

Zusammenfassung

Die Verbreitung von Hepatitis B und C hat sich zu einer ernststen Bedrohung für die Gesundheit von Drogenkonsument(inn)en in ganz Europa entwickelt. Was sind die Gründe für diese schnelle Verbreitung besonders von Hepatitis C in der Gruppe der intravenös applizierenden Drogenkonsument(inn)en? Obwohl ähnliche Transmissionswege (Blut-zu-Blut) vorliegen, wird die HIV-Prophylaxe als erfolgreich wahrgenommen. Es scheint Transmissionsrisiken neben der bloßen Vermeidung des Gebrauchs kontaminierter Spritzen und Kanülen zu geben. Dieser Beitrag lenkt die Aufmerksamkeit auf die gesamten Lebensumstände der Drogengebraucher(innen), die einen Mangel an allgemeiner Hygiene aufweisen und wo Blutreste sowohl im Haushalt als auch in der verbreiteten Praxis geteilter Konsumutensilien zu finden sind. Vorschläge werden vorgestellt, wie die Strategien der Infektionsprophylaxe auf diese Anforderungen abgestimmt werden können.

Schlüsselwörter

Hepatitis · Prophylaxe · Drogenkonsument(inn)en

Abstract

The spread of hepatitis B and C has developed to a major threat for the health of drug users throughout Europe. What are the reasons for this rapid spread of especially hepatitis C among the population of intravenous drug users? Although there are similar routes of transmission (blood-to-blood), HIV prophylaxis is perceived as being basically effective. There seem to be transmission risks beyond the simple avoidance of the use of contaminated needles and syringes. This contribution draws the attention on the whole life circumstances of drug users, where general hygiene is lacking and blood rests can be found in the household as well as in the common practice of shared consumption equipment. Suggestions are presented of how to adjust the strategies of the prophylaxis of infectious diseases to these demands.

Key words

Hepatitis · Prophylaxis · Drug Users

Einleitung

Die Europäische Beobachtungs- und Dokumentationsstelle für Drogen und Drogensucht in Lissabon [1] zählt die Hepatitis-C-Infektion zu den gravierendsten gesundheitlichen Problemen i. v. Drogenabhängiger in ganz Europa. Die Zahl der allein HCV-infizierten i. v. konsumierenden Drogenabhängigen in der EU wird mit ca. 500 000 angegeben. Eine gesamt europäische ebenso wie eine nationale Reaktion auf die massive Ausbreitung der Hepatitis stehen bisher aus.

Angesichts der starken Verbreitung der Virushepatitiden insbesondere unter i. v. Drogenkonsument(inn)en und angesichts der dadurch entstehenden existenziellen Bedrohung stellen sich unweigerlich mehrere Fragen für „Medizin“ und „Drogenhilfe“:

1. Wie konnten sich im Schatten der HIV-Infektion die Virushepatitiden mit offenbar ähnlichen Transmissionswegen so schnell und relativ unbemerkt in der Population der i. v. applizierenden Drogenkonsument(inn)en ausbreiten?
2. Bei der HIV-Erkrankung ist ein Stillstand insbesondere unter den Drogenabhängigen zu beobachten; warum steigt die Verbreitung von HBV und HCV und geht bei HCV gegen 100%?

Institutsangaben

Bremer Institut für Drogenforschung, Universität Bremen

Korrespondenzadresse

PD Dr. Heino Stöver · Universität Bremen, FB 06 ARCHIDO, BISDRO · Postfach 33 04 40 · 28334 Bremen

Bibliografie

Suchttherapie Supplement 2002; 3: S31–S36 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 1439-9903

3. Warum sind die präventiven Botschaften bei HIV offenbar erfolgreicher gewesen als bei den Hepatitiden?
4. Wie können wirksame und vor allem leicht verständliche und zugängliche Informationen verbreitet werden?
5. Welche strukturell wirksamen Maßnahmen müssen getroffen werden, um über eine geforderte individuelle Verhaltens- auch eine Verhältnisveränderung zu bewirken?

Diesen Fragen soll im Folgenden nachgegangen werden.

HIV- und Hepatitis-Verbreitung: Geschichte und Wahrnehmung durch Medizin und Drogenhilfe

Die Virushepatitiden und die Transmissionen via insterilen Spritzbestecks stellen keine neuen gesundheitlichen Risiken dar. Bereits 1968 führte eine Untersuchung von Insass(inn)en in Bundesgefängnissen in den USA zu einer nicht erwarteten hohen Inzidenz von „hepatomegaly“, manchmal begleitet von abnormen Leberfunktionen. Die Wissenschaftler fanden eine klare Korrelation zwischen „sharing hypodermic equipment“ und „suffering from a long-term form of serum hepatitis“ [2]. Auch auf der Konsument(inn)en-Seite bestanden bereits sehr früh Wahrnehmungen des Zusammenhangs von Spritzentausch und Hepatitisinfektionen. „Der Gilb“ war ein Begriff in der Szenesprache für eine Hepatitis, die auf den gelben Ikterus rekurrente, aber sich durchaus der Risiken der Akquisition über den Transmissionsweg „gemeinsame Benutzung von sterilem Spritzbesteck“ bewusst war. Der Hinweis auf mögliche Hepatitisgefahren (v.a. Hepatitis B) war denn auch über lange Jahre in der Drogenhilfe eher ein pflichtschuldiger Hinweis, den Gegenstand ernst zu nehmender oder offensiver Präventions- oder Impfmaßnahmen.

Die 80er Jahre waren dominiert von dem neu auftretenden HIV-Virus und seiner Übertragbarkeit, Prävention und Therapie. Wie gebannt starrte das Drogen- und AIDS-Hilfesystem auf HIV und vernachlässigte in Wahrnehmung und demgemäß auch in den präventiven Botschaften eine intensive Auseinandersetzung mit HBV oder HCV. Vor allem Anfang der 90er Jahre, nach der Isolierung von HCV, hätte man angesichts der wachsenden Ausbreitung offensiver über die Hepatitiden sprechen müssen. Eine weiterreichende Thematisierung erfolgte aber erst ab etwa Mitte der 90er Jahre in der Fachöffentlichkeit, der Fachliteratur, den Organen der öffentlichen Gesundheit und der Arbeit in den Angeboten der professionellen Drogenhilfe, aber auch in der Selbsthilfe. Was waren die Gründe für die späte Reaktion? Einige Überlegungen seien hier benannt:

- allgemeine Unterschätzung der „unsichtbaren“ Bedrohung
- Geringschätzung der Krankheitsschwere angesichts gleichzeitig vieler z.T. unmittelbarer Gesundheits- und Sterberisiken von Drogenkonsument(inn)en
- Unkenntnis über Ansteckungswege sowohl bei Professionellen als auch bei Gebraucher(inn)en
- Annahme der Kongruenz der Botschaften für HIV und Hepatitiden
- lange Zeit zwischen Erkrankung und Folgen der Chronifizierung: kein unmittelbarer Brückenschlag zu Erkrankten möglich (chronische Hepatitis, Leberzirrhose, Leberkrebs)
- geringer Druck „von unten“ von den Betroffenen selbst zur öffentlichen Thematisierung der Infektion. Keine funktionierende Lobby: HIV wurde im Wesentlichen über die „gay commu-

nity“ thematisiert, danach erfolgte Advocacy-Politik durch AIDS- und Drogenhilfe, schließlich Selbsthilfe.

- eigentlich bekannte, aber wenig „sensationelle“ Erkrankung, d. h., für Hepatitis konnte in den 90ern nicht mehr so viel Öffentlichkeit mobilisiert werden wie in Bezug auf HIV in den 80ern.

HIV relativ stabil, aber rasanter Anstieg bei HBV/HCV – Auf der Suche nach Gründen

Die epidemiologische Entwicklung zeigt, dass die HIV-Inzidenz mit dem Risiko „intravenöser Drogenkonsum“ seit mehr als 10 Jahren relativ stabil verläuft [3]. Anders stellt sich der Verlauf der Hepatitis-Infektion dar: Bei langjährigen Drogenkonsument(inn)en liegt die HCV-Infektionsrate bei 60–90% – ein Phänomen, das nicht nur in Deutschland, sondern in ganz Europa, Australien [4] und den USA zu beobachten ist. Weltweit sind Millionen mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert; allein in Deutschland leben ca. 800 000 Hepatitis-C-Infizierte (gegenüber ca. 50 000 HIV-Infizierten); das RKI geht von jährlich etwa 5000 Neuinfektionen aus. Für die HBV-Verbreitung liegen folgende Zahlen vor: Mit einer Hepatitis-B sind in Deutschland nach Angaben des Robert-Koch-Instituts in Berlin etwa 600 000 Menschen infiziert, jährliche Neuansteckungen ca. 25–50 000.

Aus infektionsepidemiologischer Sicht muss aufgrund dieser hohen Verbreitung auch das Infektionsrisiko als besonders hoch eingeschätzt werden. Wahrscheinlich abhängig von der Dauer des Drogenkonsums und den Lebensbedingungen erscheint eine Ansteckung bei den meisten Drogenabhängigen unter den gegebenen Lebensbedingungen über kurz oder lang fast unvermeidlich. Welche Gründe sind dafür maßgeblich, obwohl doch die Präventionsprojekte in Deutschland eine immense Zahl von Spritzen umtauschen und zusätzlich infektionsvermeidende Materialien (Filter, Tupfer, Wasser etc.) oftmals sogar kostenlos abgeben?

- späte Reaktion des Hilfesystems auf die vielfältigen Ansteckungsmöglichkeiten
- verkürzte Botschaften: HIV-Prävention dominierte die Infektionsprophylaxe und die vielfältigen Ansteckungswege bez. HBV/HCV wurden zunächst nicht angesprochen¹.
- leichtere Übertragbarkeit: Die Wahrscheinlichkeit der Ansteckung ist insbesondere bei HCV um etwa 10-mal höher, bei HBV wird von einer 40-mal höheren Infektiosität als bei HIV gesprochen (zur HBV-Infektion reichen bereits geringste Blut-mengen aus: 0,00004 ml).
- Untersuchungen sprechen davon, dass sich bereits sehr junge Drogenkonsument(inn)en mit HCV anstecken, vor Beginn des dritten Lebensjahrzehnts [5], also in einer Zeit, in der sie sich eher in der „honeymoon“-Phase ihres Drogengebrauchs befinden und für präventive Ansprachen kaum zugänglich sind. Zudem werden sie von Konsument(inn)en in die Injektionstechnik eingeführt, die selbst über geringes Risikobewusstsein in Bezug auf die vielfältigen HCV-Übertragungsmöglichkeiten verfügen oder gar Falschinformationen transportieren.

¹ Typisch und stellvertretend für viele der Slogans der Deutschen AIDS-Hilfe Anfang der 90er: „Für jeden Druck 'ne neue Pumpe.“ Diese Vorsichtsvorkehrung ist nicht umfassend genug, wenn weiterhin die Filter, das Wasser, die Löffel (Dose) geteilt werden oder ein Drogenteilen stattfindet.

- epidemiologische Dynamik: Die Wahrscheinlichkeit sich zu infizieren ist umso höher, je stärker das Virus bereits in die betreffende Population eingedrungen ist.

Differenz in den infektionsprophylaktischen Botschaften: Hepatitis C – das andere Virus

Die HIV-präventiven Botschaften sind, abgesehen von der vertikalen Übertragbarkeit, relativ klar zu benennen und direkt zu vermitteln: „Keine fremde Spritze benutzen, immer Kondome verwenden.“ Nur scheinbar sind die Botschaften zur Hepatitis-Vermeidung ähnlich einfach. Jenseits einiger Ungewissheiten, was konkrete Übertragungsmuster angeht (bei mehr als 40% der HCV-Infektionen ist der konkrete Übertragungsweg unbekannt), lässt sich festhalten:

- Der mit Abstand wichtigste Risikofaktor bezüglich HCV- und HBV-Infektionen stellt der i.v. Konsum mehrerer Personen mit den gleichen Spritzutensilien dar.
- Getrocknetes Blut stellt im Gegensatz zu HIV noch für längere Zeit eine Infektionsquelle dar. Hepatitis-C-Viren können in eingetrockneten Staubpartikeln ca. 1 Woche „lebensfähig“ (stabil) bleiben. Einige Autoren sprechen sogar davon, dass die Viren bei Zimmertemperatur an der Luft bis zu vier Wochen lang aktiv bleiben können [6].
- Mögliche Alltags- oder Haushaltsübertragungen sind also wahrscheinlich (v.a. durch getrocknete Blutspritzen während der Injektion bzw. bei der Suche nach zugänglichen Venen).
- Bei den Hepatitiden spielt die sexuelle Übertragbarkeit nur bei HBV eine nennenswerte Rolle. Eine groß angelegte schottische Studie zeigt, dass bei 8075 HCV-positiven Patient(inn)en sich nur 5% die Infektion über Tätowierungen oder auf sexuellem Wege von einer infizierten Person erworben haben [7]. Gleichwohl bleiben ungeschützte sexuelle Kontakte auch bei den Hepatitiden weiterhin zentraler Gegenstand aller Prophylaxebemühungen, vor allem auch vor dem Hintergrund möglicher Blut-zu-Blut-Übertragungen.

Jenseits einer direkten und unmittelbaren (und im Alltag kaum vorkommenden) Spritzenweitergabe bestehen eine Reihe von Blut-zu-Blut-Übertragungsmöglichkeiten „im Haushalt“ bzw. im Zusammenleben oder auch im Zusammen-Drogen-Konsumieren. Es sind komplexere Präventionsbotschaften und Veränderungen in den Lebensbedingungen bei den Hepatitiden erforderlich. Sehr viel mehr als bei HIV geht es um den konkreten Lebens- und (Drogen-)Konsumzusammenhang. Der Hauptübertragungsweg ist der intravenöse Konsum, aber über die gemeinsame Benutzung der Spritze hinaus können alle Gegenstände, mit denen die Spritze in Berührung gekommen ist, infiziert sein: Feuerzeuge, Streichhölzer, Alkoholtupfer, Abbindeband, Tischplatte und vor allem die Hände. Hepatitis C kann auch über gemeinsame Benutzung von Röhrchen beim Schnupfen übertragen werden, wenn Blutreste von winzigen Wunden in der Nase an dem Röhrchen kleben.

Unmittelbare und grundsätzliche Hygiene ist erforderlich, um Ansteckungsmöglichkeiten zu reduzieren, da bereits kleine Hygienelücken zu Übertragungen führen können.

Einige Beispiele verdeutlichen dies:

- Händewaschen: Wie und wo können sich verelendete, oft auf der Straße lebende Konsumenten ihre Hände waschen? Wie erfolgt ein gründliches Händewaschen?
- Es existieren noch zu wenige lebensweltnahe, zielgruppenspezifische Informationen für die Betroffenen. Nick Crofts [8] berichtet von einer Video-Studie, in der Konsument(inn)en bei der Injektion und ihrer Vorbereitung gefilmt wurden. Neben anderem infektionsrelevantem Verhalten stellte sich bei der Mehrzahl heraus, dass die meisten nach dem Herausziehen der Nadel die Wunde mit dem Daumen abdrücken, um die Blutung zu stoppen, sich aber danach nicht mehr die Hände wuschen, d.h. Blutpartikel an den Händen trugen. Dieses auch in Deutschland verbreitete Verhalten ist kaum in einer Prophylaxebotschaft aufgegriffen worden.
- „Back loading“ und „front loading“ sind Begriffe für eine Form des Drogenteilens, die auf der Szene weit verbreitet ist, man nennt es auch „Streifenteilen“: Die aufgekochte Substanz auf einem Löffel oder einer Dose wird aufgezogen und die Maßeinheiten auf der Spritze dienen als Orientierung beim Teilen. Und obwohl zwei sterile Spritzen benutzt werden, bestehen erhebliche Infektionsrisiken über insterile Löffel oder darin, dass derjenige, der als Erster eine Injektion vornimmt, sein Blut zuerst anzieht, um zu prüfen, ob er richtig in der Vene liegt, und das Blut sich mit der Droge vermischt. Beide Konsumenten wähnen sich aber im infektionssicheren Bereich, da sie beide eine sterile Spritze benutzt haben [9].

Die Tatsache, dass nicht alle Transmissionswege geklärt sind, führen zuweilen zu Vermutungen über bisher nicht bekannte Risiken, z.B. Speichel, insbesondere im Zusammenhang mit dem Verkauf und Konsum von Crack in einigen Großstädten Deutschlands. Hier wird die Gemeinsambenutzung der Pfeife und das „Aus-dem-Mund-Verkaufen“ der Crack-Steine genannt. Genauere Studien liegen über solche Ansteckungsrisiken bisher noch nicht vor.

Effektive HBV/HCV-Prophylaxe – Praxisbeispiele und Anforderungen an zukünftige Strategien

Wenn ein Impfschutz nur gegenüber HBV existiert, die (Kombi-)Therapie nur bei ca. 20–25% der HCV-positiven Patienten nachhaltig wirkt, aber gleichzeitig nur wenige Drogenkonsument(inn)en in Therapien aufgenommen werden,² erhält die Prophylaxe eine herausragende Bedeutung. Welche Anforderungen an zukünftige Präventionsstrategien lassen sich benennen?

- Zunächst geht es darum, sich den konkreten Konsum- und Lebensbedingungen der Konsument(inn)en zu nähern, um auch die „hidden risks“, die Hygienelücken und Transmissionsmuster zu analysieren. Dies erfordert eine ethnographische Methode, einen Blick auf das Alltägliche, das nur durch teilnehmende Beobachtung oder ähnliche Mittel (Videoaufnahmen der Injektionen) festzustellen ist. Erst auf dieser Basis können wirksame Risiken benannt und daraus Präventionsansätze entwickelt werden.

² Gleichzeitig wird von vielen Praktiker(inne)n die Forderung der Hepatologen nach völliger Drogenfreiheit vor Beginn der Hepatitis-C-Behandlung kritisiert (Ärzte-Zeitung 30.1.2001).

- Der Einbezug der Betroffenen: Das Expertenwissen, die Kompetenz der Betroffenen, muss stärker einbezogen werden, insbesondere wenn es um „Nächst-Beste-Lösungen“, „Besserals-nichts-Strategien“ geht, also die Beschreibung und Verhaltensmöglichkeiten bei „alltäglichen Hygienefällen“ (Drogen vorhanden, aber kein ausreichend steriles Injektionsmaterial). Entgegen landläufiger Meinung werden Risiken von Drogenkonsument(inn)en sehr wohl wahrgenommen, das angewandte Risikomanagement ist allerdings nicht immer effektiv, sondern ist oft von Mythen („Kochsalzlösung spritzen beim Drogennotfall“) oder Nichtwissen gekennzeichnet („Wie desinfiziere ich eine Spritze?“).
 - „Fatal errors“: Viele Konsument(inn)en glauben an die Effektivität ihrer oftmals sehr unwirksamen Spritzendesinfektionsmethoden. In einer Untersuchung im Strafvollzug fanden Meyenberg u.a. folgende Glaubenssätze („health beliefs“):
 - „Luft durch die Spritze drücken“,
 - „mit kaltem Wasser ausspülen“ etc.
 - Die niedrigschwellig arbeitenden Drogenhilfeeinrichtungen (Kontaktläden, Gesundheitsräume, Streetwork, Wohnprojekte, Entzugseinrichtungen) müssen mehr als bisher in verschiedenen Formen und mit unterschiedlichen Mitteln infektionsprophylaktisch arbeiten. Diese Arbeit muss über die bloße Vergabe von sterilem Spritzbesteck und Utensilien und plakativen Botschaften hinausgehen und interaktiv, in Kampagnen, Rollenspielen und alltags- und konsumnahen Übungen das Bewusstsein für Infektionsrisiken schärfen, das vorhandene Wissen aufgreifen, weiterentwickeln und eine praxistaugliche Einbindung fördern. Personalkommunikation ist ein wichtiger, z.T. unterentwickelter Weg, um versteckte Risiken deutlich zu machen.
 - Nach Angaben der Deutschen AIDS-Hilfe (Bärbel Knorr, pers. Mitteilung 2002) gibt es zwar mindestens 108 Spritzenautomaten in deutschen Städten, die einen 24-Stundenzugang ermöglichen, mehrere hundert Spritzenvergabeprojekte, aber nur wenige Angebote mit zusätzlichen infektionsprophylaktischen Materialien im Sortiment:
 - sterile Löffel (z.B. „Stéricup“ – ein Einweglöffel, der über diese Funktion gleichzeitig das Risiko der Gemeinsambenutzung verdeutlicht),
 - postinjektiver Trockentupfer, der die Verbreitung von Blutresten an den Händen vermeiden helfen soll
 - Alkoholtupfer, um die Verbreitung von Staphylokokken zu begrenzen
 - kleine Wasserfläschchen für den individuellen Gebrauch,
 - Kondome, Spritzen mit allen Kanülgrößen etc.
 - Vorhandene Aufklärungsmaterialien müssen auf Tauglichkeit, Zielgruppenspezifität (Geschlecht, Kultur, Alter) hin untersucht und ggf. neu konzipiert werden.
 - Impfprogramme sollten offensiv betrieben werden. Die ständige Impfkommission am RKI empfiehlt Hepatitis-B-Schutzimpfung für Drogenkonsument(inn)en ebenso wie für längerfristig inhaftierte Strafgefangene. Auch die im professionellen Kontakt mit diesen Gruppen Befindlichen (Krankenhaus-, Justizpersonal, Sozialarbeiter in entsprechenden Arbeitsfeldern) sollten sich impfen lassen. Die 3 Impftermine können nur im Rahmen einer verlässlichen Kooperation und mit einem flexiblen Angebot auf Stadt- bzw. Kommunenebene realisiert werden.
 - Ein Beispiel für praxisnahe Ansprache: „Wenn du gemeinsam mit Anderen Drogen gerauchst, solltest du dir einen sauberen Platz suchen. Nimm dir eine Zeitung oder Zeitschrift als Unterlage für dein Besteck und vermeide den Kontakt mit Spritzbesteck von anderen. Das gilt für folgende Attribute:
 - Spritze
 - Nadel
 - Löffel
 - Wasser
 - Filter
 - Alkoholtupfer
 - Papiertücher, Pflaster
 - Feuerzeug
 - Abbindeband
 Sei auch Anderen bei der Suche eines sauberen Platzes behilflich. Wenn du Jemandem beim Spritzen helfen sollst, beschränke dich darauf, eine Ader zu finden. Achte darauf, dass deine Hände sauber sind.“ [6]
 - Die Kriminalisierung und der dadurch bewirkte hohe Schwarzmarktpreis haben in Deutschland dazu geführt, dass die intravenöse Applikation unter Drogenkonsument(inn)en weit verbreitet ist. In anderen europäischen Staaten haben sich Alternativen zum risikoreichen Spritzdrogengebrauch längst entwickelt (Niederlande und England). In Holland etwa ist „chasing the dragon“ (von Folie rauchen) die bevorzugte Einnahmeform von etwa 2/3 der Konsument(inn)en. Dies setzte allerdings gute Heroinqualität voraus. „Switch“ ist ein Projekt der Gruppe mainline in Amsterdam, um i.v. Konsument(inn)en zu einem Umstieg zu bewegen. Zu dieser Kampagne gehört die Informationsvermittlung über alle Aspekte des Folienrauchens [10].
 - Peer-Support als methodische Strategie des Einbezugs von Betroffenenkompetenz in die Drogenhilfe. Drogengebrauch vollzieht sich mit einem bestimmten Set von Erfahrungen, Regeln, Normen, übermitteltem Alltagswissen und technischem Know-how, das von anderen Drogengebraucher(inne)n erlernt und durch eigene Erfahrungen, aber in beständiger Kommunikation mit dem Umfeld erweitert und verändert wird. In der Kommunikation der Drogenkonsument(inn)en untereinander werden wichtige und handlungsleitende Vorsichtsmaßnahmen, Tipps, schadensminimierende Ratschläge, die Drogenwirkung intensivierende Hinweise, aber auch Warnungen, Bewertungen und Mythen ausgesprochen oder im Modelllernen anderweitig transportiert und für den eigenen Alltag übernommen oder abgewandelt bzw. zurückgewiesen. Diese Interaktion und alltagspraktische Unterstützung Gleichgestellter/Gleichgesinnter/Gleichaltriger, d.h. von Menschen in ähnlicher psychosozialer Lebenslage, wird mit dem Begriff „peer support“ bezeichnet.
- Der (i.v.) Drogenkonsum wird in sozialen Bezügen erlernt und weiterentwickelt. Dabei entstehen in der Peergroup das Wissen über Drogenwirkungen (Gefahrenbewertung und Wirkungen des Mischkonsums, Aufkochen welcher Mengen, Mischung eines Cocktails etc.) und die technischen Fähigkeiten und Fertigkeiten (Abbinden, Venensuche, Einstichwinkel bei der Injektion, Spritzenwahl). Diese gegenseitige Informierung und Beeinflussung sind von entscheidender Bedeutung für die Bildung eines Risikobewusstseins und eines daraufhin entwickelten Risikomanagements. Dieser Wissenstransport ist nicht institutionalisiert, sondern spielt sich im Alltagsleben Drogenabhängiger „von selbst“

ab, ist informeller Bestandteil von Alltagshandeln und nicht von „offizieller Seite“ zu erwarten. Wie die Ergebnisse der Evaluation der Spritzenvergabe ergeben haben, wählen die Gefangenen vornehmlich andere Gefangene als relevante Kommunikationspartner in Bezug auf Drogenkonsum und Infektionsgefahren.

Das bedeutet jedoch nicht, dass alle Informationen richtig sind, die auf diesem Wege transportiert werden: Mythen, Verklärungen, „Ideologien“, unbegründbare Behauptungen und Falschinformationen sind hier genauso vorhanden wie in anderen kommunikativen und sozialen Zusammenhängen. Der Dialog zwischen „Professionellen“ und Konsument(inn)en sollte im Rahmen einer „peer education“ unterstützt und auf spezifische Infektionsrisiken zugeschnitten werden.

Welche strukturell wirksamen Maßnahmen müssen getroffen werden, um über eine geforderte individuelle Verhaltens- auch eine Verhältnisveränderung zu bewirken?

Bei Hepatitis geht es mehr als bei der HIV-Prävention, und wie bei allen klassischen Infektionskrankheiten, um die Lebens- und Hygienebedingungen der Drogenabhängigen. Die soziale Dimension wird deutlicher sichtbar. Die Lebensbereiche von Drogenkonsumenten sind auf strukturelle Risiken abzusuchen. HIV und die Hepatitiden breiten sich in Populationen nicht in gleichmäßiger bzw. zufälliger Weise aus, sondern in Abhängigkeit von Variationen des Verhaltens sowie der unterschiedlichen sozialen, kulturellen, wirtschaftlichen, gesetzlichen und politischen „environments“. Es existiert ein „risk environment“, gebildet aus einem Wechselspiel von „exogenen“ Faktoren, die außerhalb der individuellen Beeinflussbarkeit liegen. Die Sichtweise von „risk environment“ ist ein bislang vernachlässigter Faktor in der Entwicklung von Infektionsprophylaxe-Strategien. Ein Paradigmenwechsel ist notwendig, weg von „risk factor“- bzw. „individualistischen“ verhaltensorientierten Betrachtungsweisen bei der Entwicklung von Interventionen – hin zu einem Ansatz, der die Lebensverhältnisse als „risk environments“ ebenso stark betont.

Beispielhaft soll im Folgenden auf eine Risikoumgebung eingegangen werden, in der HIV- und Hepatitis-Infektionen sehr viel stärker verbreitet sind als außerhalb. Mit der Fokussierung und Reduktion der gesamten Aufmerksamkeit auf das HI-Virus seit Mitte der 80er Jahre ist das Infektionsrisiko für Hepatitiden in den Gefängnissen massiv unterschätzt worden. Doch gerade hier bestehen erhebliche Risiken einer schon als „gefängnistypisch“ zu bezeichnenden Verbreitung vor allem bei den ca. 10–20 000 dort einsitzenden i. v. Drogenkonsumenten. Gaube et al. [11] fanden in der Justizvollzugsanstalt (JVA) Wolfenbüttel eine 100- bis 200fach höhere Häufigkeit der Verbreitung der drei Hepatitiden A, B und C als in der Normalbevölkerung. Keppeler et al. [12] fanden bei einer Untersuchung in der niedersächsischen Justizvollzugsanstalt für Frauen in Vechta bei Drogen konsumierenden Frauen Infektionsraten von 78% für Hepatitis B und 74,8% für Hepatitis C. Darüber hinaus wurden während der Haftzeit in nicht unerheblichem Umfang Neuinfektionen festgestellt: Von den 41 serokonvertierten (= neuinfizierten) Patientinnen hatten sich 20 (48,8%) ihre Hepatitisinfektion während der Haft erworben [13].

Auch in anderen europäischen Strafvollzugseinrichtungen wird eine ähnlich hohe Verbreitung von Hepatitis B und C berichtet [18,19].

Auf das Infektionsgeschehen haben nur wenige Anstalten mit solchen Prophylaxemaßnahmen reagiert, die sich auch außerhalb als erfolgreich und effektiv bewährt haben. Die Vergabe von sterilen Einwegspritzen, Bleach-Verfahren oder Trainingsmodelle sind erst in wenigen Anstalten umgesetzt worden [14–17]. Beispielhaft erleben wir, wie das „risk environment“ Gefängnis unterschätzt oder vernachlässigt wird. Politische statt fachliche Argumente bestimmen die Diskussion um adäquate Reaktionen der Gesellschaft [20].³

Schließlich sollte darauf hingewirkt werden, Hepatitis-Infektions- und Erkrankungsrisiken in nationale Public-Health-Strategien einzubinden.

Literatur

- EMCDDA. Annual report on the state of the drugs problem in the European Union, Lissabon 1998
- Sapira JD, Jasinski DR, Gorodetzky CW. Liver disease in narcotic addicts. The role of the needle. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 1968; 9: 725–739 (6)
- Marcus U. 20 Jahre HIV-/AIDS-Epidemie in Deutschland. In: Marcus U (Hrsg). Glück gehabt? Zwei Jahrzehnte AIDS in Deutschland. Berlin, Wien: Blackwell 2000
- Wodak A. Hepatitis C. Waiting for the Grim Reaper. *MJA* 1997; 166–284
- Imbert E. L'Hépatite C. Une épidémie à contrôler. *Le nouveau centre de santé* 1998; 123
- Kools JP, Boerboom S, Viergever B. Hepatitis und Drogengebrauch – Vorbeugung und Gesundheitsratschläge. In: Heudtlass JH, Stöver H (Hrsg). Risiko mindern. Frankfurt: Fachhochschulverlag 2000; 281–293
- Scottish Centre for Infectious and Environmental Health Weekly Report. 2000; 34 (22)
- Crofts N. Statement on the 5th International Hepatitis C Conference. Amsterdam: Europäische Beobachtungs- und Dokumentationsstelle für Drogen und Drogensucht 2000
- Bornemann R. Varianten des Needle Sharing. In: Götz J (Hrsg). Der drogenabhängige Patient. München: Urban & Fischer 1999; 156–162
- Heudtlass JH. Safer use – Gesundheitstipps für Drogengebraucher. In: Heudtlass JH, Stöver H (Hrsg). Risiko mindern. Frankfurt: Fachhochschulverlag 2000; 98–147
- Gaube J, Feucht HH, Laufs R, Polywka S, Fingscheidt E, Müller HE. Hepatitis A, B und C als desmoterische Infektionen. *Gesundheitswesen* 1993; 55 (5): 246–249
- Keppeler K, Nolte F, Stöver H. Übertragungen von Infektionskrankheiten im Strafvollzug – Ergebnisse einer Untersuchung in der JVA für Frauen in Vechta. *Sucht* 1996; 2: 98–107
- Bornemann R, Stöver H. Schadensminderung. In: Fengler J (Hrsg). Handbuch der Suchtbehandlung. Landsberg: ecomed 2002; 468–477
- Stöver H. Healthy Prisons: Strategien der Gesundheitsförderung im Justizvollzug. Oldenburg: BIS-Verlag 2000
- Jacob J, Stöver H. Minimierung gesundheitlicher Risiken bei Drogenkonsum unter Haftbedingungen. Ein methodisch-didaktisches Arbeitsbuch für die Praxis im Strafvollzug. Oldenburg: BIS-Verlag 1998
- Stöver H, Trautmann F. Risk Reduction for Drug Users in Prisons. Utrecht: Trimbos Institute 2001

³ Wie sehr die Spritzenvergabe ideologisiert wird, zeigt die jüngste Maßnahme des neu gewählten Hamburger Mitte-Rechts-Senats, der die erfolgreiche Spritzenvergabe durch politischen Beschluss nach über 5-jähriger Laufzeit in den Justizvollzugsanstalten des Landes beendet hat.

- ¹⁷ Wedershoven C. Vermeidung von Neuinfektionen mit viraler Hepatitis bei Insassen einer Justizvollzugsanstalt – Impfung, Aufklärung und Stärkung protektiver Verhaltensweisen. Manuskript o.J. nicht veröffentlichte Quelle
- ¹⁸ Heinemann A, Püschel K. Pilotprojekt zur Infektionsprophylaxe für Drogenabhängige in der Anstalt des offenen Vollzugs in Vierlande (Anstalt XII) – Medizinische Begleitforschung. Hamburg: Institut für Rechtsmedizin, Universitätskrankenhaus Eppendorf 1998
- ¹⁹ Stöver H. Assistance to Drug Users in European Union Prisons. An Overview Study. Lisbon/Portugal: EMCDDA 2001
- ²⁰ Jacob J, Keppler K, Stöver H (Hrsg). LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe, AIDS-Forum DAH 2001; Band 42, Teil 1 + 2
www.hepfinder.de
www.health.gov.au
www.fixpunkt.org