

## HIV/AIDS bei IDU

(Auszug aus R. Bornemann (2003): Gesundheitswissenschaftliche Perspektiven bei i.v.-Drogenkonsumenten in Deutschland: Epidemiologische Methoden und Datenlage des Konsums sowie assoziierter Infektionserkrankungen, Kap. 6, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Univ. Bielefeld, © Karoi-Verlag Bielefeld)

Die Infektion mit dem Humanen Immundefizienzvirus (Human Immunodeficiency Virus / HIV) bzw. die daraus hervorgehende Krankheit des Erworbenen Immundefizienzsyndroms („acquired immune deficiency syndrome“ / AIDS) ist die wohl schwerste mit IDU assoziierte Infektionskrankheit. Schon sehr früh mit dem Ausbruch der Pandemie wurde deutlich, dass IDU zu den Hauptbetroffenen von HIV/AIDS gehörten. Dies galt bereits zu Beginn der 80er Jahre nicht nur für die USA, sondern auch für Europa, wie der Verfasser 1988 in einer umfangreichen Übersichtsarbeit zu HIV/AIDS bei IDU in Europa 1982-1987 beschrieb [BORNEMANN ET AL. 1988]. Auch in Deutschland wurde bereits 1982 das Eindringen von HIV in die Drogenszene beobachtet; der früheste Nachweis gelang nachträglich aus einem 1982 von einer Berliner IDU asservierten Serum [BORNEMANN ebda.].

Vor allem in der zweiten Hälfte der 80er Jahre wurde HIV/AIDS zu einem beherrschenden Problem bei der Betrachtung der IDU-Population; vor allem befürchtete man von dort eine Weiterverbreitung von HIV in die Allgemeinbevölkerung. Ende der 80er bis Anfang der 90er Jahre war der Verfasser als wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Arbeitsgruppe von Prof. Friedrich Bschor am Institut für Rechtsmedizin der Freien Universität Berlin tätig, die bereits seit den 70er Jahren in der Drogenforschung etabliert war und nun zusätzliche Anstrengungen unternahm, die HIV/AIDS-Epidemiologie bei IDU in Deutschland zu beschreiben. Aus dieser Arbeitsgruppe sind eine Vielzahl von epidemiologischen Publikationen hervorgegangen, an denen der Verfasser jeweils beteiligt war:

- Bschor et al. (1988a)
- Bschor et al. (1988b)
- Bornemann et al. (1989)
- Bschor et al. (1989a)
- Bschor und Bornemann (1989b)
- Püschel et al. (1990)
- Bornemann (1990c)
- Bornemann und Bschor (1990a)
- Bornemann (1991a)
- Bornemann (1991c)
- Bschor et al. (1991b)
- Bornemann et al. (1992b)
- Bornemann et al. (1992c).

Ausgangsbasis des epidemiologischen Ansatzes war die in Berlin durchgeführte Untersuchung der Berliner Drogentoten auf HIV, die ab 1985, mit der Verfügbarkeit des neu entwickelten HIV-Antikörper-(AK-)Tests, kontinuierlich durchgeführt wurde. Dieses war neu, da bis dato, also bis Ende der 80er Jahre, in Deutschland die Beurteilung der HIV-Epidemie vor allem anhand der AIDS-Zahlen bei IDU erfolgte. Die in Berlin gewonnenen Daten wurden mit gleichsam am Hamburger Institut für

Rechtsmedizin (Arbeitsgruppe Prof. Klaus Püschel) ermittelten Daten verglichen. Die erste Auswertung 1988 ergab folgendes Bild (Tab.6.3):

**Tabelle 0-1: HIV-Seroprävalenzen bei Drogentoten in Berlin-W. und Hamburg 1985-1988**

|       | <b>Berlin-W.</b> | <b>Hamburg</b> |
|-------|------------------|----------------|
| 1985  | 11/35 (31 %)     | 0/8 –          |
| 1986  | 25/51 (49 %)     | 5/22 (23 %)    |
| 1987  | 19/39 (49 %)     | 8/51 (16 %)    |
| 1988* | 14/35 (40 %)     | 4/32 (13 %)    |

(dargestellt die HIV-pos. Getesteten / insgesamt Getestete sowie Prozentangabe;  
\* erste 6 Monate; Quelle: [BSCHOR ET AL. 1988b])

Aus diesen Daten konnten bereits mehrere Schlussfolgerungen abgeleitet werden:  
– HIV war in Berlin und Hamburg in nennenswertem Umfang bei IDU vorhanden  
– in Berlin war etwa die Hälfte der Stichprobe der Drogentoten betroffen  
– es gab einen deutlichen Unterschied zwischen beiden Großstädten  
– die HIV-Prävalenzen veränderten sich im Lauf der Zeit.

Vor allem ergaben sich zwei Konsequenzen: die hohe HIV-Prävalenz bei den Drogentoten vor allem in Berlin gab Anlass, sich intensiv weiter um dieses Problem zu kümmern, und die im Vergleich niedrigeren Prävalenzen in Hamburg gaben Anlass zur Frage nach den Ursachen. Aus der Literatur waren bereits ähnliche Städtevergleiche bekannt, wo, wie hier, relativ nahe beieinander liegende Städte mit ansonsten relativ vergleichbaren Charakteristika deutliche Unterschiede in der HIV-Prävalenz aufwiesen, z.B. Edinburgh und Glasgow in UK oder Udine und Pordenone in Norditalien [BORNEMANN ET AL. 1988].

Im gleichen Jahr konnte durch Kooperation mit dem medizinischen Dienst des Berliner Strafvollzugs eine weitere IDU-Stichprobe, nämlich inhaftierte IDU, hinzugewonnen werden (Tab.6.4):

**Tabelle 0-2: HIV-AK-Prävalenzen bei erstmals getesteten IDU in Haft in Berlin-W. 1985-1988**

|       |         |        |
|-------|---------|--------|
| 1985  | 152/219 | (69 %) |
| 1986  | 102/241 | (42 %) |
| 1987  | 94/249  | (38 %) |
| 1988* | 33/170  | (19 %) |

(dargestellt die HIV-pos. Getesteten / insgesamt Getestete sowie Prozentangabe;  
\* erste 9 Monate; Quelle: [BSCHOR ET AL. 1988a])

Zuvor war klar, dass Drogentote unter den IDU eine hochselektionierte Stichprobe darstellten und dass deren geringe Anzahl, gemessen am vermuteten Gesamt der Berliner IDU-Szene, keinen Anspruch auf Repräsentativität stellten, doch mit diesen Daten konnten die hohen HIV-Prävalenzen der ersten Stichprobe z.T. bestätigt werden. Aus der zweiten Stichprobe der Gefangenen ließ sich auch bereits ein rückläufiger Trend der HIV-Prävalenzen erkennen. Zu ergänzen ist, dass in der Drogentoten-Stichprobe der prozentuale Anteil der HIV-positiven Frauen ggü. dem der Männer höher lag, was seinerzeit nicht erklärt werden konnte (allerdings auch bei der geringen Probandenzahl einen nicht signifikanten Unterschied bedeutete; [BSCHOR ET AL. 1988 a, BSCHOR ET AL. 1988b]).

Aus der Erfahrung beider Zugangs-Stichproben von IDU wurde die Forderung nach einem kontinuierlichen HIV-Monitoring bei IDU formuliert. Ausgehend von der Ansicht, dass ein bestimmtes repräsentatives Kollektiv für das Gesamt der IDU nicht existiert, wurde das sog. „Indikatoren-Mosaik“ vorgeschlagen. Es beinhaltet die kontinuierliche HIV-Seroprävalenzerhebung an möglichst vielen definierten IDU-Zugangsgruppen. Das Ziel war in erster Linie, durch das Monitoring frühzeitig Trends in der Dynamik der HIV-Infektion zu erkennen und Präventionsmaßnahmen besser steuern zu können [BORNEMANN ET AL. 1989]. Aus heutiger Sicht würde dieses Verfahren am ehesten dem Prinzip der Sentinel-Surveillance entsprechen (vgl. Abschn. „Methoden der IDU-Epidemiologie / Surveillance“).

In einer weiteren Arbeit konnte das „Indikatoren-Mosaik“ noch auf weitere IDU-Stichproben ausgedehnt werden (Tab.6.5):.

**Tabelle 0-3: HIV-AK-Prävalenzen bei definierten Zugangsgruppen von IDU-Neuaufnahmen in Berlin-W. und Hamburg 1988**

|                  | Berlin-W. |               | Hamburg |               |
|------------------|-----------|---------------|---------|---------------|
| Drogentote       | k.A.*     | 30/79 (38 %)  | k.A.*   | 11/75 (15 %)  |
| Gefangene (ca.)  | 500       | 66/264 (25 %) | 207     | 26/189 (14 %) |
| stat. Entgiftung | 160       | 14/62 (23 %)  | 186     | 15/140 (11 %) |
| ambulante Pat.   | 104       | 16/46 (35 %)  | k.A.    |               |
| Übergangs-E.**   | 318       | 39/176 (22 %) | k.A.    |               |

(in der jeweils ersten Spalte steht die Gesamtgröße der Stichprobe, dahinter die HIV-pos. Getesteten / insgesamt Getestete sowie Prozentangabe; \* nach damaligen Angaben „praktisch vollständig getestet“, \*\* Warte-Einrichtung zwischen Entgiftung und Langzeittherapie [BSCHOR ET AL. 1989a])

Nun wurde aus den einzelnen „Mosaiksteinchen“ des Indikatoren-Mosaiks erstmals ein ganzes Bild erkennbar. Überraschenderweise fanden sich in Berlin relativ konstante Prävalenzen trotz unterschiedlicher Stichproben von 25-35 %, wobei nach wie vor die Drogentoten, als selektiertes Klientel mit hohem Risikopotenzial, hervorstachen.

In Hamburg war dieser Unterschied nicht zu erkennen, die Prävalenzen schwankten im Bereich von 10-15 %. Erstmals konnten die Daten auch in einen Kontext der Repräsentativität der einzelnen Zugangsgruppen gestellt werden; in Berlin waren etwa die Hälfte der in der jeweiligen Institution in einem Jahr durchgelaufenen IDU getestet worden, in Hamburg rund 80-90 %. Dem stand allerdings in beiden Städten eine große Anzahl von IDU insgesamt gegenüber, von denen keine HIV-Daten bekannt waren.

Dieser aus heutiger Perspektive bescheidenen Repräsentativität müssen jedoch verschiedene Dinge entgegengehalten werden:

Zum einen war die Möglichkeit der HIV-Testung noch relativ neu, sodann galten IDU als schwieriges Kollektiv, mit dem eine kontinuierliche Forschung bis dahin als problematisch angesehen wurde, nicht zuletzt, weil man annahm, dass IDU ohnehin nicht an ihrem Gesundheitszustand interessiert seien; schließlich herrschte Ende der 80er Jahre vor allem in Berlin ein eher HIV-Test-kritisches Klima, so erschien z.B. 1986 eine viel beachtete Publikation von Rolf Rosenbrock, die sich aus verschiedenen Gründen, z.B. wegen der damals noch fehlenden Behandelbarkeit und der Stigmatisierung HIV-Positiver gegen routinemäßiges HIV-Testen aussprach [BSCHOR UND BORNEMANN 1989b].

Erstmals 1990 konnte die Analyse auf HIV in der Teilstichprobe der Drogentoten sogar bundesweit auf weitere Großstädte ausgedehnt werden (Tab.6.6):

**Tabelle 0-4: HIV-Prävalenzen in verschiedenen Großstädten in Deutschland 1988\***

|           |       |        |
|-----------|-------|--------|
| Berlin    | 30/79 | (38 %) |
| Bremen    | 6/28  | (21 %) |
| Frankfurt | 11/71 | (16 %) |
| Hamburg   | 11/75 | (15 %) |
| Köln      | 1/13  | (-**)  |
| München   | 9/38  | (24 %) |
| Stuttgart | 3/7   | (-**)  |

(\* die Originaldaten erstrecken sich von 1985-1988, \*\* Verzicht auf Prozentangaben [PÜSCHEL ET AL. 1990])

In der bundesweiten Übersicht der HIV-Prävalenzen bei Drogentoten, mit nunmehr kumulierten Daten, ergab sich im Verlauf 1985-1988 folgendes Bild (Tab.6.7):

**Tabelle 0-5: Kumulierte HIV-AK-Prävalenzen bei Drogentoten deutscher Großstädte\* 1985-1988**

|      |        |        |
|------|--------|--------|
| 1985 | 24/81  | (30 %) |
| 1986 | 40/134 | (30 %) |
| 1987 | 62/227 | (27 %) |
| 1988 | 71/311 | (23 %) |

(\* zur Städteübersicht vgl. vorhergehende Tab.; [PÜSCHEL ET AL. 1990])

War in den Einzeldaten der Städte z.T. kein einheitlicher Trend feststellbar, so zeigt sich in der kumulierten Analyse eine Tendenz zur Abnahme der Prävalenzen. Dies gab Anlass zu sehr kontroversen Interpretationen:

War das HIV-Problem rückläufig, bzw. zeigten Präventionsansätze Wirkung, oder zeigte sich hier lediglich ein Verdünnungseffekt, bei gesteigerter Anzahl der IDU insgesamt ?

In der Tat war in der zweiten Hälfte der 80er Jahre die Anzahl der IDU in Deutschland deutlich angestiegen (vgl. Abschn. „IDU-Datenlage in Deutschland“), entsprechend hatten sich die einzelnen Zugangsgruppen vergrößert, auch diejenige der Drogentoten (deren Zunahme insbesondere um 1990 zu einem Hauptaugenmerk der Drogenpolitik wurde, vgl. Abschn. „IDU – gesundheitliche Folgen / Drogenmortalität“). Es durfte angenommen werden, dass ein größerer Zustrom jüngerer, noch HIV-unbelasteter Neueinsteiger hauptsächlich verantwortlich für die „fallenden“ HIV-Prävalenzen war.

Bemerkenswert war noch, dass in den Jahren 1985-1988 die HIV-Prävalenzen bei den Männern bei um 20-25 % lag, hingegen bei den Frauen bei um 35-45 %, also fast doppelt so hoch, bei einem Frauenanteil an den Drogentoten von nur um 25 %, entsprechend dem bekannten IDU-Frauenanteil insgesamt. Dieser Geschlechterunterschied konnte nicht befriedigend erklärt werden.

Die Frage nach der Auswirkung eines Verdünnungseffektes wurde in einer weiteren Arbeit überprüft, in der Alter, Geschlecht und HIV-Status der Berliner Drogentoten von 1985-1990 gegenübergestellt wurden (Tab.6.8):

**Tabelle 0-6: Durchschnittsalter\* der Berliner Drogentoten 1985-1990 nach Geschlecht und HIV-Status**

|         | <b>M</b> | <b>HIV-/+**</b> | <b>F</b> | <b>HIV-/+</b> |
|---------|----------|-----------------|----------|---------------|
| 1985    | 29       | 28/33           | 25       | 27/24         |
| 1986    | 32       | 30/33           | 27       | 27/27         |
| 1987    | 29       | 29/28           | 26       | 26/26         |
| 1988    | 29       | 28/29           | 25       | 22/29         |
| 1989    | 30       | 30/30           | 26       | 26/33         |
| 1990*** | 29       | 28/30           | 28       | 28/27         |

(\* Zahlen gerundet, \*\* -/+ = HIV-negativ bzw. -positiv, \*\*\* bis 30.9.; [BORNEMANN ET AL. 1990c])

Aus diesen Zahlen ließ sich nicht ableiten, dass die HIV-negativen IDU in relevantem Ausmaß jünger als die HIV-positiven waren; folglich konnte allein damit der Beleg für den Verdünnungseffekt nicht erbracht werden. In Ergänzung dieser Erkenntnisse wurde alternativ erwogen, ob evtl. in den ersten Erfassungsjahren Mitte der 80er Jahre eine Übersterblichkeit v.a. der HIV-positiven IDU, aufgrund damals einzuschätzender perspektivloser Lage angesichts der als unabwendbar und in kurzer Zeit zum Tode führend geltender HIV-Infektion, stattgefunden hatte.

1990 existierten inzwischen eine Reihe verschiedener Ansätze zur Bestimmung des Ausmaßes der HIV-Situation im Drogenbereich:

- die weiterhin regelmäßig veröffentlichten AIDS-Zahlen bei IDU
- die Daten der inzwischen eingeführten HIV-Laborberichtspflicht
- einzelne HIV-Prävalenzen aus i.d.R. inhomogenen IDU-Stichproben
- wiederholte HIV-Prävalenzen bei größeren Stichproben
- routinemäßig erhobene Prävalenzen bei definierten Stichproben (wie z.B. den Drogentoten)
- schließlich das vorgestellte „Indikatoren-Mosaik“ ([BORNEMANN UND BSCHOR 1990a] mit entsprechenden Beispielen).

In der Folgezeit gelang es nicht, ein einheitliches HIV-Monitoring-System bei IDU für ganz Deutschland zu implementieren. Lediglich das Monitoring bei Drogentoten wurde deutschlandweit zunächst noch erweitert. Immerhin konnte die Vielschichtigkeit des Themas immer besser ausgeleuchtet und zunehmend auch einem breiteren Publikum jenseits der mit dem Drogenproblem und der mit HIV/AIDS befassten Fachöffentlichkeit vermittelt werden, mit einer Reihe von Publikationen z.B. in allgemeinmedizinischen Zeitschriften [BORNEMANN 1991a]. Ebenso wurde angeregt, den Themenkomplex Drogen und AIDS besser in der medizinischen Ausbildung zu verankern [BORNEMANN 1991c].

Der Unterschied in der Epidemiologie von AIDS und von HIV wurde nochmals ausführlich von [BSCHOR ET AL. 1991b] thematisiert. Verglichen wurde das bislang in Deutschland immer noch im Vordergrund stehende Zählen von AIDS-Fällen bei IDU, dem das HIV-Monitoring im Rahmen des vorgeschlagenen Monitoring-Systems gegenübergestellt wurde. Auch konnten inzwischen die Prävalenzen bei den Drogentoten in Berlin weiterverfolgt und das Indikatoren-Mosaik um eine weitere, diesmal ambulante IDU-Zugangsgruppe erweitert werden (Tab.6.9).

**Tabelle 0-7: HIV-Seroprävalenzen bei Drogentoten und ambulanten IDU in Berlin-W. 1985-1991**

|      | <b>Drogentote</b> | <b>ambulante Pat.</b> |
|------|-------------------|-----------------------|
| 1985 | 11/35 (31 %)      | k.A.                  |
| 1986 | 25/51 (49 %)      | 40/124 (32 %)         |
| 1987 | 19/39 (49 %)      | 53/193 (27 %)         |
| 1988 | 30/78 (38 %)      | 55/195 (28 %)         |
| 1989 | 16/77 (21 %)      | 54/208 (26 %)         |
| 1990 | 30/132 (23 %)     | 58/241 (24 %)         |
| 1991 | 29/210 (14 %)     | 30/338 (9 %)          |

(Anzahl HIV-pos. Getestete / insgesamt Getestete sowie Prozentangabe; [BSCHOR ET AL. 1991b, BORNEMANN ET AL. 1992b])

Dabei zeigte sich einerseits eine Stabilisierung der HIV-Prävalenzen bei den Drogentoten, evtl. auch als weiterer Hinweis darauf, dass es sich in den ersten Jahren um eine Übersterblichkeit der HIV-positiven Drogentoten gehandelt haben konnte. Aber auch andere Erklärungsmöglichkeiten waren gegeben, so z.B., dass sich umgekehrt in den letzten Jahren speziell IDU mit einer HIV-Infektion eher in Behandlung begeben hatten und daher in jüngerer Zeit gerade HIV-positive IDU eine niedrigere Mortalität hätten aufweisen können. Offen blieb die mögliche Konkurrenz der Todesursachen Drogentod und AIDS-Sterblichkeit, ferner Sättigungseffekte, Präventions-Ergebnisse sowie die bereits diskutierten Verdünnungseffekte [BORNEMANN ET AL. 1992b].

Ferner zeigte sich auch eine weitere Angleichung der Prävalenzen in einer „Hochrisikogruppe“ bzw. einer Stichprobe mit hoher Selektion – der Drogentoten – im Vergleich zu einer ambulanten Stichprobe, die um Behandlung nachsuchte und als eher „positive“ Selektion einzuordnen war. Daher war, mit einiger Vorsicht, zu überlegen, ob in dieser Situation die Drogentoten künftig als „repräsentative“ Stichprobe für die weitere Entwicklung der HIV-Prävalenzen bei IDU in Berlin herangezogen werden konnten (aus heutiger Sicht gewissermaßen ein „Sentinel“).

Noch einmal 1992 konnten die Prävalenzen bei Drogentoten in Berlin und Hamburg verglichen werden (Tab.6.10):

**Tabelle 0-8: HIV-Seroprävalenz bei Drogentoten in Berlin-W. und Hamburg 1985-1991**

|      | <b>Berlin-W.</b> | <b>Hamburg</b> |
|------|------------------|----------------|
| 1985 | 11/35 (31 %)     | 0/8 –          |
| 1986 | 25/51 (49 %)     | 5/22 (23 %)    |
| 1987 | 19/39 (49 %)     | 8/51 (16 %)    |
| 1988 | 30/78 (38 %)     | 11/75 (15 %)   |
| 1989 | 16/77 (21 %)     | 4/88 (5 %)     |
| 1990 | 30/132 (23 %)    | 8/126 (6 %)    |
| 1991 | 29/210 (14 %)    | 6/184 (3 %)    |

(dargestellt die HIV-pos. Getesteten / insgesamt Getestete sowie Prozentangabe; [BORNEMANN ET AL. 1992c])

Die dort in 1991 auf 14 % rückläufige HIV-Prävalenz wurde für das Folgejahr in einer vom Verfasser mitbetreuten Dissertation, mit ebenfalls 14 %, bestätigt [LUTHER 1994].

In der Folgezeit war neben der epidemiologischen Beschreibung der HIV-Situation im Drogenbereich, zunehmend auch die Frage nach deren Bekämpfung von Interesse. Nachdem Ende der 80er Jahre zweifelhaft blieb, ob das herkömmliche Drogenhilfesystem, mit einem Primat auf Abstinenz bzw. die inzwischen eingeleiteten Präventionsbotschaften ausreichend zur Eindämmung der HIV-Epidemie im Drogenbereich seien, wurde die Forderung nach Alternativen laut. Um 1990 setzte sich bundesweit ein „Paradigmenwechsel“ durch, der bereits 1987 von Friedrich Bschor gefordert worden war [BSCHOR 1987]. Das hergebrachte Drogenhilfesystem, als „hochschwellig“ charakterisiert, wich zunehmend einem „niedrigschwelligen“ System mit neuen Instrumenten wie z.B. suchtbegleitende Drogenarbeit, Spritzenvergabe oder Opiatsubstitution.

Vor allem die Opiatsubstitution, bis um 1990 aufgrund gesetzlicher Umstände in Deutschland noch überwiegend mit dem Opioid-Präparat Codein (i.d.R. als Remedacen®) durchgeführt, ab Anfang der 90er Jahre zunehmend durch Methadon abgelöst, griff rasch um sich.

Ein sekundärer, aber sehr nützlicher Nebeneffekt der ärztlich geleiteten Opiat-Substitution war, dass sich die IDU damit in regelmäßiger ärztlicher Betreuung befanden und, neben regelmäßiger allgemeiner Gesundheitsversorgung, auch für weitere epidemiologische Untersuchungen zugänglich wurden. Daher konnten die Codein- [GRIMM ET AL. 1989, GRIMM ET AL. 1992] und Methadonsubstitution (s.u.) für die nächsten Jahre wertvolle epidemiologische Daten liefern, die sowohl weitere Einblicke in die Ausbreitungsdynamik von HIV in der Drogenszene brachten als auch Aufschluss darüber gaben, wie die Substitution sich in der Prävention von HIV-Neuinfektionen auswirkte.

Der Verfasser war in diesem Zusammenhang mit einer neuen Arbeitsgruppe innerhalb des Ende der 80er Jahre in Nordrhein-Westfalen ins Leben gerufenen wissenschaftlich begleiteten Methadon-Erprobungsvorhabens an entsprechenden epidemiologischen Studien zu HIV im Drogenbereich beteiligt [BORNEMANN ET AL. 1991B, BORNEMANN 1993A, BORNEMANN ET AL. 1993C, BORNEMANN ET AL. 1994, BORNEMANN 1996, WILLE ET AL. 2000].

Aus jüngerer Zeit liegen Daten zu HIV bei drogenabhängigen Klienten aus dem ambulanten Beratungs- und Behandlungsbereich durch das deutsche Drogeninformationssystem EBIS (vgl. Abschn. „IDU-Datenlage in Deutschland / Bühringer et al. 1997“) für das Jahr 2000 vor. Von insgesamt 596 Klienten haben sich 22 % bisher keinem HIV-Test unterzogen, bei 52 % war das Testergebnis negativ, bei 2 % positiv. 3 % der Klienten wurden zwar getestet, das Ergebnis ist jedoch nicht bekannt, bei den restlichen 21 % war der HIV-Status gänzlich unbekannt (EBIS nach [DBDD 2001]). Da in EBIS die Angaben über Infektionskrankheiten auf freiwilligen Aussagen der Klienten basieren und nicht auf Testergebnissen, geht die DBDD von einer Unterberichterung des tatsächlichen Ausmaßes der Erkrankung aus. Zu beachten ist auch, dass die Repräsentativität der ca. 600 Patienten nur ca. 1 % des Gesamts beträgt.

## **Aktuelle Datenlage zu HIV/AIDS auf Bundesebene:**

Gemäß Epidemiologischem Bulletin des Robert-Koch-institutes (RKI) vom 9.8.02 lebten Ende 2001 in Deutschland insgesamt ca. 38.000 Menschen mit einer HIV-Infektion, darunter ca. 5000 mit manifester AIDS-Erkrankung. Für das abgelaufene Jahr 2001 wurden ca. 2000 HIV-Neuinfektionen verzeichnet, davon ca. 10 % bei IDU. Diese Zahl von geschätzt 200 gemeldeten (!) Neuinfektionen bei IDU mag zunächst gering erscheinen, stellt jedoch wohl nur die „Spitze“ des Eisbergs dar und zeigt, dass trotz inzwischen relativ niedriger HIV-Umgebungsprävalenzen in der Drogenszene und trotz angeblich greifender Präventionsbotschaften eine nennenswerte Häufung an Risikokontakten fortbesteht.

Die aktuelle Situation in Europa zeigt Abb.6.2 auf der folgenden Seite:  
Abbildung 0-1: HIV-Prävalenzen bei IDU in der EU 1996-2001 (EMCDDA 2002)

## **Gemischte Hepatitis-/HIV-Studien**

Bundesweite Studien, die Aussagen über die Verbreitung von Hepatitis-B und -C bei Drogenabhängigen machen können, liegen bisher noch nicht vor [DBDD 2001]. Es stehen lediglich Prävalenzerhebungen an ausgewählten Stichproben zur Verfügung.

In einer vom Verfasser aufgelegten eigenen Kohortenstudie [WILLE ET AL. 2000] wurden Bielefelder Drogenkonsumenten untersucht, die mit Methadon substituiert wurden. Für die erste Erhebung mit einem Stichzeitpunkt Ende 1998 wurde von den behandelnden Ärzten (ca. 20 niedergelassene Ärzte, drei Klinikambulanzen) ein Fragebogen zu verschiedenen demografischen und medizinischen Details beantwortet. Besonderer Stellenwert wurde der Seroepidemiologie der drogenassoziierten Infektionskrankheiten Hepatitis-B, -C und HIV eingeräumt. Da diese Befunde bei Drogenkonsumenten einer hohen Dynamik unterliegen, wurden Testergebnisse in der hier vorgelegten Auswertung nur dann als vorhanden gewertet, wenn sie nach dem 1.1.1997 erhoben worden waren.

In der Ausgangserhebung wurden 324 Fragebögen (95,3 %, bezogen auf die angenommene Gesamtzahl der Bielefelder Substituierten) zurückgeschickt. 66 % der Probanden waren Männer, 34 % Frauen. Der Altersmedian betrug 33,1 Jahre. Die vorangegangene Substitutionsdauer betrug im Median 3,2 Jahre.

Antikörper gegen Hepatitis-B (anti-HBc-AK) konnten bei 70,0 % (95 %-Konfidenzintervall bzw. KI 63,5 % - 75,8 %) bzw. gegen Hepatitis-C (anti-HCV-AK) bei 78,3 % (95 %-KI 72,4 % - 83,2 %) der Substituierten nachgewiesen werden. Bei 4,7 % (95 %-KI 2,3 % - 9,4 %) wurde ein positiver HIV-AK-Test erhoben. Bei 12,8 % (95 %-KI 8,7 % - 18,4 %) der hierauf zusätzlich getesteten anti-HBc-Positiven war der HBs-Antigentest bzw. bei 53,6 % (95 %-KI 46,0 % - 60,9 %) der anti-HCV-Positiven der PCR-Antigentest positiv; jeweils als Marker für eine persistierende Infektion bzw. Infektiosität.

Hepatitis-B und -C wurden im Bielefelder Kollektiv in der für die Bundesrepublik erwarteten Prävalenz beobachtet, für die HIV-Infektion hingegen lag diese niedriger.

Letzteres könnte darauf zurückzuführen zu sein, dass im Zweijahreszeitraum vor dem Stichzeitpunkt mehr Tests auf Hepatitis-B- (54 %) und Hepatitis-C- (61 %) als auf HIV-Antikörper (48 %) durchgeführt worden waren, was zu einer Unterschätzung der HIV-Prävalenz führen könnte.

Seroepidemiologische Langzeit-Verläufe mit Kohorten-Ansatz bilden bisher die Ausnahme in der infektionsepidemiologischen Forschung in Deutschland. Weitere Erhebungen mit der eigenen Kohorte sind vorgesehen. Damit sollen zwei Zwecke erfüllt werden:

- eine regelmäßige Querschnittserhebung im Sinne einer Surveillance
- eine Längsschnitterhebung individueller Verläufe [WILLE ET AL. 2000].

In einer weiteren der wenigen umfassenderen serologischen Studien wurden 120 IDU, die sich in Lohr / Bayern in stationärer Behandlung waren, auf Hepatitis A, B und C untersucht. Dazu erfolgte eine Befragung nach Art, Dauer und Häufigkeit des intravenösen Drogenkonsums sowie nach den verschiedenen möglichen Übertragungsrisiken in Form eines standardisierten Interviews. Neben einer Erhebung der aktuellen Hepatitis-A-, -B- und -C-Prävalenzen unter i.v.-Drogenkonsumenten war es das Ziel, die für die Übertragung dieser Erreger relevanten Verhaltensweisen zu identifizieren und ihren Effekt auf die Verbreitung dieser Infektionen mit Hilfe von Assoziationsmaßen abzuschätzen (Tab.6.11, [HOLBACH ET AL. 1998]).

**Tabelle 0-9: Prävalenzen von Hepatitis B und C bei IDU in stationärer Behandlung (Holbach et al. 1998)**

|                    | 1997    | 1998    | 1999    |
|--------------------|---------|---------|---------|
| <b>Prävalenzen</b> | N = 181 | N = 171 | N = 140 |
| Anti-HBc           | 36 %    | 45 %    | 52 %    |
| HBs-Antigen        | 2 %     | 2 %     | 2 %     |
| Anti-HBs           | 35 %    | 42 %    | 63 %    |
| Anti-HCV           | 62 %    | 67 %    | 66 %    |
| HCV-RNA            | 39 %    | 45 %    | 45 %    |

Einzelne in Deutschland durchgeführte Prävalenzstudien ermittelten in unterschiedlichen IDU-Kollektiven Prävalenzen von Hepatitis-B und -C von jeweils ca. 40-90 % (Göbbling 1997, Heckmann 1993, Holbach et al. 1998, Stark et al. 1995; nach [BORNEMANN UND STÖVER 2002]).

Weitere detaillierte statistische Tabellen in Bezug auf europäische Daten zu Prävalenzen und Inzidenzen von Hepatitis-B, -C und HIV bei bestimmten IDU-Subgruppen finden sich unter: Internet 20.3.03: <http://annualreport.emccdda.eu.int>).