fälle bekannt.

III Aspekte der Prävention der weiteren HIV-Ausbreitung

In den vorangegangenen Abschnitten haben wir erfahren, welches Ausmaß die HIV-Infektion unter Drogengebern erreicht hat und welche Ausbreitungswege in die Allgemeinbevölkerung offenstehen. Es stellt sich nun die Frage, wie – zumindest in der BRD – die HIV-Weiterverbreitung unter den Drogenabhängigen und in die Allgemeinbevölkerung hinein unterbunden oder zumindest verringert werden könnte. Hierzu liegen aus dem In- und Ausland eine Vielzahl von z.T. kontroversen Vorstellungen vor. Zur Erleichterung der Übersicht werden die Materialien, die Bezug zur HIV-Prävention haben, in vier Abschnitte unterteilt: repressive Strategien (1), anbietende Varianten der Prävention (2), Prävention mittels Therapie (3) und Aspekte der Überwachung („Monitoring“; 4).

1) Repressive Präventionsstrategien:

Als repressiv werden solche Vorgehensweisen angesehen, die der HIV-Ausbreitung mit staatlichen Zwangsmitteln zu begegnen suchen. Dieser Zwang kann auf zweierlei Weise ausgeübt werden: einmal durch unmittelbare Eingriffe auf die persönlichen Freiheitsrechte der Betroffenen (a); zum anderen durch staatliche Maßnahmen, die die Auswahl der Hilfsangebote für die Betroffenen so einschränken, daß diese in eine bestimmte Richtung gedrängt werden, ohne daß damit direkt Einfluß auf sie ausgeübt werden würde (b).

a) Unmittelbare Eingriffe auf Persönlichkeitsrechte

Zur ersten Kategorie gehören Vorschläge wie Überwachung bis hin zur Internierung HIV-Positiver oder Angehöriger von Hauptbetroffengruppen. Im Inland hatten bislang der Freistaat Bayern und die Stadt Frankfurt diesen Aspekt ernsthaft in ihre Präventionsüberlegungen einbezogen. Der Vorstand der Bundesärztekammer schreibt am 4.2.88 im Deutschen Ärzteblatt: „Bei uneinsichtigen HIV-positiven drogenabhängigen Prostituierten sind die seuchen- und unterbringungsrechtlichen Maßnahmen anzuwenden.“ Aber auch

andere Quellen empfehlen zumindest die *Diskussion* über eine Absonderung (19). International hat sich nach unserem Überblick nur Schweden in dieser Richtung exponiert.

Gewiß haben Quarantänemaßnahmen in der Bekämpfung bestimmter Infektionskrankheiten ihre auf Wissen und Erfahrung gegründete Berechtigung. AIDS aber scheint nach vielen Verlautbarungen – wenngleich nicht verschwiegen werden darf, daß diesbezüglich noch heftige Kontroversen in Gang sind – nur eine geringe Infektionsgefahr *außerhalb* von Blutübertragung und Sexualkontakten zu bergen. Daher macht die Absonderung von Positiven zunächst wenig Sinn. Zu infizierten Prostituierten, die sich weigern, auf ihr Gewerbe zu verzichten oder dieses ungeschützt verrichten, ist anzumerken, daß hierzu auch ein risikobereiter Partner nötig ist, und es muß die Frage erlaubt sein, ob dieser einen „Rechtsanspruch“ auf eine infektionsfreie Prostituierte hat (damit sollen nicht etwa die Bemühungen der Gesundheitsämter um eine regelmäßige Gesundheitsüberwachung der Prostituierten in Frage gestellt werden!). Und: die Gedanken an Internierungseinrichtungen lassen nicht nur eine Antwort auf die Frage vermissen, ob die Betroffenen dort vielleicht lebenslang bleiben sollen; vielmehr dürfen solche Vorschläge, ebenso wie jener unselige, Positive gar tätowieren zu wollen, in unserer Gesellschaft keinen Platz haben.

b) Erschwerung des Drogenkonsums

Die zweite Kategorie umfaßt staatliche Maßnahmen, mittels derer versucht wird, über eine Einflußnahme auf den Drogenkonsum eine Einschränkung der HIV-Ausbreitung zu bewirken.

ba) Reduktion des „Stoff“-Angebots

Um den Konsum zu reduzieren, bietet sich an: eine Verringerung des „Stoff“-Angebots über eine verschärfte Kontrolle der Einfuhr und des Binnenhandels, sprich der Dealer; sodann eine Verknappung der Hilfsmittel zum Drogengebrauch, sprich restriktiver gehandhabte Zugänglichkeit von Injektionsbestecken und zuletzt eine stärkere Einflußnahme auf die Drogengebraucher, sprich Überwachung, Kriminalisierung und Verfolgung. All dies ist, zumindest in der BRD, erklärte und bislang gefestigte Drogenpolitik seit dem Aufkommen des umfangreicheren Drogengebrauchs vor ca. 20 Jahren.

Mißt man den Erfolg dieser Politik an der Veränderung der Zahl der Heroinabhängigen, so kann nur konstatiert werden, daß sie lediglich eine Bestandskonstanz bewirkt hat. Von administrativen Maßnahmen offenbar unbe-

einträchtig ist die Zahl der DA/TVDA ab Anfang der 80'er Jahre bei etwa 50.000 (312), vielleicht mehr oder weniger, geblieben. Daß diese Stagnation auf die staatliche Drogenpolitik zurückzuführen ist, dafür stehen die Beweise allerdings noch aus; es könnte auch angenommen werden, daß der „Pillenknick“ oder noch ganz andere Ursachen dafür in Frage kommen. Die regelmäßigen Meldungen über die Beschlagnahme großer Mengen Rauschgift können nicht darüber hinwegtäuschen, daß in einem Land wie der Bundesrepublik mit seinen unzähligen Menschen- und Warenbewegungen jeden Tag über seine Grenzen hinweg diese Versorgungsengpässe schnell wieder geschlossen werden.

bb) Reduktion der Injektionsutensilien

Zum Besteck: Es mag richtig sein, daß noch nicht bewiesen wurde, daß eine freizügigere Besteckvergabe die HIV-Ausbreitungsgeschwindigkeit verringert. Ob es gerechtfertigt ist, den vergleichsweise hohen HIV-Infizierungsgrad in Edinburgh/Schottland oder in Stockholm/Schweden mit der dortigen restriktiv gehandhabten Besteckpolitik in Verbindung zu bringen (z.B. 300), sei dahingestellt. Ohne aber der Diskussion um die Besteckvergabe vorgreifen zu wollen, sei die Frage gestellt, ob ein Verbot von Zigarettenfiltern – angenommen, diese wären zum Rauchen unerlässlich – den Tabakkonsum dämpfen würde und welchen Einfluß es auf dessen gesundheitliche Auswirkungen hätte; womit sich der Gedanke an eine noch weitergehende Besteckverknappung erübrigen dürfte.

In der BRD hat sich inzwischen der Standpunkt durchgesetzt, daß für DA die Beschaffung von sauberem Spritzbesteck nicht erschwert werden sollte. Dabei wird v.a. an die Versorgung über die Apotheken gedacht. Die Landesapothekerkammern haben sich mit dieser Frage befaßt. In Berlin wurde den Apotheken empfohlen, etwaigen Wünschen nach Kauf von Spritzen zu entsprechen. Die Praxis hierzu stellt sich allerdings uneinheitlich dar. Manche Apotheken geben nur Großpackungen ab: 100 Einwegspritzen à 15,- DM plus 100 Kanülen zum gleichen Preis; andere führen auch Zehnerpackungen Diabetikerspritzen (jeweils Spritze und Kanüle) zu 5,50 DM. Verschiedene Apotheken pflegen – bei unterschiedlichen Preisen – auch einzelne Bestecke zu verkaufen.

Bisher liegen publizierte Berichte über Details nicht vor. Die Entsorgung gebrauchter Utensilien ist nicht geregelt. Man hört, daß vor allem das Nachdienstpersonal mancher zentral gelegenen Apotheken häufig in unangenehme Situationen im Zusammenhang mit dem Einmalspritzenverkauf kommen soll.

So einsichtig es auch ist, sich von einer nichtrestriktiven Bezugsmöglichkeit sauberen Spritzbestecks eine Einschränkung der HIV-Infektion bei IVDA zu versprechen; die Frage nach dem „wie“ erscheint trotz der Initiativen der Apothekerkammer keineswegs ausdiskutiert (weiter hierzu unter 2c).

2) Anbietende Varianten der Prävention

Da die bisher in der Bundesrepublik eingesetzten Maßnahmen offenbar nicht ausreichen, den Drogenkonsum und damit auch einen Teil der HIV-Übertragungswege einzudämmen, muß nach neuen Wegen gesucht werden. Angesichts von AIDS wird sogar die „breiteste Palette von Methoden“ gefordert (6981).

a) Aufklärung in der Drogenszene

In den vorangegangenen Abschnitten ist deutlich geworden, welche Fülle an Wissen trotz erkennbarer Lücken über die HIV-Ausbreitung bei IVDA in der Literatur bereits beschrieben wurde. Nun steht an zu fragen, wieviel davon bereits auch in der Drogenszene bekannt ist, wie diesbezüglich Aufklärung betrieben werden kann und inwieweit dort Bereitschaft zur Verhaltensänderung besteht. Welche Erkenntnisse über den Aufklärungsstand in der Drogenszene über AIDS liegen vor? Erstaunlicherweise nur wenige; aus ihnen geht allemal hervor, daß in der Drogenszene noch deutliche Wissenslücken zur Übertragung von AIDS und dessen Prävention bestehen und zu füllen sind (z.B. 6891).

Wie könnte in der Szene für Aufklärung gesorgt werden? Zu fragen wäre nach den Übermittlern (aa), den Inhalten (ab) und den Informationsträgern (ac).

aa) Informationsübermittler:

Informationen müßten von Personen oder Institutionen ausgehen, die mit der „Szene“ eng vertraut sind. Dieses Verhältnis ist nicht nur in der Richtung wirksam, daß die Berater über die Drogenabhängigen Bescheid wissen sowie deren Signale aufzufangen und einzuschätzen imstande sein müssen. Auch müssen die Szenemitglieder Vertrauen in diese Berater haben, um deren Informationen und Ratschläge zu akzeptieren. „Respektspersonen“ innerhalb der Szene könnten (in Anlehnung an die Basisgesundheitsversorgung in

Entwicklungsländern) gewonnen werden. Die Auswahl des Beraterkreises ist regional sicher unterschiedlich zu treffen und muß unter Berücksichtigung eingespielter Strukturen (Drogenhilfseinrichtungen o.ä.) geschehen. Auf die Frage, von wem sich Abhängige weitere AIDS-Aufklärung wünschten, gab eine große Mehrheit die Drogenberatungsstellen an (6891), und sogar der Hamburger Gesundheitssenat konzidierte, daß der Zugang zu den Betroffenen leichter über Initiativen als über Behörden zu erreichen sei (4483).

ab) Informationsträger:

Als Informationsträger dürfte das persönliche Gespräch im Vordergrund stehen; schon deshalb, um in der inhomogenen Gruppe der DA/IVDA die jeweilige Situation, den Kenntnisstand und das zu erwartende Verhalten besser ausloten zu können. Problematisch dürfte die dabei zu schaffende Atmosphäre sein, vor allem bei denjenigen, die noch nicht zur „Stammkundschaft“ bestehender Beratungsstellen gehören. Schon das Kriterium „drogenabhängig“ diskriminiert; kommt der Aspekt AIDS hinzu, so ist besondere Sensibilität im Umgang mit den Ratsuchenden angebracht. Ein regelrechter Test verschiedener bundesdeutscher AIDS-Beratungsstellen brachte u.a. als Kritik hervor, daß leichte Zugänglichkeit und Anonymität nicht immer gewährleistet seien (5272). „Ängst vor fehlender Anonymität“ hielt denn auch eine AIDS-Beratungsstelle in einer deutschen Mittelstadt für die mögliche Ursache dafür, daß sich kaum Homosexuelle oder IVDA unter ihren Besuchern befanden (Anm.: oder sich als solche zu erkennen gaben).

Für diejenigen, die solche Beratungsstellen nicht aufsuchen, müssen andere Formen der Informationsweitergabe gefunden werden. Die klassischen „Printmedien“, die möglicherweise den Großteil der Aufklärungsarbeit bei der Allgemeinbevölkerung betreiben, dürften sich in der Szene geringeren Zuspruchs erfreuen. Immerhin könnten durch Aufklärungskampagnen in der Allgemeinbevölkerung auch Risikogruppen mit erreicht werden (6671). In der Szene kommen eher Plakate, Flugblätter oder Broschüren in Frage; wobei die beiden letzteren noch eine gewisse Chance haben, weiterverbreitet zu werden. Anders sieht dies eine britische Quelle, die glaubt, die häufig jungen IVDA besser über Radio- oder Fernsehsendungen erreichen zu können (5176) – womit sicher noch nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft sein dürften. Der Municipal Health Service in Amsterdam mit seinem besonders dichten Kontaktnetz zur Zielgruppe hält in seinen Servicestellen Videomaterial zum spontanen Einsatz bereit, angewandt zusammen mit der ganz persönlich gehaltenen Aufklärung einzelner Ratsuchender (E. Buning '87)

ac) Informationsinhalte:

Zuletzt zu den Inhalten: Diese dürften sich hauptsächlich auf zwei Themenkomplexe beziehen, nämlich auf Übertragungsgefahr und Schutzmaßnahmen jeweils beim NS und bei Sexualkontakten.

Zum ersten: zwei Quellen rieten dazu, in der Szene für hygienisches Verhalten bzw. sogar für „peinliche Hygiene“ zu werben (165 bzw. 4631 – letztere peinlich, weil darin zuvor Entzugssymptomatik und/oder Besteck-Beschaffungsproblematik mit als Ursachen des NS angegeben wurden!). Natürlich sollte in der Szene darauf gedrängt werden, nur steriles Besteck zu benutzen (dazu ggf. Hautdesinfektion), benutzte Bestecke nicht von anderen zu übernehmen oder an diese weiterzugeben (und sie am besten sicher zu entsorgen) und unbedingt auf NS zu verzichten.

An dieser Stelle könnte eine Variation eingeflochten werden, die bei uns noch weitgehend unbekannt ist: das Spülen des benutzten Bestecks mit „bleach“. Es liegt auf der Hand, daß, wenn schon kein steriles Besteck zur Verfügung steht, das vorhandene wenigstens dekontaminiert werden sollte. Die Erfolgsaussichten hierbei stehen nicht schlecht, denn „das Virus stellt an die Desinfektion keine hohen Ansprüche“ und kann in Suspension z.B. bereits von 25 %igem Alkohol inaktiviert werden (297). Aus der Szene in Großbritannien werden dazu einige „Privatrezepte“ dokumentiert: viele IVDA reinigen demnach ihr Besteck (die „works“) mit kaltem oder heißem Wasser, Zitronensaft, Essig oder Antiseptika. Besteckreinigungsverhalten wird auch aus den USA berichtet (7). Dort hat „bleach“ oder Haushaltsbleiche, chemisch Natriumhypochlorid, besondere Beachtung gefunden. Durch Untersuchungen wurde belegt, daß „bleach“ dazu in der Lage ist, die von kontaminiertem Besteck ausgehende Infektionsgefahr insbesondere durch HIV zu senken. Die Gefahr von Nebenwirkungen, so wird berichtet, sei bei sachgemäßer Anwendung gering (25). Dazu wird das vom Vorgänger benutzte Besteck zweimal mit Bleiche durchspült, worauf zwei Wasserspülungen folgen (6547 mit weiterführender Lit.). Es wurden bereits umfangreiche Bleach-Propagierungs- und -verteilungsprogramme eingeleitet, mit dem Erfolg, daß der Bleach-Gebrauch zunimmt (6247). Die hierzulande eher ungebräuchliche Bleiche könnte bereitgestellt oder durch ein praktikables Mittel ersetzt werden; ihre Verwendung könnte ein rasch einsetzbares und -wirksames Mittel im Kampf gegen die HIV-Ausbreitung darstellen.

Was für den gemeinsamen Besteckgebrauch gesagt wurde, läßt sich analog auch auf die Sexualkontakte anwenden. Die gutgemeinten Ratschläge zur partnerschaftlichen Treue (stellvertretend für viele: 328, 6332, 7432), in ihrer Wirksamkeit bei der Allgemeinbevölkerung diskutabel, sind in der Szene als

weniger realistische Mittel anzusehen, da auch das Anraten, den Drogengebrauch aufzugeben, höchst selten auf fruchtbaren Boden fällt. Stattdessen sollte der Gebrauch von Kondomen propagiert und diese auch bereitgestellt werden. Eine an dieser Stelle angebrachte Diskussion von Kondomvergabe-programmen muß mangels Quellen unterbleiben; an einigen Stellen finden sich Hinweise auf solche Programme (8, 155; laut Ancelle nach 19 gibt es sie in der Schweiz, den Niederlanden, in Irland und Norwegen). Eine britische Studie karikiert, daß zwar Paare (in Familienberatungsstellen) Gratis-Kondome erhalten, nicht aber die Prostituierten – und sieht darin eine Reflexion moralischer Kontroversen in der Medizin (8), wie sie bei diesem Thema wohl häufig zu finden ist.

Nur am Rande sei auch die Problematik der „vertikalen“ HIV-Übertragung – während Schwangerschaft, Geburt oder Stillzeit von der Mutter auf ihr Kind – gestreift. Diese Transmission ging bislang zum Großteil von IVDA-Müttern aus; jedoch nimmt der Anteil der Mütter außerhalb der bisherigen Betroffenen Gruppen zu. Die Angaben zur Übertragungswahrscheinlichkeit im Rahmen dieser Schwangerschaften schwanken um ca. 50 % (Prof. M. Stauber, München; persönliche Mitteilung im März '88). Nach Meinung einer britischen Quelle wären zur Vermeidung dieses Übertragungsweges nicht nur Worte, sondern auch Taten in Form von Beratung und Ausstattung mit Verhütungsmitteln bei DA/IVDA erforderlich (6796). In diesem Zusammenhang sei auf die bereits vorhandene Literatur zum Thema HIV und Schwangerschaft verwiesen (z.B. 469).

Zu ergänzen bleibt, daß auch die Art und Weise der Information eine große Rolle bei der Aufklärung spielen dürfte. Es war zu lesen, daß in den „gay communities“ der USA das Miterleben von Siechtum und Tod bei anderen zur starken Motivation für Änderungen des eigenen Verhaltens wurde, aber aus anderen Gesundheitsaufklärungskampagnen wie etwa gegen das Rauchen liegen aus Großbritannien Erfahrungen vor, die von allzu drastischen Informationen abraten und stattdessen einen Stil der „low fear message“ empfehlen (5177).

Selbst wenn im Deutschen Ärzteblatt als dem Organ der deutschen Ärzteschaft einmal nachzulesen war, daß „des Lesens mächtige Fixer für die AIDS-Aufklärung erreichbar“ seien, und damit wohl sinngemäß gemeint ist, schon allein die Kenntnis um die AIDS-Gefahren reiche aus, diese zu reduzieren, merkt eine andere Quelle an, es sei „naiv zu glauben, Belehrung allein sei ausreichend“ (299; ähnlich pessimistisch 3760). Es folgen nun eine Reihe anderer Möglichkeiten, die der Prävention der HIV-Ausbreitung dienlich sein könnten.

b) *Selbstorganisation in der Drogenszene*

Der Übergang der nützlichen Informationen auf die Gruppe der Drogengebraucher birgt gewisse Schwierigkeiten in sich, die u.a. auf die Ungleichheit der kommunizierenden Gruppen zurückzuführen sind. Auf der Seite der „Gesellschaft“ wurden Drogenberatungsstellen und ähnliche Institutionen eingerichtet, um einen Kontakt herzustellen. Ein ebensolcher „Brückenkopf“ der gemeinsamen Verständigung könnte auf Seiten der Drogengebraucher bestehen. Gemeint ist damit eine Form der Selbstorganisation, die in der Lage ist, die Belange der Drogengebraucher zu ermitteln, sie nach außen hin zu vertreten und als Ansprechpartner für die Belange der Gesellschaft – in diesem Falle die Notwendigkeit der HIV-Eindämmung – zu dienen.

Solche Formen der Selbstorganisation sind von vielen gesellschaftlichen Minderheiten ins Leben gerufen worden. Bekannte Beispiele sind die Homosexuellenorganisationen, die – zuerst in den USA, dann auch in anderen Ländern wie der BRD – nicht nur große Schritte in Richtung auf die gesellschaftliche Anerkennung der Homosexuellen getan haben, sondern auch schlagkräftige Bundesgenossen im Kampf gegen die HIV-Ausbreitung geworden sind. So werden denn auch Unternehmungen dieser Organisationen als Beispiele zitiert, von denen Vorgehensweisen bei der HIV-Prävention entlehnt werden könnten (6052), wobei der Hinweis nicht unterbleibt, daß dies nur nach einer gewissen Anerkennung der Lebensweise der anderen möglich war (6908); aber auch angemerkt wird, daß hierbei gewonnene Erfahrungen nicht ohne weiteres auf IVDA übertragbar sind (114). Selbsthilfegruppen von Prostituierten sind z.B. in der BRD bekannt.

In Europa können v.a. die Niederlande mit der „Dutch Junky Union“ auf Erkenntnisse zur Selbstorganisation im Drogenbereich zurückblicken; aber auch auf die Erfahrungen mit den Junkiebänden in Berlin, Frankfurt, Kassel und Hamburg um 1983/84 sei hingewiesen. Im Kontext der verschiedenen Präventionsstrategien könnte die Selbstorganisation – und zwar *innerhalb* der aktiven Drogenszene – das größte Ausbaupotential künftiger Verbesserungen im Drogenbereich und besonders bei der Gesundheitsvorsorge bergen.

c) *Erleichterter Zugang zu Injektionsbesteck*

Von den Mitteln zur Prävention der weiteren HIV-Ausbreitung in der Drogenszene wird keines so häufig genannt wie dieses: den IVDA auf irgendeine Weise Injektionsbestecke leichter zugänglich zu machen. Dabei kommen prinzipiell drei Wege in Betracht: die Bestecke werden über Apotheken bzw. andere Verkaufseinrichtungen leichter zugänglich gemacht (ca), die Be-

stecke werden von bestimmten Einrichtungen gegen die Rückgabe von benutzten ausgetauscht (cb) oder die Bestecke werden von diesen Einrichtungen frei abgegeben (cc). Im folgenden sollen zuerst die spezifischen Vor- und Nachteile dieser drei Wege angesprochen, dann ihr allgemeines Für und Wider diskutiert werden (cd).

ca) *Zugang über Apotheken und andere Verkaufseinrichtungen:*

Eingangs wurde geschildert, daß die Besteckvergabe über die Apotheken längst nicht so reibungslos funktioniert wie bei anderen rezeptfreien Artikeln. Wenn zutrifft, daß der Drogengebrauch oft in den frühen Abend- und Nachtstunden stattfindet, so scheinen hauptsächlich die Ladenschlußzeiten – vor allem am Wochenende – der „Knackpunkt“ zu sein (was auch für andere Verkaufsstätten wie Drogerien etc. gälte); die Notdienstapotheken sind vielleicht zu spärlich gesät, um der Nachfrage begegnen zu können. Die anderen Hindernisse hingegen könnten durch entsprechende Richtlinien und Empfehlungen betreffs Besteckabgabe ausgeräumt werden, wie dies z.B. die British Medical Association (4972), die französische Regierungspolitik (5253, 5669) oder die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände unterstützen (5363; „wegen der schweren Konsequenzen der HIV-Infektion und des dringenden Interesses der Allgemeinheit, die Weitergabe mit allen Mitteln zu verhindern“ – als ob vordem Spritzenabszesse oder die Hepatitis keine ausreichenden Gründe gewesen wären!). Insgesamt dürften diese Beschaffungsquellen *alleine* zur Bedarfsdeckung nicht ausreichen. Dennoch bieten die Apotheken mit ihrem geschulten Personal *eine* Abgabe- und Beratungsquelle *mehr*, auf die nicht verzichtet werden kann.

Eine Alternative könnten Automaten darstellen. Kondomautomaten in Gaststätten und z.B. vor Apotheken und Drogerien sind gebräuchlich; was stünde also näher, diese auch für Bestecke herzurichten. In Bremen gibt es bereits solche Automaten (30). Auch in Dänemark (wo jetzt schon Bestecke über Apotheken rund um die Uhr gut erhältlich sind) ist die Einrichtung von Spritzenautomaten geplant (300). Eine deutsche Quelle schlägt gar die Abgabe von Kondomen und Bestecken über Zigarettensautomaten vor (26). Eine eher als skurril zu bezeichnende Idee aus Großbritannien soll noch an dieser Stelle erwähnt werden: dieser Autor schlägt eine nicht wiederverwendbare (durch mechanische Hemmung des Zurückziehens), mit Opiat gefüllte Spritze vor, die das NS verhindern soll – dabei übersieht er, daß beim parenteralen Drogengebrauch aspiriert werden muß, um sicher i.v. zu sein und daß die Spritzen zerstört, ihr Inhalt entnommen und dennoch geshart werden kann (6673). Selbst mit seinen offensichtlichen Mängeln zeugt dieser Ansatz wenigstens

von Phantasie, die andere oft vermissen lassen! Der Tagespresse war zu entnehmen, daß die WHO ähnliche Anstrengungen unternimmt – Spritzen, die sich nach dem Gebrauch selbst zerstören, seien in Erprobung (Die Tageszeitung v. 14.3.88).

cb) Bestecktauschprogramme:

In einigen europäischen Städten wurden bereits Bestecktauschprogramme durchgeführt. So gibt es z.B. seit 1984 eines in Amsterdam, bei dem 1985 bereits ca. 100.000 Bestecke ausgetauscht worden sind (155); in Liverpool waren es bei einem ähnlichen Programm 1986 immerhin 3000 (8). IVDA können dort ihre benutzten Bestecke gegen sterile eintauschen, z.B. in Drogenberatungsstellen oder ähnlich eingeführten Standorten. Diese genießen wohl einen gewissen Vertrauensvorschub, zudem können die Öffnungszeiten flexibler gehandhabt werden – wünschenswert wäre natürlich eine Zugangsmöglichkeit rund um die Uhr. Welche weiteren Vorteile bieten speziell die Austauschprogramme? Z.B. können auf diese Weise die benutzten und oft achtlos weggeworfenen Bestecke (in einer niederländisch-deutschen Grenzstadt seien es etwa 20.000 pro Jahr) sicher entsorgt und damit eine potentielle HIV-Infektionsquelle für Unbeteiligte eliminiert werden (6822, 6866). Sodann könnten die zurückerhaltenen Bestecke, wie dies eine australische Studie vor-macht, auf HIV-Antikörper (und ggf. anderes) untersucht und so ein zusätzliches Kriterium zur HIV-Lage in der Szene hinzugewonnen werden (323).

Als Nachteil für Austauschprogramme wäre zu werten, daß Drogenabhängige in der Furcht leben müßten, bei Besteckabgabe als IVDA registriert (nicht etwa durch die Verteiler, sondern durch draußen postierte Fahnder), auf dem Weg zum nächsten „Druck“ (der ja vielleicht gerade Anlaß zur Spritzenbeschaffung war) verfolgt oder aber mit dem benutzten Besteck und ggf. daran haftenden Drogenresten aufgegriffen und unter Zuhilfenahme dieser Beweismittel leichter verurteilt zu werden.

cc) Freie Besteckabgabe:

Zu guter Letzt könnten die benötigten Bestecke an Drogengebraucher abgegeben werden, ohne daß daran Bedingungen geknüpft wären. Der Kostenfaktor dürfte, wie schon bei den Austauschprogrammen, die geringste Rolle spielen; der Hinweis, daß Besteckvergabe billiger als AIDS sei (5303, 6890), ist da fast schon überflüssig. Hier sollte nur einmal als Hinweis erscheinen, ob nicht vielleicht auch dieser „kaufmännische“ Gedanke in den Niederlanden eine Rolle spielt und nicht nur die den Holländern gerne nachgesagte Libertainage! Ansonsten lassen sich gegenüber dem vorangegangenen Absatz keine

weiteren Kriterien finden, die zur Unterscheidung zwischen Austausch- und Gratisabgabe dienen könnten. De facto wird es ohnehin so sein, daß Drogengebraucher in Austauschprogrammen gelegentlich neues Besteck ohne die Rückgabe von altem erhalten – letztlich kommt es auf die Masse und nicht auf's Prinzip an. Die Grenzen zwischen Austausch und freier Abgabe sollten somit flexibel gehandhabt werden, wobei aber dem Austausch aus den vorgenannten Gründen der Vorzug gebührt. Mit den Behörden müßte eine Abmachung getroffen werden, um solche Ansätze nicht durch blinden Fahndungseifer zu zerstören – ein solches „gentleman agreement“ wurde aus dem Liverpooler Programm berichtet (8).

cd) Diskussion zur Besteckzugänglichkeit:

Besteckvergabe ohne zusätzliche Aufklärung macht keinen Sinn (3168). So erkannten auch andere Autoren die Chance, dem oben geschilderten Dilemma bei der Aufklärung der Drogengebraucher durch gezielte Informationen zu begegnen, die zusammen mit den Bestecken abgegeben werden sollten. Diese Informationen könnten, wie schon angedeutet, Benutzungshinweise oder Adressen von Beratungsstellen enthalten (118); Warnhinweise über NS, Anregungen zu „safer sex“ sowie allgemeine Aufklärung über AIDS wurden auf diese Weise an die unmittelbaren Adressaten gebracht (4049). In diesem Informationsweg ist sicher noch einiges Potential zugunsten der Prävention enthalten.

Mahnende Worte waren zu hören, die Besteckvergabe vermittele den Anschein, IVDA sei verzeihlich, mindere den vorteilhaften Effekt der AIDS-Furcht, bringe Einsteiger leichter an und auf die Nadel, und die Vergabe von Spritzen garantiere noch nicht deren sinngemäßen Einsatz. Zwar gestand in einer Befragung etwa ein Fünftel der Nicht-IVDA ein, bei freier Besteckvergabe die bislang anders applizierten Drogen dann zu spritzen, doch hielten die Berichterstatter die Besteckvergabe auch dann noch für sinnvoll, da die NS-Rate wenigstens *insgesamt* sinke (6977). Der Vorwurf, die Gesellschaft könne mit der Besteckvergabe den Anschein erwecken, IVDA sei verzeihlich, ist nicht stichhaltig, da die ablehnende Haltung zum i.v. Drogengebrauch dadurch nicht aufgeweicht werden würde. Über den Sinn der AIDS-Furcht in der Drogenszene mag man streiten. Daß letztlich der sinngemäße Einsatz steriler Bestecke nicht garantiert sei, ist klar; der unsachgemäße Gebrauch benutzter Bestecke hingegen ist geradezu vorprogrammiert!

So unterscheiden sich die anderen Autoren nur in der Auswahl und Betonung der Vorteile einer erleichterten Besteckzugänglichkeit. Als „Erste Hilfe“ (7948) und notwendig zur Unterbrechung der Infektionskette (6890) sehen es

deutsche Quellen; eine weitere geht künftig gar nur noch von HIV-Infektionen durch Sexualkontakte aus, da in der „Szene“ die Ausbreitung durch Besteckabgabe eingedämmt werden könne (4436). Befürwortend zur Abgabeerleichterung äußern sich auch weitere Quellen (116, 5304, 6332, 6796) und geben in Anlehnung an die „safer-sex“-Kampagne die Devise vom „safe shooting“ aus (3845). In Europa sind Bestecktauschprogramme bereits möglich in den Niederlanden, der Schweiz, in Großbritannien, Irland und Israel (Ancelle nach 19; Anm.: Israel gehört zum Europa-Bereich der WHO). Warum nicht auch in der Bundesrepublik?

d) Motivierbarkeit der Betroffenen

Hat man einmal Zugang zur Gruppe der IVDA gefunden, die Betroffenen aufgeklärt und ihnen eine Angebotspalette unterbreitet, so schließt sich die Frage an, welche Veränderungen dadurch hervorgerufen werden können.

Nach Ansichten deutscher Autoren „handeln Fixer und Prostituierte nicht immer sozial verantwortlich“ (7432), ist in der Szene gar „Depressivität“ bis hin zur „Endzeitstimmung“ zu beobachten (3), sind „weite Kreise, auch im Gesundheitswesen, der Auffassung, Drogenabhängige seien unbelehrbar“ (6890); nicht zuletzt deswegen, weil die „kritische Wahrnehmung der Gefahr durch die Sucht beeinträchtigt“ wird (19). In den USA wird diskutiert, ob DA überhaupt noch „responsiveness“ aufbieten können (6969), oder nicht schon „Ade zu Vorsichtsmaßnahmen gesagt haben und Ratschläge für die eigene Gesundheit, erst recht für die der anderen, ablehnen“ (9).

Dagegen steht aber, daß es schon vor AIDS „ungeschriebenes Gesetz“ war, „daß Fixer mit bekannter Hepatitis B eigenes Besteck benutzen“ (5304), daß „die bekannten Risiken der Übertragung von HBV und HIV zu Vorsichtsmaßnahmen in der Drogenszene geführt haben“ (3) und daß der „Heroinkonsum stagniert, auch wegen der AIDS-Angst“ (Gerchow nach 3739). Eine italienische Studie dokumentiert bei Abhängigen den Rückgang der stationären Aufnahmen wegen Hepatitis B und eine verstärkte Inanspruchnahme von Methadonprogrammen und führt dies darauf zurück, daß die AIDS-Furcht IVDA zur Benutzung von sauberem Besteck bzw. zu Ausstiegsversuchen veranlaßt (5018).

Einige Beachtung fand das Verhalten der bereits HIV-Positiven. HIV kann nämlich auch das Zentralnervensystem befallen, und es sind „bereits frühzeitig neurologische Ausfälle und psychopathologische Auffälligkeiten feststellen; schleichend setzt ein intellektueller Abbau mit Vergeßlichkeit, Konzentrationsschwäche . . . , Apathie ein“ (410); auch in einer anderen Studie wurde eine Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten bei Positiven gefun-

den (321). Dies muß mit berücksichtigt werden; gleichzeitig sei aber davor gewarnt, daraus allzu viele weitere Schlüsse auf ein zu erwartendes Verhalten bei Positiven ziehen zu dürfen – dazu reichen die vorliegenden Studien nicht aus.

Vielleicht mangelt es den Abhängigen weniger an der *Information* über Gesundheitsgefahren als an der *Realisation* konkreter Gefährdungsmomente. So war in einer deutschen IVDA-Gruppe den allermeisten bekannt, daß sie Mitglieder einer AIDS-Risikogruppe waren. Gleichzeitig hielten aber nur etwa zwei Drittel eine Ansteckung durch Geschlechtsverkehr und etwas über die Hälfte eine durch Besteckweitergabe für möglich (6891). Über den Zusammenhang solcher Phänomene, etwa über Verdrängungsmechanismen, müßte noch diskutiert und die Ergebnisse dabei müßten in die Präventionsstrategien mit einbezogen werden.

Ein wichtiger Gesichtspunkt sollte jedoch in die Überlegungen zur Motivierung der Drogenabhängigen miteinbezogen werden: wofür sollen sie ihr Verhalten ändern? Zum Schutz der *Allgemeinheit* vor der von ihnen ausgehenden Gesundheitsgefahr? Diese häufig angetroffene Einstellung scheint nicht gerade glücklich gegenüber einer Gruppierung, die von unserer Gesellschaft verfermt und kriminalisiert ist wie kaum eine zweite. Ob es opportun ist, „Sucht als mögliche Lebensweise anzuerkennen“, da schon bei den Homosexuellen solch eine Akzeptanz im Kampf gegen die AIDS-Ausbreitung half (6908), sei dahingestellt. Gut wäre, wenn man herausstellen könnte, daß es uns in unseren Bemühungen in erster Linie um Leben und Gesundheit der dort unmittelbar Betroffenen geht. Ein solches, von ehrlicher Überzeugung getragenes Bekenntnis, würde in der Szene seinen Eindruck nicht verfehlen.

3) Prävention durch Therapie

Zweifellos trägt eine wirksame Prävention noch am ehesten zur Verlangsamung der Ausbreitung der HIV-Infektion bei. Die bei anderen Infektionskrankheiten mögliche Sekundärprävention spielt im Blick auf AIDS zur Zeit – und wohl auch in den nächsten Jahren – keine Rolle, da bisher weder eine Heilung der Krankheit im Frühstadium noch eine Beseitigung der Infektiosität der Betroffenen durch Behandlungsmaßnahmen möglich ist.

Versucht man, die Bedeutung therapeutischer Bemühungen für die HIV-Prävention zu bewerten, so ergeben sich zu diesem Aspekt aus der Literatur weit mehr Fragen als Antworten. Klar ist lediglich, daß jede therapeutische Bemühung, durch die ein i.v. applizierender Süchtiger zur Reduktion oder zur

Beendigung des Injizierens gebracht wird, präventiv bedeutsam ist, gleichgültig, ob die Therapie das Ziel der Totalabstinenz oder lediglich die Abschwächung des risikoträchtigen Injizierens zur Folge hatte.

Der frühere Gedanke, es gäbe einen „Königsweg der Therapie“ für Opiatabhängige, verliert an Überzeugungskraft, seit Follow-up-Studien größerer Kohorten behandelter Opiatabhängiger immer wieder ergeben, daß sich die Chancen und Risiken der unterschiedlichen Therapievarianten nur unwesentlich voneinander unterscheiden. Alle Therapievarianten haben ihre Meriten und Schwächen (428, 454). Unter Präventionsaspekten kann es also künftig nur darum gehen, zwischen Bedarf und Angebot eine möglichst optimale Relation herzustellen. Mit einem dem Bedarf entgegenkommenden Angebotsfächer – und zwar von Angeboten, die von der Klientel akzeptiert werden – sollten möglichst viele IVDA angesprochen und durch geeignete Hilfen so frühzeitig wie möglich von risikoträchtigen bzw. virustransmittierenden Verhaltensweisen abgehalten werden.

a) Drogenfreie Therapiekonzepte

Wie G. Edwards et al. in der im Auftrag der WHO angefertigten weltweiten Übersicht zur Drogensituation dargelegt haben, hängen sowohl der Suchtstoffmißbrauch als auch die regional jeweils praktizierten Reaktionsweisen auf Mißbrauch und Suchtverhalten stark von der Kultur des jeweiligen Landes ab (466). Es ist nicht erstaunlich, daß sich die Therapie Süchtiger von Kultur zu Kultur unterschiedlich gestaltet. Im deutschen Kultur- und Rechtsbereich galt zur Behandlung Opiatabhängiger – früher waren es die „Morphinisten“, seit den 70'er Jahren sind es junge Heroinabhängige – *nur die auf Abstinenz abzielende stationäre Therapie als angemessen*. Den Morphinisten gegenüber wurden im Vorkriegsdeutschland und auch während der ersten Nachkriegsjahre, solange es das „Morphinisten-Problem“ noch gab, entsprechend der Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes in großem Umfang polizeilich-juristische Zwangsmittel eingesetzt. Es galt das „Fangprinzip“, verbunden mit obligater Unterbringung der als zurechnungsunfähig eingeschätzten Opiatabhängigen auf geschlossenen Stationen psychiatrischer Kliniken (452).

Mit dem Aufkommen der jungen Süchtigen der 70'er Jahre wurde das Abstinenzparadigma und auch die Favorisierung stationärer Therapieformen beibehalten, auf Zwangsmaßnahmen im therapeutischen Kontext indes weitgehend verzichtet. Das „Kommprinzip“ setzte sich durch (452, 456), ausgehend von der Vorstellung, daß die Verelendung durch die süchtige Abhängigkeit und durch das Leben in der Szene *irgendwann* bei jedem Betroffenen einen hinreichend großen Leidensdruck erzeuge und damit die Motivation her-

anreife, eine Drogenberatungsstelle aufzusuchen und die Vermittlung in eine Langzeittherapie zu akzeptieren.

Die früher praktizierte Zwangsunterbringung Opiatabhängiger in psychiatrischen Kliniken wurde zur Ausnahme. Stationäre klinische Kurzentzüge – wenige Tage bis Wochen – wurden meist nur als Vorlauf für eine Langzeittherapie eingesetzt. Viele Kliniken nahmen Opiatsüchtige überhaupt nur dann zum Entzug auf, wenn sie bereits einen Platz in einer Langzeittherapie-(LZT-)Wohngemeinschaft nachweisen konnten. Erst in den letzten Jahren begann die Einsicht zu wachsen, daß das auf LZT beschränkte Therapieangebot eine doch sehr geringe Reichweite hat. H. Marx konnte durch die Entwicklung seiner gruppenunterstützenden außerstationären Suchtkrankenbehandlung nachweisen, daß es wohnsitznahe Alternativen zum LZT-Konzept gibt, wie dies F. Groß in einer med. Diss. im einzelnen näher dargelegt hat (447).

Nicht wenigen Drogenabhängigen ist durch LZT zweifellos der Weg in ein drogenfreies Leben geebnet worden. W. Heckmanns essayistische Feststellung, daß die Zahl der Rehabilitierten „inzwischen Legion“ sei (438), trifft durchaus zu, doch ist zu bedenken, daß bisher kaum Forschungsvorhaben darüber verfügbar sind, welcher Anteil der Rehabilitierten durch Therapie und welcher auf anderen Wegen drogenfrei wurde. D. Ladewig spricht hinsichtlich der Suchtformen bei jungen Menschen von einer „Entwicklungs-krankheit“ und mißt individuellen Reifungsprozessen die entscheidende ursächliche Rolle für die Überwindung der Drogenbindung bei – ein Prozeß, der zweifellos nicht nur durch professionelle Therapie, sondern auch durch eine bis heute nicht identifizierbare Fülle anderer Faktoren günstig beeinflusst werden kann. Aus Literaturquellen folgert Ladewig, daß die durch stationäre Therapie erreichbaren Abstinenzraten in Nordamerika zwischen 19 und 40 %, in Europa zwischen 23 und 43 % liegen (454). Diese Katamnesedaten beziehen sich allerdings auf Patienten, die durch ihren Eintritt und ihr Bleiben in den stationären Einrichtungen gezeigt haben, daß sie diese Therapievariante akzeptieren und aushalten können. In den meisten Katamnesestudien werden die Frühabbrecher ausgeklammert, so daß die Follow-Up-Werte zu günstig ausfallen. So blieben in der „Hammer Studie“ alle Patienten unberücksichtigt, die während der ersten vier Wochen die Therapie abbrachen (426). In der Katamnese der Klinik Hochstadt blieben die Abbrecher der ersten Behandlungswoche ausgeklammert (455).

Hinsichtlich jener Patienten, die noch nicht HIV-infiziert in die Therapie gelangen, wird man annehmen dürfen, daß sie während des Aufenthalts in der Einrichtung keinem oder doch einem – verglichen mit der „Szene“ – äußerst geringen Infektionsrisiko ausgesetzt sind. Die einzige deutsche Studie, die

sich mit dieser Frage empirisch befaßt hat, kam zu dem Schluß, daß in der eigenen Einrichtung Fälle von Serokonversion bei Patienten nicht auftraten und daß ferner auch beim Personal kein Infektionsfall zu beobachten war (4981).

An dieser Stelle muß die Frage gestellt werden, was das bestehende abstinenzorientierte Hilfesystem tatsächlich zu leisten vermag. Zu dessen Erfolgsquoten sei folgende Einschätzung zitiert: „25–35 % schaffen den Entzug“ (312); und W. Heckmann schreibt: „von den ca. 9000 Drogenabhängigen in Berlin wurden 1985 ca. 5000 mit Drogenberatung erreicht und mehr als 2000 intensiv beraten; mehr als 1200 *begannen* ein Leben ohne Drogen“ (3). Einmal angenommen, diese Zahlen seien für die Situation in der Bundesrepublik repräsentativ; bezieht man die Rückfallquoten dieser Versuche mit ein, so bleibt doch völlig offen, welche Präventionswirkung unserem Hilfesystem beizumessen ist, obwohl dessen Güte permanent hervorgehoben und dessen konsequenter Ausbau gefordert wird.

Als Fazit bleibt die Feststellung, daß bei der geringen Reichweite des bundesdeutschen Therapiefächers der Beitrag therapeutischer Bemühungen im Blick auf präventive Wirkungen nach dem jetzigen Stand als unbekannt gelten muß. Genauere Aussagen wären nur möglich, wenn die im Abschnitt III.4. näher dargelegten Methoden des Monitoring der Behandlungsverläufe in großem Umfang praktiziert würden. Aufschlußreiches Monitoring könnten am ehesten die Drogenberatungsstellen in Angriff nehmen, insbesondere zu den Aspekten Reichweite, Haltekraft und Effektivität, da nur eine wohnsitznahe Service-Einrichtung den individuellen Verlauf nach einer therapeutischen Maßnahme ohne größeren Aufwand klären könnte – entweder durch wieder aufzunehmende Kontakte mit dem aus der Einrichtung zurückgekehrten Klienten oder durch Anfragen bei Bezugspersonen (449). Folgt man dem seit langem die Verhältnisse im Drogensektor sorgfältig registrierenden Sozialwissenschaftler K.-H. Reuband, so stehen allerdings die Chancen für ein systematisches Monitoring schlecht. Er schreibt: „Die Drogenberatungsstellen haben durchaus ein umfassendes Potential für Klärung derartiger Fragestellungen. Doch dieses Potential wird nach wie vor nicht genutzt. Die Jahresberichte, in denen einzelne Zahlenangaben aufgeführt sind, erfüllen nicht mehr als eine rituelle Funktion. Das vorhandene Material wird nicht den Zwecken der eigenen Einrichtung gemäß aufbereitet“ (448).

b) Medikamentengestützte Behandlung

Unter den Möglichkeiten, die Reichweite des therapeutischen Angebots für Opiatabhängige zu erweitern, kommen medikamentengestützten Verfahren wie der

- Methadon-Substitution oder der
- Maintenance-to-Abstinence und bis auf weiteres auch der
- Anwendung von Codeinpräparaten als Substitutionsmittel Bedeutung zu.

In der einschlägigen Literatur wird meist darauf verwiesen, daß es V. Dole und M. Nyswander waren, welche ab 1963 das Substitutionsprinzip, also die Nutzung von Opioiden zur Behandlung Opiatabhängiger, eingeführt haben (437, 451). Das trifft so nicht zu, da in Großbritannien – legalerweise – bereits seit 1928 die Substitutionstherapie praktiziert wurde, nachdem die „Rollestone-Kommission“ eine entsprechende gutachtliche Empfehlung ausgesprochen hatte (457).

Allerdings stammen die Belege für die Wirksamkeit der Substitutionstherapie im wissenschaftlichen Schrifttum in erster Linie von Dole und Nyswander sowie den vielen anderen Autorinnen und Autoren, die in den USA Methadonprogramme betrieben und ausgewertet hatten. Die kaum mehr zu überblickende Fülle der diesbezüglichen Literatur (Übersichten hierzu in 437 u. 450) läßt es nicht zu, hier auf Einzelheiten einzugehen. Außerdem ist es nicht ohne weiteres möglich, aus diesen Studien, in anderen Ländern und unter anderen kulturellen und rechtlichen Bedingungen durchgeführt, verbindliche Schlußfolgerungen für die Anwendung bestimmter Ersatzdrogen-Strategien im eigenen Land abzuleiten.

Es ist jedoch von der Tatsache auszugehen, daß auch unter europäischen Bedingungen eine Substitutionstherapie nachweislich Erfolg gezeigt hat, wie insbesondere die Studien von Gunne und Grönbladh (458) eindrucksvoll zeigen:

In der uns vorliegenden Auswertung der Ergebnisse – über neun Jahre hinweg verfolgt – steht die Arbeitsfähigkeit der 174 Teilnehmer an der Methadontherapie im Vordergrund. Die folgende Abb. führt das hohe Maß an konstantem Arbeitsvermögen dieser Gruppe vor Augen; vor der Therapie war nur eine sporadische Arbeitsleistung zu verzeichnen gewesen (Abb. 3).

Dieses überaus ermutigende Ergebnis führte zu der Fragestellung, inwieweit das Methadonprogramm *alleine* für den Erfolg verantwortlich war, oder ob eine Patientengruppe behandelt wurde, die auch ohne Therapie von der Sucht Abstand gewonnen hätte. Auf diesem Hintergrund erfolgte eine randomisierte Studie mit je einer methadon- und einer unbehandelten Untersuchungsgruppe. Die Abb. 4 und 5 zeigen die Situation beider Gruppen vor dem Methadonprogramm und *nach Ablauf von zwei Jahren*. *Nachher* sind 12 Patienten aus der Methadongruppe drogenfrei und gehen einer regelmä-

Bigen Beschäftigung oder einem Studium nach; fünf andere betreiben weiter Heroinkonsum, zwei davon in einem Ausmaß, der zu ihrem Ausschluß aus dem Programm geführt hatte. In der Kontrollgruppe hingegen wurde nur ein Klient – unter Zuhilfenahme einer Familientherapie – drogenfrei, 14 Klienten konsumierten weiterhin Heroin; zwei weitere verstarben an einer Überdosis des Opiates (Abb. 4 u. 5).

Die Situation beider Gruppen nach insgesamt neun Jahren wird in Abb. 6 dargestellt. Aus der ursprünglichen Kontrollgruppe wurden neun Klienten in die Methadontherapie übernommen. Von den damit zusammen 26 substituierten Patienten sind nunmehr 21, also über vier Fünftel, drogenfrei, während von der verbliebenen Kontrollgruppe nach wie vor nur der eine Klient drogenfrei ist, inzwischen sechs Personen an einer Überdosis verstarben und einer sich in Haft befindet. Weitere Resultate dieser Langzeitbeobachtung betreffend Variablen wie Rückfall in die Sucht, Kriminalität oder Gesundheitszustand wurden von Gunne am 14./15.11.87 auf der Methadontagung in Frankfurt vorgetragen (459); auch hierbei wurden für die Methadongruppe günstigere Ergebnisse referiert.

Ein wesentlicher Aspekt der Methadonbehandlung liegt in der Beziehung zum Therapeuten begründet. So hat z.B. eine Studie aus der Schweiz ergeben, daß für ein Viertel der Teilnehmer eines solchen Programms der Therapeut der wichtigste Ansprechpartner in bedeutenden Lebensfragen darstellt (462). Ein differenzierter Einstieg in dieses Thema würde den hier gesteckten Rahmen sprengen und müßte in einer eigenständigen Arbeit untersucht werden. Exemplarisch werden daher Erfahrungen aus einzelnen europäischen Ländern angeführt, die einen Einblick – mehr nicht – in die Vielfalt des Themas erlauben.

Italien: ähnliche Tendenzen sind in einer italienischen Studie zu erkennen. L. Tidone et al. berichten aus Bergamo von sehr unterschiedlichen Seroprävalenzen bei IVDA: dort beträgt die HIV-Rate bei Teilnehmern eines Methadonprogramms 28 %, wohingegen sie bei IVDA mit akuten – wohlgermerkt, nicht AIDS-assoziierten – Erkrankungen bei 53 % liegt (s. Ländertabellen – Italien Lit. No. 18).

Eine Arbeit beschreibt für Bozen (ebenfalls Italien), daß dort bei IVDA ein merklicher Abfall der stationären Aufnahmen wegen akuter B-Hepatitis zu beobachten war und gleichzeitig der Andrang zu Methadonprogrammen merklich zugenommen hat. Eine Erklärung dafür sehen die Autorinnen und Autoren u.a. in der wachsenden AIDS-Furcht unter Drogengebrauchern und dem damit verbundenen Wunsch, aus der Drogenszene auszusteigen (5018).

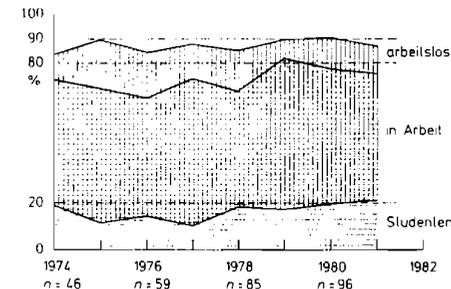


Abb. 3 Jährliche prozentuale Unterteilung der Patientengruppen in Studenten, Arbeitende und Arbeitslose

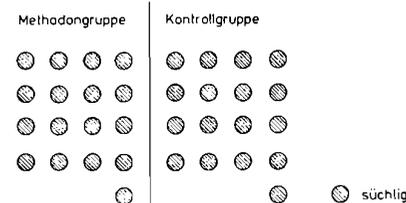


Abb. 4 Situation vor dem Methadonprogramm

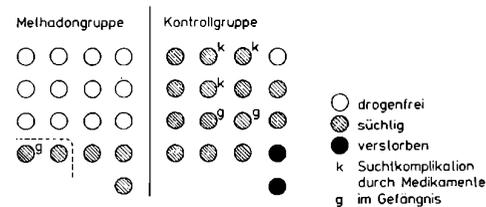


Abb. 5 Situation nach 2 Jahren

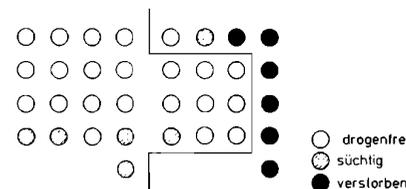


Abb. 6 Situation am 31. März 1983 (durchschnittlich 9 Jahre nach Versuchsbeginn)

In der Schweiz führte die epidemiologische Situation mit einer recht hohen HIV-Prävalenz bei den IVDA (s. Ländertab.) zu politischen Reaktionen: parlamentarische Vorstöße hatten eine erleichterte Zugangsmöglichkeit zu Methadonprogrammen zum Ziel, die ab Mitte '87 realisiert werden konnten. „Auch wenn damit keine nennenswerte Veränderung der Ausbreitung von AIDS erreicht werden kann, läßt sich doch in vielen Einzelfällen die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion vermindern, wenn der Betroffene sich kein illegales Heroin mehr injiziert“ (461). Die bisherige Einstufung von Methadon als „Therapie 2. Wahl“ wurde revidiert und die Indikationsstellung erweitert. Im Kanton Zürich etwa verdoppelte sich die Zahl der Methadon-Empfänger in kurzer Zeit auf 700 (7818).

In Österreich wurde beim Bundeskanzleramt ein Beirat eingerichtet, der die Bekämpfung des Alkohol- und sonstigen Suchtmittelmißbrauchs zur Aufgabe hat. Dieser hat jüngst in Anbetracht der Epidemiologie von HIV bei Drogengebrauchern die Durchführung einer (oralen) Substitutionsbehandlung empfohlen (460).

In Deutschland hat sich seit dem Danziger Ärztetag 1928 in der Drogenpolitik das Abstinenzgebot als Grundlage jeglicher Therapie Opiatabhängiger fest behauptet. Dennoch fand in den Jahren 1973 und '74 in Hannover der Versuch einer „Maintenance-to-Abstinence“-Therapie statt. Er wurde zum damaligen Zeitpunkt als gescheitert betrachtet und blieb der einzige seiner Art. Das Hannover-Modell wurde dadurch zum Kronzeugen der Ablehnung der Methadon-Behandlung in der BRD. Jedoch: eine erst 1986 erhobene katamnestiche Untersuchung führte zum Widerruf der früheren Aussagen. Alle elf Teilnehmer nämlich, die damals das Programm durchliefen, lebten zu diesem Zeitpunkt nun seit langem abstinent, sozial stabilisiert und gesellschaftlich integriert. „Alle Teilnehmer geben an, daß das Methadon-Programm einen entscheidenden Einfluß auf die positive Veränderung ihrer sozialen und beruflichen Situation hatte.“ Nur mit Hilfe des Methadons seien sie damals in der Lage gewesen, sich sozial zu stabilisieren und in den Ausbildungs- und Arbeitsverhältnissen zu bestehen (464). Nur am Rande sei erwähnt, daß auch andere Stoffe als Methadon zum Einsatz kommen könnten, so z.B. Codeinpräparate; deren Besprechung bedürfte aber einer eigenen Bearbeitung.

Trotz ausgedehnter Diskussionen zum Für und Wider von medikamenten-gestützten Therapien – gerade auch im Hinblick auf eine gezielte AIDS-Prävention (6183) – hat sich in der BRD nur ein Bundesland, und zwar Nordrhein-Westfalen, dazu entschlossen, einen neuen Anlauf zu wagen. Für einen auf fünf Jahre angelegten Modellversuch wurden in Essen, Bochum und Düsseldorf insgesamt drei Kliniken ausgesucht, in welchen ab dem März 1988 mit

ärztlicher Indikationsstellung Polamidon an Drogenabhängige ausgegeben wird. Trotz der Vorverurteilungen, die diese und ähnliche Programme vor allem in der berufsständischen Presse erfahren haben – einen Höhepunkt bildete bisher ein Beitrag, in dem sogar prophezeit wird, Abhängige würden bei sich eine AIDS-Infektion herbeiführen, nur um an Methadon zu kommen (465) –, wird man aus wissenschaftlicher Sicht abwarten müssen, was diese neuen Ansätze tatsächlich zu leisten imstande sind.

In den Niederlanden wurden bereits ab 1981 auf breiter Basis Substitutionsbehandlungen mit dem Ziel durchgeführt, möglichst viele Drogengebraucher zu erreichen und deren gesellschaftliche Reintegration zu unterstützen. In Amsterdam hatten im Jahr 1985 schätzungsweise bereits 60–80 % der Drogenkonsumenten einen kontinuierlichen Kontakt zu Einrichtungen der Drogenhilfe. Dies bedeutet eine wichtige Voraussetzung in Hinblick auf die Wirksam- bzw. Überprüfbarkeit der eingesetzten HIV-Präventionsmaßnahmen (155). Zudem berichtete E. Buning, daß sich die Befürchtung, DA würden angesichts der Methadonvergabe keine drogenfreien Therapieangebote mehr wahrnehmen, nicht bewahrheitete. Im Gegenteil: seit '81 habe sich die Anzahl der Teilnehmer an diesen Programmen mehr als verdoppelt (444).

In Großbritannien wird seit 1928 Substitution durchgeführt (s.o.). Schon zu diesem Zeitpunkt wurden damit die Weichen gestellt, daß das Problem der Drogenabhängigkeit vorrangig im Bereich der Medizin und nicht der Justiz angesiedelt sein sollte. Dieses Prinzip blieb unangefochten – auch, als die „Drogenszene“ im Laufe der 60'er Jahre eine tiefgreifende personelle Veränderung erfuhr und insbesondere die Zahl der DA sprunghaft anstieg. Die Methadonvergabe gilt auch dort nicht als Lösung des Drogenproblems an sich, sondern soll vielmehr eine Komponente der „akzeptierenden Behandlungsstrategie“ darstellen. A.H. Ghodse mißt den Erfolg einer Methadontherapie beispielsweise daran, wie sich bei Abhängigen Verbesserungen auf wichtigen Ebenen ihres Lebens zeigen: z.B. stabileres Arbeitsvermögen, reduzierter Gebrauch illegaler Drogen, weniger sozialschädliches Verhalten. Auch das HIV-Infektionsrisiko unter den DA bildet einen weiteren Grund: jede Maßnahme, die die Häufigkeit des Injizierens vermindert, wird helfen, die Ausbreitung dieser und anderer Infektionen zu begrenzen (463).

In Schweden deuten erste Ergebnisse darauf hin, daß sich die dortige Methadonanwendung jedenfalls nicht schädlich hinsichtlich der Prävention der HIV-Infektionen erwiesen hat. Die Seroprävalenzrate liegt bei langjährig substituierten Patienten um 2 %, während diejenigen IVDA, welche sich derzeit erst um eine Aufnahme in solche Programme bewerben, zu ca. 70 % HIV-positiv sind (459).

Im Zusammenhang mit der Substitutionstherapie diskutiert ein britischer Autor sogar die Legalisierung des Heroinhandels, nachfolgend kurz zusammengefaßt: „Über 20 Jahre haben sämtliche Bemühungen, Angebot und Nachfrage bei Heroin zu vermindern, nur zu dessen Preisverfall und Verbrauchsanstieg geführt. Der Fehlschlag der Prohibitionszeit in den USA ist geschichtliche Tatsache. Eine Legalisierung des Heroins würde folgende Vorteile bringen: Der Handel ginge von Kriminellen auf steuerzahlende Geschäftsleute über. Die Beschaffungskriminalität und -prostitution würden vermieden; dadurch würde das Recht gestärkt und für andere Aufgaben frei. Denkbare Einwände wie etwa weiterer Preisverfall mit konsekutivem Konsumanstieg sowie Anlockung von Einsteigern durch Wegfall von Sanktionen hätten kaum Bestand, da unwahrscheinlich sei, daß zum einen die bisherigen Preise Drogengebraucher vom Konsum abgehalten hätten und zum anderen beispielsweise auch die ‚Attraktivität der verbotenen Frucht‘ wegfallen“ (138).

Zur Abrundung dieses Abschnitts und im Blick auf weitere Perspektiven der Anwendung medikamentengestützter Verfahren bei IVDA in der BRD ist noch auf die Rechtslage einzugehen. Noch 1987 meint ein Autor in der BRD in tiefer Überzeugung: „Wer Methadon oder Codein an Fixer verteilt, hat Gott sei Dank bald den Staatsanwalt im Haus“ (7948). Mehrere rechtswissenschaftliche Autoren führen hingegen aus, daß in der relevanten juristischen Literatur die prinzipielle Zulässigkeit der Substitutionsbehandlung bejaht wird, vor allem von Bollinger (Drogenrecht, Drogentherapie, 2. Aufl. '87, S. 78 ff), auch von M. Zieger (unveröffentlichtes Gutachten zu Rechtsfragen bei der Methadon-Substitution; Berlin '86) und Hanke-Simoneit (unveröff. Diplomarbeit, Bremen '87).

Solche juristischen Wertungen nehmen Bezug auf die Entscheidungen des Bundesgerichtshofs vom 8.5.79 (NJW 1979 S. 1943) und des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs vom 31.1.85 (NJW 1985 S. 2211).

Wenn trotzdem Ärzte in der BRD bei der Anwendung des Substitutionskonzepts mit standes- und strafrechtlichen Ermittlungsverfahren rechnen müssen, so insbesondere wegen der Tatsache, daß berufsständische Gremien wie die Ärztekammern bis in die allerjüngste Zeit mit Stellungnahmen zur Ersatzdrogenfrage den Eindruck vermitteln, es gäbe an sich keine ärztliche Indikation zur Substitution – abgesehen von wenigen Ausnahmen wie beispielsweise im Endzustand drogenabhängiger Aidskranker (434, 435). Bekanntlich ist nach § 13 Abs. I Satz 1 BtmG (Betäubungsmittel-Gesetz) die Anwendung von Opiaten nur gerechtfertigt, wenn sie ärztlich begründet ist. Die Gerichte haben im Einzel- (bzw. Verfahrens-) fall zu prüfen, ob eine solche ärztliche Begründung vorgelegen hat. Bisher orientierten sich die vom Ge-

richt beigezogenen Gutachter meist an den Stellungnahmen der berufsständischen Gremien, lehnten das „Begründetsein“ ab und schufen damit die Vorbedingungen für eine Verurteilung des Arztes.

Für die weitere Perspektive ist wichtig zu erkennen, daß die Stellungnahmen der Ärztekammern für die Gerichte nur indikatorischen Wert, aber keineswegs den Charakter verbindlicher Richtlinien haben können. Im Streit der Meinungen unter Ärzten über den therapeutischen und aidspräventiven Nutzen von medikamentengestützten Verfahren haben dessen Befürworter in jüngster Zeit deutlich an Boden gewonnen – vor allem auch an Überzeugungskraft bei den Juristen –, zumal man einzusehen beginnt, daß die aus theoretischen Positionen eingenommene Haltung der bundesdeutschen „Schulmedizin“ nicht länger aufrechterhalten werden kann, daß auch in unserem Land Ärzten zumindest die Chance einzuräumen ist, eigene Erkenntnisse zu gewinnen, wie dies nun in den Pilotprojekten in Nordrhein-Westfalen (NRW) auch anzulaufen beginnt. Dieser Wandel kommt auch darin zum Ausdruck, daß z.B. im April '87 30 Professorinnen und Professoren der Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin ein substitutionsbefürwortendes Memorandum an den Senat von Berlin eingereicht haben (422), daß dem „Frankfurter Memorandum“ vom 15.11.87 eine große Zahl von Ärzten durch ihre Unterschrift zustimmten (453) und daß im Jahresgutachten '88 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ausdrücklich empfohlen wird, „für die Risikogruppe der Drogenabhängigen auch unvoreingenommen an die Bereitstellung einer Ersatzdrogenbehandlung (Methadon) zu denken“. Es heißt dort weiter: „Regional definierte Pilotprojekte, die mit spezifisch auf die jeweilige Klientel zugeschnittenen, durchdachten und begleitenden Programmen arbeiten (z.B. Modellversuch NRW), haben einen wichtigen Platz“ (425).

Wenn auch heute immer noch gegen substituierende Ärzte Ermittlungsverfahren wegen angeblichen Verstoßes gegen das BtmG eingeleitet werden, so ist zu erwarten, daß solche Verfahren nicht mehr zu einer Verurteilung führen, sofern hinsichtlich der Rahmenbedingungen die im Frankfurter Memorandum oder die in der von M. Vuceljc verfaßten Broschüre „Hinweise über die praktische Durchführung einer medikamentengestützten Suchtbehandlung bei Opiatabhängigkeit“ (446) zu findenden Ausführungen beachtet worden sind.

Zu beklagen ist allerdings, daß die Bereitstellung einer Substitutionsbehandlung für viele Betroffene zu spät kommt.

4) Monitoring des Health-Care-Systems für Drogenabhängige

Erst in jüngster Zeit tauchte da und dort der Gedanke auf, daß bisher eine systematische Überwachung des Gesamtversorgungssystems für Drogengefährdete und Drogenabhängige ("Health-Care-System" für Drogenabhängige; „HCS/DA“) weitgehend fehlt und daß dies ein Mangel ist, dem abgeholfen werden sollte. Zweifellos trägt zu diesem steigenden Bedürfnis nach einer Qualitätsprüfung des HCS/DA die Erkenntnis bei, daß heute die intravenösen Drogenabhängigen eine wesentliche Eintrittspforte der HIV-Infektion in die Allgemeinbevölkerung sind. Die Anregungen zur Einführung eines „Monitoring“ kommen einerseits von Epidemiologen (z.B. 7432), andererseits aber auch von Fachkräften der Drogenarbeit. Die Meinungen zur Frage der Notwendigkeit einer generellen Überprüfung des in den jeweiligen Ländern praktizierten Angebotsfächers für Drogenabhängige gehen dabei weit auseinander. Wie einleitend schon erwähnt wurde, gibt es Stimmen, welche das heute praktizierte Reaktionssystem auf Drogenmißbrauch und Drogenabhängigkeit grundsätzlich in Zweifel ziehen und eine völlige Neuorientierung auf diesem Gebiet vorschlagen (19).

In der Bundesrepublik Deutschland herrscht die Meinung vor, das eigene HCS/DA sei gut und habe sich bewährt, müsse aber großzügiger finanziert, jedoch auch erweitert werden, vor allem um ambulante Hilfen auf drogenfreier Basis. Der langjährige Drogenbeauftragte des Senats von Berlin, W. Heckmann, drückt dies so aus: „Das Therapiesystem ist relativ differenziert, die Erfolge der Einrichtungen liegen zwischen 30 und 40 %, die Zahl der in den letzten 10 Jahren Rehabilitierten ist Legion. Für resignative Strategien wie die Verteilung von Ersatzdrogen oder die Verschreibung von Morphin ist kein Anlaß, solange nicht alle Möglichkeiten zur Verbesserung der drogenfreien Programme, zur Differenzierung der Angebote und zur Senkung der Schwelle zur Therapie ausgeschöpft sind“ (438).

In ähnlicher Weise äußern sich die ärztlichen Organisationen. So wird in einer kürzlich veröffentlichten Stellungnahme der Bundesärztekammer vorgeschlagen: „offener Zugang zu Drogenberatungsstellen, frühzeitige Diagnostik, individuelle Therapieplanung, Verbesserung in der Qualifikation des therapeutischen Personals, stärkere Verzahnung von ambulanten und stationären Behandlungsprogrammen“ (434). Die Ärztekammer Berlin regt an: „Ausbau der Drogenhilfen allgemein, insbesondere aber die Betreuung HIV-infizierter Drogenabhängiger“ (435).

In solchen offiziellen deutschen Stellungnahmen finden sich keine Hinweise auf eine etwaige Notwendigkeit, die im Lande bereits praktizierten dro-

genfreien Programme auf Reichweite, Haltekraft, unerwünschte Nebenwirkungen und Effektivität wissenschaftlich zu überprüfen. Lediglich bei der Erwähnung der Behandlung Drogenabhängiger mit Betäubungsmitteln, die „in ärztlich begründeten Einzelfällen“ nötig werden könnten, werden „strenge Kontrollen“ gefordert (436).

Viel kritischer fallen Äußerungen aus anderen Ländern über das aktuell praktizierte Behandlungsangebot aus. So schreibt Noorländer über die Verhältnisse in Holland: „Bisher wurden die meisten Programme gestartet, weil sich die Standpunkte gut anhörten; sie hatten aber nur eine wenig stabile theoretische Grundlage. Da bisher keine Studie über die Ergebnisse durchgeführt wurde, wurden immer wieder dieselben Fehler gemacht.“ Die Autorin hofft allerdings, daß man in den Niederlanden künftig „insbesondere anhand besserer Forschungstätigkeiten demnächst in der Lage sein wird, Zahlen und andere wissenschaftliche Fakten zu nennen, um aufzuzeigen, was das holländische Methadonprogramm erreicht hat“ (439).

Ein anderer Niederländer, P.J. Daansen, wird in seiner kritischen Betrachtung zu den Ursachen der wissenschaftlichen Defizite bereits sehr konkret: „Eine zweite Schwierigkeit, die es zu lösen gilt, ist die Festlegung eines Kriteriums, an welchem man den Erfolg oder Mißerfolg eines Drogenprogramms messen kann. In den Niederlanden wurde weder vom Gesetzgeber, noch von Drogenpolitikern, Ärzten oder Psychologen im gegenseitigen Einvernehmen ein einheitliches Kriterium bestimmt. Was in einem Programm als Erfolg angesehen wird, wäre in einem anderen Programm als Mißerfolg zu sehen. Die auffallend geringe Zahl von guten Forschungsarbeiten und Programmevaluationen auf dem Gebiet der Drogenhilfe in den Niederlanden im allgemeinen und in Amsterdam im besonderen ist wahrscheinlich eine direkte Folge dieses Mangels“ (440).

a) Monitoring von Therapieprogrammen allgemein

Bevor der Frage näher getreten werden kann, welches Gewicht die Therapie in Bezug auf die Prävention der HIV-Infektion bei Drogenabhängigen hat, sind Informationen über Reichweite, Haltekraft und Erfolgsraten der im Land praktizierten Angebotsvarianten nötig. Ähnlich wie in den Niederlanden ist aber auch in unserem Land bisher versäumt worden, an größeren Zugangskohorten die Verlaufparameter in den verschiedenen Programmen nach einheitlichen Kriterien zu überprüfen. Da wegen der gesteigerten gesundheitspolitischen Bedeutung dieser Patientenkategorie künftig auch bei uns, wie in den Niederlanden, verstärkte Forschungsanstrengungen unerlässlich sind,

werden nachfolgend einige für die Dokumentation wesentliche Parameter erläutert:

aa) Reichweite

Beschränkt man sich entsprechend dem Thema dieser Studie auf den Klientenbereich IVDA, so ist unter dem Aspekt Reichweite zu fragen, welcher Prozentsatz vom Gesamt der IVDA des Landes durchschnittlich zum Gleitzeitpunkt t0 derart in eine Therapie eingebunden ist, daß er zu diesem Zeitpunkt das Risikoverhalten „Injizieren illegaler Rauschdrogen“ meidet. Ein solches therapiebedingtes Vermeiden von Risikoverhalten ist in erster Linie von jenen zu erhoffen, die sich in einer stationären Langzeittherapie befinden. Nimmt man die ca. 3.000 stationären Behandlungsplätze in der Bundesrepublik Deutschland und ein Gesamt von 50.000 IVDA an, so wären bei voller Belegung der Plätze mit IVDA 6 % des Gesamts vom Risikobereich abgezogen. Die untere Grenze der Reichweite kann bei etwa 6 % angesetzt werden, die obere ist unsicher, da Daten über das Risikoverhalten inhaftierter oder in außerstationärer Therapie befindlicher IVDA bisher nicht verfügbar sind. Überlegungen zu der Frage, ob punktuelle Gesprächskontakte zu Abhängigen (in Beratungsstellen, durch Streetworker oder Ärzte) effektiv sind, werden angestellt (441), sind aber spekulativ.

Man wird somit annehmen können, daß die tatsächliche Reichweite des deutschen HCS/IVDA zwischen 5 % und 10 % liegen dürfte.

Der Begriff „Reichweite“ sollte nicht synonym mit „Erreichbarkeit“ verwendet werden. Mit Reichweite des regionalen HCS/DA ist ein effektives Herausholen Gefährdeter aus der Risikozone, der „Szene“, gemeint. Mit „Erreichbarkeit“ könnte dagegen jener Anteil Gefährdeter umrissen werden, mit dem das Personal der drogenbezogenen Dienste überhaupt in Kontakt kommt, bei Berücksichtigung auch kurzer Kontakte ohne erkennbare Schutzwirkung.

ab) Haltekraft:

Für stationäre Langzeitprogramme ist nachgewiesen, daß nur ein relativ kleiner Teil der Zugänge die vorgesehene Regelzeit durchhält. Die Haltekraft dieser Therapievariante ist nur mäßig. Sie läßt sich als Haltequote in Prozentwerten angeben, etwa als Vierteljahreshaltequote oder als Durchlaufquote, womit jener Anteil bezeichnet wird, der am Ende der vorgesehenen Behandlungszeit regulär entlassen wird. Amerikanische und deutsche Studien deuten auf Durchlaufquoten von 10–20 % hin (428, 429). In der „Hammer Studie“

wurden die schon früher in USA gemachten Erfahrungen bestätigt, wonach die Dauer der in der Therapieeinrichtung verbrachten Zeit mit dem Therapieerfolg korreliert (426).

Die Dokumentation der Haltekraft kann auch durch Haltekurven erfolgen, die diesen Parameter noch klarer verdeutlichen als Haltequoten (431, 432). Es wäre für die Einschätzung der Haltekraft des Gesamtversorgungssystems günstig, wenn möglichst viele Einrichtungen solche Haltekurven veröffentlichen würden, zumal die Erstellung von Haltekurven wenig Aufwand mit sich bringt. Bedeutsam erscheint in diesem Zusammenhang, daß ambulante wohnsitznahe Programme erstaunlich günstige Haltekurven haben können (431). Die Kenntnis der Haltekraft der Programme wäre eine wichtige Hilfe für die Ressourcenplanung.

ac) Mortalitätsraten:

Wie Bschor und Wessel gezeigt haben, hängt die Verlässlichkeit von Angaben davon ab, wie die Daten gewonnen wurden (430). Wird eine Sterbequote etwa in der Weise ermittelt, daß die in der Region pro Jahr festgestellten drogenbedingten Todesfälle zur Gesamtzahl der in dieser Region vermuteten Abhängigen in Beziehung gesetzt werden, so ist ein solcher Wert wenig verlässlich. Oft wird die Anzahl der Abhängigen in der Region zu hoch eingeschätzt (um bei der Administration mit Verständnis für Mittelanforderungen rechnen zu können?). Solchermaßen ermittelte Mortalitätsparameter sind dann eher zu niedrig. Wenn Buring für Amsterdam die jährliche Mortalität einheimischer Opiatabhängiger mit nur 0,55 % angibt, so dürfte dies ein solcher wenig abgesicherter Wert sein. Hinzu kommt bei derartigen „globalen“ Berechnungen noch die Unsicherheit, ob wirklich alle mittelbar oder unmittelbar mit Rauschgift zusammenhängenden Todesfälle wirklich erfaßt werden konnten. Die „Pompidou-Gruppe“ des Europarates hat in ihrer kürzlich publizierten 7-Städtestudie neben anderen Schwierigkeiten, zu validen Vergleichen der Lage in den europäischen Metropolen zu kommen, auch die von Land zu Land unterschiedlichen Auffassungen über den Begriff „Drogentoter“ hervorgehoben (442).

Für Vergleichszwecke besser geeignet ist die Ermittlung der Mortalitätsraten im Rahmen von Follow-up-Studien; entweder nach der von Joe et al. vorgeschlagenen Methode (428) oder durch die Konstruktion von Überlebenskurven. Die von Joe et al. erarbeitete Statistik berücksichtigt umfangreiche Klientenkohorten mehrerer Programmtypen, darunter drogenfreie außerstationäre Therapie, Therapeutische Wohngemeinschaften und Methadonsubstitution. Die jährliche Follow-up-Mortalität wurde mit Werten zwischen 0,9 und

1,8 % ermittelt (428), also in ähnlicher Streubreite, wie sie bei einer Reihe anderer Follow-up-Studien in unterschiedlichen Ländern und Programmen gefunden wurde (430). Bei 10-Jahreskatamnesen an zwei Kohorten zu je 100 Berliner Opiatabhängigen waren Werte von 1,6 % (forensische Fälle) und 2,7 % (Beratungs- und Vermittlungsfälle) gefunden worden (443).

Zu betonen ist, daß sich nach dem heutigen Stand der Verlaufsforschung noch nicht empfiehlt, Mortalitätsraten zur Beurteilung der Qualität bestimmter Behandlungskonzepte heranzuziehen. Der Selektionsfaktor für das jeweilige Programm und das Fehlen eines weltweit brauchbaren Klassifizierungsschemas zur Abschätzung der Schwere der Sucht einschließlich des Grades der zugrundeliegenden Persönlichkeitsstörung schließen wissenschaftlich tragfähige Schlüsse zunächst aus. Dennoch ist für jeden Programmtyp die Kenntnis der Folgemortalität äußerst wichtig. Zum einen zwingen die nach Beendigung oder Abbruch der Therapie erfolgenden Todesfälle zu selbstkritischen Reflexionen. Zum anderen könnten künftig bei einem sorgfältig und einheitlich durchgeführten Mortalitätsvergleich zwischen Regionen mit unterschiedlicher Angebotsstruktur weiterführende Einsichten gewonnen werden, in Fortsetzung des von der Pempidou-Gruppe begonnenen Metropolen-Vergleichs.

Nach allem ist zu bekräftigen, daß sich der Parameter Mortalität noch nicht als Kampfangewand für oder gegen medikamentengestützte oder drogenfreie Hilfen eignet. Wenn dennoch auch heute noch mit dem Mortalitätsargument Boden für die eine oder andere Richtung zu gewinnen versucht wird, so ist dies unwissenschaftlich und peinlich zugleich. Jüngstes Negativbeispiel: Der Vorstand der Ärztekammer Berlin hatte in seiner Ersatzdrogenstellungnahme vom 7.9.87 vermerkt: „In den USA, wo in großem Maße Methadon eingesetzt wird, gibt es inzwischen mehr Todesfälle durch Methadon als durch Heroin.“ Das Deutsche Ärzteblatt griff diese Meldung umgehend auf und brachte in der Ausgabe vom 10.12.87 fast gleichlautend: „Aus den USA, wo in großem Maße Methadon eingesetzt wird, werden mehr Tote durch Methadon als durch Heroin gemeldet“ (7818). Auf Anfrage bei NIDA (National Institute on Drug Abuse, das amtliche amerikanische Suchtforschungsinstitut in Baltimore/USA) kam im Februar '88 folgende Information:

„With regards to deaths from methadone, this is not a serious problem in the U.S. Thus, the enclosed table from the DAWN Annual Report for 1986 shows 1549 heroin deaths and only 133 from methadone among 4138 cases. And even these methadone deaths were not necessarily from methadone alone, as other drugs were often used concomitantly“ (J.C. Ball, National Institute on Drug Abuse NIDA, Baltimore 1988; pers. Mitt.).

Anzufügen ist, daß in den frühen 70'er Jahren in New York und Washington tatsächlich über ziemlich viele Methadontodesfälle berichtet wurde. Selbst damals hielten US-Fachleute diese Meldungen nicht für „reliable“ (437).

b) Monitoring speziell zur Erkundung der HIV-Ausbreitung

Die AIDS-Epidemie stellt die Fachleute der Seuchenbekämpfung weltweit vor ein bisher unlösbares Dilemma, und zwar vor allem wegen der ungemein langen Inkubationszeiten dieser Retrovirusinfektion:

- Einerseits läßt sich nach den klassischen Regeln die Ausbreitung einer Seuche nur optimal eindämmen, wenn so viele Infizierte so früh wie möglich als Keimträger identifiziert und alsbald in ihrem Verhalten so beeinflusst werden, daß sie den Erreger nicht mehr an Gesunde weitergeben.
- Andererseits könnte diese Identifizierung möglichst aller Keimträger nur gelingen (wegen der langen symptomfreien Inkubationszeiten), wenn außerordentlich viele sich durchaus gesund fühlende Menschen systematisch überprüft würden, was nur mittels Blutentnahme möglich ist. Die Blutentnahme ist aber eine Körperverletzung, die nur gestattet ist, wenn eine ärztliche Indikation vorliegt und der Betroffene zustimmt oder wenn die Blutentnahme für andere Zwecke (z.B. Blutalkoholuntersuchung bei auffälligen Verkehrsteilnehmern) durch ein Gesetz gestattet ist.

Die Vorschläge der Experten für Seuchenbekämpfung, insbesondere der Epidemiologen, dringen verständlicherweise auf eine geeignete gesetzliche Regelung, um die ihrer Meinung nach nötigen Maßnahmen treffen zu können. K. Überla hat der AIDS-Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages auf dem Hearing am 17.9.1987 eine Reihe solcher Maßnahmen vorgeschlagen (7432), insbesondere Monitoring-Programme auf repräsentativer Basis: „unlinked testing“, repräsentative Stichproben und ein zentrales Register aller HIV-Positiven.

Auf Einzelheiten dieser Vorschläge ist hier nicht näher einzugehen, setzt deren Realisation doch entsprechende Schritte der Gesetzgebung voraus, die nach dem Stand der öffentlichen Diskussion zum Thema wohl kaum in absehbarer Zeit zu erwarten sind.

Zweifelloso ist ein spezifisches Monitoring zur Erkundung der HIV-Ausbreitung in der Gruppe der IVDA nötig. Manches spricht dafür, daß ein solches spezifisches HIV-Monitoring in einem epidemiologisch ausreichenden Maße auch ohne neue Gesetze möglich ist.

Immerhin wurde, wie in Abschnitt II ausführlich dargelegt wurde, in vielen europäischen Ländern die HIV-Diagnostik an Stichproben i.v. Drogenabhängiger durchgeführt, anfangs durch die Untersuchung eingefrorener Seren,

später auf freiwilliger Grundlage, meist an inhaftierten oder in Therapieeinrichtungen befindlichen Drogenabhängigen. In Abb. 2 sind ausgewählte Ergebnisse dargestellt.

Wichtig ist der Hinweis, daß es keineswegs staatliche Aufträge waren, die zu diesen epidemiologisch wichtigen Aufschlüssen geführt haben. Es war das wissenschaftliche Interesse engagierter Ärzte, die sich vor die neuartige Aufgabe gestellt sahen, bei einer schwierigen Patientenkategorie nicht allein den Drogenaspekt berücksichtigen zu müssen, sondern vielmehr im Blick auf die AIDS-Epidemie auch umfassend präventiv, diagnostisch und kurativ Kompetenz zu erlangen – sowohl im Interesse der HIV-Positiven als auch der noch nicht Infizierten.

Unsere Literaturrecherche hat keine Anhaltspunkte dafür erbracht, daß aus dem Kreis der in ärztlicher Verantwortung zu Gefährdeten stehenden Ärzte der Vorschlag gekommen wäre, künftig ihre meist an relativ kleinen Patientenkollektiven gewonnen Befunde systematisch zu epidemiologischen Aussagen zusammenzufassen. Eher gewinnt man aus den einschlägigen Publikationen den Eindruck, daß inzwischen eine gewisse Sättigung des Informationsbedarfs über AIDS bei der hier angesprochenen Ärzteschaft eingetreten ist und damit auch das Interesse am Publizieren von Untersuchungsdaten nachläßt.

Dennoch: prüft man den Sachstand realistisch, so dürfte für ein kontinuierliches HIV-Monitoring kaum ein anderer Weg in Betracht kommen, als das „Zusammenwerfen“ derjenigen Befunde, die *im Rahmen ärztlicher Aufgaben* an der Risikopopulation gewonnen wurden. Die Prinzipien der Patienten-Selbstbestimmung und des Geheimnisschutzes wären dabei voll gewahrt, neue Gesetze nicht nötig.

Es bedarf keiner besonderen Betonung, daß der Umfang der für ein HIV-Monitoring nötigen serodiagnostischen Erhebungen in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Güte der ärztlichen und sozialtherapeutischen Betreuung für diese Patienten zu sehen ist: Nur Gefährdete und Patienten, deren wirkliche Bedürfnisse von den professionellen Kräften gesehen und im möglichen Rahmen auch befriedigt werden, treten in eine vertrauensgetragene Beziehung zum Personal. Aus diesem Grund ist es auch nicht verwunderlich, daß im Amsterdamer Forschungsprojekt keine Schwierigkeiten hinsichtlich einer hinlänglich umfassenden Serodiagnostik bestehen (A. van den Hoek; pers. Mitt. Feb. '88). Nur unter solchen Bedingungen wird sich durch kontinuierliches Monitoring ein hinreichend verlässlicher Aufschluß über den weiteren Gang der Infektion und die Auswirkungen präventiver Maßnahmen ergeben.

IV Ausblick

Faßt man das Ergebnis der vorstehenden Literaturrecherche zur AIDS- und HIV-Progression zusammen, so ist festzustellen, daß eine deutliche Parallelität zwischen dem Anstieg der AIDS-Fälle, wie sie vom WHO-Surveillance-Zentrum in Paris gemeldet wurden, und den an selektierten Stichproben bei Drogenabhängigen ermittelten Prävalenzdaten besteht. *Repräsentative* HIV-Prävalenzdaten wurden nirgends verfügbar und dürften auch künftig nicht zu erwarten sein. So bleibt festzuhalten, daß mittels stichprobenartiger serodiagnostischer Untersuchungen nur angenäherte Tendaussagen möglich sind – unter sowohl Beachtung des Selbstbestimmungsrechts der Betroffenen als auch Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht!

Im einzelnen kommt die Datenlage für die Jahre bis einschließlich 1985 in den Ländertabellen der Seiten 67–78 zum Ausdruck. In den dazugehörigen Publikationen sind allerdings nur wenige Hinweise auf Gründe für die z.T. erheblichen regionalen Unterschiede der HIV-Prävalenz bei i.v.-Drogenabhängigen zu finden. Die dort mehr oder weniger spekulativ angestellten Erwägungen ziehen als mögliche Ursachen für diese Prävalenzunterschiede folgende Aspekte in Betracht: Ankunftszeit von HIV in der Region, unterschiedliche Applikationsgewohnheiten, verstärktes *needle sharing* bei Besteckverknappung, Begünstigung des Virustransfers während Haftzeiten, Besonderheiten der personalen Kohäsion innerhalb der Szene, Partnerwahl und Partnerwechsel bei IVDA, jeweilige Vernetzung der Szene mit weiteren Betroffenen (v.a. derjenigen der Homosexuellen).

Die Frage liegt nahe, ob sich diese bislang hypothetischen Annahmen über die Ursachen der unterschiedlichen HIV-Progression bei IVDA durch Forschungsanstrengungen werden aufklären lassen. Man wird davon auszugehen haben, daß dies zwar schwierig, aber keinesfalls unmöglich ist. Noch fehlt allerdings das notwendige wissenschaftliche Netzwerk und Instrumentarium – insbesondere das beim Regionalvergleich unerläßliche Instrumentarium von einheitlichen Begriffen und Erfassungsmodalitäten. Angesichts des Fehlens international gültiger Standards sind – sehr im Gegensatz etwa zu den Standardisierungsbestrebungen in der medizinischen AIDS-Forschung – rasche Fortschritte bei Anstrengungen im Hinblick auf einen wissenschaftlich vertieften Regionenvergleich nicht zu erwarten. Auch die Pom-

pidou-Gruppe, die als erste wissenschaftliche Arbeitsgruppe auf dem Drogengebiet schon vor Jahren mit einem Regionalvergleich begonnen hat, betont nachdrücklich die großen Probleme, die sich aus dem Fehlen einheitlicher international akzeptierter Standards ergeben.

Die WHO drängt verständlicherweise auf einen raschen Ausbau der epidemiologischen Forschung auf dem AIDS-Gebiet. Für Europa liegt die Federführung beim Surveillance-Zentrum in Paris. Wenn also künftig Initiativen, etwa in Richtung auf einen Regionenvergleich, ins Auge gefaßt werden sollten, so wird sich eine enge Zusammenarbeit mit diesem epidemiologischen Zentrum sehr empfehlen.

Wichtig ist die Tatsache, daß 1985 mit den ab diesem Jahr europaweit eingesetzten HIV-Tests eine grundlegende Wende bewirkt wurde. Erst durch diese Tests konnten HIV-Prävalenzen ermittelt werden, ebenso wie die HIV-Progression der zurückliegenden Jahre (durch Nachuntersuchung asservierter Blutproben) und die aktuelle Progression. Was die an Stichproben Drogenabhängiger durchgeführte Testung während dieses ersten Testjahres angeht, so hatten es die Untersucher damals mit „jungfräulichen“ Kohorten zu tun. Die ermittelten Resultate gaben somit eine echte Prävalenz wieder. Nach 1985 standen und stehen die mit Serodiagnostik befaßten Stellen vor anderen Erhebungsbedingungen, da einerseits das Selbstbestimmungsprinzip zunehmend Gültigkeit bekam, sich andererseits in der Drogenpopulation der Anteil der HIV-Positiven ständig vermehrte. Letztere wissen inzwischen, daß ihr positiver Status lebenslang anhält und legen daher keinen Wert auf weitere Testung. Somit fehlen für die Testlabors heute die Voraussetzungen, Prävalenzen bei der Gruppe der Drogenabhängigen ermitteln zu können. Die Inzidenzdaten, wie sie heute anfallen und wohl auch demnächst in der Fachliteratur veröffentlicht werden, sind für epidemiologische Zwecke sicher nicht wertlos, gestatten aber keine Rückschlüsse auf Prävalenzdaten.

Noch ein weiterer Umstand könnte künftig die Sicht auf die wahre epidemiologische Sicht trüben, nämlich die inzwischen gereifte Einsicht in die politische Brisanz der AIDS- und HIV-Prävalenzen – gerade auch im Hinblick auf die Drogenabhängigen. In der Tat stellt die HIV-Infektion und deren Progression bei Drogenabhängigen einen empfindlichen Prüfstand für die Effektivität des nationalen Reaktionssystems gegenüber Drogengebrauch und Drogenabhängigkeit dar. Wer die Effektivität des jeweiligen nationalen Präventions- und Behandlungssystems auf dem Drogengebiet zu belegen wünscht, wird sich verständlicherweise an den Inzidenzdaten orientieren und sich über die im Falle zunehmender Sättigung natürlich allmählich sinkenden Inzidenzraten freuen. Wer dagegen die Güte und Vollständigkeit des

nationalen Service- und Präventionssystems kritisch sieht und womöglich Änderungen für notwendig hält, legt auf eine möglichst genaue Erfassung der epidemiologischen Gesamtsituation – also auf die Prävalenzraten – größten Wert.

Hinzu kommt, daß die Forderung nach einer Revision des bisherigen Servicesystems auch Konsequenzen für das Beschäftigungssystem haben könnte. In der Bundesrepublik Deutschland wird bekanntlich bis heute der drogenfreie Ansatz favorisiert. Es erscheint einsichtig, daß die Beschäftigten im abstinenzorientierten Angebotsfächer die Güte ihres Ansatzes hervorheben und keine Revision wünschen. Somit kann nicht ausbleiben, daß in die Sachdiskussion wissenschaftsfremde Motive – den Besitzstand von Berufstätigen betreffend – einfließen. Solche Entwicklungen sind bei demographisch relevanten Ereignissen – und AIDS ist ein solches Ereignis – unvermeidlich, verzögern allerdings sachgerechte Lösungen.

Für die weitere Beobachtung der HIV-Ausbreitung unter Drogenabhängigen in Europa wird es daher in erster Linie auf die dem regionalen Streit weniger ausgesetzte WHO-Zentrale in Paris ankommen. Allerdings empfiehlt es sich sehr, nicht ausschließlich auf den supranationalen Ansatz zu bauen. Die Dringlichkeit der mit AIDS und HIV bei Drogenabhängigen in Zusammenhang stehenden Vielzahl und Vielfalt an ungelösten Problemen fordert zusätzliche Forschungsinitiativen, unter Nutzung bereits bestehender – wenn auch nur punktueller – Kontakte. Die Autoren dieses Berichts sind bereits mit entsprechenden Vorarbeiten befaßt.

Inhaltlich kommt man dem Ziel einer Optimierung der Präventionsmaßnahmen und des Servicesystems für Drogenabhängige künftig vor allem durch Berücksichtigung von drei Schwerpunkten näher. Es sind dies die

- Entwicklung eines in den verschiedenen Ballungsräumen gleichartig zu entwickelnden Indikatorenmosaiks zur kontinuierlichen Datenerfassung an ausgewählten Stichproben, bei vollem Erhalt des Selbstbestimmungsrechts und des Geheimnisschutzes,
- Prüfung des vorhandenen Angebotsfächers auf Reichweite, Haltekraft und Wirksamkeit,
- Entwicklung von Ansätzen, die eine langfristige Forschung an definierten Klientenkohorten gestattet.

Nachfolgend einige Überlegungen zu diesen drei Punkten:

Indikatorenmosaik

Heute wie früher werden spezialisierten Drogeneinrichtungen größere Anteile der Drogenpopulation bekannt. Dies sind in erster Linie Beratungsstel-

len, Behandlungseinrichtungen und Untersuchungshaft- bzw. Vollzugsanstalten. Für ein konstantes Monitoring an Stichproben Drogenabhängiger, die solchen Stellen zugehen, kommen ausschließlich Dienste in Frage, in denen eine vertrauensgetragene Beziehung zwischen der Klientel und den zuständigen Ärzten zustande kommt. Es reicht selbstverständlich nicht aus, nur an einer Stelle des jeweiligen Ballungsraumes ein serodiagnostisches Monitoring durchzuführen. Vielmehr sollte jeweils an mehreren geeigneten Stellen der Region für zu vereinbarende Stichtage jeweils der Bestand der Drogenklientel und darunter der Anteil an HIV-Positiven ermittelt werden. Ein solches Indikatorenmosaik scheint noch am ehesten dazu geeignet, den Gang der Ausbreitung der Infektion abschätzen zu können. Falls die Bekanntgabe der Resultate in der Weise erfolgt, daß ausschließlich die zur strikten Geheimhaltung verpflichteten Ärzte in eigener wissenschaftlicher Verantwortung ihre Daten regional zusammenfassen und *ohne* Zwischenschaltung administrativer Stellen auch eigenständig veröffentlichen, kann sowohl dem Datenschutz als auch dem Image der Stellen hinreichend Rechnung getragen werden. Möglicherweise könnten die Statistiken der Testlabors die Resultate eines solchen Indikatorenmosaiks ergänzen.

Prüfung des Angebotsfächers

Die Effektivität des gesamten Angebotsfächers für Drogenabhängige im Lande ist nichts anderes als die Summe der Arbeitsergebnisse der einzelnen auf diesem Gebiet tätigen Dienste. Nachstehende Schlußfolgerung ist zwar banal, aber bedenkenswert: daß nämlich ein breiter Angebotsfächer gut konzipierter und auf Haltekraft und Wirksamkeit geprüfter Dienste besseres leistet als ein enger, wenngleich ebenfalls gut konzipierter, aber der Gesamthaltekraft nach unzureichender Fächer. Die Vielfalt der Konzepte und Methoden auf dem Drogengebiet erschwert die Qualitätsprüfung, doch sollten diese Schwierigkeiten kein Grund dafür sein, auf eine Qualitätsprüfung zu verzichten. Wer es mit der Qualität des Angebotsfächers ernst meint, kommt nicht umhin, für jeden der auf diesem gesundheitspolitisch äußerst wichtigen Gebiet tätigen Dienste ein kontinuierliches Monitoring zu fordern, unter Berücksichtigung der im Abschnitt III näher dargelegten Gesichtspunkte.

Ein unverkennbares Hindernis dabei ist allerdings die Tatsache, daß die meisten der in der Bundesrepublik auf diesem Gebiet tätigen Einrichtungen nicht im akademischen Bereich angesiedelt sind und somit weder den Auftrag noch das Personal und die Mittel zur Forschung haben. Anders als z.B. in Holland entwickeln bei uns die Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes keine Initiativen zur Effektivitätsprüfung der Einrichtungen und zum Monito-

ring der Präventionsmaßnahmen. Somit wird man kaum annehmen dürfen, daß die in supranationale Gremien entsandten deutschen Delegierten substantiierte Forschungsdaten für die von der WHO angestrebte Optimierung epidemiologischer Forschung und Wirksamkeitsprüfung einbringen könnten, zumal im engen deutschen Angebotsfächer der medikamentengestützte Ansatz, über den international die meiste Forschung auf dem Drogengebiet geleistet werden konnte, bisher gefehlt hat.

Forschungsprojekte an Kohorten

Tiefere wissenschaftliche Einsichten sind bei chronischen Gesundheitsstörungen nur über Längsschnittstudien zu gewinnen. Dies trifft in besonderem Maße für die von AIDS bedrohte Drogenpopulation zu. Es bedarf keiner langen Erläuterung, daß die dringend nötige langfristige Forschung an konstanten Stichproben (Kohorten) Drogenabhängiger nur bei Serviceeinrichtungen möglich ist, die auf fester Vertrauensbasis arbeiten und dazu in der Lage sind, über Beratung und Behandlung hinaus den Kontakt zur Klientel aufrecht zu erhalten. Solche Voraussetzungen sind in erster Linie dort gegeben, wo den wohlverstandenen Bedürfnissen der Klientel hinreichend Rechnung getragen wird, also die medizinische, psychosoziale und beruflich wiederengliedernde Hilfe so ausgebaut sind, daß die Klientel auch nach Beendigung der jeweiligen Hilfemaßnahmen am weiteren Kontakt zur Einrichtung Interesse hat. Der internationale Stand der Literatur läßt keine Zweifel daran, daß solche Voraussetzungen nur in Regionen entwickelt werden können, die einen kompletten Angebotsfächer bereithalten, darunter vor allem auch gut strukturierte medikamentengestützte Programme. Deshalb verwundert es nicht, daß inzwischen sowohl in der Schweiz als auch in den Niederlanden eine langfristige Kohortenforschung angelaufen ist (467, 468). Deutschen Stellen, die sich künftig auf diesem Gebiet betätigen wollen, bleibt angesichts des Rückstands im eigenen Lande nichts anderes übrig, als sich am inzwischen erreichten Standard anderer Länder zu orientieren, wie dies die Initiatoren der in Nordrhein-Westfalen gestarteten Pilotprojekte zwangsläufig bereits tun.

Abschließend bleibt zu bemerken, daß der Rückstand, in den die Bundesrepublik durch das immer noch anhaltende Zaudern hinsichtlich der Erweiterung des Angebotsfächers geraten ist, nurmehr sehr schwer aufzuholen sein wird. Dennoch, die Chronizität des Drogen/AIDS-Problems macht es unerläßlich, wenigstens den internationalen Kontakt auszubauen, am besten über eine möglichst rasch zu realisierende gemeinsame Forschung mit Arbeitsgruppen anderer europäischer Länder.

Die Vorlagen zu den Abbildungen 1 und 2 wurden mit freundlicher Erlaubnis des Graphikers Juan Gonzalez und des Verlages dem „Schüler-Arbeits-Heft“ von G. Jochheim, EG: Gemeinsamer Markt für den Verbraucher, Colloquium-Verlag Berlin 1978 entnommen.

Literaturverzeichnis

Vorbemerkungen: Die über 500 hinausgehenden Nummern des Verzeichnisses entsprechen denen der „AIDS-Kartei“ des Robert-Koch-Instituts/Berlin. Zur Vereinfachung der Literatursuche besonders für Berliner Wissenschaftler, die an diesem Thema weiterarbeiten wollen, wurden diese Nummern beibehalten. Die Zahlen unter 500 beziehen sich lediglich auf die eigene Literatursammlung.

- 2: Blaser J, Lüthy R, Rietiker S, Ledergerber B u.a.; Prevalence of HIV Antibodies in Groups at Risk in Zürich, Switzerland; *Klin. Wochenschr.* (1987) 65: 245-46
- 3: Heckmann W, Seyrer Y; AIDS und Drogenabhängigkeit: Stand der Dinge; Suchtgefahren (1987) 33: 337-45
- 5: Kaplan CD, Morival M, Sterk C; Needle Exchange of IV Drug Users and Street IV Drug Users: A Comparison of Background Characteristics, Needle and Sex Practices, and AIDS Attitudes Community Epidemiology Work Group Proceedings 2 (1986) June
- 6: Köhler H, Lange W, Vettermann W, Pauli G u.a.; Untersuchung auf LAV/HTLV-III-Antikörper bei Insassen Berliner Haftanstalten mit Hepatitis-Risiko; *Bundesgesundheitsbl.* 28 (1985) 11: 328-29
- 7: Lange WR, Snyder FR, Lozovsky D, Kaistha V u.a.; HIV Infection in Baltimore: Antibody Seroprevalence Rates Among Parenteral Drug Abusers and Prostitutes; *Maryland Med. J.* 36 (1987) 9: 757-61
- 8: Marks J, Parry A; Syringe Exchange Programme For Drug Addicts (letter); *Lancet* (1987) i: 691-92
- 9: Osborn JE; The AIDS Epidemic: Multidisciplinary Trouble; *N. Engl. J. Med.* 314 (1986) 12: 779-82
- 13: Rodrigo JM, Serra MA, Aguilar E, Ample I u.a.; Anticuerpos antiviral T-1infotropico humano (HTLV-III) en adictos a drogas por via intravenosa de la Comunidad Valenciana; *Med. Clin. (Barc.)* 86 (1986) 3: 89-92
- 18: Tidone L, Sileo F, Goglio A, Borra GC; AIDS in Italy; *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 13 (1987) 4: 485-86
- 19: Velimirovic B; AIDS und Drogenabhängigkeit aus der Sicht des Epidemiologen; *AIFO* 2 (1987) 6: 323-32
- 25: Froner GA, Rutherford GW, Rokeach M; Injection of Sodium Hypochlorite by Intravenous Drug Users (letter); *JAMA* 258 (1987) 3: 325
- 26: Seidenberg A; Betäubungsmittel müssen leichter erhältlich sein!; *Soziale Medizin* (1987) 9: 14-16
- 28: Hofmann W; Anscheinend bin ich gegen AIDS immun – Was wissen Strafgefangene über AIDS?; *Sexualmedizin* (1987) 16: 430-31
- 30: Pörksen T; AIDS & Drogen: Suchtarbeit in Bremen; *Suchtreport* (1988) 1: 6-15
- 100: Follett EAC, McIntyre A, O'Donnell B, Clemens GB u.a.; HTLV-III Antibody in Drug Abusers in the West of Scotland: The Edinburgh Connection (letter); *Lancet* (1986) i: 446-47
- 101: Fuchs D, Blecha HG, Deinhardt F, Dierich MP u.a.; High Frequency of HTLV-III Antibodies among Heterosexual Intravenous Drug Abusers in the Austrian Tyrol; *Lancet* (1985) ii: 1506
- 102: Lazzarin A, Galli M, Introna M, Negri C u.a.; Epidemic of LAV/HTLV III Infection in Drug Addicts in Milan: Virological Survey and Clinical Follow-Up; *Infection* 13 (1985) 5: 216-18
- 104: Robertson JR, Bucknall ABV, Wiggins P; Regional Variations in HIV Antibody Seropositivity in British Intravenous Drug Users (letter); *Lancet* (1986) ii: 1435-36
- 111: Des Jarlais DC, Chamberland ME, Yancovitz SR u.a.; Heterosexual Partners: A Large Risk Group for AIDS (letter); *Lancet* (1984) ii: 1346-47
- 114: Friedman SR, Des Jarlais DC, Sotheran JL, Garber J u.a.; AIDS and Self-Organization Among Intravenous Drug Users; *Int. J. Addict.* 22 (1987) 3: 201-20

- 116: Chaisson RE, Moss AR, Onishi R, Osmond MA u.a.; Human Immunodeficiency Virus Infection in Heterosexual Intravenous Drug Users in San Francisco; *Am. J. Public Health* 77 (1987): 169-72
- 117: Friedland GH, Harris C, Butkus-Small C, Shine D u.a.; Intravenous Drug Abusers and the Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS): Demographic, Drug-Use, and Needle-Sharing Patterns; *Arch. Intern. Med.* 145 (1985) March: 1413-17
- 118: Andreyev HJN; Selling Syringes to Drug Addicts (letter); *Lancet* (1985) ii: 1192-93
- 120: Skinner HA; The Drug Abuse Screening Test; *Addict. Behav.* 7 (1982) April: 363-71
- 122: Ginzburg HM, Weiss SH, MacDonald MG, Hubbard RL; HTLV-III Exposure Among Drug Users; *Cancer Res. (Suppl.)* 45 (1985): 4605 s -08 s
- 128: Kreuzer A; Strafrecht als Hindernis sinnvoller AIDS-Prophylaxe?; *Neue Zeitschr. f. Strafrecht* (1987) 6: 268-70
- 134: Coffin J, Haase A, Levy JA, Montagnier L u.a.; Human Immunodeficiency Viruses (letter); *Science* 232 (1986): 697
- 135: Peutherer JF, Edmond E, Simmonds P, Dickson JD u.a.; HTLV-III Antibody in Edinburgh Drug Addicts (letter); *Lancet* (1985) ii: 1129-30
- 138: Stevenson RC; The Benefits of Legalizing Heroin; *Lancet* (1986) ii: 1269-70
- 145: Center for Disease Control (CDC); Antibody to Human Immunodeficiency Virus in Female Prostitutes; *JAMA* 257 (1987) 15: 2011-13
- 150: Fischl MA, Dickinson GM, Scott GB, Klimas M u.a.; Evaluation of Heterosexual Partners, Children, and Household Contacts of Adults With AIDS; *JAMA* 257 (1987): 640-44
- 155: Buning EC, Coutinho RA, van Brussel GHA u.a.; Preventing AIDS in Drug Addicts in Amsterdam; *Lancet* (1986) ii: 1435
- 159: Aiuti F, Rossi P, Sirianni MC, Carbonari M u.a.; IgM and IgG Antibodies to Human T Cell Lymphotropic Retroviruses (HTLV-III) in Lymphadenopathy Syndrome and Subjects at Risk for AIDS in Italy; *Br. Med. J.* 291 (1985): 165-66
- 165: Joller-Jemelka HI, Wilhelm U, Steffen R, Grob PJ; Virale Hepatitis und AIDS-assoziierte HTLV-III/LAV-Virusinfektion bei Drogenabhängigen; *Schweiz. Med. Wochenschr.* 115 (1985) 33: 1114-19
- 172: Schüpbach J, Haller O, Vogt M, Lüthy R u.a.; Antibodies to HTLV-III in Swiss Patients With AIDS and Pre-AIDS and in Group at Risk for AIDS; *N. Engl. J. Med.* 312 (1985) 5: 265-70
- 173: Howard J, Borges F; Needle Sharing in the Haight: Some Social and Psychological Functions; *J. Health Soc. Behav.* 11 (1970): 220-30
- 174: Cheinsong-Popov R, Weiss RA, Dalgleish A u.a.; Prevalence of Antibody to Human T-Lymphotropic Virus Type III in AIDS and AIDS-Risk Patients in Britain; *Lancet* (1984) i: 477-80
- 175: Mortimer PP, Jesson WJ, Vanderveide EM, Pereira MS; Prevalence of Antibody to Human T-Lymphotropic Virus Type III by Risk Group and Area, United Kingdom 1978-84; *Br. Med. J.* 290 (1985) 20 Apr.: 1176-78
- 187: Brodt HR, Helm EB, Werner A, Joetten A; Spontanverlauf der LAV/HTLV-III Infektion; *DMW* 111 (1986) 31/32: 1175-80
- 189: Krasser C, Baranowski E, Berger W, Frese M u.a.; Einsendungen aus Berlin zur HIV-Serologie 1985 – erste statistische Auswertung; *Bundesgesundheitsblatt* 29 (1986) 11: 341-47
- 192: Hunsmann G, Schneider J, Bayer H, Kurth R u.a.; Seroepidemiology of HTLV-III/LAV in the Federal Republic of Germany; *Klinische Wochenschrift* 63 (1985): 233-35
- 203: Lowenstein W, Le Jeune C, Dormont D, Haas C u.a.; Infection par le virus LAV chez les heroinomanes; *Presse Med.* 15 (1986) 36: 1828-29
- 211: Asensi V, Carton JA, Fernandez-Leon A, Carcaba V u.a.; Inmunidad y drogadiccion: situacion inmunologica en relacion a la droga, infeccion por HTLV-III y otras infecciones asociadas; *Med. Clin. (Barc.)* 86 (1986) 3: 105-9
- 212: Esteban R, Buti M, Esteban JJ, Hernandez JM u.a.; Infeccion por HTLV-III en grupos de Riesgo; *Med. Clin. (Barc.)* 86 (1986) 3: 110-12
- 213: Reynes J, Quaranta JF, Pesce A, Bernard E u.a.; Prevalence élevée des anticorps anti-LAV/HTLV-III dans une population d'heroinomanes nicotais; *Presse Med.* 14 (1985) 46: 2348-49
- 218: Latorre X, Gatell JM, Pumarola T, Miro JM u.a.; Prevalencia de anticuerpos frente al HTLV-III/LAV en subpoblaciones con riesgo de padecer un síndrome de inmunodeficiencia adquirida; *Med. Clin. (Barc.)* 86 (1986) 3: 113-14
- 219: Muga R, Tor J, Argelagues E, Rey-Joli C u.a.; Prevalencia de anticuerpos contra el virus linfotrópico T humano tipo III (HTLV-III) en adictos a drogas por vía parenteral del área de Barcelona; *Med. Clin.* 86 (1986) 3: 97-99
- 220: Pont J, Neuwald C, Kunz C, Werdenich W; HTLV-III-Serologie, Epidemiologie und Klinik inhaftierter i.v.-drogenabhängiger Männer in Österreich; *Wien. Klin. Wochenschr.* 98 (1986) 14: 454-57
- 222: Schüpbach J, Vogt M, Bhushan R, Lüthy R u.a.; Prävalenz von Antikörpern gegen HTLV-III in verschiedenen Regionen der Schweiz; *Schweiz. Med. Wochenschr.* 115 (1985) 30: 1048-54
- 223: Tor J, Junca L, Muga R, Argelagues E u.a.; Alteracion de la inmunidad celular en adictos a drogas por vía parenteral; *Med. Clin. (Barc.)* 86 (1986) 3: 93-96
- 297: Schneweis KE, Siefer B; Das AIDS-Virus: Infektionsablauf, Diagnose, Therapie und Prophylaxe; *Akt. Neurol.* 14 (1987): 107-12
- 298: Bergvall B; Om tre ar har 6 av 10 sprutnarkomaner smittats; *Älkohol och Narkotika* 79 (1985) 5: 3-7
- 299: Sundström E; Skillnad i grundsyn på HIV-bekämpningen (letter); *Läkartidningen* 84 (1987) 6: 354-55
- 300: Bengtsson E; Sprutnarkomanera och AIDS (letter); *Läkartidningen* 84 (1984) 6: 353-54
- 304: Borroni G, Panuccio A, Ballerini P, Gelosa L u.a.; Seroepidemiologic Investigation on HTLV-III, Syphilis, and HBV Infections in a Prisoner Community; *Boll. Ist. Sieroter. Milan.* 65 (1987) 6: 483-97
- 306: Cimero Ortiz A, Jimenez Romano R; Study of Antibodies Against the Acquired Immune Deficiency Syndrome Virus in Various Population Groups Estremadura, Spain; *Infectiologica* 7 (1986) 5: 31-35
- 308: Kopp W, Dangi-Erlach E; Screening for HTLV-III Antibodies in Viennese Austria Prostitutes; *Wien. Klin. Wochenschr.* 98 (1986) 20: 695-98
- 310: Mondanaro J; Strategies for AIDS Prevention Motivating Health Behavior in Drug Dependent Women; *J. Psychoact. Drugs* 19 (1987) 2: 143-50
- 312: Wille R; Drug Addiction in West Germany: Problems and Responses; *Br. J. Addict.* 82 (1987) 8: 849-56
- 314: Alme B, Carlsson L, Kanerva P, Lundberg G u.a.; HIV-infection och narkomani; *Läkartidningen* 84 (1987) 4: 213-16
- 319: Newnan RC; Methadone Treatment: Defining and Evaluating Success; *N. Engl. J. Med.* 317 (1987) 7: 447-50
- 320: Roumeliotou-Karayannis A, Tassopoulos N, Karpodini E u.a.; Prevalence of HBV, HDV and HIV Infections Among Intravenous Drug Addicts in Greece; *Eur. J. Epidemiol.* 3 (1987) 2: 143-46
- 321: Silberstein CH, McKegney FP, O'Dowd MA, Feiner C u.a.; A Prosp. Longitud. Study of Neuropsychol. and Psychosoc. Factors in Asymptomat. Invid. at Risk for HTLV-III/LAV Infection in a Methadone Progr.: Preliminary Findings; *Int. J. Neurosci.* 32 (1987) 3/4: 669-76
- 323: Wodak A, Dolan K, Imrie AA, Gold J u.a.; Antibodies to the HIV in Needles and Syringes Used by Intravenous Drug Abusers; *Med. J. Aust.* 147 (1987) 6: 275-76
- 328: Guinan ME, Hardy A; Epidemiology of AIDS in Women in the United States; *JAMA* 257 (1987) 15: 2039-42
- 410: Clarenbach P, Riedel RR, Tackmann W; AIDS und Nervensystem; *Akt. Neurol.* 14 (1987) 113-16
- 420: WHO Collaborating Centre on AIDS; AIDS-Surveillance in Europe: Quarterly Reports Institute de Medecine et d'Epidemiologie Africaine et Tropicale / Paris
- 421: Butzko H; Methadon und Drogenarbeit; *Bewährungshilfe* 34 (1987): 306-16
- 422: Alexander M, Bschor F, Pohle HD; Memorandum: Ausbreitung der HIV-Infektion unter i.v.-Drogenabhängigen vom 10.4.87; unterzeichnet von 30 Professorinnen und Professoren der FU Berlin (Lit. bei den Verfassern erhältlich)
- 423: Bock KD; AIDS – die unbewältigte Herausforderung; *AIFO* 2 (1987): 357-63
- 424: Kroegel C, Hess G, Meyer zum Büschenfelde KH; Die Infektion mit dem humanen Immundefizit-Virus (HIV): Eine vergleichende Gegenüberstellung verschiedener Klassifikationsschemata; *AIFO* 3 (1988): 17-23
- 425: ohne Autor; Jahresgutachten 1988 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Medizinische und Ökonomische Orientierung; S. 26-31
- 426: Raschke P, Schliehe F, Fischer D, Groenemeyer A; Therapie und Rehabilitation bei Drogenkonsumenten. Langzeitstudie am Beispiel des „Hammer Modells“; Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen 1988
- 428: Joe GW, Lehmann W, Simpson DD; Deaths Among Opioid Addicts During a Four Year Post-treatment Follow-Up Period; *IBR Report* (1981): 81-88
- 429: Kunz D, Kampe H; Zum Problem des Therapieabbruchs von Heroinabhängigen; *Suchtgefahren* 31 (1985): 146-54

430: Bschor F, Wessel J; Sterblichkeit Drogenabhängiger im internationalen Vergleich; *Lebensversicherungsmedizin* 35 (1983): 74-80

431: Bschor F; Langzeitkatamnesen bei Opiatabhängigen, ihre Bedeutung für die individuelle Pidanalyse und für die epidemiologische Forschung in: D.Ladewig (HG.): *Drogen und Alkohol, der aktuelle Stand in der Behandlung Drogen- und Alkoholabhängiger*; ISPA-Press Lausanne (1986): 7-23

432: Bschor F; Relevant Parameters in Long-Term Outcome of Cohorts of Opiate Addicts (in Proceedings of the Third Workshop on Drug Policy Oriented Research) Dec 19/20 th; Inst. Preventive en Sociale Psychiatrie: Inst.-publikatie nr. 72 Rotterdam (1986)

434: ohne Autor; Bundesärztekammer: Ersatzdrogen-Stellung. des gemeins. Arbeitskreises d. Wiss. Beirates und des Ausschusses „Psychiatrie, Psychotherapie und Psychohygiene“; Dt. Ärztbl. 85 (1988): 176-77

435: ohne Autor; Ärztekammer Berlin: Stellungnahme des Vorstandes vom 7.9.1987 zu Fragen der Ersatzdrogenanwendung bei i.v.-Drogenkonsumenten; Die Berliner Ärztekammer 24 (1987): 515-18

436: ohne Autor; Konferenz der Gesundheitsminister und Senatoren der Länder (GMK): Entschlie-ßung zur AIDS-Bekämpfung v. 27.3.1987 (erhältlich über das BMJFFG)

437: Bourne P; Methadone: Benefits & Shortcomings; Drug Abuse Council, Washington (1987): 15

438: Heckmann W; Drogenpolitik in der Bundesrepublik aus therapeutischer Sicht; *Bewährungshilfe* 34 (1987): 254-63

439: Noorlander E; Beabsichtigte und unbeabsichtigte Wirkungen des holländischen Methadon-Systems; *Bewährungshilfe* 34 (1987): 240-47

440: Daansen PJ; Individuelle Hilfe und öffentlicher Schutz – Erfahrungen mit der Amsterdamer Drogenhilfe; *Bewährungshilfe* 34 (1987): 248-53

441: Kindermann W; Statement anlässlich des Experten-Hearings vor der AIDS-Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages am 2.11.1987 im Bundeshaus Bonn (Lit. über das BMJFFG erhältlich)

442: ohne Autor; Pompidou-Gruppe des Europarates: Multi-City Study of Drug Misuse in Amsterdam, Dublin, Hamburg, London, Paris, Rome, Stockholm; Final Report (Lit. beim Europarat, Straßburg 1987)

443: Bschor F; Erfahrungen bei der Wiederaufnahme von Kontakten zu ehemaligen Drogenpatienten in: Kleiner D. (HG.): *Langzeitverläufe bei Suchtkranken*; Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York (1987): 211-18

444: Buning EC; Referat über die Rolle des Methadons bei der AIDS-Bekämpfung in Amsterdam auf der 4. Methadontagung in Frankfurt am 14.11.1987 (Lit. bei den Verfassern)

445: Downs AM, Ancelle RA, Jäger HC, Brunet JB; AIDS in Europe: Current Trends and Short-Term; Predictions Estimated from Surveillance Data, January 1981 – June 1986, *AIDS* (1987) 1: 53-57

446: Vuceljic M; Hinweise üb.d. prakt. Durchführung e. medikamentengestützten Suchtbeh. b. Opiatabhängigkeit (in Anlehnung a.d. „Med. Konzept zur Betreuung u. Ther. v. Opiatabh.“); *Broschüre des Vereins „Gesundheitsdienst in München“* (1987)

447: Groß F; Med. Aspekte d. gruppenunterstützten außerstationären Suchtkrankenbehandlung. Erste Arbeitsergebnisse eines neuartigen Ther.-Konzeptes für Opiatabhängige; Med. Diss. Freie Universität Berlin (1984)

448: Reuband KH; Drogenstatistik 1986 – Die Datenlage zur Verbreitung von Drogenkonsum und D.-Abhängigkeit. Möglichkeiten und Probleme gesellschaftl. Dauerbeobachtung in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren – Infodienst (1987): 40-70

449: Bschor F, Schommer HG, Wessel J; Risiken und Perspektiven der Drogenabhängigkeit: Katamnese-Ergebnisse bei 100 Opiatabhängigen der Zugangsjahre 1969-1974; *Deutsch. Med. Wschr.* 109 (1984): 1101-05

450: Senay EC; Methadone Maintenance Treatment; *The International Journal of the Addictions* 20 (1985): 803-821

451: Dole VP, Nyswander ME, Warner A; Successful Treatment of 750 Criminal Addicts; *JAMA* 206 (1968): 2708-12

452: Bschor F; Konkurrierende Behandlungssysteme für Suchtpatienten (Symposium üb. akt. Probleme d. Drogenmißbrauchs, veranst. am 3.10.77 in Köln v.d. Nordrheinischen Akad. f. ärztliche Fort- u. Weiterbildung in Zus. m.d. Inst. f. Rechtsmed. der Univ. zu Köln) (Tagungsband im Druck)

453: ohne Autor; Ärztliches Memorandum zur medikamentengestützten Behandlung Suchtkran-ker, verabschiedet anl. der 4. Methadon-Fachtagung am 15.11.87 in Frankfurt/Main

454: Ladewig D; Katamnesen bei Opiatabhängigkeit. In: D. Kleiner (Hrsg.): *Langzeitverläufe bei Suchtkranken*; Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York 1987: 55-69

455: Stosberg K, Pfeiffer-Beck M, Lungershausen E; Wege aus der Heroinabhängigkeit. Ergeb-nisse einer katamnesticchen Untersuchung bei Patienten einer Langzeittherapieeinrichtung; peri-med-Fachbuchverlagsgesellschaft, Erlangen 1985

456: Pörksen T; Ambulant vor stationär; *Suchtrepert* (1987) 5: 18-19

457: Bschor F; Strategien der Behandlung Drogenabhängiger in Großbritannien; *Die Berliner Ärztekammer* 17 (1980): 465-71

458: Grönbladh L; Untersuchungen zum schwedischen Methadonprojekt. In: D. Kleiner (Hrsg.): *Langzeitverläufe bei Suchtkranken*; Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York 1987: 151-61

459: Gunne; Vortrag auf der 4. Methadontagung am 14./15.11.87 in Frankfurt/Main

460: ohne Autor; Empfehlung zur Durchführung von oralen Substitutionsbehandlungen von i.v. Drogenabhängigen vom 25.9.87; Republik Österreich, Bundeskanzleramt, Wien 1987

461: Zimmer-Höfler D, Uchtenhagen A, Fuchs W; Methadon im Prüfstand; *Forschungsgr. d. So-zialpsychiatr. Dienstes: Wiss. Information Serie A Nr. 8, 5/1987*

462: Helbling S; Therapeutische Aspekte der Methadon-Substitutionsbehandlung; *Forschungsgr. d. Sozialpsychiatr. Dienstes: Wiss. Information Serie A Nr. 8, 5/1987*

463: Ghodse AH; „From the View of a Clinic in London“ (zur medikamentengestützten Rehabilita-tion bei Drogenabhängigen); Vortrag a.d. Int. Drogensymposium in Düsseldorf 1986

464: Plemper B; „Wir widerrufen“; *Sozialmagazin* 4 (1987): 13-19

465: Rubner O; Skepsis und Ablehnung – Zum Methadon-Modellversuch bei Heroinabhängigen; *Rheinisches Ärzteblatt* (1987) 21: 961-68

466: Edwards G, Arif A, Jaffe J (Hrsg.); *Drug Use and Misuse, cultural Perspectives (based on a collaborative study by the World Health Organization)*; London, Canberra, New York 1983

467: Van den Hoek JA, Coutinho RA, van Haastrecht HJA, van Zadelhoff WW u.a.; *Prevalence and Risk Factors of HIV-Infections Among Drug Users and Drug-Using Prostitutes in Amsterdam*; *AIDS* 2 (1988): 55-60

468: Uchtenhagen A, Zimmer-Höfler D; Heroinabhängige und ihre „normalen“ Altersgenossen, Herkunft, Lebenssituation; Zweijahresverlauf im Quervergleich; Verl. Paul Haupt Bern u. Stuttgart 1985

469: Stauber M, Schäfer A, Löwenthal D, Weingart B; Das AIDS-Problem bei schwangeren Frauen – eine Herausforderung für den Geburtshelfer; *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 46 (1986): 201-205

642: Ginzburg HM; *Intravenous Drug Users and the Acquired Immune Deficiency Syndrome*; *Public Health Reports* (1984) 99: 206-12

1518: Rodrigo JM, Serra MA, Aguilar E, Del Olmo JA u.a.; *HTLV-III Antibodies in Drug Addicts in Spain (letter)*; *Lancet* (1985) i: 156-57

1646: Mortimer PP, Vandervelde EM, Jesson WJ, Pereira MS u.a.; *HTLV-III Antibody in Swiss and English Intravenous Drug Abusers (letter)*; *Lancet* (1985) i: 449-50

2173: Angarano G, Pastore G, Monno L, Santantonio T u.a.; *Rapid Spread of HTLV-III Infection Among Drug Addicts in Italy (letter)*; *Lancet* (1985) ii: 1302

2192: ohne Autor; *AIDS: Wo sich Heterosexuelle anstecken*; *Medical Tribune* (1985) 49: 46

2215: ohne Autor; Bei jedem zweiten Drogentoten werden AIDS-Viren entdeckt; *Der Tagesspiegel* (1985) 12234 v.19 Dez S.17

2275: Mulleady G, Green J; *Syringe Sharing Among London Drug Abusers (letter)*; *Lancet* (1985) ii: 1425

3168: Black JL, Dolan MP, DeFord HA, Rubenstein JA u.a.; *Sharing of Needles Among Users of Intra-venous Drugs (letter)*; *N. Engl. J. Med.* 314 (1986) 7: 446-47

3251: Robertson JR, Bucknall ABV, Welsby PD, Roberts JJK u.a.; *Epidemic of AIDS Related Virus (HTLV-III/LAV) Infection Among Intravenous Drug Abusers*; *Br. Med. J.* 292 (1986) 22: 527-29

3320: Hengster P, Blecha HG, Deinhardt F, Erle V u.a.; *HTLV-III-Durchseuchung bei Personen mit intravenösem Drogenmißbrauch*; *DMW* 111 (1986) 12: 463-57

3394: Franceschi S, Tirelli U, Vaccher E, Serraino D u.a.; *Increased Prevalence of HTLV-III Anti-body Among Drug Addicts From Italian Province With US Military Base (letter)*; *Lancet* (1986) i: 804

3474: Zoulek G, Gürtler L, Eberle J, Lorbeer B u.a.; *Zunahme der Prävalenz von Antikörpern gegen LAV/HTLV III bei Drogenabhängigen in der BRD*; *DMW* 111 (1986) 15: 567-70

3603: Tirelli U, Vaccher E, Carbone A, De Paoli P u.a.; *Heterosexual Contact is Not the Predominant Mode of HTLV-III Transmission Among Intravenous Drug Abusers (letter)*; *JAMA* 255 (1986) 17:2289

3619: Webb G, Wells B, Morgan JR, McManus TJ; *Epidemic of AIDS Related Virus Infection Among Intravenous Drug Abusers (letter)*; *Br. Med. J.* 292 (1986) 3 May: 202

3739: ohne Autor; AIDS-Angst bringt Heroinsüchtige auf Alternativ-Drogen (Anm.: Zitierung von J. Gerchow, Pressekonferenz/Göttingen); *Ärzte Zeitung* (1986) 106: 12

3760: Adler MW; AIDS and Intravenous Drug Abusers; *British J. of Addiction* 81 (1986): 307-10

3778: Robert-Guroff M, Weiss SH, Giron JA, Jennings AM u.a.; Prevalence of Antibodies to HTLV-I, -II, and -III in Intravenous Drug Abusers From an AIDS Endemic Region; *JAMA* 255 (1986) 22: 3133-37

3848: Brettle RP; Epidemic of AIDS Related Virus Infection Among Intravenous Drug Abusers (letter); *Br. Med. J.* 292 (1986) 21 Jun.: 1671

3932: ohne Autor; AIDS-Risikogruppen/neueste Zahlen: Zeitbombe in der Drogenszene; *MMW* 128 (1986) 29/30: 19

4049: ohne Autor; AIDS and Drug Abusers; *Br. Med. J.* 293 (1986) 9 Aug: 400

4300: Lecour H, Seara A, Santo Ferreira MO, Helena Lourenco M; Prevalence of LAV/HTLV-III Antibodies in Portuguese Drug Addicts; *AIFO* 1 (1986) 10: 558

4436: Kießling D, Stannat S, Schedel I, Deicher H; Überlegungen und Hochrechnungen zur Epidemiologie des „Acquired Immunodeficiency Syndrome“ in der BRD; *Infection* 14 (1986) 5: 217-22

4483: ohne Autor; (zur Einweihung des Beratungszentrums der AIDS-Hilfe/Hamburg) Bei Zwangsmaßnahmen tauchen Betroffene unter; *Ärzte Zeitung* (1986) 192: 6

4631: Grosse-Aldenhövel H, Brčanovic P, Schumann V, Koch MA; Anamnestiche und HIV-serologische Befunde bei Personen mit intravenösem Drogenmißbrauch; *Bundesgesundheitsblatt* 29 (1986) 11: 347-49

4972: ohne Autor; Drogensucht/Großbritannien: Modellversuch sieht „Tausch-Shops“ für benutzte Fixer-Spritzen vor; *Ärzte Zeitung* (1987) 13: 11

4981: Paschelke G, Altvater-Kremer G, Meyer WD, Kremer H; HTLV-III Antibody Prevalence Among Young Delinquent Drug Abusers in Long-Term Residential Treatment at a North-German Drug Clinic; *Klin. Wochenschr.* 65 (1987) 1: 22-26

5018: Pristera R, Casini M, Perino F u.a.; Drug Addiction and Fear of AIDS (letter); *Lancet* (1987) i: 1600

5084: Hoffman I, Chorba T; Intravenous Drug Abusers and HIV in North Carolina (letter); *JAMA* 257 (1987) 6: 783

5176: Moss AR; AIDS and intravenous drug use: the real heterosexual epidemic; *Brit. Med. J.* 294 (1987) 14 Feb.: 389-90

5177: Reid D, Hitchins J; AIDS Publicity (letter); *Br. Med. J.* 294 (1987) 14 Feb.: 444

5199: Dan M, Rock M, Bar-Shani S; HIV Antibodies in Drug-Addicted Prostitutes (letter); *JAMA* 257 (1987) 8: 1047

5215: Wendt D, Sadowski L, Markowitz N u.a.; Prevalence of Serum Antibody to HIV Among Hospitalized Intravenous Drug Abusers in a Low-Risk Geographic Area; *The Journal of Infectious Diseases* 155 (1987) 1: 151-52

5253: ohne Autor; AIDS-Maßnahmen/Frankreich: Sterile Einmalspritzen sind nun frei verkäuflich; *Ärzte Zeitung* (1987): 12

5272: ohne Autor; Vieles muß noch besser werden; *Test* (1987) 3: 256-57

5278: ohne Autor; Substitution schützt Süchtige vor AIDS (Anm.: Interview H. Elias); *Ärzte Zeitung* (1987) 44: 2

5303: Gürtler I; HIV-Infektion und Drogenabhängigkeit; *MMW* 129 (1987) 10: 141-42

5304: Dulz B, Schmidt R; Heroinabhängige und AIDS: Erste Epidemiologische Daten und Vorschläge zur Reduzierung der Übertragungswege; *MMW* 129 (1987) 10: 143-44

5321: Tirelli U, Vaccher E, Carbone A, Diodato S u.a.; HTLV-III Infection among 315 Intravenous Drug Abusers: Seroepidemiological, Clinical, and Pathological Findings; *AIDS Research* 2 (1986) 4: 325-34

5363: ohne Autor; AIDS: Kampf gegen Übertragung des HIV-Virus – ABDA (Anm.: Bundesvereinigung Dt. Apothekerverbände) empfiehlt Abgabe von Einmalspritzen; *Pharmazeutische Zeitung* 132 (1987) 11: 611

5378: ohne Autor; Abhängige Häftlinge sind extrem gefährdet; *Ärzte Zeitung* (1987) 47: 10

5537: Lüthy R, Ledergerber B, Täuber M, Siegenthaler W; Prevalence of HIV Antibodies among Prostitutes in Zürich, Switzerland; *Klin. Wochenschr.* 65 (1987): 287-88

5613: Jassoy I; AIDS-Bekämpfung/Niederlande: Holland fürchtet den AIDS-Tourismus; *Ärzte Zeitung* (1987) 71:

5653: ohne Autor; BMJFFG: Rezeptfreie Abgabe von Einmalspritzen legal; *Pharmazeutische Zeitung* 132 (1987) 16: 956

5669: Durand de Bousingen D; AIDS-Bekämpfung/Frankreich: Gallier sollen sich an Kondome gewöhnen; *Ärzte Zeitung* (1987) 75: 7

5696: Follett EAC, Wallace LA, McCrudden EAB; HIV and HBV Infection in Drug Abusers in Glasgow (letter); *Lancet* (1987) i: 920

5700: Robba L, Carisconi ML, Goglio A u.a.; Patologie emergenti e correlate alle droghe d'abuso in due comunità terapeutiche di Bergamo; *Boll. Ist. sieroter. milan* 65 (1986) 6: 544-51

5762: Harms G, Laukamm-Josten U, Bienze U, Guggenmoos-Holzmann I u.a.; Risk Factors for HIV Infection in German i.v. Drug Abusers; *Klin. Wochenschr.* 65 (1987) 8: 376-79

6052: Jäger H; Meldepflicht führt zu mehr HIV-Infektionen; *Fortschr. Med.* 105 (1987) 10: 29-30

6183; Bschor F; Zur Revision des Abstinenzparadigmas in der Behandlung Suchtkrankter; *DMW* 112 (1987) 23: 907-9

6247: Chaisson RE, Osmond D, Moss AR, Feldman HW u.a.; HIV, Bleach and Needle Sharing (letter); *Lancet* (1987) ii: 1430

6332: Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK); Mehrheitsbeschluß der Sondersitzung am 27.3.87 (Anm.: zu den Problemen bei der Bekämpfung von AIDS) – abweichendes Votum des Freistaates Bayern; *AIFO* 2 (1987) 6: 341-45

6516: Lazzarin A, Crotchiolo P, Galli M, Foppa CU u.a.; Milan as possible starting Point of LAV/HTLV III Epidemic among Italian Drug Addicts; *Boll. Ist. sieroter. milan.* 66 (1987) 1: 9-13

6536: Heckmann, W; Drogenmißbrauch und AIDS; *Suchtreport* (1987) 4: 45-49

6547: Froner GA, Rutherford GW, Rokeach, M; Injection of Sodium Hypochlorite by Intravenous Drug Users (letter); *JAMA* 258 (1987) 3: 325

6551: Oldinger E; Fjärde nordiska medicinsketiska seminariet: Dags att „normalisera“ AIDS? (Anm.: mit Übersicht über die Betroffenenengruppen in den nordischen Ländern zum 1.3.87); *Nordisk Medicin* 102 (1987) 6/7: 188

6574: ohne Autor; Codein gegen AIDS: Wie ein Niedergelassener eine AIDS-Quelle verstopft; *Medical Tribune* (1987) 30: 8

6671: Woolley, PD, Kinghorn CR; AIDS Publicity Campaigns (letter); *Lancet* (1987) i: 284

6673: Welsby, PD; One-Use Needle-Syringe for Drug Abusers; *Lancet* (1987) i: 285

6796: Brettle RP, Bisset K, Burns S, Davidson J u.a.; Human immunodeficiency virus and drug misuse: the Edinburgh experience; *Br. Med. J.* 295 (1987) 15. Aug: 421-24

6822: ohne Autor; AIDS-Entsorgungsdienst für Fixerspritzen; *Apotheker-Zeitung* 3 (1987) v. 31.8.: 2

6866: Walsh SS, Pierce AM, Hart CA; Drug abuse: a new problem; *Br. Med. J.* 295 (1987) 29. Aug.: 526-27

6874: Conte D, Ferroni P, Lorini GP, Aimo GP u.a.; HIV and HBV Infection in Intravenous Drug Addicts From Northeastern Italy; *Journal of Medical Virology* 22 (1987) 4: 299-306

6889: Drucker E; AIDS and Addiction in New York City; *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 12 (1986) 1/2: 165-81

6890: Plaut G, Ramloch-Sohl M; Zur Infektionsprophylaxe der AIDS-Erkrankung bei intravenös applizierenden Drogenabhängigen durch die Vergabe von sterilem Injektionsbesteck; *Suchtgefahren* 33 (1987) 4: 281-85

6891: Arnold T, Frietsch R; Zur AIDS-Problematik in der Drogenarbeit – Ergebnisse einer Klientenbefragung; *Suchtgefahren* 33 (1987) 4: 237-48

6908; ohne Autor; WHO-Kongreß: AIDS und Drogen; *Apotheker Zeitung* 37 (1987) 7. Sept.

6969: Dolan MP, Black JL, Deford HA u.a.; Characteristics of Drug Abusers that Discriminate Needle-Sharers; *Public Health Reports* 102 (1987) 4: 395-98

6977: Ghodse AH, Tregenza G, Li M; Effect of fear of AIDS on Sharing of injection equipment among drug abusers; *Br. Med. J.* 295 (1987) 19. Sept.: 698-99

6981: Gürtler I; Schlußwort (Anm.: zum Artikel AIDS und Drogenabhängigkeit); *MMW* 129 (1987) 38: 18

7003: Brown LS Jr, Murphy DL, Primm BJ; Needle Sharing and AIDS in Minorities (letter); *JAMA* 258 (1987) 11: 474-75

7068: Ancelle-Park R, Brunet JB, Downs AM; Aids and Drug Addicts in Europe (letter); *Lancet* (1987) i: 626-27

7184: Desjarlais DC, Wish E, Friedman SR, Stoneburner R u.a.; Intravenous Drug Use and the Heterosexual Transmission of the Human Immunodeficiency Virus: Current Trends in New York City; *New York State Journal of Medicine* (1987) 5: 283-286

7398: Coates TJ, Morin SF, McKusick L u.a.; Behavioural Consequences of AIDS Antibody Testing Among Gay Men (letter); JAMA 258 (1987) 14: 1889
 7432: Überla K; Epidemiologie von AIDS: Fakten und Folgerungen; MMW 129 (1987) 42: 757-61
 7593: Titti F, Lazzarin A, Costigliola P u.a.; HIV Seropositivity in IVDA in Three Cities of Italy: Possible Natural History of HIV Infection in IV Drug Addicts in Italy; Journal of Medical Virology 23 (1987): 241-48
 7818: Friedrichs U; Methadon: Zwischen „Königsweg“ und „Goldenem Schuß“; Dt. Ärztebl. 84 (1987) 50: A 3439-43
 7905: Thyss A, Baechler-Sadoul E, Dupont D u.a.; The AIDS-Related Complex (ARC) in a Child of Drugaddicted Parents; Annals of Internal Medicine 107 (1987): 943-44
 7948: Pongratz J; Aids unter Fixern: Hände weg vom Methadon; Medical Tribune 48 (1987): 40
 8000: Goebel FD; AIDS-Bilanz des Jahres 1987; Münch. Med. Wochenschr. 129 (1987) 51/52: 934

Mitarbeit an diesem Band

Helmut Ahrens	Fachreferent Drogen und Justizvollzug, Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Klaus-Dieter Beißwenger	Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Zentrales Lektorat, Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Dr. med. Reinhard Bornemann	Arzt
Prof. Dr. med. Friedrich Bschor	Arzt für Rechtsmedizin, Professor für gerichtliche und soziale Medizin, FU Berlin
Vera Kalinna	Diplom-Soziologin
Uli Meurer	Fachreferent für Menschen mit HIV bei der Berliner AIDS-Hilfe e.V., Mitglied des Vorstands der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.
Dr. Ingo Michels	Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Fachreferat Drogen und Justizvollzug, Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Prof. Dr. Dieter Runze	Politikwissenschaftler am Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule Niederrhein, Mönchengladbach, Vorsitzender des Vorstands der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

AIDS-FORUM D.A.H.

BAND I

AIDS UND DROGEN

Die Reihe *AIDS-FORUM D.A.H.* soll die wissenschaftlich-praktischen Erfahrungen und Standpunkte, die in der AIDS-Hilfe-Bewegung vorhanden sind, themenspezifisch bündeln sowie fachliche Kontroversen und Kritik aufgreifen, um die Selbstverständnis-Diskussion zu vertiefen und um einen institutionsübergreifenden Diskurs zu ermöglichen.

In der vorliegenden ersten Nummer von AIDS-Forum D.A.H. stellt die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. Strategien der AIDS-Prävention in der kriminalisierten Hauptbetroffenengruppe der intravenösen Drogengebraucher vor. In dieser Gruppe ist die Entwicklung von Überlebens- und Selbsthilferessourcen am stärksten beeinträchtigt. Keine andere Gruppe hat mit zwei HIV-Übertragungswegen gleichermaßen zu kämpfen: *needle-sharing* und Sexualität. Und keine andere Gruppe hat eine so schwache politische Lobby zur Vertretung ihrer sozialen und gesundheitlichen Interessen.

Redaktion:

Helmut Ahrens

Klaus-Dieter Beißwenger

Dr. Ingo Michels



Deutsche
AIDS-Hilfe e.V.