



WHO

REGIONALBÜRO FÜR EUROPA

GLOBALES AIDS-PROGRAMM
und
PROGRAMM MISSBRAUCH
PSYCHOTROPER SUBSTANZEN

EUR/ICP/GPA 136
0317g
ORIGINAL: DEUTSCH
ONLY

44660

DISTRIBUTION OF STERILE SYRINGES

VERGABE VON STERILEM SPRITZBESTECK AN DROGENABHÄNGIGE ZUR HIV/AIDS-PRÄVENTION

Ergebnisse und Empfehlungen einer Studie

zusammengestellt von
Heino Stöver



Bremen
11.-12. November 1991

SCHERFIGSVEJ 8
DK-2100 KOPENHAGEN Ø
DÄNEMARK

TEL.: (45) 39 17 17 17
TELEFAX: (45) 31 18 11 20
TELEX: 15348

1992

EUR/GFA-ZIEL 4 und 17

Diese Studie wurde im Auftrag des WHO-Regionalbüros für Europa durchgeführt. Damit sollen die Bemühungen gefördert werden, die das Ziel „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ haben, insbesondere Einzelziel 4 und 17.^a

ZIEL 4

CHRONISCHE ERKRANKUNGEN

Bis zum Jahr 2000 sollten sich Morbidität und Behinderungen aufgrund chronischer Krankheiten in der Region anhaltend rückläufig entwickeln.

ZIEL 17

TABAK, ALKOHOL UND PSYCHOTROPE SUBSTANZEN

Bis zum Jahr 2000 sollte der gesundheits-schädigende Konsum Abhängigkeit bewirkender Stoffe wie Alkohol, Tabak und psychotroper Substanzen in allen Mitgliedstaaten erheblich zurückgegangen sein.

Schlüsselwörter

ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY
SYNDROME – prevent/control
HIV INFECTIONS – prevent/control
SUBSTANCE ABUSE
SYRINGES
EUROPE

Alle Rechte an diesem Dokument liegen beim WHO-Regionalbüro für Europa. Das Dokument darf jedoch außer zu Verkaufszwecken oder in anderem kommerziellen Zusammenhang ohne vorherige Genehmigung rezensiert, in Auszügen gebracht, vervielfältigt oder übersetzt werden. Die in dem Dokument zum Ausdruck gebrachten Ansichten geben ausschließlich die Meinung der namentlich angeführten Autoren wieder. Für ein Exemplar von eventuellen Übersetzungen wäre das Regionalbüro dankbar.

^a Aktualisierung der europäischen GFA-Ziele. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1991 (Dokument EUR/RC41/Inf.Doc./1 Rev.1).

INHALT

	<u>Seite</u>
Einleitung	1
Ergebnisse	2
Empfehlungen	6
Anhang 1: Teilnehmerliste	11



Einleitung

Sowohl in Europa als auch in anderen Teilen der Welt spielt Drogengebrauch eine zunehmend wichtige Rolle in der AIDS-Epidemie. Eine der möglichen Strategien zur Vorbeugung gegen die Verbreitung des Virus unter Drogengebern besteht darin, die Zugänglichkeit zu sterilen Nadeln und Spritzen sicherzustellen, um das Risiko der gemeinsamen Benutzung von kontaminiertem Spritzbesteck zu reduzieren.

1990 wurde im Auftrag des WHO-Regionalbüros für Europa eine Studie mit dem Ziel durchgeführt, die unterschiedlichen Prinzipien und Praktiken der Spritzen- und Kanülenabgabe in 18 ausgewählten Ländern der WHO-Region Europa vor dem Hintergrund der Prävalenz und Inzidenz von HIV und AIDS unter Drogengebern zu untersuchen. Unter Einbezug der rechtlichen sowie drogen- und AIDS-politischen Strategien, geht es vor allem um die konkrete Praxis der verschiedenen Spritzenabgabe- und Spritzenumtauschmodelle in diesen Ländern. Hier sollen auch die fachlichen, rechtlichen und politischen Kontroversen über die Wirksamkeit und Angemessenheit bestimmter Praktiken aufgezeigt werden. Die Erfahrungen und - sofern sie vorliegen - Ergebnisse wissenschaftlicher Evaluationen dieser Modelle sollten dazu dienen, Empfehlungen für eine effektive HIV/AIDS-Prävention für Drogengebern zu entwickeln. Das methodische Vorgehen bestand in der Verwendung eines Fragebogens, Literatur- und Zeitungsauswertung und persönlicher Kommunikationen mit Experten.

Der Fragebogen wurde an ausgewählte "Schlüsselpersonen" (Wissenschaftler, Experten in Gesundheits, Justiz- und Sozialressorts etc.) in 18 Ländern verschickt.

Für 8 Länder konnten nur sehr unvollständige Informationen erhoben werden, so daß nur für 10 Länder (Bundesrepublik Deutschland, Dänemark, Frankreich, Großbritannien, Italien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Schweden, Schweiz) umfangreiche Berichte erstellt werden konnten. Die Gründe dafür lagen neben sprachlichen Problemen zum Teil am politischen Veränderungsprozeß in einigen Ländern, zum Teil an der Abwesenheit von AIDS-Erkrankungen unter Drogenkonsumenten.

Der vollständige Bericht zu dieser Studie ist als nicht-redigiertes Abteilungsdocument vom WHO-Regionalbüro Europa erhältlich (Vergabe von sterilem Spritzbesteck an Drogenabhängige. Untersuchung über die Praxis und Politik der Vergabe von sterilem Spritzbesteck an Drogenabhängige zur HIV/AIDS-Prävention in einer ausgewählten Zahl von Mitgliedstaaten der Europäischen Region. Stöver, H.; Schuller, K., Kopenhagen, Oktober 1991).

Die Ergebnisse dieser Studie und die vorsichtigen Empfehlungen wurden in einer Arbeitsgruppe von Wissenschaftlern, Politikberatern und Verwaltungsbeamten aus verschiedenen Teilen der Europäischen Region im November 1991 in Bremen erörtert (s. Anhang 1, Teilnehmerliste).

Wir bedanken uns bei allen, die an dieser Untersuchung durch die Bearbeitung des umfangreichen Fragebogens oder durch ausführliche Informationen mitgewirkt haben. Wir möchten auch den Teilnehmern des Expertentreffens unsere Dankbarkeit ausdrücken. Für Anregungen danken wir auch den Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats dieser Studie: Dr. J. Zenker (Hauptgesundheitsamt, Bremen), Prof. Dr. St. Quensel (Universität Bremen), F. Buscher (Senator für

Gesundheit, Bremen). Schließlich gilt unser Dank Herrn Cees Goos vom WHO-Regionalbüro für Europa in Kopenhagen, der diese Studie angeregt und mit der Vermittlung von Kontakten, Vergabe von Material und fruchtbaren Diskussionen betreut hat.

Ergebnisse

1. Rechtliche Bedingungen

Die rechtlichen Bedingungen einer Spritzenvergabe sind in Europa sehr unterschiedlich: in einigen Ländern hat es nie rechtlich-administrative Einschränkungen gegeben, in anderen Ländern bestanden bis weit in die 80er Jahre hinein unterschiedlichste rechtliche Restriktionen, die einer adäquaten AIDS-Prävention für die Gruppe der Drogenabhängigen im Wege standen. In einem Land (Schweden) ist die Spritzenabgabe an Drogengebraucher weiterhin strafbar, mit Ausnahme eines experimentellen Projekts. Zum Teil existieren innerhalb eines Landes Verbot und legale Zugänglichkeit nebeneinander.

Trotz grundsätzlicher legaler Vergabemöglichkeit, kommt es in mehreren Ländern zu rechtlichen Konflikten, d.h. zu unterschiedlichen Interpretationen geltenden Rechts, oder - in föderativen Staaten - zu Konflikten von Bundes- und Länderbestimmungen.

Gleichwohl ist - als Reaktion auf die wachsende Verbreitung der HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung unter Drogengebrauchern - die Tendenz zu verzeichnen, durch rechtliche Klarstellungen und Konkretisierungen, rechtliche Unsicherheiten und Hindernisse bei der Spritzenvergabe zu beseitigen.

2. Fachliche und ethische Bedenken

Neben den rechtlichen Restriktionen der Spritzenvergabe gab und gibt es in mehreren Ländern auch fachliche Bedenken und Vorbehalte gegenüber dieser Form der AIDS-Prävention: die traditionelle, abstinenzorientierte Drogenarbeit hat sehr zurückhaltend auf die Herausforderung AIDS reagiert. Die Vergabe von Spritzen schien widersprüchlich zu den auf Drogenfreiheit angelegten Beratungs- und Behandlungsangeboten zu sein und in die Nähe einer "Komplizenschaft mit der Sucht" zu geraten. Auch wurden Bedenken hinsichtlich einer möglichen Ausweitung des Drogenkonsums bzw. des intravenösen Drogenkonsums und der Gefährdung Dritter durch weggeworfene Spritzen geäußert.

Diese Bedenken haben sich jedoch - gemessen an der Notwendigkeit HIV-präventiver Arbeit - als nachrangig bzw. unbegründet erwiesen:

- die Zurverfügungstellung von sterilem Spritzbesteck wurde in den untersuchten Ländern nicht in einen ursächlichen Zusammenhang mit einer möglichen Ausweitung des intravenösen Drogenkonsums gebracht. Die freie Vergabe von sterilem Spritzbesteck wurde überwiegend nicht als Zeichen einer gesellschaftlichen Billigung bzw. Ermutigung des intravenösen Drogengebrauchs interpretiert, sondern eher als gesundheitlich notwendige Maßnahme der HIV/AIDS-Prävention.
- Spritzenvergabe führt nicht zu einer Entwertung drogenfreier Angebote. Spritzenumtauschprojekte haben im Gegenteil zu einer größeren Reichweite der Drogenhilfe und zu ihrer Differenzierung geführt, weil sie in der

Lage sind, erfolgreich neue, bislang nicht bekannte Klienten zu erreichen und somit HIV-präventive Botschaften und gesundheitsfördernde Angebote vermitteln zu können.

- Hinsichtlich der Gefährdungsminimierung der Allgemeinbevölkerung konnten effektive Spritzen-Entsorgungsmodelle entworfen werden; Nadelstichverletzungen in der Allgemeinbevölkerung sind äußerst selten. Gleichwohl werden unterschiedliche Vergabeprojekte in der Öffentlichkeit sehr kontrovers am Beispiel weggeworfener Spritzen diskutiert. Eine mangelnde Akzeptanz solcher Projekte in der Bevölkerung bezieht sich vor allem auf Infektionsängste durch weggeworfene Spritzen.

Fachliche, ökonomische, ethische oder kulturelle Bedenken existieren zum Teil auch nach längerer Laufzeit und rechtlicher Unbedenklichkeit bestimmter Projekte in den einzelnen Ländern. Diese Bedenken in der konkreten Vergabepraxis vor Ort können nationale Bemühungen um eine effektive Spritzenvergabepolitik behindern.

Weiterhin ungeklärt ist die Frage, in welchem Maß die Verbreitung des HI-Virus innerhalb dieser Gruppe durch sexuelle Transmission stattfindet.

3. Ziele und Einführung von Spritzenumtauschprojekten

In mehreren Ländern waren etwa ab Mitte der 80er Jahre kleine Initiativen und betroffenenah arbeitende Vereine mit dem Ziel bemüht, durch pragmatische und unkonventionelle AIDS-präventive Aktivitäten (vor allem Spritzenumtauschprojekte), zusätzliche, irreversible Gesundheitsschäden für die Drogengebraucher zu vermeiden. Das zentrale Ziel war, einer weiteren Ausbreitung von HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen unter Drogengebrauchern entgegenzuwirken.

In einigen Ländern sind diese AIDS-präventiven Bemühungen zunächst von Gesundheitsdiensten (z.B. Niederlande) oder von freien Trägern der Drogenhilfe (z.B. Deutschland) übernommen und professionalisiert worden. In anderen Ländern sind Spritzenvergabe-Modelle von staatlichen Gesundheitsdiensten begonnen und seit Mitte der 80er Jahre beständig ausgebaut worden (Großbritannien). Die Kooperation mit Apotheken, die in fast allen Ländern traditionellerweise Spritzen verkaufen, scheint eine sinnvolle Ergänzung staatlicher und privater Spritzenvergabe bzw. Spritzenaustauschprogramme darzustellen. Dort wo eine Spritzenabgabe allein über Apotheken gefördert wird (Frankreich), kann eine hohe Reichweite der Zielgruppe erreicht werden.

Ebenso scheint die Einbindung Betroffener in Spritzenumtauschprojekte im Hinblick auf eine glaubwürdige Übermittlung HIV-präventiver Botschaften aufgrund authentischer Erfahrungen sinnvoll zu sein.

4. Formen der Zugänglichkeit

Die Formen der Zugänglichkeit zu sterilen Spritzen und Kanülen sind sowohl in den einzelnen untersuchten Ländern als auch innerhalb einiger Länder recht unterschiedlich. Steriles Spritzbesteck ist erhältlich:

- ausschließlich in Apotheken (z.T. nur gegen Vorlage eines Rezeptes, z.T. ausdrücklich nicht für Drogengebraucher),
- in Apotheken und medizinischen Warenhäusern (frei erhältlich),

- in allgemeinen Warenhäusern (frei erhältlich),
- in besonderen Spritzenaustausch- und Vergabeprogrammen der AIDS- und Drogenhilfe oder der allgemeinen Gesundheitsdienste, in denen die Rückgabe gebrauchter Spritzen entweder als unverbindliche Aufforderung oder als unverzichtbare Voraussetzung betrachtet wird,
- in Spritzen- bzw. Spritzenaustauschautomaten (gegen Geld oder gegen Einwurf gebrauchter Spritzen).

In einigen Ländern existieren mehrere Formen der Zugänglichkeit nebeneinander, z.T. als bewußt ergänzende Angebote an einem Ort oder in einer Region.

In verschiedenen osteuropäischen Ländern besteht im gesamten Gesundheitssystem ein genereller Mangel an sterilen Spritzen und Kanülen. Vor dem Hintergrund allgemein ungenügender Ressourcen für den Gesundheitsdienst schafft die vorrangige Abgabe sterilen Spritzbestecks an spezielle Gruppen - hier Drogenabhängige - besondere ethische Probleme und bedeutet die Notwendigkeit der Legitimation und Vermittlung dieser Form der AIDS-Prävention.

5. Versorgungssituation

Auch in Ländern, in denen ein ungehinderter Zugang zu sterilem Spritzbesteck möglich ist, erfolgt oft keine flächendeckende Versorgung mit sterilen Spritzen. Die Gründe dafür sind, daß berufsethische oder rechtliche Bedenken konsequentere Ansätze blockieren. Eine unzureichende Versorgungssituation zeigt sich auch oft dort, wo den Apotheken die alleinige Verantwortung für die Spritzenvergabe aufgebürdet wird. Apotheker lehnen häufig - auch in den Zentren des Drogenkonsums - einen Verkauf ab, oder verweigern ihn während der Nacht- bzw. Notdienstzeiten, da sie eine weitergehende Versorgungsleistung als Überforderung ansehen.

Spritzenumtauschprojekte der Gesundheitsdienste oder der Drogen- und AIDS-Hilfen haben oft nur eine symbolische Bedeutung, was die Zahlen der Spritzenabgabe und ihre Öffnungszeiten anbelangt.

6. Bedingungen einer Nutzung

Standortsituation (Nähe zur Drogenszene, Erreichbarkeit der Spritzenabgabe-Angebote) und konkrete Ausgestaltung der Spritzenaustauschangebote (Öffnungszeiten, Tausch oder Abgabe, Sortiment der Spritzen, ergänzende materielle Hilfen, personelle Besetzung) haben einen starken Einfluß auf die Nutzung des Angebots durch Drogengebraucher.

7. Einbindung der Spritzenvergabe in verschiedene niedrighschwellige Angebote der Drogen- und AIDS-Hilfe

Die Einbindung von Spritzenumtauschangeboten in andere niedrighschwellige Angebote (etwa Wohn- bzw. Übernachtungsprojekt, Kontaktläden, streetwork) oder die Integration in andere Einrichtungen, die mit Drogenabhängigen Kontakt haben (Polizei, Gesundheitsdienste) trägt zu einer Dezentralisierung und Normalisierung dieses Angebots bei.

8. Evaluation der Spritzenprojekte

Ein Zusammenhang zwischen der Existenz von Programmen, die eine leichtere Zugänglichkeit zu sterilem Spritzbesteck zum Ziel haben und einer Zunahme des (i.v.) Drogenkonsums ist in keiner uns bekannten Studie nachgewiesen worden. Städte mit sehr gut ausgebauten Spritzentauschprojekten, die hohe Umtauschzahlen aufweisen (z.B. Amsterdam), haben durch Analyse diverser Registrierungssysteme festgestellt, daß die Zahl der Drogenkonsumenten nicht ansteigt.

Umgekehrt läßt sich dort keine Verringerung des i.v. Drogenkonsums nachweisen, wo die Spritzenabgabe verboten oder das Spritzenangebot verknappt wurde (z.B. durch Beschlagnahmepolitik der Polizei).

Evaluationen der Spritzenabgabeprojekte (vor allem in den Niederlanden, in Frankreich und Großbritannien) deuten auf einen Zusammenhang zwischen freier Zugänglichkeit zu sterilem Spritzbesteck und risikobewußtem Spritzverhalten (etwa Verzicht auf Gemeinsamgebrauch benutzter Spritzen, Verringerung oder Aufgabe des intravenösen Drogengebrauchs) hin.

Eine Spritzenvergabe hilft somit Drogengebrauchern, risikoarme Drogengebrauchsmuster aufzunehmen oder solche beizubehalten. Damit wird dazu beigetragen, daß HIV/HEV-Prävalenzraten unter i.v. Drogengebrauchern nicht weiter steigen.

9. Bleach und Alternativen zur Spritzenvergabe

Die Verwendung von bleach (d.h. chlorhaltiger Haushaltsbleiche) zur chemischen Desinfektion oder anderer Alternativen zur Spritzenreinigung (thermische Desinfektion) ist in einigen Ländern (Großbritannien, Niederlande, Dänemark) zum integralen Bestandteil der HIV/AIDS-Präventionsstrategie gemacht worden. Hier bildet der Einbezug von bleach seit einigen Jahren eine komplementäre und offensiv vertretene Strategie innerhalb der HIV/AIDS-Prävention.

In den meisten anderen untersuchten Ländern haben Desinfektionsmittel mit entsprechenden Hinweisen oder Schulungsprogrammen zu deren wirksamen Anwendung jedoch keinen Eingang in die HIV/AIDS-Prävention gefunden.

In einigen Ländern gibt es seit kurzem Bestrebungen, die Verwendung von Desinfektionsmittel als zur Spritzenvergabe zusätzliche Alternative in die HIV-Präventionsstrategie miteinzubeziehen (z.B. Experiment in Amsterdam, Niederlande).

10. HIV/AIDS-Prävention im Strafvollzug

In keinem untersuchten Land findet eine HIV/AIDS-Prävention in Form einer Vergabe von sterilen Spritzen und Kanülen in den Strafanstalten statt. Dies, obwohl davon ausgegangen wird, daß in den meisten Strafanstalten der mehr oder minder regelmäßige intravenöse Drogengebrauch eine Realität für einen Teil der Gefangenen darstellt. Zudem findet dort der intravenöse Gebrauch von Drogen unter oft unhygienischen Bedingungen statt. Die Verbreitung der HIV-Infektion dürfte unterschiedlichen Untersuchungen zufolge in den Strafanstalten den gleichen Umfang angenommen haben wie außerhalb.

Wiederholt wurde in mehreren Ländern von Fachleuten, Fachgremien und Praktikern der Drogen- und AIDS-Hilfe eine Vergabe von Spritzbesteck gefordert - bislang ohne Erfolg. Beispielhaft ist die Situation in der Bundesrepublik:

obwohl sich die AIDS-Enquete-Kommission des Deutschen Bundestags mehrheitlich für eine Spritzenvergabe im Strafvollzug eingesetzt hat und rechtliche Hindernisse nicht existieren, stehen vollzugspolitische Bedenken dieser Form der HIV/AIDS-Prävention im Wege. Befürchtet wird, durch eine Spritzenvergabe ein Signal zu setzen, das als Drogenlegalisierung bei Anstaltsbediensteten und -insassen gleichermaßen mißverstanden werden könnte. Es existieren auch Berichte, nach denen (kontaminierte) Spritzen als Waffen gegen Bedienstete der Strafanstalten eingesetzt wurden. Schließlich wird von einigen Experten auch ein Anstieg des "needle sharing" (d.h. gemeinsame Benutzung gebrauchter Spritzen und Kanülen) innerhalb des Strafvollzugs befürchtet.

Obwohl eine medizinische Versorgung und Gesundheitsförderung als grundlegende Rechte auch der Menschen im Strafvollzug postuliert werden, bleiben Gefangene von Schutzmöglichkeiten bezüglich der HIV-Infektion nach wie vor ausgeschlossen.

Auch Desinfektionsmittel (bleach), mit deren Hilfe gebrauchte Spritzen gereinigt werden könnten oder andere Mittel der Infektionsprophylaxe werden in fast allen Strafanstalten nicht als eine alternative AIDS-Präventionsstrategie entwickelt oder praktisch umgesetzt.

In einigen Ländern sind Aufklärungs- und Informationsprojekte in den Strafanstalten initiiert worden.

Empfehlungen

1. Drogengebraucher sind in vielen europäischen Ländern in hohem Maße von der HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung betroffen. In einigen Ländern stellen sie die von AIDS am stärksten betroffene Gruppe. HIV-Transmissionswege für intravenös applizierende Drogengebraucher bestehen im anfangs stark unterschätzten ungeschützten Sexualkontakt, der Mutter-Kind-Übertragung und in der Gemeinsambenutzung gebrauchter Spritzen ("needle-sharing"). Weitere HIV-Übertragungsrisiken bestehen für sie in Techniken des Drogenteilens ("drug sharing") und der Gemeinsambenutzung infektiöser Drogen bzw. weiterer Spritzenutensilien (Löffel, Filter, Wasser).

Innerhalb dieser Studie ging es vordringlich um die Vergabe von sterilen Spritzen, die in der HIV/AIDS-Prävention einen zentralen Stellenwert besitzt. Auch effektive Formen der Desinfektion gebrauchter Spritzen und adäquate Entsorgungsmodelle für gebrauchtes Spritzbesteck können HIV-Infektionsrisiken für die Drogengebraucher selbst und die allgemeine Öffentlichkeit reduzieren.

2. Die Verfügbarkeit steriler Spritzen (instrumentelle Ebene) in Verbindung mit kommunikativen Methoden (personale Ebene) sind wesentliche Elemente einer effektiven HIV/AIDS-Prävention. Beide Elemente zusammen können stabile Verhaltensänderungen (Aufgabe oder Reduktion des intravenösen Drogengebrauchs, Verwendung ausschließlich steriler Spritzen, adäquate Techniken des Drogenteilens) bei Drogengebern bewirken.

Dabei kann keine lineare Verbindung zwischen Art und Umfang der AIDS-präventiven Maßnahmen und HIV-Prävalenzraten hergestellt werden. Die Verbreitung von HIV und AIDS innerhalb eines Landes ist von einer Vielzahl verschiedener Faktoren abhängig (Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens des HI-Virus, Eindringen des HI-Virus in die Population der Drogengebraucher, subkulturelle und ethnische Besonderheiten des Drogengebrauchs).

Hingegen deuten einige Studien darauf hin, daß für Drogengebraucher, die unter repressiven Bedingungen (z.B. im Strafvollzug) oder in belastenden sozialen Verhältnissen leben (Prostitution), ein erhöhtes HIV-Infektionsrisiko festgestellt werden kann.

3. Es lassen sich keine epidemiologischen Belege dafür finden, daß eine leichte Verfügbarkeit von sterilen Spritzen zu einer Ausbreitung des intravenösen Drogenkonsums führt. Umgekehrt läßt sich dort keine Verringerung des intravenösen Drogenkonsums nachweisen, wo die Spritzenabgabe verboten oder das Spritzenangebot verknappt wurde.

4. Eine effektive und lebensstilbezogene AIDS-Prävention für Drogengebraucher muß eine abgestufte, sichere und realistische Empfehlungsskala zur Vermeidung einer HIV-Infektion entwickeln:

a) Die Beendigung des intravenösen Drogengebrauchs wäre die weitreichendste Verhaltensänderung in bezug auf eine HIV-Infektion. Dieses Ziel ist für viele i.v. Drogengebraucher sehr weitgesteckt, deshalb muß nach "next-best solutions" gesucht werden:

b) Die Wahl anderer Applikationsformen (für Heroin etwa: Schnupfen, Inhalieren, Rauchen). Allerdings sind hierfür wenig generalisierbare Erfahrungen vorhanden, um zu klaren Empfehlungen zu kommen. Es wären experimentelle Programme (z.B. auch mit dem "transdermalen System" der Opiatzuführung) nötig, um klare Empfehlungen aussprechen zu können.

c) Die Verwendung jeweils steriler Spritzen für jede Injektion bedeutet auch, auf Spritzen- und Nadeltausch, sowie den Gemeinsamegebrauch von Spritzenutensilien (Löffel, Filter, Wasser) zu verzichten.

d) Ist keine sterile Spritze vorhanden, sollten effiziente Methoden der (chemischen oder thermischen) Desinfektion gebrauchter Spritzen angewandt werden. Unabhängig von der Existenz von Spritzenvergabeprogrammen sollten aus HIV/AIDS-präventiven Gründen, Strategien der Wissensvermittlung für Drogengebraucher im sicheren Umgang mit Desinfektionsmitteln entwickelt werden. Risikoreiche Situationen, in denen zwar die Droge vorhanden, nicht aber eine Spritze verfügbar ist, könnten mit dem Einsatz von bleach überbrückt werden. Hier bedarf es weiterer klarstellender Hinweise, welche verfügbaren Desinfektionsmittel, in welcher Form angewandt, zu einer effektiven Hygiene führen.

Bei der Einbeziehung von Desinfektionsmitteln als komplementärer Strategie der HIV-Prävention, sollten Erfahrungen mit Desinfektionsmitteln aus den USA, vor allem jedoch aus Ländern, in denen zusätzlich zur Spritzenabgabe Desinfektionsmittel vergeben und Desinfektionstechniken vermittelt werden, berücksichtigt werden.

e) Bestimmte Formen des Drogenkonsums beinhalten jedoch trotz Verwendung steriler Spritzen oder Desinfektionsmittel HIV-Infektionsrisiken: In Polen etwa ist die Selbstherstellung einer Opiumflüssigkeit (Kompot) verbreitet, die selbst aufgrund von Entnahmen mit HIV-kontaminierten Spritzen, HIV-infiziert sein kann.

5. Eine effektive Spritzenabgabepolitik sollte folgende Kriterien erfüllen:

a) Eine Zugänglichkeit zu sterilen Spritzen und Kanülen sollte nicht behindert werden und möglichst 24-Stunden gewährleistet sein, um auch in Nacht- und Wochenendzeiten Notsituationen zu vermeiden helfen.

b) Die Abgabe sollte dezentral erfolgen, um eine möglichst hohe Reichweite zu erzielen. Eine dezentrale Abgabe kann eher eine künstliche Szenebildung aufgrund nur einer zentralen Abgabe- bzw. Tauschstelle, mit entsprechenden Konflikten in der Nachbarschaft, verhindern.

c) Es sollte ein leichter Zugang zu sterilen, szeneüblichen Spritzen im Rahmen "benutzerfreundlicher" ("user-friendly") Angebote ermöglicht werden. Der Preis auch kleiner Einheiten sollte günstig sein. Die Einbindung der Spritzenvergabe bzw. des Spritzentauschs in niedrighschwellige ("low-threshold") Angebote, die die konkreten Bedürfnisse der Drogengebraucher kennen, ist sinnvoll.

d) Die Spritzenabgabe sollte mit weiteren medizinischen und sozialen Hilfen verknüpft werden, die neben existentiellen Bedürfnissen (Wohnen, Essen) auch Informationen über Risiken des intravenösen Drogengebrauchs, Beratung und Betreuung umfassen. Spritzenabgabemodelle könnten um Angebote zur Verhütung der sexuellen HIV-Transmission (Kondomvergabe) ergänzt werden. Es erscheint sinnvoll, Spritzenabgabe innerhalb gesundheitsfördernder Angebote zu organisieren, die auch eine ambulante Wundversorgung, Abgabe von Alkoholtupfern, sterilem Wasser, gewebtsbindenden Salben beinhalten. Möglich erscheint dies auch in sogenannten Fixerräumen, in denen neben Spritzenumtausch eine hygienische und risikobewußte Injektion stattfinden kann.

e) Eine angemessene Entsorgung gebrauchter Spritzen reduziert Infektionsängste und Infektionsgefahren durch weggeworfene Spritzen und Kanülen. Eine effektive Entsorgung ist eine wichtige Voraussetzung für die Akzeptanz von Spritzenabgabeprojekten durch die Nachbarschaft und Öffentlichkeit. Diese Projekte sollten nicht nur Kriterien der Sozial- sondern auch der Umweltverträglichkeit erfüllen: weggeworfene Spritzen stellen in vielen Zentren des Drogengebrauchs ein Müllproblem dar.

f) In den Ländern, in denen im gesamten Gesundheitssystem ein allgemeiner Mangel an sterilen Einwegspritzen und Kanülen besteht und die Priorisierung der Spritzenabgabe an nur eine bestimmte Gruppe ethische Probleme bereitet, sollten Strategien der chemischen und/oder thermischen Desinfektion entwickelt und vermittelt werden, so daß die Spritzendesinfektion zu einem integralen Bestandteil des intravenösen Drogengebrauchs werden kann.

6. Diese Kriterien für eine effektive Spritzenabgabepolitik sollten innerhalb mehrerer, sich ergänzender Modalitäten erfüllt werden. Es ist wichtig, daß die Arbeit der Spritzenvergabeprojekte ebenfalls von der Justiz und Exekutive, aber auch von der allgemeinen Bevölkerung akzeptiert wird. Vor- und Nachteile bestimmter Modalitäten werden im folgenden kurz angesprochen:

a) Allgemeines Warenhaus (Supermarkt), Kiosk. Eine breite Versorgung ist gewährleistet - allerdings ohne professionelles Hintergrundwissen und angemessene Entsorgung.

b) Apotheke. Die Apotheken stellen das verbreitetste Versorgungsnetz dar. Hier kann eine dezentrale, leicht erreichbare Abgabe stattfinden, die zudem von vielen Drogengebrauchern als ausreichend anonym erlebt wird. Eine Entsorgung kann über bestimmte technische Voraussetzungen (Spritzen-Container) gewährleistet werden. Möglicherweise können über Subventionen Anreize für eine preisgünstige oder kostenlose Spritzenabgabe und die Entsorgung gebrauchter Spritzen geschaffen werden.

c) Medizinisches Warenhaus. In mehreren Ländern existieren medizinische Warenhäuser, in denen Spritzen und Kanülen en gros und damit zu erheblich günstigeren Preisen erhältlich sind.

d) Spritzenaustausch- oder Abgabeprojekte innerhalb von Drogen- und AIDS-Beratungsstellen. Der Vorteil liegt darin, über Spritzenumtauschangebote in persönlichen Kontakt zu (möglicherweise bis dahin nicht bekannten) Drogengebrauchern zu kommen. Dies bietet Chancen für eine personale Vermittlung HIV-präventiver Botschaften (siehe 7.). Schließlich können auch Inhalte der "harm-reduction" und der Drogenprävention allgemein vermittelt werden.

Über den Spritzenumtausch kann eine sachgerechte Entsorgung der Spritzen ebenso stattfinden, wie eine Bewußtmachung des Problems weggeworfenen Spritzbestecks. Allerdings haben diese Angebote oft nur begrenzte Öffnungszeiten.

e) Mobile Drogenarbeit, streetwork. Über Sozialarbeiter kann eine dezentrale Vergabe vor allem in urbanen Milieus stattfinden, mit dem Vorteil einer personalen Kommunikationsmöglichkeit über HIV-Prävention und risikoarmen Drogengebrauch.

f) Spritzenumtausch in Obdachlosenasylen und Notunterkünften. Diese Form bietet Vorteile, weil ein unmittelbarer Kontakt zu möglicherweise sonst schwer zu erreichenden Drogengebrauchern besteht.

g) Eine Spritzenvergabe über Automaten bietet den Vorteil einer öffentlichen, anonymen 24-Stunden-Zugänglichkeit zu sterilen Spritzen. Ein Problem stellt allerdings die nicht geregelte Entsorgung gebrauchter Spritzen dar. Eine Lösung bieten sogenannte Spritzenaustauschautomaten, die ein steriles Spritzbesteck nur ausgeben, wenn ein gebrauchtes eingeworfen wird.

h) HIV-Prävention im Strafvollzug. Ein intravenöser Drogengebrauch findet in den meisten Strafanstalten statt. Damit besteht eine sehr große Gefahr von HIV-Infektionen. Grundsätzlich sollten auch jedem drogenabhängigen Gefangenen die gesellschaftlich akzeptierten und in der Praxis angebotenen Schutzmöglichkeiten vor einer HIV-Infektion zur Verfügung stehen. Auch im Strafvollzug läßt sich ein abgestuftes Modell zur HIV-Prävention aufstellen:

- Maßnahmen zur Verminderung der Zahl der i.v. Drogenkonsumenten im Strafvollzug,
- Maßnahmen zur Verhinderung des illegalen Drogenkonsums im Gefängnis, (Methadon- oder Drogenfreiheitsprogramme),
- Information der inhaftierten Drogenkonsumenten über HIV-Infektionsrisiken,
- Vermeidung intravenöser Applikationsformen,
- Infektionsverhütung durch Bereitstellung von Mitteln zur (chemischen oder thermischen) Desinfektion gebrauchter Spritzen,
- Infektionsverhütung durch Vergabe steriler Spritzen und Kanülen.

Allerdings werden bislang keine Modelle der Infektionsverhütung im Strafvollzug praktiziert (mit Ausnahme zweier untersuchter Länder, in denen in einzelnen Strafanstalten Desinfektionsmittel an drogenabhängige Gefangene verteilt werden). Es ist angesichts der hohen HIV-Infektionsgefahr im Strafvollzug jedoch nötig, Konzepte effektiver HIV-Infektionsverhütung zu entwickeln, die möglichst rasch in die Praxis umgesetzt werden können.

7. Innerhalb der Drogen- und AIDS-Beratungsstellen können über persönliche Gespräche vertrauensvolle Beziehungen entstehen, die es ermöglichen, weitgehend tabuisierte Lebensbereiche, in denen hohe Übertragungsrisiken bestehen, zu besprechen. Innerhalb von Beratungsstellen mit Spritzenabgabeangeboten können im persönlichen Gespräch Verhaltensänderungen initiiert und aufrechterhalten werden. Gerade die Stabilisierung von Verhaltensänderungen scheint insbesondere vor resignativem Hintergrund eine besonders wichtige Aufgabe zu sein; die Compliance ist nicht nur eine Frage der Information sondern auch der Motivation.

Informations- und Kommunikationsangebote sollten die Kompetenz von peer groups und Betroffenen einbeziehen: die Authentizität und Glaubwürdigkeit ihrer Erfahrungen spielt in der Übermittlung HIV-präventiver Botschaften von "safer-use" und "safer-sex" eine wichtige Rolle.

Betroffene oder ehemalige Drogengebraucher können auch in der Schulung von professionellen Mitarbeitern eine wichtige Aufgabe erfüllen.

Drogen- und AIDS-Beratungsstellen sind Schnittstellen zwischen ambulanten Beratungs- und Betreuungsangeboten und weiterführenden Hilfen, die drogenfrei orientiert sind oder auf der Basis von Substitutionsprogrammen arbeiten.

Anhang 1

TEILNEHMERLISTE

BERATER AUF ZEIT

Dr. W. Heckmann

Bundesgesundheitsamt, AIDS-Zentrum Berlin, Berlin, Bundesrepublik
Deutschland

J. Sieroslowski

Sociologist, Institute of Psychiatry and Neurology, Warschau, Polen

Professor A. Springer

Direktor, Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung, Wien, Österreich

H. Stöver

Universität Bremen, Bremen, Bundesrepublik Deutschland

Professor A. Uchtenhagen

Sozialpsychiatrischer Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik
Zürich, Zürich, Schweiz

WELTGESUNDHEITSORGANISATION

Regionalbüro für Europa

C. Goos

Regionalbeauftragter, Mißbrauch psychotroper Substanzen