

Risikofaktoren für Hepatitis und HIV

(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)

Der Hauptübertragungsweg für drogenassoziierte Infektionen mit Hepatitis-B, -C und HIV/AIDS ist zu finden beim gemeinsamen Benutzen von Drogen-Injektionsbesteck. Dieses meist mit „needle sharing“ umschriebene Verhalten kann zunächst als losgelöster „mechanischer“ Prozess verstanden werden, wie im anschließenden Abschnitt beschrieben, oder in ein umfassenderes Modell einer multifaktoriellen „Risikoumgebung“ beim Drogenkonsum eingebettet werden, wie im darauf folgenden Abschnitt behandelt.

Darüber hinaus spielt die Zugehörigkeit zu bestimmten „Risikokollektiven“, wie zu IDU in Haft, zu Prostituierten und zu Migranten eine Sonderrolle, wie im Anschluss an das monokausale Konzept und das Risikoumgebungsmodell ausgeführt wird.

Das monokausale Risikokonzept des „Needle sharing“

Der gemeinsame Spritzbesteckgebrauch wurde bei IDU zumindest seit den späten 60er Jahren beobachtet und als „needle sharing“ beschrieben (Howard und Borges: Needle sharing in the Haight, 1970).

Das „klassische“ Verständnis von Needle sharing geht davon aus, dass dieselbe Spritze samt Nadel nacheinander von zwei Personen benutzt wird. Dabei injiziert der erste IDU entweder die Hälfte der bereits in der Spritze aufgezogenen Drogenlösung und gibt den Rest an den zweiten IDU zur Injektion durch diesen weiter, oder aber der erste injiziert sich seinen „Schuss“ und gibt die geleerte Spritze an den zweiten IDU zu dessen eigenem Aufziehen und Spritzen weiter.

Für dieses Verhalten gibt es verschiedene Gründe bzw. Interpretationsmöglichkeiten:

- Needle sharing als Ritual beim Drogenkonsum
- Needle sharing als Notlösung bei Spritzenmangel
- Needle sharing aus „praktischen Gründen“.

In den frühen Beschreibungen von Needle sharing wurde Needle sharing als „Zeichen der Verbrüderung“ (H. Joller-Jemelka 1985) bzw. als „Ritual des Szene“ (B. Velimirovic 1987) beschrieben; mit ein wenig Phantasie kann man eine Brücke zu indianischen Ritualen der „Blutsbrüderschaft“ schlagen oder Needle sharing als Initiationsritus einer verschworenen Gemeinschaft ansehen (ausführlicher [BORNEMANN ET AL. 1988], S.52). An dieser Stelle sind die Arbeiten von J.-P. Grund zu nennen, der sich bereits früh mit dem Thema beschäftigte und dem Verfasser wertvolle Anregungen lieferte (Übersicht bei [GRUND ET AL. 1996]).

Spätestens ab der zweiten Hälfte der 80er Jahre setzte sich die Einsicht durch, dass der gemeinsame Besteckgebrauch von IDU vor allem aus Besteckknappheit durchgeführt wurde. Zumindest bezogen auf die Bundesrepublik war es in den 80er Jahren für IDU äußerst schwierig, an Spritzbesteck heranzukommen. Die zumal öffentliche Abgabe von Injektionsbesteck wurde z.T. sogar als Beihilfe zum Drogenmissbrauch gem. Betäubungsmittelgesetz (BtMG) inkriminiert, und erst ab 1987 begann sich in Politik und Fachverbänden die Einsicht durchzusetzen, dass die Abgabe von sterilem Spritzbesteck nicht nur nicht verboten, sondern gar geboten sei, um die AIDS-Ausbreitung einzudämmen (ausführlicher [BORNEMANN ET AL. 1988], S.53).

Dennoch waren Spritzen in der Drogenszene noch jahrelang aus verschiedenen Gründen schlecht erhältlich (der Verfasser führte hierzu 1988 u.a. einen Feldversuch in Berliner Apotheken durch, indem er sich entsprechend als IDU gerierte und nur in einer Apotheke auch Spritzen und Nadeln verkauft bekam; nicht publiziert).

Spätestens seit den 90er Jahren sind in Deutschland Spritzen auf der Szene jedoch breit verfügbar, so dass der Versorgungsaspekt keine wesentliche Rolle mehr spielt. Dennoch kommt es weiterhin zu Needle-sharing-Praktiken, und zwar aus „praktischen“ Gründen: oftmals soll eine gemeinsam erworbene Ration Heroin zwischen zwei Personen aufgeteilt werden. Dies ergibt sich regelmäßig in festen Partnerschaften, weil man hier i.d.R. gemeinsam „Stoff“ kauft und ihn sich auch gemeinsam spritzt. Aber auch für zwei einander sonst nicht bekannte Personen ist es preiswerter, eine Heroinmenge gemeinsam statt in separaten Einzelmengen vom Dealer zu kaufen (Prinzip des Mengenrabatts). Daher tun sich viele IDU aus diesem Grund mit Unbekannten zum gemeinsamen Besteckgebrauch zusammen (näheres bei [BORNEMANN 1999c]).

Wenn sich nun IDU Nr.1 mit der Nadel durch seine Haut in die Vene sticht, gerät die Außenseite der Nadel mit seiner Haut und seiner Blutbahn in Kontakt. Ist Nr.1 mit Hepatitis oder HIV infiziert, können die entsprechenden Viren zusammen mit kleinsten, kaum sichtbaren Blutmengen an der Nadel hängen bleiben. Sticht sich nun Nr.2 im Anschluss daran, wie oben beschrieben, mit derselben Nadel, so werden die anhaftenden Erreger in dessen Haut oder Blutbahn verschleppt.

Wichtig ist auch zu wissen, dass bei einer intravenösen Injektion üblicherweise nach dem Einstich in die Vene etwas Blut in die Spritze aufgezogen wird – dies ist übrigens auch bei lege artis durchgeführten i.v.-Injektionen der Fall – um sicher zu sein, die Nadel auch in der Vene platziert zu haben, und nicht daneben, wo eine Injektion ineffektiv und noch dazu schmerzhaft und abszessfördernd ist. Somit wird die in der Spritze aufgelöste Droge mit dem ggf. virushaltigen Blut von Nr.1 durchmischt, Nr.2 würde sich dieses Blut mitinjizieren und sich auf diesem Wege infizieren. Selbst, wenn Nr.1 seine Spritze völlig entleert hätte, blieben noch kleinste, jedoch für eine Infektion ausreichende virushaltige Blutreste im Inneren der Spritze hängen, und diese würden beim erneuten Aufziehen mit der heißen Drogenlösung des Drogenanteils von Nr.2 ausgewaschen und bei dessen Injektionsvorgang in seine Blutbahn hineingespült.

Hinzu kommt, dass IDU zum Schluss, wenn die Spritze entleert wurde, nochmals Blut aus der Vene in die Spritze aufziehen und dies wieder injizieren, um auch den

letzten Rest der wertvollen Droge herauszuholen, was zu einer nochmaligen Blutkontamination des Nadel- und Spritzeninneren führt.

Angesichts dieser effektiven Blut- bzw. Virusübertragung wurde Needle Sharing unter IDU zum wesentlichen Übertragungsweg für Hepatitis und HIV/AIDS, was, wie beschrieben, zu einer immer besseren Verfügbarkeit von Injektionsbestecken, z.B. durch Austauschprogramme oder Spritzenautomaten, führte.

Doch dies allein reichte nicht aus, wie der Verfasser im Rahmen seiner ärztlichen Tätigkeit, unter anderem auf der Infektionsstation, vor Augen geführt bekam: immer wieder kamen IDU zur Aufnahme, die sich mit einer Hepatitis-B oder -C infiziert hatten, obwohl sie angaben, „immer nur eigene Spritzen“ benutzt zu haben (und bei ihnen eine sexuelle Übertragung nicht nachzuvollziehen war). Beim genaueren Befragen beschrieben sie dann jeweils eine Variante des Needle Sharing, die als infektionsträchtig angesehen werden konnte [BORNEMANN UND STÖVER 1990b]. Der Verfasser untersuchte dies in den Folgejahren konsequent am Klientel der Bielefelder IDU und brachte weitere Praktiken zutage, bei denen jeder von jeweils zwei gemeinsam spritzenden IDU *sein eigenes* Spritzbesteck zur Verfügung hat, und dennoch zwischen beiden eine Infektionsübertragung stattfinden kann [BORNEMANN 1993b, BORNEMANN 1993d, BORNEMANN 1995c, BORNEMANN 1998e].

Dies brachte folgende wesentliche epidemiologische Erkenntnisse:
Zur Risikoabschätzung im Drogenbereich war z.T. eine differenzierte Feldforschung erforderlich, die durch das konventionelle Verständnis von Needle sharing bis dato nicht abgedeckt wurde.

Epidemiologische Studien, die auf den Risikofaktor Needle sharing abzielten, lieferten irreführende Ergebnisse, wenn Needle sharing in der Fragestellung nicht differenziert behandelt wurde.

Interventionen, insbes. im Zusammenhang mit der Verfügbarmachung von Spritzbesteck, mussten gekoppelt werden mit entsprechenden differenzierten Präventionsinhalten.

Letzterer Aspekt führte in den 90er Jahren zum Konzept des „Safer use“, analog des bereits aus den 80er Jahren in der HIV/AIDS-Prävention bekannten „Safer-sex“-Konzeptes (vgl. z.B. [HEUDTLASS 1995]).

Das umfassende Risikomodell der „Risikoumgebung“

In den ersten Jahren der Analyse der Infektions-, insbesondere der HIV-Ausbreitung im Drogenbereich, wurde dem Needle Sharing in einer Art „Risiko-Hierarchie“ die Hauptschuld zugewiesen. So wurde z.B. bei der Einklassifikation der neu aufgetretenen AIDS-Fälle die Eigenschaft „IDU“ über die Kategorie „Homo-/Bisexualität“ gestellt, d.h., ein Patient wurde bei gleichzeitigem Vorliegen von IDU und Homosexualität automatisch unter „IDU“ subsummiert. Später wurde zunehmend differenziert, inwieweit das individuelle Needle-sharing- oder alternativ dazu das individuelle Sexualverhalten zur potenziellen Infektionsquelle wurde. Der Aspekt der sexuellen, speziell der heterosexuellen, Übertragung von Hepatitis und HIV soll in

dieser Arbeit nicht ausführlicher verfolgt werden, hierzu wird auf die grundlegenden Arbeiten von Kleiber und Pant in den 90er Jahren verwiesen (z.B. [KLEIBER UND PANT 1996]).

In einem weiteren Kontext wandte Pant gegen die bisherigen Risikofaktoren-Modelle ein, dass hier „Variablen vollkommen unterschiedlicher theoretischer Provenienz und Ebene (soziodemographische, behaviorale, klinische, immunologische Parameter) in ein und dasselbe Analysenmodell gezwängt werden, wo sie um den höchsten Erklärungsbeitrag für das HIV-Risiko konkurrieren müssen“ [PANT 1997b]. Im Klartext heißt dies, dass der unmittelbare Akt des Needle sharing eingebettet ist in ein Umfeld, in dem der Konsum stattfindet, also die lokalen Szenegegebenheiten, in eine unmittelbare Konsumsituation, die vielleicht in einem Treppenhaus unter dem Stress des Entdecktwerdens stattfindet, in eine individuelle Vorkenntnis um die Needle-sharing-Risiken, in ein individuelles Risikoverhalten, in ein Risikoverhalten des ggf. Konsumpartners, usw.

Pant untersucht in einer Studie insbesondere den Stellenwert der Auswahl des Needle-sharing-Partners. Das Risiko einer HIV-Infektion ohne Needle-sharing in der Anamnese wird gleich „1“ gesetzt. Im Vergleich dazu weisen IDU, die Needle Sharing betrieben, aber eine bewusste Tauschpartner-Selektion vorgenommen haben, ein Risikoverhältnis (odds ratio, OR) von 1,7 auf, die Needle Sharing und keine solche Selektion, aber immerhin eine Besteckdesinfektion vornahmen, eine OR von 2,5; IDU schließlich, die weder Partner-Selektion noch Desinfektion vorgenommen hatten, hatten eine OR von 3,7.

Laut Pant klafft eine Lücke präventiver Ansätze zwischen der Betrachtung von Risiken als Ergebnis individuell zurechenbarer Merkmale oder Verhaltensweisen einerseits und der Analyse sozial konstruierter Prozesse in konkreten Netzwerken andererseits. Deswegen müssten Interventionsstrategien die Entwicklung von „Peer-Involvement-Ansätzen“, Kommunikationskompetenzen und anderen Modellen der Verhaltensänderung durch soziale Beeinflussung mehr berücksichtigen. Präventiv völlig unzureichend berücksichtigt seien beispielsweise Fehlwahrnehmungen bei der Tauschpartnerselektion und sich daraus ergebende „Kontroll-Illusionen“ im Rahmen von Risikomanagement-Strategien (in den Grundlagen nachzulesen v.a. bei [KLEIBER UND PANT 1996; PANT 1997b, PANT 2000b]).

Schließlich in globalem Kontext hat die WHO ein neues, umfassenderes Risikoverständnis bzw. sieht sie eine Risikoreduktion als „inter-sectoral and multi-level activity encouraging individual, community, policy and environmental change“. Die bisherige „Public-health-Epidemiologie“ habe ein wachsendes Augenmerk auf die Umfelddimensionen („environmental dimensions“), insbesondere beim Verstehen der Verbreitung und der Determinanten von „behavioural diseases“. Zu diesen ist auch HIV zu rechnen, da es sich in Populationen nicht in gleichmäßiger bzw. zufälliger Weise, sondern in Abhängigkeit von Variationen des Verhaltens sowie der unterschiedlichen sozialen, kulturellen, wirtschaftlichen, gesetzlichen und politischen „Umgebungen“ („environments“) ausbreitet. Insgesamt resultiert eine „Risikoumgebung“ („risk environment“), gebildet aus einem Wechselspiel von „endogenen“ Faktoren, die im betroffenen Individuum selbst zu suchen sind, und von „exogenen“ Faktoren, die außerhalb der individuellen Beeinflussbarkeit liegen.

Dies führt letztlich aus epidemiologischer Sicht zur Forderung nach einem interdisziplinären „Rapid-assessment-Ansatz“ ([RHODES ET AL. 1999a], vgl. auch Abschn. „Methoden der IDU-Epidemiologie / Epidemiologische Schätzverfahren / Rapid assessment“).

Die Differenzierung zwischen individual- bzw. Umfeld- bzw. gruppenassoziierten Risiken leitet über zu den folgenden Abschnitten über bestimmte Risikokollektive.

Risikokollektiv Gefangene

Wie bereits beschrieben, bilden IDU unter den Gefangenen eine stark überrepräsentierte Gruppe. Sie befinden sich in zumeist schlechter gesundheitlicher Verfassung und weisen – bei auch in Haft fortgesetztem Konsum von Spritzdrogen – hohe Risiken für Virusinfektionen auf. Eine Behandlung der Suchtdynamik kann im Vollzug in der Regel nicht geleistet werden. Es stehen weder personelle Kapazitäten und materielle Ressourcen dafür zur Verfügung, noch ist die Inhaftierungssituation als Ort für ursachenorientierte Behandlung grundsätzlich geeignet.

In der multizentrischen Studie „European Network on HIV / AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons“ (Rotily & Weiland 1999) gaben von den Befragten mit i.v. Drogenkonsum vor Haftantritt 36 % intravenösen Drogenkonsum auch in Haft an, 27 % gaben an, dabei Injektionsutensilien mit anderen geteilt zu haben. Die Prävalenzen von Needle-sharing in dieser Studie lagen allerdings deutlich niedriger als in der Studie von Meyenberg et al. (1999), wo das Teilen von Drogen und Injektionsutensilien von 47 % der Haftinsassen bejaht wurde, 42 % gaben an, nur die Utensilien zu teilen. Bei den Frauen lag die Bereitschaft zum Teilen der Drogen bei 71 % und zum Teilen der Utensilien bei 56 % [STÖVER 2001].

Hepatitis im Strafvollzug

In der „Risikoumgebung“ (s.o.) Justizvollzug scheinen Hepatitis-Infektionen sehr viel stärker verbreitet zu sein als außerhalb. Mit der Fokussierung und Reduktion der gesamten Aufmerksamkeit auf das HI-Virus in den Gefängnissen ist das Infektionsrisiko Hepatitis in den letzten Jahren in den Anstalten massiv unterschätzt worden. Doch gerade hier bestehen erhebliche – vielfach auch von den Landesjustizbehörden völlig vernachlässigte – Risiken einer schon als „gefängnistypisch“ zu bezeichnenden Verbreitung vor allem bei i.v. Drogenkonsumenten.

Mittlerweile ist jedoch auch der Strafvollzug für diese Infektionskrankheiten sensibilisiert. Dazu haben verschiedenen Forschungs- und Dokumentationsarbeiten über Prävalenzen und Inzidenzen beigetragen. So fanden sich in der Justizvollzugsanstalt (JVA) Wolfenbüttel eine 100-200fach erhöhte Häufigkeit der Verbreitung der drei Hepatitiden A, B und C als in der Normalbevölkerung [GAUBE ET AL. 1993]. Auch in anderen europäischen Strafvollzugseinrichtungen wird über eine

hohe Verbreitung von Hepatitis-B und -C berichtet (Übersicht bei [HEINEMANN ET AL. 1998]).

Bei einer Analyse der amtlich gemeldeten Hepatitisinfektionen stellten Rieger-Ndakorerwa et al. 1994 eine relative und absolute Zunahme vor allem der Hepatitis-B in den Risikogruppen „i.v. Drogenabhängige“ und „Insassen von Haftanstalten“ fest – ihr Anteil lag jeweils um ein Vielfaches über deren vermuteten Anteil in der Gesamtbevölkerung. Auch bei den von Laufs et al. 1994 untersuchten 4659 HCV-infizierten Personen aus dem Hamburger Raum war das Risiko „i.v. Drogenkonsum“ mit 23,4 % aller Fälle und „Haftaufenthalt“ mit 12,5 % jeweils sehr hoch. Diese Zahlen müssen vor dem Hintergrund eines großen Dunkelfeldes nicht gemeldeter Hepatitis-Infektionen betrachtet werden: Rieger-Ndakorerwa et al. (ebda.) schätzten diesen Anteil auf etwa das Vierfache.

Stark et al. 1996 weisen in ihrer Untersuchung über IDU in Berlin (n=324) darauf hin, dass ein unabhängiger Risikofaktor für die Infektion mit HIV, HBV und HCV „needle sharing“ im Gefängnis war. Holsen et al. 1993 kommen in ihrer Untersuchung über die Prävalenz von HCV in einem Gefängnis in Norwegen zu den Ergebnissen, dass 46 % der untersuchten Gesamtgruppe, davon jedoch 73 % in der Untergruppe der IDU, HCV positiv waren, was einer ca. 400fach höheren Verbreitung als bei Blutspendern (als Vergleichskollektiv aus der „Allgemeinbevölkerung“) entsprach ! Nur etwa die Hälfte (47 %) der HCV-positiven Gefangenen waren sich über ihre Hepatitiserkrankung im Klaren, was für die Autoren ein Beleg für die Notwendigkeit umfangreicher Testung und Information solcher Risikogruppen darstellt.

Gbordzoe 1997 fand bei einer Untersuchung in der JVA Heilbronn unter allen Gefangenen eine Verbreitung von Hepatitis-B von 3,1 % und von Hepatitis-C von 17 %. In der Gruppe der IDU konnte jedoch eine Prävalenz der Hepatitis-C von 77 % ermittelt werden. Bredeek et al. 1997 fanden bei 621 HIV-Positiven, die zwischen 1983 und 1995 im Berliner Justizvollzug zusätzlich auf Hepatitis untersucht wurden, bei 95,8 % auch serologische Marker für eine durchgemachte oder aktive Hepatitis-B, von den seit Verfügbarkeit des Hepatitis-C-Tests 1990 auch auf HCV-Antikörper untersuchten 271 Insassen erwiesen sich 97 % als positiv !

Die medizinische Begleitforschung des „Pilotprojektes zur Infektionsprophylaxe für Drogenabhängige in der Anstalt des offenen Vollzugs in Vierland (Anstalt XII)“ erbrachte Gesamtprävalenzen für Hepatitis-B und -C bei allen untersuchten Gefangenen von etwa 50 % zu zwei verschiedenen Zeitpunkten ([Heinemann et al. 1998], S. 48f). Bei genauerer Betrachtung von Untergruppen wurde festgestellt, dass die Gruppe der Heroin-/Kokaingebraucher in Haft wesentlich höhere Prävalenzen zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten aufwies (Hepatitis-B 64 % bzw. 80 %; Hepatitis-C 89 % bzw. 81 %).

Eine schriftliche Befragung der Landesjustizbehörden (Weilandt et al. 1997) verdeutlichte, dass Eingangsuntersuchungen auf Hepatitiden nicht routinemäßig, sondern nur bei medizinischer Indikation durchgeführt werden. Positive Hepatitis-Befunde werden bisher von keiner der Landesbehörden erfasst. Eine Ausnahme bildet die Praxis in Baden-Württemberg: Auf Veranlassung des Justizministeriums Baden-Württembergs gehört seit 1995 die Hepatitis-C-Serologie grundsätzlich zur

Eingangsuntersuchung der Gefangenen. Nach den vorliegenden Erkenntnissen weisen etwa 17 % der Gefangenen einen positiven Hepatitis-C-Befund auf – der Anteil Drogenabhängiger darunter beträgt etwa 70 %, wobei die Hälfte dieser Gefangenen als infektiös eingestuft wird. Zwei Strafgefangene haben sich wahrscheinlich während der Inhaftierung mit HCV infiziert, ein weiterer wohl mit HIV (Goll 1997). Demnach erfordern infektionsprophylaktische Bemühungen insbesondere im Justizvollzug eine über die Beachtung und Eindämmung einer HIV-Verbreitung hinausgehende Realisierung des erheblichen Infektionsrisikos Hepatitis unter IDU (Anm.: der voranstehende Abschn. zum Risikokollektiv Gefangene entstammt [BORNEMANN UND STÖVER 2002], mit entspr. Quellenverweisen).

In einer an der Frauen-Justizvollzugsanstalt Vechta durchgeführten Studie wurden retrospektiv die Akten von 1032 Insassinnen der Zugänge 1992-94 ausgewertet, unter ihnen laut Akten 358 (35 %) i.v.-Drogenabhängige. Gesucht wurde nach in Haft durchgeführten Virustestungen. Auf anti-HBc-Antikörper (Hep-B) getestet wurden 66 % der IDU, wovon 78 % positiv waren, auf anti-HCV-AK (Hep-C) getestet wurden 214 (60 %), wovon 160 (75 %) positiv waren, auf HIV-AK getestet wurden 265 (74 %) der IDU, wovon 13 (5 %) positiv waren. Aus diesen Daten lässt sich bereits Anfang der 90er Jahre eine hohe Durchseuchung von Hepatitis-C zumindest in diesem Hochrisikokollektiv erkennen. Bemerkenswert an dieser Untersuchung war auch, dass Verläufe i.S.e. Kohortenstudie dokumentiert wurden, dergestalt, dass ca. 100 IDU, die anfangs negativ für eine der Viruserkrankungen waren, nachgetestet wurden. Dabei zeigte sich, dass eine Anzahl Insassinnen sich während der Haft mit Hepatitis-B und -C angesteckt hatten. Die Autoren diskutieren daher, bei anfangs seronegativen Inhaftierten ggf. vor Entlassung eine Kontrolle durchzuführen [KEPPLER ET AL. 1999].

HIV/AIDS im Strafvollzug

Die Prävalenzen der HIV-infizierten Inhaftierten werden in Deutschland von offizieller Stelle (Bundesministerium für Gesundheit / BMG 1995) bei den Männern von 0,12 % bis 2,8 % und bei den Frauen von 0,48 % bis 8 % angegeben (Anfang 1994 waren den Justizbehörden bekannt: 406 Männer und 55 Frauen HIV-positiv, 42 Männer und 15 Frauen an AIDS erkrankt; BMG 1995). Dies wird durch mehrere Untersuchungen zur Prävalenz von HIV unter Gefangenen bestätigt (Gbordzoe 1997: 1 %; Keppler und Stöver 1999: Frauenhaftanstalt 4,9 %; Albot 1993, S. 8: Hamburger Justizvollzug 2,1 %). Die zahlenmäßig größte Studie zur HIV-Prävalenz durchgeführt im Hamburger Justizvollzug in den Jahren 1993-1995 (n=19.482), zeigt eine konstante Verbreitung zwischen 1,1 – 1,6 %, allerdings einen Anstieg bei den IDU-Gefangenen (Koops et al. 1997). Dies zeigt, dass HIV/AIDS im Gefängnis im wesentlichen unter IDU verbreitet ist. Nimmt man für Deutschland schließlich eine HIV-Prävalenz unter den Gefangenen von ca. 1 % an, bedeutet dies eine 25mal höhere HIV-Verbreitung in der Gefangenenpopulation, als für die Durchschnittsbevölkerung angenommen wird.

Mehrere Studien außerhalb des Strafvollzuges belegen eine enge Korrelation zwischen einem ehemaligen Aufenthalt im Strafvollzug und der Verbreitung o.g. Infektionskrankheiten: Hafterfahrung bei IDU stellt sich als signifikanter Risikofaktor

für eine HIV-Infektion dar (ausführlich Stöver 2000). Zu bedenken ist, dass die HIV-Testraten bei Gefangenen von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich sind und in einigen Bundesländern nur in sehr viel geringerem Umfang auf HIV getestet wird: bei den Eingangsuntersuchungen mit über 90 % in Hamburg und Bayern vs. ca. 10 % in Bremen! Es bleibt also noch ein erhebliches Dunkelfeld von nicht-getesteten Gefangenen (Abschn. HIV/AIDS im Strafvollzug entnommen [BORNEMANN UND STÖVER 2002]).

Risikokollektiv Prostituierte

Auf dieses Risikokollektiv soll hier nur der Vollständigkeit halber hingewiesen werden, mit dem orientierenden Verweis darauf, dass Prostituierte allgemein nicht relevant stärker von HIV betroffen sind, wohl aber drogenkonsumierende Prostituierte – dies allerdings im Rahmen ihrer HIV-Belastung aufgrund ihrer Zugehörigkeit zur Gruppe der IDU allgemein – was zur besonderen Berücksichtigung der epidemiologischen Rolle der IDU-Prostituierten mit Blick auf die Allgemeinbevölkerung führt.

Risikokollektiv Aussiedler und Migranten

Epidemiologische Daten zur Belastung der Migranten mit den genannten Infektionskrankheiten liegen nach Kenntnis des Verfassers nicht vor. Der Verfasser geht jedoch aufgrund eigener Einschätzung davon aus, dass v.a. die Aussiedler aus der ehem. Sowjetunion durch einen hochriskanten Konsum überproportional belastet sein dürften, bei vermutlich bereits erhöhten Ausgangsprävalenzen zumindest von Hepatitis-B und ggf. auch Hepatitis-C aufgrund der Durchseuchungslage in den jeweiligen Herkunftsgebieten.

(© Karoi-Verlag Bielefeld)