

THE BECKLEY FOUNDATION

Drogenpolitik Programm

Neil Hunt, Mike Trace and Dave Bewley-Taylor

Von Schäden durch Drogen zu Gesundheit:

Ein Überblick über die globale Beweislage Report 4

Einleitung

Dies ist der vierte Bericht aus unserer aktuellen Serie die die Effektivität von Drogenpolitik analysiert, um Drogengebrauch und verwandte Probleme zu reduzieren. Der erste Bericht artikulierte unsere Sorge, dass die gegenwärtigen politischen Rahmenbedingungen ihr Ziel nicht erreichen, den illegalen Drogenmarkt merkbar einzudämmen und dass die Zahl der Drogengebraucher in den meisten Teilen der Welt expandiert. In unserem zweiten Report argumentierten wir dass um die regelmäßige Uneinigkeit über die zukünftige Richtung gelöst werden sollte durch eine objektive Bestandsaufnahme über die Effektivität der bestehenden Politik und bestehender Programme und schlugen eine breite methodologische Verfahrensweise für solch eine Bestandsaufnahme vor. Dieser Bericht schlug 6 grundlegende Ziele für eine Drogenpolitik vor, deren Ausführung nach einiger Zeit gemessen werden könnte um zu beurteilen, welcher Fortschritt erreicht wurde.

Wir sind nun weiter gegangen um die gegenwärtige globale Beweislage zur Effektivität bestimmter Politiken und Aktivitäten die geschaffen wurden, um Drogen relatierte Probleme zu beeinflussen, fest zu stellen. Wir begannen diese Übersicht in unserem dritten Bericht vom Dezember 2004, der den Einfluss der Bemühungen zur allgemeinen Eindämmung der Drogenmärkte durch Angebotsreduzierung und verschärfte Gesetzgebung einschätzte. Während wir sehr wenige Beweise fanden, dass diese Herangehensweise eine signifikante und solide Reduktion von Drogengebrauch erreichen kann, beginnen wir mit diesem Bericht auf die Politiken und Programme zu schauen, die zum Ziel haben, Drogen relatierte Risiken zu überwinden, beginnend bei Gesundheitsschäden durch Blut übertragene Infektionen und tödliche Überdosen.

Deshalb hat dieser Report das Ziel, die gegenwärtigen Versuche, um diese Schäden zu bekämpfen, einer Betrachtung zu unterziehen. Einige dieser Maßnahmen – Nadel- und Spritzenprogramme, niedrigschwelliger Zugang zu Behandlung und allgemeine Gesundheitsdienste für Drogengebraucher – sind im Allgemeinen bekannt als “Schadensreduzierung”. Das entscheidende Kriterium von Schäden reduzierenden Programmen ist deren Focus auf die Prävention von Drogen relatierten Schäden anstatt auf die Vorbeugung von Drogengebrauch selbst. Dies geschieht nicht um zu bestreiten, dass – theoretisch – eine Verminderung von Drogengebrauch die Schäden vermindern würde, aber es reflektiert die Einsicht dass, ungeachtet ehrenwerter Motive, Politiken die

in erster Linie zum Ziel haben, Drogengebrauch zu reduzieren, kaum messbare Resultate haben und nicht in der Lage sind die Schäden zu reduzieren, über die wir besorgt sind. Wie auch immer, sowie der ausführende Direktor des UN Büros Drogen und Kriminalität, Antonio Costa, selbst betont hat, hat jegliche Drogenpolitik zum Ziel, Schäden zu vermindern. Die entscheidende Frage ist, welche dieser Aktivitäten effektiv sind, um dieses Ziel zu erreichen. Wir müssen verstehen lernen, ob die Schäden, über die wir besorgt sind, am effektivsten durch Massnahmen bekämpft werden die den gesamten Drogengebrauch eindämmen, durch zielgerichtete Aktionen gegen risikoreiches Verhalten oder eine Mixtur beider Methoden.

Drogen relatierte Gesundheitsrisiken

Sowie der Effekt einer Droge durch deren Pharmakologie und die Art der Einnahme bestimmt ist, durch die Person die sie einnimmt und durch den unmittelbaren und weiteren Kontext in dem konsumiert wird – Droge, Umstände und Bedingungen wie dies gemeinhin heißt (Zinberg 1984) – diese gleichen Faktoren beeinflussen direkt auch die *Risiken und Schäden* von Drogenkonsum. Konsequenterweise ist es wichtig eine Diskussion über Schäden zu führen in dem betont wird, dass die Tatsache des Schadens nicht ein immanenter Faktor einer beliebigen Substanz ist, sondern das Produkt einer Konstellation von Faktoren. Es ist, teilweise, diese Einsicht, die den Ansatz der Schadenreduzierung in die Lage versetzt hat, eine wachsende Zahl von Antworten zu geben, die diese verschiedenen Faktoren berücksichtigen und uns zur Verfügung stellt.

Obwohl viele Formen von Schäden allgemein erkannt werden, werden internationale Vergleiche deutlich oft mit verschiedenen Methoden gemessen mit beträchtlichen Unterschieden und Lücken in der Qualität der Informationen. Auch die USA, die mehr an Untersuchungen ausgibt als irgendein anderes Land, produziert keine nationalen Prävalenz Daten zu einem der wichtigsten Probleme unter intravenösen Drogengebrauchern – der HIV Infektion – die mit anderen Ländern verglichen werden könnten (Aceijas et al. 2004). Trotz nützlichem Fortschritt bei der Harmonisierung epidemiologischer Daten in Regionen wie der EU, sind Daten über andere Schäden einschließlich Hepatitis, bakteriellen Infektionen und Überdosen noch schwieriger zu vergleichen.

Infektionen durch Blutübertragung und Überdosen sind, nachweislich die am weitesten verbreiteten und ernstesten Gründe von Sterblichkeit und Morbidität im Bezug auf Drogengebrauch und werden später detaillierter besprochen. Andere Formen von Drogen relatierten Schäden werden hingegen nicht eingeschlossen: Abhängigkeit oder problematischer Drogenkonsum (PDU); eine große Anzahl von physischen oder mentalen Gesundheitskonsequenzen und Verkehrsunfälle unter Drogeneinfluss.

2 Report 4

HIV/AIDS

Obwohl eine Anzahl von Menschen intuitiv Schaden-Reduzierungsprinzipien anwandten bevor der Begriff geprägt war(1), war es die HIV/AIDS Krise unter intravenösen Drogengebrauchern die den Focus auf Methoden richtete, die man als

Schadensreduzierung bezeichnen konnte und diese kombinierten und entwickelten. Aceijas u.a. (2004) haben kürzlich einen globalen Überblick bezüglich der Epidemien bei intravenösem Drogengebrauch und der HIV Infektion gegeben und die Prävalenz für 130 Länder geschätzt. Ihre Arbeit schätzt, dass es weltweit 13,2 Millionen Drogengebraucher gibt und dass mehr als 10 Millionen (78%) in entwickelten oder Schwellenländern leben (Ost Europa und Zentral Asien, 3,1 Millionen; Süd und Südost Asien 3,3 Millionen; Ost Asien und Pazifik 2,3 Millionen.) Schätzungen von HIV Prävalenz waren für 78 Länder erhältlich. Von HIV Prävalenz unter intravenösen Drogenverbrauchern von mehr als 20% ist aus mindestens 25 Ländern und Gebieten berichtet worden: Weißrussland, Estland, Kasachstan, Russland, Ukraine, Italien, den Niederlanden, Portugal, Serbien und Montenegro, Spanien, Libyen, Indien, Malaysia, Myanmar, Nepal, Thailand, Vietnam, China, Argentinien, Brasilien, Uruguay, Puerto Rico, den USA und Kanada. Diese Epidemien werden im Wesentlichen dem Tausch von Spritzenmaterialien zugeschrieben, während sexuelle Übertragung ebenfalls eine wichtige Rolle spielen (Kral u.a. 2001; Strathdee u.a. 2001).

Neben den globalen Unterschieden in der HIV/AIDS Prävalenz unter IDU's, verbreitet sich die Epidemie mit unterschiedlichen Raten. Des Weiteren werden nationale Reaktionen die auf einer guten Beweislage beruhen, zurzeit sehr ungleichmäßig eingesetzt. Obwohl die HIV/AIDS Epidemie weitgehend abgewehrt oder in einigen Ländern umgekehrt werden konnte (z.B. in Australien, Kanada, Deutschland, Spanien und dem Vereinigten Königreich) ist dies – beinahe unvermeidlich – in vielen Teilen der Welt wie intravenöser Drogengebrauch verbreitet worden in Ländern und verschiedenen Regionen. Ein früheres Briefing Papier in dieser Serie (Klein u.a. 2004) hat die aktuelle HIV Epidemie in zwei Vorrangsländern für Aktion beschrieben – Russland und die Ukraine. In den entwickelten Ländern wo Injektieren vorherrscht, sind sechs hohe Prävalenz Länder bestimmt worden (Indien, Myanmar, Thailand, Vietnam, Argentinien und Brasilien), die sich nach einem UNAIDS/WHO Klassifizierungssystem allgemeinen Epidemien gegenübersehen während doppelt so viele Länder eingegrenzte Epidemien in bestimmten Subgruppen zu verzeichnen haben. Es gibt außerdem Anzeichen das in Afrika, wo die Epidemie vornehmlich sexuell übertragen wurde, ein Land – Libyen - womöglich am Vorabend einer parallelen Epidemie durch Injektion steht.

Hepatitis

Neben HIV können viele andere Infektionen durch das Tauschen von Injektionsausrüstung übertragen werden. Hepatitis B (HBV) und Hepatitis C (HCV) sind unter den wichtigsten wegen ihrer weiten Verbreitung und ihrem Einfluss auf die Gesundheit. Im Allgemeinen sind ungefähr 170 Millionen Menschen mit HCV infiziert und in den entwickelten Ländern sind dies zu 90 % ehemalige oder gegenwärtige Drogengebraucher (WHO 2000). Mit einigen Ausnahmen zeigen Studien dass die HCV Prävalenz unter gegenwärtigen IDUs bei über 50 % liegt wobei in einigen Ländern nahezu alle IDUs infiziert sind (zum Beispiel s. Jager u.a. 2004:96).

Hepatitis B Prävalenz ist im Allgemeinen niedriger, obwohl sie, anders als HCV und HBV, vornehmlich durch sexuellen Kontakt verbreitet wird. Menschen mit HBV haben auch das Risiko einer Ko-Infizierung mit Hepatitis D, was unabhängig nicht möglich ist. Im Allgemeinen gilt, dass Ko-Infektion mit mehreren Viren und Reinfektion mit verschiedenen Typen oder Unter-Typen desselben Virus die Prognose verschlechtert und

das Risiko auf chronische Hepatitis, Leber Zirrhose und Leber Krebs erhöht. Ausbrüche von Hepatitis A – im allgemeinen übertragen durch oro fäkal Wege eher als durch Blutübertragung – steigen ebenfalls in einigen Populationen von IDUs (Health Protection Agency 2004).

Es ist bekannt das HCV, welches viel leichter durch Nadel Tausch übertragen werden kann als HIV, in Ländern mit einer längeren Geschichte von Injektion schon epidemisch war bevor Tests erhältlich waren oder Schaden-Reduzierungsdienste eingeführt worden sind. Obwohl es einige Indikatoren gibt die zeigen, dass Programme lokale, kurzfristige Reduzierung der Prävalenz bringen können, ist es gegenwärtig unklar ob es Politiken gibt, die eine effektive und nachhaltige Reduzierung bewirken können. HCV Infektionen bleiben denselben Regeln der Verbreitung unterworfen wie spätere Injektions-Epidemien. Gegenwärtig gibt es keine Beispiele von Ländern die umfassende Schaden Reduzierungsprogramme eingeführt haben unter großen Gruppen von IDUs und die wichtige Frage ist ob solch eine Strategie effektiv vorbeugen könnte, bleibt vorläufig unbeantwortet. Im Gegensatz, die Existenz einer effektiven Immunisation von HBV zeigt eine einfache Intervention auf, die in Ländern die zielgerichtete oder allgemeine Bevölkerungsimpfprogramme eingeführt haben leicht der Verbreitung dieser Infektion unter IDUs vorbeugen kann.

Örtliche und systematische bakterielle Infektionen

Neben sich über das Blut übertragende Viren wie HIV, HBV und HCV, sind bakterielle Infektionen unter injektierenden Drogengebern auch verbreitet wegen schlechten hygienischen Bedingungen beim Gebrauch oder dem Gebrauch von kontaminierten Drogen. Klinisch begegnet man Infektionen die Abszesse, Cellulitis, Endocarditis und Septicaemia hervorrufen. Zahlreiche Pathogene können Menschen beeinflussen wie: Streptococci Infektionen und Clostridial Infektionen wie Botulismus, Tetanus, und Clostridium Novyii. Bis jetzt stecken nationale Beobachtungssysteme für bakterielle Infektionen unter IDUs in den Kinderschuhen, wenn es sie überhaupt gibt.

Überdosen

Unter jungen Erwachsenen sind Überdosen (2) durch Opiate eine der führenden Ursachen von vorzeitigem Tod durch Drogengebrauch. In den industrialisierten Ländern sind die Raten im Allgemeinen durch die 80er, 90er und im frühen 21sten Jahrhundert gestiegen. Im Jahr 2000 starben fünfmal mehr Drogengebern an einer Überdosis in Europa als durch AIDS. Des Weiteren weisen die Todesfälle durch Überdosis einen überdurchschnittlich hohen Verlust von Lebensjahren auf, da sie meistens bei jungen Erwachsenen stattfinden. So ist kalkuliert worden, dass im Vereinigten Königreich 1997 Drogen relatierte Todesfälle genauso viel Lebensjahre kostete wie Verkehrsunfälle und verantwortlich ist für 5% aller männlichen Lebensjahre Verluste (ACMD 2000:56). 1995 ist geschätzt worden, dass unter 15 – 35jährigen männlichen Todesfällen in München 15%, in Barcelona 17 % und in Glasgow jeder dritte Todesfall einer Überdosis zugeschrieben werden konnte. (Hedrich und Vicente 2004).

Fußnote

1 Unter ihnen Sir Humphrey Rolleston dessen 1926 Report über Morphin und Heroin Abhängigkeit zu dem "britischen System" der Heroin Kontrolle führte. Und, most presciently, Jan Howard and Philip Borges die Nadeltausch in der Verbindung mit der Verbreitung von Hep. B unter injektierenden Drogengebern in San Francisco vor mehr als 30 Jahren untersuchten (Howard and Borges 1971).

2 In den vergangenen Jahren ist es deutlicher geworden, das Überdosen nicht typischerweise von unüblich reinem Heroin alleine her rühren. Oft kommt es zu Heroin Überdosen durch Mengen, die nicht notwendiger Weise fatal sein müssten, es aber werden, wenn das Heroin durch andere Depressiva wie Alkohol oder Benzodiazepine potenziert wird (Darke and Zador 1996).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO 1998a) hat die Aufmerksamkeit auf die nachweislichen Grenzen unserer verfügbaren Informationen gelenkt: Probleme die eindeutig größer sind in Entwicklungs- und Transitionalen Ländern wo Gesundheitsinformationssysteme schlechter sind und "Überdosis" womöglich vermischt wird mit den Folgen von Infektionskrankheiten und Unterernährung. In einigen Ländern werden Daten zu Überdosen mit anderen Daten wie Vergiftungen, absichtlichen und zufälligen Toten rapportiert und können schwierig von anderen Todesursachen getrennt werden.

Obwohl sie im Allgemeinen weniger beitragen als Opioide, kann der Gebrauch von Kokain, Ecstasy, Methamphetamine und anderen Amphetaminen auch unbedachte Lebensbedrohung und manchmal fatale Notfälle auslösen.

In der Europäischen Union haben sich die Todesraten zwischen 1985 und 2000 mehr als verdoppelt. Jedes Jahr beträgt die Zahl zwischen 8-9.000 fatalen Überdosen – eine Zahl die die wirkliche Rate vermutlich stark unterschätzt (EMCDDA 2004:12). 1999 wurden 958 Todesfälle einer Opioid Überdosis zugeschrieben und wurde geschätzt, dass es in Australien jedes Jahr zu 12.000 – 21.000 nicht tödlichen Überdosen kommt (Ministerial Council on Drug Strategy 2001): eine Rate, die seitdem eindeutig gesunken ist (s. Beckley Foundation Kurz Bericht Nr. 4). Bei den kanadischen nationalen Daten werden 1995 160 Tote einer Opioidvergiftung zugeschrieben und weitere 78 Kokain (Single *et al.* 2000). In den USA hat die absolute Zahl der 'Drogen verursachten Todesfälle' 1999 von 19.102 auf 26.018 in 2002 zugenommen; eine Steigerung der Mortalitätsrate von 6.8 auf 9.0 auf 100.000 (CDC 2004:11)3. Allerdings ist die Vergleichbarkeit mit anderen Ländern wiederum enttäuschend beschränkt da Opioid bezogene Tote nicht von Vergiftungen mit verschriebenen Drogen separiert werden.

Interventionen und ihre Effektivität

Dieses Kapitel zeigt den Hintergrund, die Grundlage und den Umfang von Implementationen, die in Verbindung zu den oben beschriebenen Hauptschäden stehen. In der Praxis sind diese oft miteinander verbunden (zum Beispiel Spritzen- und Nadelprogramme (NSPs) und Straßenarbeit); um die Diskussion zu vereinfachen werden

sie hier einzeln behandelt unter folgenden Überschriften: Nadel- und Spriztentauschprogramme, Methadon und andere Ersatzmitteltherapien, Heroinverschreibung, Information, aufsuchende Arbeit und Motivationssteigerung, Interventionen um Überdosen und Vergiftungen zu reduzieren und Drogenkonsumräume.

Nadel und Spriztentauschprogramme (NSPs)

Hintergrund

Die Rolle des "Nadeltauschs" in der Übertragung von Blut-Übertragenen viralen Infektionen wie Hepatitis B unter injektierenden Drogengebern (IDUs) ist seit spätestens 1970 bekannt (Howard and Borges 1971). Letztlich war es aber die Verbreitung von HIV/AIDS unter injektierenden Drogengebern in den 80ern, welches die verbreitete Einführung von Nadel- und Spritzenprogrammen (NSPs) in einer Reihe industrialisierten Ländern in Europa, Ozeanien und Teilen von Nordamerikas förderte (Gibson u.a. 2001) und, in letzter Zeit, in einer Reihe von Entwicklungs- oder Schwellenländern (Ball u.a. 1998; Bastes u.a. 2000); Commonwealth Department of Health and Abging 2002).

Menschen spritzen aus einer Reihe von Gründen, unter welchen die erhöhte Intensität der auslösenden Empfindung – der "Rush" - und weil die Injektion die Wirkung der Droge im Gehirn erhöht, was Spritzen ökonomischer machen kann. Wenn auch Nadel und Spriztentausch die Hauptursache von durch Blut übertragenen Infektionen bei Drogengebern ist, erhöhen auch Praktiken bei denen die Drogen geteilt werden – "backloading und frontloading" – das Risiko. "Teilen" kann auch weniger bekannte Blut übertragene Viren übertragen wie HTLV-1 und HTLV-2 sowie virale Infektionen (z.B. Hepatitis A) und viele bakterielle Infektionen die häufiger durch andere Wege übertragen werden (z.B. Tetanus). Obwohl wir in erster Linie an HIV/AIDS und Hepatitis denken, bleibt Nadeltausch ein wichtiger potenzieller Weg für die Übertragung von neuen, gegenwärtig noch unbekanntem Infektionen welche unüberschaubare Risiken unter Menschen auslegt die von Tieren ausgehen; was wahrscheinlich passiert ist als eine angepasste Version des Simian Immunodeficiency Virus (SIV) von Affen zu Menschen übersprungen ist und HIV ausgelöst hat.

Nadel und Spriztentausch funktioniert in erster Linie dadurch, dass es IDUs in die Lage versetzt Tauschen zu vermeiden und dadurch der Verbreitung der Krankheit verhütet. Dies hilft die Gesundheit von IDUs zu erhalten und reduziert die entsprechenden Kosten für die Gesellschaft. Es bedeutet auch das diejenigen, die womöglich mit dem Spritzen aufhören, weniger wahrscheinlich längerfristige Konsequenzen für die Gesundheit durch ihren Drogenkonsum haben oder ein fortlaufendes Risiko darstellen, Krankheiten durch sexuellen Kontakt zu übertragen.

Falls Vorschriften oder Gesetzesverschärfungen die die Verfügbarkeit von Nadeln und Spritzen erschweren, bedeutet dies dass Menschen, welche spritzen eher gezwungen sind zu tauschen. Auch wenn sterile Nadeln und Spritzen in Apotheken und anderen Verteilstellen erhältlich sind, kann dies durch die Kosten oder die Aufhebung der Anonymität intravenöse Drogengeber davon abhalten, diese Angebote zu nutzen. Demzufolge vergeben Nadeltauschprogramme kostenlos erhältliche sterile Nadeln und

Spritzen um die Notwendigkeit zum Tausch und Wiedergebrauch zu reduzieren. Sie erhöhen ebenfalls die öffentliche Gesundheit durch gebrauchtes Material aus der Zirkulation zu holen.

Diese Programme arbeiten auf verschiedene Weise einschließlich besonderer Dienste die zu Behandlungseinrichtungen weisen, Medikamententausch, Straßenarbeit und durch den Gebrauch von Verkaufsautomaten. Spezielle Dienste erfüllen üblicherweise eine Bandbreite von weiteren Gesundheitsfördernden und Gesundheitsfürsorge Funktionen und ermöglichen oft den Zugang zu anderen Behandlungsmöglichkeiten welche Menschen erlaubt, ihr Drogenproblem zu benennen, zum Beispiel durch HIV und Hepatitis Tests anzubieten, Impfungen gegen HBV, Überdosis Prävention und Management Trainings und vermitteln zu Opioid Behandlung, Entzugs- oder Beratungsservice.

Klinische und Kosten Effektivität

Seit den 80ern sind viele Untersuchungen bezüglich des Einflusses von NSPs auf die Reduzierung von Risiken und dem viralen Status der Bezugsgruppe durchgeführt worden.

Ein systematischer Überblick durch Gibson u.a. (2001) untersuchte die Frage – “Sind Nadel- und Spritzenprogramme effektiv um das HIV Risiko Verhalten und die HIV Infektion unter injektierenden Drogengebern zu reduzieren?” Von 42 Studien fanden 28 positive Effekte und 14 fanden entweder keine oder sowohl positive als auch negative Effekte. Sie schlussfolgerten dass dies einen überaus starken Beweis für den positiven Einfluss von NPS auf das HIV Risiko Verhalten und HIV Infektion und eine gute Begründung für ihre Einführung gab.

Fußnote

3 Bezieht Vergiftung durch ärztlich verschriebene Drogen ein. Das Center for Disease Control and Prevention unterscheidet nicht von verbotenen Drogen so dass es undeutlich ist wie groß die Sterberate ist, die man Heroin oder Kokain zuschreiben kann.

- Noch aktueller untersuchte die WHO in einem Überblick über 200 Studien bezüglich NSPs, die schlussfolgerte dass:
 -
 - - Es einen zwingenden Beweis gibt dass durch einen Ausbau und die Benutzung von sterilem Spritzenmaterial durch intravenöse Drogengebern die HIV Infektion substanziell reduziert wird.
 -
 - - Es gibt keine überzeugenden Beweise von irgendwelchen größeren, unbeabsichtigten negativen Konsequenzen.
 - - Nadel und Spritzenprogramme sind kosteneffektiv.
 - - Nadel und Spritzenprogramme haben zusätzliche und zusätzliche Vorteile neben der Reduzierung der HIV Infektion bei IDUs.

-
- - Bleichmittel und andere Formen der Desinfektion werden nicht durch eine gute Beweislage unterstützt.
- - Pharmazien und Verkaufsautomaten erhöhen die Verfügbarkeit und wahrscheinlich den Gebrauch von sterilem Spritzenmaterial unter IDUs.
-
- - Gesetzgebung bezüglich Injektionsmaterialien formt eine Barriere für eine effektive HIV Kontrolle unter IDUs.
-
- - Nadel und Spritzenaustauschprogramme als solche sind nicht ausreichend um die HIV Infektion unter IDUs zu beherrschen.
-

WHO. Effektivität von sterilen Nadel und Spritzenprogrammen bei der Reduzierung von HIV/Aids unter injizierenden Drogengebern: WHO 2004a: Seiten 28-29

Angesichts einer ausufernden weltweiten Literatur über "was funktioniert" ist eine nützliche Funktion internationaler Körperschaften, die wichtigsten Botschaften für Entscheidungsträger herauszukristallisieren. Kürzlich haben die Weltgesundheitsorganisation, UNAIDS und das Vereinte Nationen Büro über Drogen und Kriminalität die Politik und Programmimplikationen des WHO Berichts bilanziert und gemeinsam folgende Bilanz gezogen:

Gemeinschaften oder Länder die durch eine Epidemie der HIV Infektion unter injizierenden Drogengebern herausgefordert oder getroffen sind sollten dringend Maßnahmen zur Verfügbarkeit und dem Gebrauch von sterilem Injektionsmaterial und dem Beseitigung von gebrauchtem Material treffen. Sie sollten risiko- reduzierende Schulung anbieten, drogenfreie Behandlung empfehlen und Abszess Management anbieten, Kondom Gebrauch, HIV Tests und Beratung fördern, und Sorge, Behandlung und Unterstützung an Personen mit HIV/AIDS und Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten anbieten. Falls nötig sollte die Gesetzgebung hinsichtlich Drogenabhängigkeit und Drogenparaphernalia überprüft und angepasst werden um Nadel und Spritzenaustauschprogramme einführen zu können. Programme für injizierende Drogengebern sollen in so großem Maßstab eingeführt werden, dass sie die HIV/AIDS Infektion stoppen und umdrehen können. Pilot Programme könnten eine Möglichkeit sein um die Einführung solcher Programme zu erlauben und verschiedene Verteilungsprogramme in verschiedenem Zusammenhang zu testen. Die internationalen Erfahrungen in Ländern und Regionen ist jedoch so überzeugend, dass es nicht länger eine wirkliche Begründung für solch kleine Programme gibt. Pilotprogramme könnten die dringend notwendige Ausweitung weiter verzögern und in unzureichender Abdeckung resultieren. Nichts desto trotz müssen die genauen Modalitäten von Nadel und Spritzenprogrammen den örtlichen Gegebenheiten angepasst werden. Programme die zum Ziel haben steriles Nadel Equipment bereitzustellen, sollten auf die spezifischen Untergruppen von injizierenden Drogengebern zugeschnitten werden: z.B. Frauen, Gefängnisinsassen, männliche oder weibliche Sexarbeiter und ethnische

Minoritäten. Insassen von Erziehungsanstalten haben teilweise ein höheres Risiko für eine HIV Infektion da sie während ihrer Inhaftierung weiter injektieren.

Es gibt nur wenig Beweise die die Effektivität von Desinfektions- und Sterilisations-Systemen. Diese sollten lediglich als zeitliche Maßnahmen unterstützt werden, dort, wo es nicht möglich ist Programme für die Verteilung sterilen Nadel Equipments einzuführen.

WHO, UNAIDS, UNCOD (2004a) Politik Papier: Verteilung von sterilem Nadel Equipment um die HIV Übertragung zu reduzieren.

Gefängnisse

Im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung haben Gefangene viel längere Drogengebrauch- und Spritzenniveaus und ihre Risiko Analyse ist viel höher. Programme die Bleichmittel verteilen und promoten sind eine Methode von der man dachte diese Risiken zu reduzieren (Dolan u.a. 1999). In den letzten Jahren sind Nadel- und Spritzenaustauschprogramme in Gefängnissen mehr und mehr entwickelt worden, 46 solcher Programme wurden 2003 gezählt (Stöver and Nelles 2003). Evaluation hiervon hat eine Verminderung der Tauschraten angezeigt, keine neuen HIV, HBV oder HCV Infizierungen und keine unbeabsichtigten Nebenwirkungen (Dolan u.a. 2003).

Die WHO, UNAIDS und UNODC (2004b) schlussfolgerten nach aktuellen Überprüfungen der Fakten bezüglich NSPs im Gefängnis:

Die Fakten zeigen dass diese Programme alle Maßnahmen gegen die HIV Übertragung einschließen sollten die auch in der Gemeinschaft außerhalb der Gefängnisse angewandt werden, einschließlich HIV Erziehung, Tests und Beratung auf freiwilliger Basis, die Verteilung von sauberen Nadeln, Spritzen und Kondomen und Drogenabhängigkeitsbehandlung einschließlich Substitutionsbehandlung. All diese Maßnahmen haben bewiesen, dass sie die Risiken einer HIV Übertragung im Gefängnis effektiv vermindern können. Sie haben auch aufgezeigt, dass es keine unbeabsichtigten Nebenwirkungen gibt.

In einem Bericht, der unter besonderer Berücksichtigung von Ost Europa und der Russischen Föderation geschrieben wurde, empfiehlt die WHO dass Programme am besten auf experimenteller Basis eingeführt werden und während der ersten Ausführung evaluiert werden (WHO 2001: 60-61). Besondererweise hat Spanien eine Nationale Strategie als Teil des schnellen Einführens von Schäden reduzierenden Intervention angenommen und hat veranlasst dass alle Gefängnisse Nadelaustausch anbieten sollen; es wird wichtig sein die Resultate dieses Verfahrens zu untersuchen.

NSPs als Frühkontakt zur Drogenbehandlung

Obwohl die HIV Prävention als die ursprüngliche Zielsetzung von NSPs und als ihr vornehmliches Ergebnis betrachtet werden kann, stellen sie auch einen wichtigen Weg in strukturierter Behandlung für Menschen dar, die man sonst als "schwer zu erreichen" charakterisieren würde. Dieser verstärkte Zugang zu Behandlung kann das erweiterte Spektrum von Risiken das Injizierung begleitet, reduzieren. Unter Studien die

Behandlungsannahme untersucht haben, ist es offensichtlich, dass NSP's diese Funktion in der Tat erfüllen (Normand u.a. 1995; Heimer u.a. 1996); eine britische Studie fand heraus das 40% von 722 Besuchern auf Angebote zu externer Hilfe reagierten (Carvell u.a. 1990). Research in Puerto Rico hat ebenfalls die Bedeutung eines proaktiven Verfahrens zur Vermittlung betont (Robles u.a. 1998).

Welchen Einfluss haben NSPs auf Hepatitis C?

Die meisten Evaluationen richten sich auf HIV. HCV ist unter IDUs weit mehr verbreitet als HIV. Beweise von vorteilhaftem Einfluss von NSPs auf HCV haben sich langsamer ergeben, da es in der Zeit als NSPs eingeführt wurden, HCV praktisch eingegrenzt war auf injektierende Drogengebraucher and da es einfacher übertragen wird. So, eher als eine Epidemie abzuwenden war es in den meisten Populationen die Aufgabe, eine umzukehren. Ursprünglich war es unsicher ob NSPs einigen Einfluss auf die HCV Verbreitung haben konnten da die Anzeichen suggerierten, dass Maßnahmen die geeignet waren HIV zu bekämpfen nicht notwendigerweise für Hepatitis C geeignet waren. Wie auch immer, es gibt nun einige erste Anzeichen, dass, von einer allgemein hohen Grundlinie, NSPs Einfluss haben könnten, auch wenn die HCV Rate und die Höhe von Viraemia unakzeptabel hoch bleiben (Smyth u.a 1999; Taylor u.a. 2000; Commonwealth Dept of Health and Aging 2002; Parsons u.a. 2002). Es gibt auch einige eingeschränkte Hinweise dass NSPs die Gelegenheit bieten könnten, Menschen vom Spritzen abzuhalten (Hunt u.a. 1998).

Eine der Schlüssel- Schlussfolgerungen einer früheren Nachprüfung von NSPs mit einem bestimmten Verhältnis zu HCV ist das Dienste weit aktiver sein müssen als es bei HIV notwendig war um HCV effektiv vorbeugen zu können (Ashton 2004). In den letzten Jahren gab es auch eine wachsende Anerkennung der Bedeutung eine adequate Abdeckung u.ä. zu erreichen. Dies dürfte für eine effektive HCV Prävention besonders wichtig sein. Parson u.a. (2002) erkannten einen Gegensatz zwischen relativ niedrigem NSP Angebot und einer höheren HCV Verbreitung in Schottland, bei entsprechender höherer Abdeckung in England und niedrigerer HCV Verbreitung. Wiessing u.a. (2001) haben substantielle Unterschiede bei der Verbreitung von NSPs in Westeuropa festgestellt mit Schätzungen zwischen 0,4 Verteilungspunkten für 100.000 IDUs (Belgien) bis 12-22 Verteilpunkte in Spanien.

Außerdem, wenn man sich dem Preis Leistungsverhältnis zuwendet, haben mehrere Studien eine Bandbreite von verschiedenen Methodologien verwandt um die Kosten und das Kosten Nutzenverhältnis von NSPs festzustellen (Gold u.a. 1997; Laurie and Drucker 1997, Holtgrave u.a. 1998; Laufner 2001). In jedem dieser Fälle zeigte sich, dass NSPs kosteneffektiv sind. Eine unabhängige nationale Überprüfung in Neuseeland hat berechnet dass jeder neuseeländische Dollar der in einem Jahr für NSPs ausgegeben wird 20 Dollar Ersparnis in Lebenszeit Behandlungskosten bedeutet (the Centre for Harm Reduction). Die vorsichtigsten Schätzungen einer australischen Studie unterstellen, das allein die Investitionen in NSPs über 2 Milliarden australischer Dollar an direkter HIV und HCV Behandlung ersparen: eine Zahl die nicht die zusätzliche Lebensqualität von Menschen berücksichtigt, die eine Infektion bei sich verhindert haben. Die Untersucher schlussfolgern dass "NSPs effektiv sind und reduzieren der Dauer beider Krankheiten und

dass sie eine effektive finanzielle Investition darstellen” (Commonwealth Dept of Health and Ageing 2002).

Adoption und Anwendung

Die Geschichte zeigt das in Ländern in denen Injektionen auftauchen die frühe Adoption von NSPs die epidemische Verbreitung von HIV/AIDS vermeiden kann (Stimson 1996). 1999 fanden Strathdee und Vlahov (2001) 134 Länder, Regionen oder Territorien in denen Injektionen nachgewiesen waren, von denen 114 (84%) von HIV unter intravenösen Drogengebern berichtet. Nimmt man die sehr konservative Schätzung von Ländern die mindestens einen NSP eingeführt haben, stellen sie fest dass nur 40% der Länder in denen injiziert wird ein NSP besteht, bei Ländern, in denen es HIV bei Drogenabhängigen gibt, war dies nur bei einem Drittel der Fall. Das Verhältnis von Ländern die zugängliche NSPs für alle in Frage kommenden Bevölkerungsgruppen erreichen wollen, wäre dies noch wesentlich weniger.

Wie erwähnt, schätzen Aceijas u.a. (2004) in ihrem aktuellen weltweiten Überblick über Injektion und HIV in 130 Ländern, dass es weltweit 13,3 Millionen injektierende Drogengebraucher gibt und mehr als 10 Millionen von ihnen (78%) in Entwicklungs- und Übergangsländern leben. Mit der deutlichen Ausnahme der USA, in der ein Bann des Kongresses den Gebrauch von Bundesstaatlichen Geldern für NSPs ausschließt, sind die Vorkehrungen in vielen industrialisierten Ländern relativ gut; wenngleich mit feststellbaren Unterschieden in der Abdeckung (Wiessing u.a.2001). Ungeachtet wichtiger Entwicklungen in der Bereitstellung in Ländern wie Indien, Brasilien, Russland, China und Vietnam, sind NSP Programme in den meisten Entwicklungs- und Übergangsländern eher die Ausnahme als die Regel (Strathdee and Bastos 2003; Hammett u.a. 2003). Gleichwohl gibt Brasilien ein überzeugendes Beispiel eines Landes das trotz großer Armut extensive Nadel und Spritzenprogramme anbietet (Transnational Institute 2004: 20-21).

Zusammenfassung

Es gibt substantielle Beweise dass NSPs bei der Vorbeugung von HIV und der Reduzierung von Risikoverhalten welches diese und andere Blut übertragene Viren wie Hepatitis B und C übertragen kann, eine kosteneffektive Intervention zur HIV Prävention sind. Ihre mögliche Fähigkeit, Ergebnisse auch in anderen Gebieten zu erzielen – ins besondere beim Reduzieren von Todesfällen bei Überdosen und der Hepatitis C Prävention – ist weniger sicher und benötigt dringend Aufmerksamkeit. Es gibt eine deutliche Notwendigkeit die bestehenden Verhältnisse bezüglich sowohl der Intensität als auch der Reichweite zu verbessern.

Methadon und andere Ersatzmitteltherapien

Hintergrund

Methadon die das am weitesten verbreitete und untersuchte Opioid Ersatzmittel Therapie (Hall u.a. 1998:1-2). Hall u.a. beschreibt Opioid Ersatzstoff Therapie als eine Behandlung die:

... die Verabreichung eines lang wirkenden Opioids an eine opioidabhängige Person organisiert, gebräuchlicherweise durch ein nicht durch den Darm gehendes Verfahren, mit dem therapeutischen Ziel die Injektierung von illegalen Drogen, wie Heroin vorzubeugen oder wesentlich zu reduzieren. Das Ziel ist es den Gesundheitszustand und das psychologische und soziale Wohlbefinden der opioidabhängigen Person zu verbessern.

Der Einsatz von Methadon ist von Dole und Nyswander (1965,1967) eingeführt worden weil es Entzugssymptomen vorbeugt, nicht das charakteristische, euphorische "High" von Heroin verursacht, eine Langzeitwirkung (24-36 Std.) hat und deshalb nur tägliche Verabreichung benötigt. Diese Eigenschaften erlaubt Opioidabhängigen an Rehabilitationsprogrammen teilzunehmen. Seine nützlichen Effekte sowohl auf den Heroingebrauch als auf Kriminalität führten zu seiner schnellen Einführung in den USA und es ist darüber hinaus durch die potenzielle Bedeutung als eine Komponente bei der globalen Reaktion auf HIV/AIDS unter injektierenden Drogengebrauchern weiter stimuliert worden.

Die Ziele von Substitutionsbehandlung können zusammengefasst werden als:

Unterstützt den Patienten gesund zu bleiben, bis er, mit angemessener Sorge und Unterstützung ein Leben frei von illegalen Drogen erreichen kann;

Reduziert den Gebrauch von illegalen oder nicht verschriebenen Drogen;

Geht auf Probleme des Drogenmissbrauchs ein;

Reduziert die Gefahren im Zusammenhang mit Drogenmissbrauch, insbesondere die Gefahr des Todes bei Überdosis und von HIV, Hepatitis B & C und anderer Blut übertragenen Infektionen durch Injektion und Tausch von Injektionszubehör ;

Reduziert die Dauer von Zeiträumen des Drogenmissbrauchs;

Reduziert die Wahrscheinlichkeit auf zukünftige Rückfälle;

Reduziert die notwendige Kriminalität zur Drogenbeschaffung;

Stabilisiert den Patienten in Substitutionsbehandlung wo nötig um Entzugserscheinungen zu vermeiden;

Verbessert die Teilnahme an anderer medizinischer Sorge; und,

Verbessert im Allgemeinen das persönliche, soziale und familiäre Funktionieren.

Fußnote

4 Opioid ist der allgemeine Begriff für alle "Opiate"(Drogen abgeleitet aus der Opium Mohnblume) aber schließt auch synthetische Betäubungsmittel (wie Methadon) die eine ähnliche Wirkung wie Opiate haben.

Es gibt zunehmend auch Hinweise die den Einsatz von den Mischopiaten Agonist/Antagonist Buprenorphine zur Dauerbehandlung unterstützen. Manchmal werden auch andere Behandlungen eingesetzt sowie das lang wirkende Opioid LAAM, Dihydrocodeine, Tinktur von Opium und verschiedene langsam wirkende Morphinzusammensetzungen. Zusätzlich wird vereinzelt Amphetamin Verschreibung bei Gebrauchern von Stimulanzien eingesetzt. Wie auch immer, mit Ausnahme von

Buprenorphine sind die Fakten für all diese anderen Behandlungen z. Zt. schwach, und im Fall von LAAM gibt es Besorgnis über das Herz betreffende Nebenwirkungen.

Klinische und Kosten Effektivität

Methadon ist nahezu 40 Jahre in Gebrauch und seine Effizienz ist intensiv untersucht worden. Mehrere Überprüfungen haben die Rückschlüsse die vernünftigerweise gezogen werden können systematisch ausgewertet. Dies beinhaltet 2 akademische Textbücher (Ball and Ross 1991; Ward u.a. 1998), zwei Berichte von offiziellen Körperschaften (Gerstein and Harwood 1990; ACMD 1993) und zwei Rezensionen die in Betroffenen Zeitschriften veröffentlicht wurden (Farrell u.a. 1994; Marsch 1998). Sie alle schlussfolgern dass Methadonbehandlung nützlich und effektiv ist. Der Nachdruck und Focus variiert in jeder Untersuchung, wobei spätere Studien den Focus auf die HIV Prävention erweitern. Methadon Dauerbehandlung erscheint als eine Behandlung die effektiv ist bezüglich der Reduzierung von Heroin Gebrauch, Kriminalität und HIV Risikoverhalten.

Neben den Fakten aus den oben genannten Untersuchungen hat sich eine Cochrane Untersuchung (5) der Methadon Dauerbehandlung gewidmet. Die Überprüfung bestätigt dass Methadon Dauerbehandlung drogenfreien Behandlungen (Placebo Verabreichung, Angebot drogenfreier Behandlung, Entgiftung, oder Warteliste Kontrolle) überlegen ist um Patienten in Behandlung zu halten und den Heroin Gebrauch zu reduzieren. Die Autoren bilanzieren dass "Methadon als Dauerbehandlung für Heroinabhängigkeit unterstützt werden sollte".

-
- Mehrere besondere Faktoren und ihre Effekte auf die Ergebnisse sind ebenfalls untersucht worden und es wert, genannt zu werden:
 -
 - Die Dosis (6) ist konsequenterweise relatiert an Erhaltung und den illegalen Opioid Gebrauch, bei niedriger Dosis ist Abbruch wahrscheinlich;
 - Im Gegensatz hierzu erscheinen Programme die den Entzug von Methadon forcieren ineffektiv zu sein; und,
 - Die Anzahl und Qualität der Hilfsdienste beeinflussen die Behandlungsergebnisse, in dem höhere Unterstützung und bessere Qualität die Ergebnisse verstärkt und die Abbrüche deutlich vermindert.
-

Dies lässt Vorsicht angezeigt sein, von Dole's und Nyswander's ursprünglichem Programm abzuweichen, da dieses auf einer relativ hohen Durchschnittsdosierung und gut fundierten Psychotherapeutischen und Rehabilitationsprogrammen basiert war. Unter diesem Gesichtspunkt haben Ashton und Witton (2004) nützlicherweise die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung von Aspekten der Programmausführung gelenkt, die selbstverständlich erscheinen, die aber einen großen Einfluss auf die Annahme oder Abweisung derselben haben, notabene " den Patienten als ein Individuum behandelnd, willkommen, emphatisch, verstehend, und Respekt und aktive, dauerhafte Sorge zeigend."

Spanien zeigt ein interessantes Beispiel eines Landes, welches eine Politik introduziert, die eine ernsthafte Epidemie abwehren kann. Spaniens Politik war bis in die frühen 90er Jahre auf Abstinenz basiert, während es die höchsten HIV Infektionsraten unter IDU's in Europa hatte (Rinken und Romero-Vallecillos 2002). Die Einführung eines schnell verbreiteten Methadonprogrammes zwischen 1992-1994 hat seitdem Verminderungen bei HIV herbeigeführt (Hernandez-Aguado u.a., 1999). Rinken und Romero-Vallecillos ziehen Parallelen mit Teilen von Zentral und Ost Europa, insbesondere mit der Ukraine.

Gefängnisse

Obwohl es wenig Research über Ersatzmittelvergabe im Gefängnis gibt, suggerieren die Hinweise die es gibt, dass sowohl der Drogengebrauch als auch risikovolles Spritzverhalten reduziert werden. (Dolan u.a. 1998; Vegue-Gonzales u.a. 1998). Die WHO/UNODC und UNAIDS (2004:6) nennen hohe Raten von Opioid Abhängigkeit unter Gefangenen und die WHO beschreibt Ersatzmittelvergabe als eine Voraussetzung für eine erfolgreiche HIV Prävention im Gefängnis. (WHO 2004b). Eine ausgebreitete Übersicht beispielhafter Modelle unter besonderer Berücksichtigung von Ost Europa und der Russischen Föderation (WHO 2001) lenkt die Aufmerksamkeit auf frühere WHO Leitlinien, die besagen dass:

Gefangene, die vor ihrer Inhaftierung in dauerhafter Methadonbehandlung waren, sollten diese Behandlung auch im Gefängnis erhalten können. In Ländern in denen Methadonbehandlung für Opioidabhängige erhältlich ist, sollte diese Behandlung auch im Gefängnis ermöglicht werden.

Die Argumente um solch eine Behandlung zu ermöglichen und die Bedenken und Kritiken sind von Dolan u.a. (1998) weiter untersucht worden; sie schlussfolgern, dass sie weitgehend ähnliche Vorteile böte. Sie argumentieren in jedem Fall, dass es die Notwendigkeit für gut ausgearbeitete, zukünftige Zufalls Kontrollversuche gibt um ihren Einfluss klären zu können.

Kürzlich haben die WHO, UNODC und UNAIDS (2004c) die Beweislage bezüglich Substitutionsbehandlung überprüft und ein Positionspapier für Politiker herausgebracht. Die Schlussfolgerungen aus einer Zusammenarbeit von internationalen Organen dieser Art sind von besonderer Güte weshalb das gemeinsame Statement hier wiederholt wird:

Gemeinsames Positionspapier über "Substitutionserhaltprogramme bei der Beherrschbarkeit von Opiat Abhängigkeit und der HIV/AIDS Prävention"

Opioid Abhängigkeit ist ein komplexer Gesundheitszustand der oft langandauernde Behandlung und Sorge benötigt, bei einem hohen Risiko auf eine HIV Infektion wenn bei der Injektion der Opioide verunreinigtes Spritzbesteck benutzt wird. Drogentherapie ist eine wichtige Strategie um das Wohlbefinden und das soziale Funktionieren von Menschen mit einer Opioidabhängigkeit zu verbessern und gesundheits- und soziale Konsequenzen einschließlich der HIV Infektion zu reduzieren. Da keine einzelne Therapie bei allen Individuen gleichermaßen effektiv sein kann, sollten verschiedene Therapieoptionen ausreichend zur Verfügung stehen. Dies kann die hohen Kosten der Opioidabhängigkeit für Individuen, ihrer Familien und der Gesellschaft als ganzes

vermindern durch die Reduzierung des Gebrauchs von Heroin, verursachte Sterbefälle, HIV Risikoverhalten und Kriminalität. Substitution Erhaltungstherapie ist eine entscheidende Komponente von gemeindenahen Methoden die Opiatabhängigkeit und die Prävention von HIV Infektionen unter injektierenden Drogengebrauchern (IDUs) zu bewältigen.

Die Durchführung von Substitutionserhaltungstherapien - angeleitet durch Untersuchungsergebnisse und unterstützt durch entsprechendes Evaluation, Training und Qualifikation - sollten als eine wichtige Behandlungsoption anerkannt werden, besonders in Gemeinschaften mit einer hohen Rate von Opioid Abhängigkeit in denen durch Injektierung ein hohes Risiko von der Übertragung von HIV oder andere Blut übertragene Viren besteht.

Fußnote

5 Die Cochrane Library ist eine internationale wissenschaftliche Zusammenarbeit die metaanalytische Prozeduren benutzt um vergleichbare Ergebnisse von verschiedenen randomisierten Kontrollverfahren zu kombinieren. Wegen der Strenge und Robustheit des Verfahrens wird es oft als 'goldener Standard' angesehen.

6 Für eine ausführliche Analyse und Bewertung des Themas Dosierung und Patientenselbstregulierung siehe Ashton 2002

WHO, UNODC, UNAIDS (2004c)

die Beweislage zur Kosteneffizienz zusammenfassend, schlussfolgern die WHO-UNODC und UNAIDS 2004c auch, dass

Opioidabhängigkeitsbehandlung ist effektiv in der Reduzierung illegalen Opioid Gebrauchs und ist verbunden mit Gesundheit- und sozialen Kosten. Behandlung ist nachweislich weniger teuer als Alternativen, wie das nicht Behandeln von Menschen mit Opioidabhängigkeit oder Gefangennahme.

Folgt man mehreren vorsichtigen Schätzungen, folgt jedem in Opioid Abhängigkeits-Behandlungsprogramme investierten Dollar ein Rücklauf von 4 - 7 Dollar alleine durch reduzierte Drogenkriminalität, Justizkosten und Diebstahl. Wenn man die Gesundheitsfürsorgekosten mit einbezieht, können die Ersparnisse zu einem Verhältnis 12:1 auflaufen. Es gibt wissenschaftliche Beweise dass Substitutionsbehandlung eine kosteneffektive Behandlung ist und günstiger als andere Gesundheitssorge Interventionen wie medizinische Behandlung bei Hypertension oder für HIV-AIDS.

WHO, UNODC, UNAIDS (2004c)

Buprenorphine

In steigendem Masse wird der vermischte Opiatagonist/Antagonist in der Opiatersatzmitteltherapie eingesetzt. Drei systematische Überprüfungen über ihrer Effektivität sind ausgeführt worden einschließlich einer von Mattick und Kollegen durch die Cochrane Library (West u.a. 2000; Barnett u.a. 2001; Mattick u.a. 2003b). Die

Beweislage lässt darauf schließen, dass Buprenorphine Methadon sinnvoll ergänzen kann, besonders wenn Menschen in Richtung einer Verminderung von Gebrauch gehen und das WHO/UNODC/UNAIDS Positionspapier (2004c) fasst die zu ziehenden Schlussfolgerungen zusammen:

Buprenorphine ist akzeptabel für Heroingebraucher, hat kaum Nebenwirkungen und wird mit relativ milden Entzugssymptomen in Verbindung gebracht. Wenn es bei der Substitution schwangerer opiatabhängiger Frauen eingesetzt wird, wird es mit einer niedrigeren Rate von frühgeburtlichen Entzugerscheinungen in Verbindung gebracht.

Anwendung und Durchführung

Unter Berücksichtigung einer ausgeprägten Beweislage über ihre Effektivität setzt eine steigende Anzahl von Ländern Methadon in Opioid- Substitutionsprogrammen ein. Wenn auch weniger, wird Buprenorphine ebenfalls zunehmend erhältlich.

Methadon ist in nahezu jedem Staat der USA, in Kanada und auch in Südamerika erhältlich. Im Oktober 2002 ist Buprenorphine zum Gebrauch in den USA lizenziert worden.(7) In der Europäischen Union ist Methadonbehandlung in den 15 ‘alten’ Mitgliedsstaaten weit verbreitet; 400.000 Menschen sind in Behandlung. Nichtsdestotrotz ist es nicht so durchgängig verfügbar in den zehn neuen Staaten (EMCDDA 2004). Buprenorphine ist in einer zunehmenden Zahl von Ländern seit 1996 zum Gebrauch lizenziert worden und ist nun als Substitutionsbehandlung in allen ‘alten ‘ Mitgliedstaaten erhältlich, außer in den Niederlanden und Irland, wo es nur zum Entzug verwendet wird.

2002 benannte ein Überblick über Pharmacotherapie in Süd Ost Asien und dem West Pazifik offizielle Opioid Ersatzprogramme in Hongkong SAR, Nepal und Thailand (WHO 2002). In jüngster Zeit hat China ein anspruchsvolles Programm zur Entwicklung und Ausbreitung von Methadon Programmen begonnen ebenso wie Versuche mit Buprenorphine (Thompson 2004). Ein WHO Überblick über Pharma – Coherapie bei Opioidhängigkeit in Zentral- und Osteuropa ergab dass Substitutionsbehandlung – vornehmlich mit Methadon – in allen Ländern der Region existiert mit Ausnahme von Russland und Weißrussland. (WHO 2004c). Trotzdem ist die Abdeckung ungleichmäßig und in einigen Staaten wie der Ukraine und Kyrgistan noch stets auf der Basis von Pilotprogrammen. In Weißrussland ist Methadonbehandlung gesetzlich zulässig aber die Russische Föderation verbot den Einsatz von Methadon und Buprenorphine kürzlich.

Seit 2002 hat die WHO, aufgefordert durch eine frühere Empfehlung durch INCB, die internationale Kontrolle Buprenorphine’s durch eine Reklassifizierung der Droge von der 1971 Konvention zu Psychotropen Stoffen zu der 1961 Konvention zu Narkotischen Stoffen revidiert. Strengere Kontrolle von Buprenorphine unter der Konvention kann die Verfügbarkeit für Ersatzmitteltherapie beeinflussen (Framer and Wodak, Manuskript in Vorbereitung; Silva 2004).

Zusammenfassung

Methadon Behandlung ist die meist untersuchte Therapieform die gegenwärtig für Opioidabhängige erhältlich ist. Ihr Einsatz wird durch eine Beweislage unterstützt, die

über beinahe 40 Jahre und aus vielen verschiedenen Ländern entwickelt wurde. Es hält Patienten länger in Behandlung als jede andere, nicht ersatzmittelgestützte Therapie und hat eine überwältigende Auswirkung auf die Reduzierung von Heroingebrauch und Drogenrelatierte Kriminalität. Es ist wirkungsvoll bei der Reduzierung von HIV Risikoverhalten und es gibt Beweise, dass es auch die Risiken von Sterbefällen bei Opioidgebrauch reduziert. Zunehmend wird Buprenorphine eingesetzt und ist verdienstvoll als Behandlung in zweiter Linie. Es kann Vorteile anbieten unter bestimmten Voraussetzungen, aber Methadon Behandlung, vorgeschrieben in einer ausreichenden Dosierung und mit entsprechender psychotherapeutischen und sozialen Unterstützung, ist gegenwärtig die vorzuziehende Therapie, die als die am meisten effektive angesehen werden sollte.

Inoffiziell sei darauf hingewiesen, dass zur Zeit der Ausarbeitung dieses Überblicks, Methadon (WHO 2004d) und Buprenorphine (WHO 2004^c) beide vorgesehen sind zur Aufnahme in die WHO Liste von *Essentiellen Medikamenten*: die wichtigsten "sicheren, effektivsten Behandlungen für infektiöse und chronische Krankheiten die eine feste Mehrheit der Weltpopulation beeinflussen".

Heroin Verschreibung

Hintergrund

Wie beschrieben, ist die gebräuchlichste Substitution für Heroin Methadon. Trotz der dokumentierten Vorteile von oralem Methadon, gibt es Menschen, die dies nicht wollen oder die hiervon nicht profitieren. Sie fühlen sich nicht von Drogentherapie angesprochen oder ändern, wenn sie Behandlung erhalten, ihr Verhalten nicht wesentlich.

Fußnote

US Medicine, November 2002. <http://www.usmedicine.com/article.cfm?articleID=537&issueID=44> Accessed 24/2/03

Das Vereinigte Königreich ist die Ausnahme, da Heroin Abhängigen seit 1920 verschrieben wurde, was oft als das "Britische System" bezeichnet wurde. Es wurde ursprünglich eingeführt um abhängigen Menschen ein normales Leben zu ermöglichen. Das Heroin wird normalerweise in einer injektierbaren Form, wurde aber auch mit rauchbaren "reefers" verschrieben. Kürzlich hat die britische Regierung eine beschränkte Ausweitung der Heroinverschreibung vorgeschlagen wegen ihrer potenziellen Auswirkung auf die Reduzierung von Kriminalität und die Verbesserung der Gesundheit der Patienten. Etwa 450 Patienten erhalten Heroin auf Rezept von etwa 46 lizenzierten Doktoren (Metrebian u.a. 2002).

Klinische Versuche in der Schweiz und den Niederlanden haben eine Kombination von injizierbaren und rauchbaren Präparationen in Verbindung mit Methadon eingesetzt. Die Schweiz hat nunmehr die Verschreibung von Heroin zur Opioidabhängigkeit zugestanden. Seit 1998 kann Heroin in den Niederlanden zu Untersuchungszwecken

eingesetzt werden. In schweizerischen und niederländischen Versuchen wurde Heroin verabreicht und der Konsum in der Klinik als Teil einer Untersuchungsstudie überwacht.

Klinische und Kosten Effektivität

Die Beweisgrundlage für die Effektivität von Heroin als Behandlung basiert auf 4 kleinen Studien im VK, (Hartnoll *et al.* 1980; Stimson and Oppenheimer 1982; McCusker and Davies 1996; Metrebian *et al.* 1998), einem großen Versuch mit multiplen Komponenten in der Schweiz und zwei großen Versuchen in den Niederlanden. Es gab vier Zufalls-Kontroll Versuche – einen im VK (Hartnoll u.a. 1980), einen in der Schweiz (Perneger u.a. 1998), und zwei große Versuche um sowohl injizierbare als auch rauchbare Heroinbehandlung in Holland einzuschätzen. (Van den Brink u.a. 2002). Ein Grund für das Fehlen von Untersuchungen ist, dass in vielen Ländern die Behandlung von Opiatabhängigkeit mit Heroin verboten ist und Druck des Internationalen Narcotic Kontroll Organs auf Länder ausgeübt wird, die Versuche ausführen wollen. Ein anderer Faktor sind die Kosten der Versuche; der kürzlich angenommene kanadische Versuch hat ein Budget von 8.1 Millionen kanadische \$ (Canadian Institutes of Health research 2005). Zurzeit plant die nationale Behandlungsagentur des VK einen kontrollierten Versuch mit injektierbarem Heroin an drei Stellen. Im Gegensatz zu kürzlichen Versuchen in der Schweiz und den Niederlanden wird dies voraussichtlich nicht rauchbares Heroin einschließen.

-
- Die Beweislage hinsichtlich einer Heroinverschreibung ist kürzlich umfassend durch Stimson und Metrebian zusammengefasst worden. Die Hauptaussagen des Überblicks sind:
 - Verschreibung von Heroin ist praktikabel bei speziellen Behandlungsbedingungen;
 - Die Droge ist so sicher für Patienten wie vergleichbare Behandlung mit injektierbaren Drogen;
 - Die Verschreibung ist sicher für klinisches Personal;
 - Heroinverschreibung bedeutet keine Probleme für die Gemeinschaft;
 - Heroin wird nicht in den illegalen Markt eingeschleust;
 - Patienten können auf einer stabilen Heroindosis gehalten werden;
 - Es ist unsicher, ob es mehr Drogengebraucher in Behandlung führt;
 - Es scheint Patienten nicht davon abzuhalten orale Methadonbehandlung zu akzeptieren;
 - Patienten bleiben ebenso gut oder besser als bei Methadon in Behandlung;
 - Illegaler Gebrauch von Heroin oder anderen Drogen sinkt;
 - Die Gesundheit verbessert sich;
 - Das soziale Funktionieren verbessert sich;
 - Patienten begehen weniger Straftaten als vor der Heroinverschreibung;
 - Patienten tendieren nicht dazu, zu Methadon oder oraler Einnahme zu wechseln;
 - Es ist nicht deutlich, wer es in Behandlung am besten macht;
 - Auf dem gegenwärtigen Niveau der Heroinverschreibung unterläuft es wahrscheinlich nicht den illegalen Heroinmarkt und reduziert die Drogenszene;
 - Verschreibung von Heroin ist teurer als Methadon aber trotzdem kosteneffektiv;

- und
- es ist unsicher, ob Heroinverschreibung kostengünstiger als Methadonverschreibung ist.

Adaption und Durchführung

Neben dem VK, der Schweiz und den Niederlanden werden wissenschaftliche Versuche geplant oder finden statt in Deutschland, Frankreich, Belgien, Spanien und Kanada. 1992 veranlasste Australien Research Studien über die Möglichkeiten von Heroinverschreibung aber der vorgeschlagene Versuch wurde von der Australischen Regierung nicht genehmigt. Hinweise suggerieren dass diplomatischer Druck der USA und des Internationalen Narcotic Kontroll Ausschusses verhinderten, dass in den späten 90ern weitere Schritte zur Durchführung von Versuchen gemacht wurden. (Bewley-Taylor 2001:216;Hamilton 2001: 114-5)

Zusammenfassung

Trotz der Ergebnisse von Untersuchungen ist die Beweislage für Heroinverschreibung mit 4 Studien und nur einer mit Kontrollgruppe vorläufig dünn. Deshalb müssen die Schlussfolgerungen über die Effekte von Heroinverschreibung vorsichtig behandelt werden. Dies wissend, kann man doch gesundheits- und soziale Vorteile erkennen, wenn diese Behandlung bei langjährigen Injektoren und Rauchern angewandt wird, bei denen andere Behandlungsformen nicht erfolgreich waren. Die bekannten Fakten suggerieren, dass es eine vorsichtige Ausweitung dieser Behandlungsformen – begleitet durch weitere Evaluation – geben sollte.

Information, Erziehung und Kommunikation (IEK), aufsuchende Arbeit und Motivationsverstärkung

Hintergrund

Eine Vielzahl von Verfahren kann benutzt werden, um die Arbeit von NSPs zu ergänzen oder zu verstärken um der Übertragung von blutübertragbaren Infektionen oder Überdosen vorzubeugen oder anderweitig die Gesundheit zu fördern. Dies schließt zielgruppengerichtete oder Massenmedien- (Information, Erziehung und Kommunikation IEK) Programme ein und lokale aufsuchende Arbeit. Das Ziel solcher Programme ist es, gefährdete Bevölkerungsteile zu informieren, zu befähigen und zu überzeugen, selbstschützendes Verhalten anzunehmen. In einigen Fällen benutzen Programme direkt weit verbreitete motivierende Verstärkungstechniken.

Die Weltgesundheitsorganisation (1988b) beschreibt Informations-, Erziehungs- und Kommunikations- (IEK) Strategien als eine unverzichtbare Komponente zur Bestreitung der HIV Infektion unter injektierenden Drogengebrauchern. IEK Prinzipien werden auch verwandt um viele andere Formen von drogenbezogenen Risiken anzusprechen, wie z. B. Herzstillstand bei Ecstasy Gebrauchern oder Überdosen bei Opioid Gebrauchern. Materialien wie Broschüren, Videos und Web-basiertes Material wird produziert und viel benutzt von Organisationen, die auf Schadensreduzierung bei Drogengebrauchern

spezialisiert sind und sie werden vielfach benutzt um andere Programme zu ergänzen wie NSP's und Opioid Erhaltprogramme.

Laut der WHO, UNAIDS und UNODC (2004d) hat gemeinschaftsbezogene aufsuchende Arbeit zum Ziel "den Kontakt mit Drogengebrauchern in den Gemeinschaften zu legen, in denen sie leben, Drogen gebrauchen und besorgen und sie mit Informationen zu versorgen hinsichtlich der Gefahren, die durch das Teilen von Spritzutensilien und sexuelle Kontakte mit HIV angesteckt zu werden, entstehen. Aufsuchende Arbeit beabsichtigt außerdem anderen gesundheits- und sozialen Konsequenzen vorzubeugen":

Durch "face to face" Kontakte mit IDUs, dem Zurverfügungstellen von sterilen Nadeln und Spritzen, Literatur über HIV Prävention, dem Verteilen von Kondomen und Bleichmittel zur Desinfektion von Nadeln und Spritzen (besonders da wo es keine NSPs gibt), dem Promoten, Lernen und Ausarbeiten von HIV Prävention durch Netzwerkleiter, Vermittlung zu Diensten, dem verbesserten Zugang zur Risikoeinschätzung und HIV Tests, dem Beraten und der Unterstützung der Öffentlichkeit.

IEK und aufsuchende Arbeit können beide eingesetzt werden um Menschen zu den Veränderungen zu bewegen und "Motivationstraining" steht im Konzept der WHO (1998b) von IEK Methoden um HIV Infektion bei Drogengebrauchern vorzubeugen zentral. Viele Praktiker, die mit Drogen- und Alkoholgebrauchern arbeiten, arbeiten direkt mit motivierenden Gesprächstechniken, die definiert werden als "klient zentriert, direktiv um die eigene Motivation zur Veränderung zu verstärken durch Ambivalenz zu verstärken und zu untersuchen (Miller and Rollnick 2002).

Klinische und Kosteneffektivität

Trotz ihres weit verbreiteten Gebrauchs gibt es relativ wenig Research über die Effektivität von IEK Programmen. Dies kann teilweise erklärt werden durch die Tatsache, dass sie in größere Programme integriert sind, die in ihrer Gesamtheit evaluiert werden und aus denen es schwierig wäre ihre Effekte zu destillieren(z. B., s. Coyle u.a. 1999). Dies ist besonders der Fall in Ländern mit beschränkten Ressourcen und in Übergangsländern. Auch wenn die Massenmedien Methode beim Ansprechen von Randgruppen erfolgreich sein kann, sind die Botschaften nicht immer in allen Gemeinschaften sozial akzeptiert und Sprachunterschiede, Analphabetismus und die unterschiedlichen Drogengebrauchspraktiken beschränken auch was möglich wäre. (Aggleton u.a. im Druck). Aggleton u.a. geben den wichtigen Hinweis zu einem weitgehend unerkannten Aspekt von IEK Programmen und schlussfolgern dass:

"ausdrücklicherere Aufmerksamkeit sollte der Rolle von IEK in der Art der Vorbereitung von Programmen und Interventionen gegeben werden, die bekanntermaßen im Bezug auf HIV Prävention funktionieren. Dies kann Politikern, Meinungsmachern, religiösen Führern und Gemeinschaftsmitgliedern helfen, ein realistischeres Verstehen von IDUs und ihren Bedürfnissen zu erhalten."

Die Beweislage für gemeindenaher aufsuchende Arbeit ist deutlich besser entwickelt. Ein Überblick von 36 Publikationen brachte die folgenden Ergebnisse (der Anteil der Studien, die über positive Ergebnisse berichten, werden in Klammern wiedergegeben): Beendigung vom Injizieren (10/11), reduzierte Spritz- Häufigkeit (17/18), beendeter / reduzierter Wiedergebrauch von Nadeln und Spritzen (16/20), Reduzierung/Beendigung

von Crackgebrauch (7/7), Nadel Desinfektion (10/16), Drogenbehandlungsbeginn (6/7) und zugenommener Kondomgebrauch/ Reduzierung von ungeschütztem Sex (16/17) (Coyle u.a. 1999). Ein unlängst herausgegebener Überblick der Weltgesundheitsorganisation (2004f) folgert, dass:

Aufsuchende Arbeit ist eine effektive Strategie um schwierig zu erreichende, verborgene Bevölkerungsgruppen von IDUs zu erreichen und versetzt IDUs in die Lage ihr Risikoverhalten zu vermindern; ein deutlicher Anteil von IDUs die aufsuchende Interventionen erhalten, reduzieren ihr Risikoverhalten Drogengebrauch, Nadel- und sexuelle Praktiken und verbessern ihre Vorsichtsmassnahmen; Veränderungen im Verhalten werden mit niedrigeren HIV Infektionen in Verbindung gebracht.

Obwohl Motivationsverstärkung als integraler Bestandteil von IEK und aufsuchender Arbeit angesehen werden kann, haben mehrere Studien ausdrücklich auf Motivations-Verstärkungstechniken hingewiesen um Verhaltensänderungen zu fördern. Zwei australische Papiere haben von Ergebnissen bei der Annahme von motivierenden Gesprächen beim Ändern von injizierendem und sexuellem Risikoverhalten hingewiesen (Baker u.a. 1993; Baker u.a. 1994). Die Ergebnisse dieser Studien sind unentschieden da sowohl die Behandlungs- als auch die Kontrollgruppe reduziertes Risikoverhalten aufwies. Resnicow u.a. (2002) überprüften 3 Studien, die sich vorgenommen hatten, das HIV sexuelle Risikostrategien unter Frauen zu reduzieren durch motivierende Gesprächsverfahren. Diese Studien geben einige Verhaltensänderungen bezüglich reduzierter HIV sexueller Risiken an verglichen mit der Kontrollgruppe.

Nur wenige Studien haben die Kosteneffektivität von IEK Strategien untersucht und ein kürzlicher Bericht schlussfolgert, dass "mehr Research nötig ist, um die Kosteneffektivität von IEK Aktivitäten sowohl unabhängig als auch als Teil eines strukturierten HIV Präventions- Programms zu untersuchen". (Aggleton u.a. im Druck).

Adoption und Durchführung

Aggleton und Kollegen (im Druck) nennen eine Anzahl von Fallstudien des IEK Verfahrens aus der Ukraine, Australien, Argentinien und des VK, die Beispiele von Frauen, ethnischen Minderheiten und Drogengebern im Gefängnis beinhalten. Es ist undeutlich wie ausgeprägt oder gut diese angenommen wurden wegen der Notwendigkeit, die Programme auf örtliche Gegebenheiten abzustimmen, was sicher bedeutet, dass es ein nachweisliches Potenzial gibt, diese effektiver einzusetzen. Bezüglich gemeindenaher aufsuchender Arbeit stellt die WHO (2004f:5) eine große Diskrepanz zwischen Bedürfnis und Erteilung fest, feststellend, "dass trotz der Beweise von der Effektivität von gemeindenaher aufsuchender Arbeit aus 15 Jahren von Evaluations- Studien in den meisten Ländern eine große Lücke besteht zwischen der Zahl von IDUs, die von Outreach Diensten profitieren könnten und denen, die sie erhalten". Gemeindenaher aufsuchende Arbeit wird vielfach eingesetzt in den USA, wo auch die meisten theoretischen Entwicklungen stattgefunden haben. Die WHO benennt auch Beispiele aus Zentral- und Osteuropa, den neuen unabhängigen Staaten, West Europa, Ozeanien und Lateinamerika. Mit wenigen Ausnahmen gibt es kaum Abdeckung in Asien und keine in Afrika.

Zusammenfassung

Die Beweislage um IEK Methoden ist im Allgemeinen schwach, aber sie erscheint ein potenziell nützliches Element in Schadenreduzierungsprogrammen und ihr Wert im Bereiten des Feldes für andere HIV Präventionseinsätze scheint unterschätzt zu sein. Es ist ein klarer Hinweis, um IEK Methoden, zugeschnitten auf die örtlichen Umstände und die die Beweislage verbessern, zu entwickeln und zu bewerten. Die Faktenlage um gemeindenaher aufsuchende Arbeit ist besser entwickelt und die Gründe sie auszuweiten sind deutlicher, da die Abdeckung in den meisten Teilen der Welt lückenhaft ist, wenn überhaupt vorhanden.

Maßnahmen um Überdosen und Vergiftungen zu vermindern

Hintergrund

Ein Vielzahl von Maßnahmen sind entwickelt und zu verschiedenen Graden eingesetzt worden um drogenbezogene Sterbefälle zu vermindern, siehe z.B. die Nationalen Kommissions Richtlinien im VK (NTA 2004). In vielen Fällen waren diese noch nicht Gegenstand von intensivem Research, nichtsdestotrotz lässt ihr wachsender Einsatz als Antwort auf Überdosen darauf schließen, dass es wichtig ist, diese zu erwähnen und jeden Beitrag, den sie machen könnten, anzuerkennen. Einige der bekannteren Beispiele werden in diesem Abschnitt aufgezählt.

Während die Produktion von regulierten Drogen sich an strikte Produktionsstandards halten muss mit regelmäßigen Inspektionen der Herstellung und Verteilung sind illegale Drogen diesen Kontrollen nicht unterworfen. Schaden kann entstehen durch Verunreinigungen, Verfälschungen und Dosierungsirrtümer oder durch unerwartet hohe Reinheit der Droge.

Unfälle geschahen in Verbindung mit MPTP Verunreinigung bei Heroin, Schmerzmittelvergiftungen, PMA in Ecstasy Tabletten und Clostridium Infektionen wie Botulismus. Schadensbegrenzungsmassnahmen antworten auf diese Gefahren mit Frühwarnsystemen und Pillen Testprogrammen. Eine steigende Anzahl von Maßnahmen ist als Antwort auf die wachsende Erkenntnis entwickelt worden, dass Drogengebraucher häufig anwesend und bereit zum Eingreifen und Leben zu retten sind, wenn jemand eine Überdosis genommen hat. Dies beinhaltet: Kampagnen um Drogengebraucher zu ermutigen die Notfallambulanz anzurufen; Training und Information zur Überdosis-Prävention und sein Management, z. B. die Notfallposition und CPR: und Programme, um den Opiat- Antagonisten Naloxon an Drogengebraucher und andere in ihrer Nähe auszuteilen um es in Notfällen einzusetzen.

Klinische und Kosten Effektivität

Es gibt eine große Varietät von *Frühwarnsystemen* (Griffiths u.a. 2000). In zunehmendem Masse warnen diese durch zielgerichtete Informationskampagnen von regierungsamtlichen und anderen gesundheits- oder sozialen Hilfsdiensten über zeitliche Gefahren bezüglich verunreinigten oder verschnittenen Drogen, so wie die vom US Zentrum für Krankheitskontrolle (1984) bezüglich mit MPTP verunreinigtem Heroin und wie das Europäische Infektions- Warnsystem (Christie 2000), das Warnungen hinsichtlich von Clostridium Infektionen herausgab. Der wachsende Focus auf neue

synthetische Drogen durch Initiativen wie das Europäische Frühwarnsystem über Neue Synthetische Drogen (EMCDDA 2002a) erlaubt Warnungen hinsichtlich verunreinigter 'Ecstasy' Pillen herauszugeben, wie bei denen, in denen man PMA fand. Der Einfluss solcher Systeme ist weitgehend unerforscht und es besteht die Notwendigkeit weiter zu erforschen wie sie verbessert werden können und wie wichtige Informationen Risikogruppen am besten erreichen können.

- *Pillen testen* wird in Clubs und Festivals, auf denen 'Ecstasy' gebraucht wird zunehmend eingesetzt. Es ist ein Weg, in dem Frühwarnsysteme Drogengebraucher vor hochwirksamen oder verunreinigten Pillen warnen können. Dienste, die Pillen Tests anbieten, sind ebenfalls eine Methode, mit der man Informationen über gefährliche Substanzen potentiell unter Drogengebern bekannt machen kann.

-

- Die Beweislage um Pillentests ist sehr gut entwickelt und zum heutigen Zeitpunkt ist es schwierig, den generellen Einfluss auf die Gesundheit einzuschätzen. Es scheint, dass es Vorteile hat, um den Kontakt mit Ecstasygebern zu unterhalten und Informationen zu sammeln und zu verteilen. Das Europäische Beobachtungszentrum für Drogen und Drogenabhängigkeit (EMCDDA 2001) hat kürzlich festgestellt:

-

Pillentests sind ein wichtiges Mittel, um mit schwer zu erreichenden Gruppen in Kontakt zu kommen und ihr Interesse an Vorbeugungs- und Schadensbegrenzungsbotschaften zu wecken. Vor Ort Pillentests sollten eng mit Präventions- und "safe use" Botschaften verbunden sein, unterstützt durch eine Vielzahl von Informationen. Wegen des Fehlens und den Schwierigkeiten der Evaluation gibt es auf der einen Seite keinen strikten Beweis für den vorbeugenden Einfluss von Vor Ort Pillentest- Angeboten, aber auf der anderen Seite gibt es auch keinen wissenschaftlichen Beweis aus dem man schließen könnte, dass diese Interventionen eher Drogengebrauch fördern oder von Dealern zu Promotionszwecken missbraucht werden.

Es besteht die Notwendigkeit nach mehr Research und Evaluationsstudien über die ganze Bandbreite von Auswirkungen von Vor Ort Pillentest Angeboten. Dies scheint eine Vorbedingung für Politiker zu sein, wenn man die Variation von Massnahmen im Bereich rekreativer Drogen vervollständigen will.

Eine wachsende Anzahl von Ländern entwickelt Kampagnen um Drogengebraucher zu ermutigen, Notfalldienste zu rufen und bietet Informationsprogramme zur Überdosis Prävention und seines Managements an, z.B. Training zur "stabilen Seitenlage" und CPR (z.B. siehe NTA 2004). Die Fakten um deren Nutzen sind weitgehend beschränkt auf örtliche Prozess-Evaluationen. Trotzdem ist dies vielversprechend und solche Interventionen können einfach in andere Programme integriert werden einschließlich in NSPs und Substitutionsverschreibung, sorgend für größere Effektivität und Wert fürs Geld.

Pilotprogramme, die Drogengebraucher mit Training in der Handhabung von Naloxon bei Notfällen mit einbeziehen, haben ihren Nutzen um Leben zu retten ohne gegenteilige Effekte bewiesen (Dettmer *u.a.* 2001). Es wurde geschätzt, dass die Medikamentenkosten für jedes Leben, das gerettet wurde zwischen 330 – 370 \$ lag.

Adoption und Durchführung

Frühwarnsysteme verschiedener Art existieren in den am meisten entwickelten Ländern in Nord Amerika, Europa und Ozeanien und Pillentests stehen auf bestimmten Niveaus in verschiedenen Ländern Europas zur Verfügung einschließlich den Niederlanden, Österreich, Belgien, Deutschland, Spanien, Frankreich und der Schweiz; allerdings ist es nur in den Niederlanden ein Teil der offiziellen Politik (EMCDDA 2001). Trotz einer großen Zahl von jährlichen Überdosis- Sterbefällen gibt es nur sehr spärlich und nur auf Pilotbasis andere zielgerichtete Programme zur Reduzierung von Sterbefällen. Die Schwierigkeiten, das Ausmaß von Drogenüberdosen im Allgemeinen zu beschreiben scheint sich in unserer beschränkten Kenntnis zu widerspiegeln, was die Abdeckung von speziellen Maßnahmen hinsichtlich Überdosen betrifft. (WHO 1998a).

Zusammenfassung

Die Beweise, dass Frühwarnsysteme, Pillentests und Programme sowohl zur Überdosisvorbeugung als auch um die Notfallhilfe zu verbessern effektiv sind, vermehren sich. In den meisten Fällen ist der Beweis beschränkt, oft die relative Neuigkeit der Maßnahmen reflektierend. Trotzdem sind die in dieser Sektion genannten Maßnahmen Kandidaten für weitere Untersuchungen um besser verstehen zu können wie sie zu einer Verminderung von Drogen-verbundenen Todesfällen beitragen können.

Drogenkonsumräume

Hintergrund

Die Beweislage hinsichtlich Gebraucherräumen ist kürzlich als Teil des eigenen Programms von Publikationen der Beckley Gesellschaft überprüft worden und sollte für einen detaillierteren Überblick über dieses Thema konsultiert werden (Roberts u.a. 2004). Gebraucherräume werden definiert als “beschützte Plätze für die hygienische Konsumtion von zuvor beschafften Drogen in einer nicht bewertenden Umgebung und unter Aufsicht von geschultem Personal” (Akzept 2000). Das Ziel ist, Schaden zu vermindern für den Drogengebraucher und die größere Gemeinschaft, durch Drogenkonsumenten in die Lage zu versetzen, Drogen sicherer und hygienischer zu gebrauchen und die Probleme durch die öffentliche Strassenszene zu reduzieren. Die Praxismodelle sind unterschiedlich und sind weitgehend beschränkt auf Gegenden mit hohem Anteil von öffentlichem Injizieren oder offenen Drogenszenen. Die meisten Dienste richten sich an intravenöse Drogengebraucher, einige an Heroin oder Crack Raucher.

-
- **Klinische und Kosten Effektivität**
-
- Die Beweislage um den Einfluss von Gebraucherräumen ist seit ihrer Einführung in den 80ern entwickelt und ausführlich beurteilt worden von EMCDDA (Hedrich 2004) und ist später in einem Informationspapier dieser Serie wiedergegeben worden (Roberts

u.a.2004). Hierüber sollte bei einer ausführlicheren Behandlung des Themas referiert werden.

- Die Beweislage lässt darauf schließen, dass über die erwarteten Gesundheits- und sozialen Ergebnisse hinaus Gebraucherräume :
- Effektiv sein können im Anziehen von marginalisierten oder schwer zu erreichenden Drogengebern einschließlich obdachloser und kommerzieller Prostituierten und hygienischeres Spritzen fördern können;
- ;Risikoverhalten reduzieren und das Wissen bezüglich der Übertragbarkeit von HIV, HBV und HCV verbessern;
- Frühes Eingreifen bei möglicherweise letalen Überdosen und anderen drogenbezogenen Notfällen erleichtern;
- Zugang zur Behandlung und Verweisung zur Behandlung, sozialer Hilfe und sozialer Reintegration ermöglicht.
-
- Resultate hinsichtlich der öffentlichen Ordnung, die gefunden worden sind, schließen ein:
- Reduzierung von Drogengebrauch in öffentlichen Räumen und eine effektive Störung von offenen Drogenszenen; und
- Weniger weggeworfene Nadeln, Spritzen und anderer drogenbezogener Abfall.
-

Es ist es wert zu bemerken, dass eine teilweise gut entworfene Studie, die seit der EMCDDA und der Beckley Berichte (Woods u.a. 2004) publiziert worden, ist eindeutig die Beweise bezüglich des Mehrwerts von Gebraucherräumen auf die öffentliche Sicherheit betont. Bis zum heutigen Tag haben sich die meisten Untersuchungen auf die unterliegende Effektivität von Gebraucherräumen konzentriert und es gab weniger Bemühungen um die Kosteneffektivität, die bei dem vorherrschenden Modell als groß angesehen werden darf. Während spezialisierte Dienste wie das Sydney Medically Supervised Injection Centre recht hohe Kosten verursacht, haben Dienste, die in anderen Behandlungseinrichtungen integriert sind (wie in der Schweiz, den Niederlanden und Deutschland) niedrigere direkte Kosten.

Adoption und Durchführung

Gegenwärtig sind Gebraucherräume in sieben Ländern verfügbar – Australien, Deutschland, Schweiz, die Niederlande, Spanien, Kanada, und ganz aktuell, Norwegen. Die Einrichtung ist geplant in Portugal und Luxemburg und ist in Dänemark erwogen aber abgelehnt worden. (EMCDDA 2002b:35).

Zusammenfassung

Es besteht eine gute Beweislage, dass, wenn Gebraucherräume in Konsultation mit der erweiterten Öffentlichkeit entwickelt werden, ein Sortiment von ausführbaren Modellen möglich ist und dass diese verschiedene Gruppen und örtliche Bedürfnisse bedienen können. Injektierung kann in eine sichere Umgebung gebracht werden mit einer gleichzeitigen Reduzierung von öffentlichen Problemen. Gebraucherräume ziehen mehr Randgruppen und fragile Drogengebern an und es gibt Hinweise, dass sie Überdosis Sterbefällen vorbeugen können und eventuelles Risikoverhalten bei blutübertragbaren Viren vermindern. Darüber hinaus können sie Zugang bieten zu einer Reihe von

Drogenbehandlungen, Gesundheits- und sozialen Diensten. Bis jetzt ist die Kosteneffektivität von Gebraucherräumen unsicher. Auch wenn es einigen Optimismus gibt, sind weitere Untersuchungen erforderlich um ihren allgemeinen Einfluss und ihren Wert fürs Geld zu klären.

Einsetzen von effektiven Interventionen: | Prioritäten für Aktionen

Eine substantielle Mehrheit von wissenschaftlichen Untersuchungen aus verschiedenen Regionen der Welt unterstützt jetzt eine Reihe von Maßnahmen, die die ernsthaftesten Schäden wegen Drogenkonsums reduzieren wollen. Unter diesen sind die Fakten am deutlichsten und schlüssigsten, die sich beziehen auf a) die Fähigkeit von Nadel und Spritzenprogrammen um HIV/AIDS vorzubeugen und b) die Rolle von Opioid-Substitutionsbehandlung beim Vermindern von Heroingebrauch und seinen verschiedenen Risiken. Neben wissenschaftlicher Befürwortung wird die Stärke der Beweise auch durch internationale Statements, Erklärungen und Positionspapiere, die die Aufmerksamkeit auf die Priorität effektive Maßnahmen lenken, reflektiert.

‘UN Statements zur Schadensbegrenzung - Verschiebung des Akzents’:

Wenn man mit Menschen arbeitet, die Drogen injizieren, ist es wichtig ebenso auf Schadensbegrenzung zu achten wie auf Rehabilitation...[und] einen multiplen Ansatz einschließlich Nadel- und Spritzentausch anzunehmen... und Substitutionspharmakologischer Therapie.

Innovative Maßnahmen zu HIV Prävention, UNAIDS Best Practice Collection, 2000:8.

Der Rat möchte wiederholen, dass Gebraucherräume (oder ähnliche Projekte, die in einigen entwickelten Ländern eingerichtet sind) womöglich Drogengebrauch fördern, im Gegensatz zu den internationalen Drogenkontrollverträgen und im Widerspruch zu Verpflichtungen von Strafverfolgungsbehörden stehen.

INCB Jahresbericht, 2002:70

...illegalen Drogenkonsum durch das Austeilen von Nadeln zu fördern, ... würde für mich bedeuten, Menschen aufzufordern, Drogen zu missbrauchen, dies wäre das Gegenteil der Bestimmungen der Konventionen.

Dr. Philip O. Emafo, President of the International Narcotics Control Board (INCB), 2002.

Erhältlich auf http://www.unodc.org/unodc/newsletter_2002-12-31_1_1_page004.html

Gemeindenaher aufsuchende Arbeit ist eine Komponente eines umfassenden HIV Präventionsmodells um der weiteren Verbreitung von HIV unter IDUs vorzubeugen...

Andere Komponenten schließen Zugang zu sauberen Nadeln und Spritzen ein [und] eine Anzahl von Drogenabhängigkeits- Behandlungen...

Evidence for Action: Effectiveness of Community-Based Outreach in

Preventing HIV/AIDS Among Injection Drug Users, WHO, 2004f

Der mögliche Zugang zu sterilem Injektionsmaterial für injizierende Drogengebraucher und die Förderung ihres Gebrauchs sind wichtige Komponenten von HIV/AIDS Präventions- Programmen...

Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use – Policy Brief: Provision of Sterile Injecting Equipment to Reduce HIV Transmission, WHO, UNAIDS, UNODC, 2004a

Es gibt überzeugende Fakten dass durch die Erhöhung der Verfügbarkeit und Nutzung von sterilem Nadelequipment durch IDUs die HIV Infektion substanziell reduziert werden kann... Es gibt keine überzeugenden Beweise von irgendwelchen unbeabsichtigten negativen Konsequenzen.

Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/AIDS Among Injecting Drug Users, WHO 2004a.

Die Fakten die in mehr dann 15 Jahren von Research und Evaluation zusammengetragen worden sind... geben deutlich an, dass aufsuchende Arbeit wirkt beim Kontaktieren von injizierenden Drogengebrauchern außerhalb von Behandlung und sie mit Ratschlägen zu effektiven Verhaltensänderungen zu versorgen kann.

Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use – Policy Brief: Reduction of HIV Transmission Through Outreach, WHO, UNAIDS UNODC, 2004.

Wir fördern weder Nadeltausch als eine Lösung bei Drogenmissbrauch noch unterstützen wir öffentliche Erklärungen ,die solche Praktiken befürworten.

Letter from UNODC Executive Director Antonio Costa to US State Department, November 2004.

Available from <http://www.colombo-plan.org/www/images/pubs/pdf/unodcnov2004.pdf>

In seiner *Declaration of Commitment on HIV/AIDS* aus 2001 bestätigt die UN Generalversammlung die Bedeutung der Ausgabe sterilen Spritzenmaterials und weiterer Schadensbegrenzungs Maßnahmen bezüglich Drogengebrauchs (Paragraph 23 und 52). Das gemeinsame Positionspapier der WHO, UNODC und UNAIDS über Substitutions-Erhalttherapie für Opioidabhängigkeit und HIV Prävention beschreibt es als “eine der effektivsten Behandlungsoptionen für Opioidabhängigkeit” und dass es effektiv ist “um Heroingebrauch, damit im Zusammenhang stehende Todesfälle, HIV Risiko Verhalten und kriminelle Aktivitäten” zu vermindern und resümiert, dass die Bereitstellung von Substitutions- Erhaltbehandlungen “in Gemeinschaften mit einer hohen Vorherrschaft von Opioid Abhängigkeit als eine wichtige Behandlungsoption angesehen werden

sollten” (2004c). Diese Positionen wurden bestätigt und weiterentwickelt im *Leadership statement on injecting drug use and HIV/AIDS* auf der 15ten *International Conference on AIDS* in Bangkok. In 2004c: Eine EntschlieÙung die eine Anzahl von Prioritäten im Handlungsbedarf detailliert. (UNAIDS 2004).

Trotz dieser Billigungen ist die Erhältlichkeit von effektiven Interventionen mit einer bewiesenen Fähigkeit Drogen relatierte Schäden zu reduzieren, ungleichgewichtig. Insbesondere die Bevölkerungen vieler Länder mit sich entwickelnden Ökonomien oder solchen im Übergang und deutlichen Niveaus von Opioidabhängigkeit haben keinen guten Zugang zu Behandlung, die ihre Gesundheit und Wohlbefinden verbessern kann und HIV/AIDS vorbeugt. Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die Hauptherausforderungen, die die Annahme dieser Interventionen verhindern und damit implizit Prioritäten für Maßnahmen.

Der Nachfolgebericht (UNAIDS 2003) bezüglich der speziellen Sitzung über HIV/Aids der Vollversammlung der Vereinten Nationen (UNGASS) in 2001 erkennt allgemeine Probleme, die zu einer niedrigen Abdeckung von Diensten für IDUs unter Ländern in Asien und dem Pazifik (Bangladesh, China, Hong Kong, Indonesien, Malaysia, Myanmar, Nepal, Pakistan, Philippinen, Singapore, Thailand, Viet Nam), Latein Amerika (Argentinien und Brasilien), Ost Europa and Zentral Asien (Belarus, Kazachstan, Moldavien, Rumänien, Russische Föderation, Ukraine) und der Mittlere Osten (Iran). Dies schließt das Fehlen von guten Informationen über die Programmabdeckung und Epidemiologie ein, zusammen mit unzureichenden finanziellen Ressourcen; Knappheit von menschlichen Ressourcen und technischer Kapazität; Vorurteile und Diskrimination; und schlechte Informationssysteme. Ihre übereinstimmenden Empfehlungen sind, dass:

- “Länder sollen dringend sicherstellen, dass ein umfassendes Paket von HIV Präventions- Diensten ausgeführt wird und die Abdeckung den Zugang für alle sozial schwachen Gruppen garantiert ist;
- Wachsende politische Verpflichtungen und assertive politische Führerschaft ist dringend erforderlich in Asien und dem Pazifik ebenso wie in Ost Europa und Asien;
- Unterstützung ist dringend erforderlich, um Länder zu befähigen, institutionelle Kapazitäten aufzubauen und “die Einsetzung und Verstärkung von Maßnahmen um HIV/AIDS verbundene Stigmas und Diskrimination auszurotten.”.

Um die zukünftigen Verpflichtungen erfüllen zu können schätzt man eine dreifache Erhöhung des jährlichen Budgets für HIV/AIDS Programme im Jahr 2007 nötig zu haben (UNAIDS 2003: 68-69, 78-80). Über die Punkte, die weit verbreitet Anerkennung finden hinaus, ist es nützlich, spezifische Themen in einigen Staaten und Regionen zu nennen.

In Zentral- und Osteuropa bleibt besonders Russland unnormal mit seiner durchgehenden Prohibition von Methadon und Buprenorphine. Die Bedeutung dieses legalen Hindernisses zu bewiesener Praxis ist umso größer, zieht man die Ernsthaftigkeit der HIV/AIDS Pandemie in der Russischen Föderation und angrenzenden Staaten in Betracht. Probleme in der Region benötigen vermehrte NSPs und Verschreibedienste, was schwieriger gemacht wird durch “das negative Image, welches durch die Medien präsentiert wird... reflektiert in der Ansicht der Allgemeinbevölkerung und oft der

Fachleute". WHO 2004c:15). Veränderungen in der Gesetzgebung des Russischen Strafgesetzes 2004 scheinen die Empfehlungen des staatlichen Kontrollkomitees, die zu einer Kürzung von NSPs geführt hatte, teilweise zurückgedreht zu haben, obwohl noch viel Verwirrung unter Praktikern und lokalen Politikern über ihren legalen Stellenwert herrscht..

Die Probleme die UNAIDS (2003) benannt hat – unzureichende finanzielle Mittel; zu wenig menschliche Ressourcen und technische Kapazität; Stigma und Diskriminierung; und, schlechte Informationssysteme – sind weitgehend zutreffend auf Südost- Asien und den Westpazifik. Es gibt dort auch substanzielle Skepsis über die Effizienz von Substitutionsverschreibung mit weit verbreiteten Ansichten, dass solche Behandlungen "zu weich für Abhängige" sind, zusammen mit der Wahrnehmung der Wichtigkeit von kultureller Sensibilität wie diese Programme entwickelt sind (WHO 2002:16). Nichtsdestotrotz gibt es eine wachsende Bereitschaft, Pilotprogramme zu starten oder Programme für Substitution und NSPs zu erweitern. In Anbetracht seines Einflusses in der Region ist Chinas wachsende Bereitschaft um NSPs und Substitutionsprogramme zu starten und anzunehmen, um der wachsenden HIV Vorherrschaft entgegenzutreten, ein wichtiger Schritt, diese Widerstände herauszufordern. Unter den reicheren, industrialisierten Ländern, die signifikante Drogenprobleme haben, kann man die USA hervorheben mit ihrem Level von Widerstand gegen NSPs, mit einem andauerndem kongressionalen Bann auf Föderale Finanzierung (Strathdee and Bastos 2003): eine Position, die im Gegensatz steht zu der Position, die die USA gezeigt hat in der Entwicklung von Opioid Substitutionstherapien. Demzufolge ist die NSP Bereitstellung stark unterschiedlich und hat in vielen Staaten keine flächendeckende Abdeckung.

Die 1997 Erklärung über Interventionen um HIV Risikoverhalten vorzubeugen konkludiert, dass:

Interventionen zur Verhaltensänderung um das Risiko von HIV/AIDS zu reduzieren sind effektiv und sollten weit verbreitet werden. Legislative Einschränkungen von Nadel Tauschprogrammen müssen aufgehoben werden, weil solche Gesetzgebung eine hohe Schwelle darstellt, um das Potenzial eines machtvollen Verfahrens zu realisieren und Millionen Menschen unnötigen Risiken aussetzt.

(NIH 1997)

Die 2002 Erklärung über *Management of Hepatitis C* Empfehlungen schließt ein:

Einführung von Maßnahmen um die Übertragung von HCV unter IDUs zu reduzieren, einschließlich des Zugangs zu sterilen Spritzen durch Nadeltausch, Doktor Verschreibung und Apothekenverkauf; und Erweiterung der nationalen Kapazität um Behandlung für Drogengebrauch anzubieten. Doktoren und Apotheker sollten erzogen werden zu erkennen das IDUs mit Zugang zu sterilen Nadeln und Erziehung in sicheren Spritzpraktiken lebensrettend sein kann.

(NIH 2002)

Schlussfolgerungen

Während die Fakten- Basis für die Reduktion von drogenrelatierten Schäden sich weiterhin ausweitete, – besonders bei den eher experimentellen Verfahren wie Heroin-Verschreibung oder Gebraucherräume und deren Verteilung in den entwickelten Ländern, - gibt es nun ausreichende Beweise. dass die ‚Kern- Schadensreduzierungs‘-Massnahmen, sofern rechtzeitig und professionel eingesetzt, ihren Wert bewiesen haben beim Verhindern von großflächigen Übertragungen von Infektionen und der Reduzierung der Todesrate unter Drogengebrauchern. Es gibt auch vermehrte Hinweise, dass der Zugang zu Diensten wie Nadeltausch und Substitutionsverschreibung ein effektiver Weg ist, um in Kontakt mit einer ‚verborgenen‘ Bevölkerungsgruppe zu kommen, ihr Verhalten zu stabilisieren und sie zu ermutigen, Schritte zu unternehmen, ihren risikvollen Lebensstil aufzugeben. Trotzdem bleiben Bedenken, dass die Existenz und öffentliche Förderung dieser Verfahren eine Atmosphäre und Umgebung schaffen, die zu stärkerem Gebrauch ermutigen. Wir waren nicht in der Lage, irgendeinen Hinweis, wo ein solche Verbindung bewiesen wurde, zu identifizieren – tatsächlich, die Consensus Erklärung herausgegeben durch WHO, UNAIDS und UNODC (2004a, 2004c) hebt diesen Punkt besonders hervor. Wir sind deshalb besorgt, dass der Widerstand gegen diese Maßnahmen, auf Gemeinde- und Politikniveau, mehr von ideologischem Unbehagen ‚soft‘ zu Drogengebrauchern zu sein geprägt ist, als von irgendeiner objektiven Bewertungen der Fakten. Die Auflösung dieser Bedenken ist eine Angelegenheit dringender Aufmerksamkeit in jenen Ländern und Regionen, die gegenwärtig weit verbreiteten Drogengebrauch erleben. – Nationale Regierungen und internationale Agenturen müssen sich einigen auf Reaktionen zu potenziellen HIV Epidemien in Zentral- und Osteuropa, Asien, dem Mittleren Osten und Lateinamerika. Westeuropäische und Nordamerikanische Länder müssen effektivere Reaktionen auf HIV, die Hepatitis- Infektion und Tod durch Überdosis entwickeln. Die Verführung, jetzt schwierige politische Entscheidungen zu vermeiden, wird, entsprechend unserer heutigen Kenntnis, in der Zukunft direkt zu eindeutig vermeidbarem Verlust von Leben führen und zu höheren Behandlungs- und Gesundheits- Ausgaben.

Referenzen

Aceijas C *et al.* (2004) Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS*. 18:2295-2303.

Akzept (2000) Bundesverband and Carl von Ossietzky Universität Oldenburg (Ed.) *Guidelines for the Operation and Use of Consumption Rooms*. Lektorat:

W Schneider & H Stöver, Materialien No. 4. Münster: Akzept. ACMD (1993) *AIDS and drug misuse update report*. London: HMSO ACMD (2000) *Reducing Drug Related Deaths*. London: The Stationery Office. Aggleton P *et al.* (in press) Information, Education and Communication, HIV/ AIDS and injecting drug use. *The International Journal for Drug Policy*. Ashton M (2002) Flexible methadone dosing and patient self-regulation (Research Summary). *Drug and Alcohol Findings*. 7: 1-12.

Ashton M (2004) Hepatitis C and needle exchange. *Drug and Alcohol Findings*. 11:25-30.

Ashton M and Witton J (2004) Manners Matter: the power of the welcoming reminder. *Drug and Alcohol Findings*. 11:4-18.

Baker A *et al.* (1993) Evaluation of a cognitive-behavioural intervention for HIV prevention among injection drug users. *AIDS*, 7: 247-256. Baker A *et al.* (1994) Controlled evaluation of a brief intervention for HIV prevention among injection drug users not in treatment. *AIDS Care*, 6: 559-570.

Ball A L *et al.* (1998) HIV prevention among injecting drug users: responses in developing and transitional countries. *Public Health Reports*. 113, (Supplement 1), 170-81.

Ball J C and Ross A (1991) The effectiveness of methadone maintenance treatment: patients, programs, services, and outcome. New York: Springer-Verlag.

Barnett P G *et al.* (2001) A meta-analysis comparing buprenorphine to methadone for the treatment of opiate dependence. *Addiction*. 96: 683-690.

Bastos F I *et al.* (2000) Evaluating effectiveness of syringe exchange programmes:

current issues and future prospects. *Social Science & Medicine*, 51,1771-1782.

Bewley-Taylor D (2001) *The United States and International Drug Control, 1909-*

1997, London: Continuum. van den Brink W *et al.* (2002). *Medical Co-Prescription Of Heroin Two Randomized Controlled Trials*. Utrecht: Central Committee On The Treatment Of Heroin Addicts. Available from www.ccbh.nl. Canadian Institutes of Health Research (press release 2005) North America's first clinical trial of prescribed heroin begins today. Available from [http:// www.cihir-irsc.gc.ca/e/26516.html](http://www.cihir-irsc.gc.ca/e/26516.html)

Carvell A M *et al.* (1990) Help-seeking and referrals in a needle exchange: a comprehensive service to injecting drug users. *British Journal of Addiction*. 85: 235-240.

CDC (2004) *Deaths: Final data for 2002*. National Vital Statistics Reports, Vol. 53, No. 5.

Christie B (2000) UK heroin deaths prompt international alert. *BMJ*, 320: 1559. Commonwealth Department of Health and Ageing (2002) *Return on Investment in Needle and Syringe Programs in Australia*. Canberra: Commonwealth of Australia.

Coyle SL *et al.* (1999) Outreach-based HIV prevention for injecting drug users: a review of published outcome data. *Public Health*, 113 (Supplement 1). 19-30. Darke S and Zador D (1996) Fatal heroin overdose: A review. *Addiction*. 91: 1765-1772.

Dettmer K *et al.* (2001) Take home naloxone and the prevention of deaths from opiate overdose: two pilot schemes. *BMJ*.322.7291: 895-896. Dolan K *et al.* (1998) Methadone maintenance treatment reduces heroin injection in New South Wales prisons. *Drug and Alcohol Review*. 17: 153-158. Dolan K *et al.* (1999) HIV risk behaviour and prevention in prison: A bleach programme for inmates in NSW. *Drug and Alcohol Review* 18: 139-143. Dolan K *et al.* (2003) Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction*, 98, 153-158. Dole V P and Nyswander M E (1965) A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: A clinical trial with methadone hydrochloride. *JAMA*, 193:

646-50.

Dole V P and Nyswander, M E (1967) Heroin Addiction - a Metabolic Disease. *Archives of Internal Medicine*, 120: 19-20.

EMCDDA (2001) *On-site pill-testing interventions in the European Union*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2002a) *Early warning system on new synthetic drugs: Guidance on implementation* Lisbon: EMCDDA.

EMCDDA (2002b) *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2004) *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Farrell M *et al.* (1994). Methadone maintenance treatment for opiate dependence: A review. *BMJ*. 309: 997-1001.

Framer E D and Wodak A (Personal communication - Manuscript in Preparation) The International Drug Regulatory System and the Use of Buprenorphine for Substitution of Opioid Dependence.

Gerstein D R and Harwood H J (Eds.) (1990) *Treating drug problems. Vol 1. A study of the evolution, effectiveness, and financing of public and private drug treatment systems*. Washington: National Academy Press. Gibson D R *et al.* (2001) Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS* 15:1329-1341.

Gold M *et al.* (1997) Needle exchange programs: an economic evaluation of a local experience. *Canadian Medical Association Journal*, 157. 255-262. Griffiths P *et al.* (2000) Drug information systems, early warning and new drug trends: Can drug monitoring systems become more sensitive to emerging trends in drug consumption? *Substance Use and Misuse*. 35: 811-844. Hall W *et al.* (1998) Introduction. In, Ward J, Mattick R P and Hall W (Eds.)

Methadone Maintenance Treatment and other Opioid Replacement Therapies. Amsterdam: Harwood.

Hamilton M (2001) *Drug Policy in Australia – Our Own?*, In Jurg Gerber and Eric L. Jensen (Eds.), *Drug War American Style: The Internationalization of Failed Policy and Its Alternatives*, Garland Publishing, pp. 114-5.

Hammett T M *et al.* (2003) Development and implementation of a cross-border HIV prevention intervention for injection drug users in Ning Ming County (Guangxi Province), China and Lang Son Province, Vietnam. *The International Journal of Drug Policy*. 14: 389-398.

Hartnoll R *et al.* (1980) Evaluation of heroin maintenance in controlled trial. *Archives of General Psychiatry*. 37: 877-883.

Health Protection Agency (October 2004) *Shooting up: Infections among injecting drug users in the United Kingdom 2003*. Health Protection Agency, SCIEH, National Public Health Service for Wales, CDSC Northern Ireland, CRDHB, and the UASSG. London: Health Protection Agency.

Hedrich D (2004) *European Report on Drug Consumption Rooms*. Lisbon:

EMCDDA.

Hedrich D and Vicente J (2004) *Overdose: a major cause of avoidable death among young people*. Drugs in Focus No. 13. Lisbon: EMCDDA. Heimer R *et al.* (1996) Evaluating a needle exchange programme: models for testing HIV-1 risk reduction. *The International Journal of Drug Policy*. 7:123-129.

Hernández-Aguado I *et al.* (1999) Human immunodeficiency virus (HIV) infection in parenteral drug users: evolution of the epidemic over 10 years.

International Journal of Epidemiology. 28:335-340.

Holtgrave D R *et al.* (1998) Cost and cost-effectiveness of increasing access to

14 Report 4

15 Report 4

sterile syringes and needles as an HIV prevention intervention in the United

States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 18(Supp. 1): 133-138.

Howard J and Borges P (1971) Needle sharing in the Haight: some social and psychological functions. *Journal of Psychedelic Drugs*. 4:71-80.

Hunt N *et al.* (1998) Evaluation of a brief intervention to reduce initiation into injecting. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 5(2), 185-193.

Hunt N *et al.* (2003) *A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use*. London: Forward Thinking on Drugs. (available at [http:// forward-thinking-on-drugs.org/review2.html](http://forward-thinking-on-drugs.org/review2.html))

INCB (2002) Annual report of the International Narcotics Control Board. Vienna:

INCB.

Jager J *et al.* (2004) *Hepatitis C an injecting drugs use: impacts, costs and policy options*. Lisbon: EMCDDA.

Klein A *et al.* (2004) *Drug Policy and the HIV Pandemic in Russia and Ukraine*. The Beckley Foundation Drug Policy Programme, A DrugScope Briefing Paper, Number 2. London: DrugScope.

Kral AH *et al.* (2001) Sexual transmission of HIV-1 among injection drug users in San Francisco, USA: risk-factor analysis. *Lancet*. 357:1397-1401. Laufer FN (2001) Cost-effectiveness of syringe exchange as an HIV prevention strategy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 28: 273-278. Lurie P and Drucker E (1997) An opportunity lost: HIV infections associated with lack of a national needle-exchange programme in the USA. *Lancet*. 349: 604-608.

McCusker C and Davies M (1996) Prescribing drug of choice to illicit heroin users: the experience of a UK community drug team. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 13: 521-531.

Marsch L A (1998) The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a metaanalysis.

Addiction. 93: 515-532.

Mattick R P et al. (2003a) Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software. Mattick R P et al. (2003b) Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software. Metrebian N et al. (1998) Feasibility of prescribing injectable heroin and methadone to opiate dependent drug users: associated health gains and harm reductions. *Medical Journal of Australia*. 168: 596-600. Metrebian N et al. (2002). Survey of doctors prescribing diamorphine (heroin) to opiate dependent drug users in the United Kingdom. *Addiction* 97: 1155-1161 Miller W R and Rollnick S. (2002) *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. London: Guilford Press.

Ministerial Council on Drug Strategy (2001) *National Heroin overdose strategy*. Canberra, ACT: Commonwealth of Australia.

NIH (1997) *Consensus Statement: Intervention to prevent HIV Risk behaviours*. Kensington: National Institutes of Health.

NIH (2002) *Consensus Statement: Management of Hepatitis C*. Kensington:

National Institutes of Health

Normand J et al. (1995) *Preventing HIV transmission: the role of sterile needles and bleach*. National Academy Press.

NTA (2004) *Commissioning services to reduce drug-related deaths*. Resource pack for Commissioners. Briefing 11.2. London: National Treatment Agency. Parsons J et al. (2002) Twelve years of syringe exchange: Results from a UK national survey. *Addiction*. 97:845-850.

Perneger T V et al. (1998) Randomised trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. *BMJ*. 317: 13-18.

Resnicow K et al. (2002) *Motivational Interviewing in Medical and Public Health*

Settings. In: Miller, W.R, Rollnick, S. (2002) *Motivational Interviewing:*

Preparing People for Change. London: The Guildford Press.

Rinken S and Romero-Vallecillos R (2002) The evolution of Spanish HIV prevention policy targeted at opiate users: a review, *Drugs: education, prevention and policy*. 9:45-56.

Robles R R et al. (1998) Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injection drug users in Puerto Rico. *Health Policy*. 45:209-220. Roberts M et al. (2004) *Drug consumption rooms*. The Beckley Foundation drug policy programme . DrugScope Briefing Paper No. 3. Silva J A C E (2004) Medicines and the drug control treaties: Is buprenorphine for opioid addiction at risk of being lost? *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental* 19: 215-224.

Single E et al. (2000) The relative risks and etiologic fractions of different causes of death and disease attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada. *CMAJ*. 162:1669-1675.

Smyth B P et al. (1999) Evaluation of the impact of Dublin's expanded harm reduction programme on prevalence of hepatitis C among short-term injecting drug users. *Journal*

of Epidemiology and Community Health. 53:434-435. Stimson G V (1996) Has the United Kingdom averted an epidemic of HIV-1 infection among drug injectors? *Addiction*, 91: 1085-1099. Stimson G V and Metrebian N (2003) *Prescribing heroin: what is the evidence?*

York: Joseph Rowntree Foundation.

Stimson G V and Oppenheimer E (1982) *Heroin addiction: Treatment and control in Britain*. London: Tavistock.

Strathdee S A and Vlahov D (2001) The effectiveness of needle exchange programs: a review of the science and policy. *AIDS Science*. 1, No. 16, December 13.

Stover H and Nelles J (2003) Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *The International Journal of Drug Policy*. 14:437-444.

Strathdee S *et al.* (2001) Sex differences in risk factors for HIV seroconversion among injection drug users: a 10-year perspective. *Archives of Internal Medicine*. 161:1281-1288.

Strathdee S and Bastos F I (2003) Sterile syringe access for injection drug users in the 21st century: progress and prospects. *The International Journal of Drug Policy*. 14: 351-352.

Taylor A *et al.* (2000) Prevalence of hepatitis C virus infection among injecting drug users in Glasgow 1990-1996: Are current harm reduction strategies working? *Journal of Infection* 40: 176-183.

The Centre for Harm Reduction (2002) *New Zealand Needle and Syringe Exchange Programme Review Final Report*. Wellington: Campbell Aitken.

Thompson D (2004) Injecting drug use fueling spread of HIV in China. Population Reference Bureau. Available from http://www.prb.org/Template.cfm?Section=PRB&template=/Content/ContentGroups/04_Articles/Injecting_Drug_Use_Fueling_Spread_of_HIV_in_China.htm

Transnational Institute (2004) *A pointless war: drugs and violence in Brazil*. TNI Briefing series No. 11. Amsterdam. Transnational Institute.

UNAIDS (2000) *Innovative approaches to HIV prevention: selected case studies*. Geneva: UNAIDS.

UNAIDS (2003) *Follow-up to the 2001 United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS. Progress Report on the Global Response to the HIV/ AIDS Epidemic, 2003*. Geneva: UNAIDS.

UNAIDS (2004) *Leadership Statement: Injecting drug use and HIV/AIDS*.

Available from http://www.unaids.org/bangkok2004/docs/leadership/LS_IDU.pdf

US Center for Disease Control (1984) Street-Drug Contaminant causing Parkinsonism, *MMWR Weekly* 33(24): 351-2.

Vegue-Gonzalez M *et al.* (1998) Evaluacion de un programa de metadona en prision. Resultados preliminares. / Evaluation of methadone program in prison: Preliminary results. *Adicciones*. 10: 59-67.

Ward J *et al.* (1998) *Methadone Maintenance Treatment and other Opioid Replacement Therapies*. Amsterdam: Harwood.

West S *et al.* (2000) A meta-analysis comparing the effectiveness of buprenorphine and methadone. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 12: 405-414.

WHO (1998a) *Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action*. Geneva: World Health Organisation.

WHO (1998b) *Principles for preventing HIV infection among drug users*, Copenhagen: WHO.

WHO (2000) *'Hepatitis C'; Fact Sheet No 164*. World Health Organisation.

(Available at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>)

WHO (2001) *HIV in prisons: a reader with particular relevance to the newly independent states*. Geneva: WHO.

WHO (2002) *The practices and context of pharmacotherapy of opioid dependence in South-East Asia and Western Pacific regions*. Geneva: WHO. WHO (2004a) Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO. WHO (2004b) HIV/AIDS and prisons. Available from http://www.euro.who.int/aids/prevention/20040115_2 WHO (2004c) The practices and context of pharmacotherapy of opioid dependence in Central and Eastern Europe. Geneva: WHO.

WHO (2004d) *Proposal for the inclusion of methadone in the WHO model list of essential medicines*. Department of Mental Health and Substance Abuse; HIV/AIDS Department.

WHO (2004e) *Proposal for the inclusion of buprenorphine in the WHO model list of essential medicines*. Department of Mental Health and Substance Abuse;

HIV/AIDS Department.

WHO (2004f) *Evidence for Action: Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva: WHO.

WHO, UNAIDS, UNODC (2004a) Policy Brief: provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission. Available from <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybriefs/en/>

WHO, UNAIDS, UNODC (2004b) Policy Brief: reduction of HIV transmission in prisons. Available from <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybriefs/en/>

WHO, UNODC, UNAIDS (2004c) Position paper: Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. Available from <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybriefs/en/>

WHO, UNAIDS, UNODC (2004d) Policy Brief: Reduction of HIV transmission through outreach. Available from <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybriefs/en/>

Wiessing *et al.* (2001). *Estimating coverage of harm reduction measures for injecting drug users in the European Union*. Lisbon: EMCDDA. Available from <http://www.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.AttachmentDownload&nNodeID=1527&slanguageISO=E>

N

Wood E *et al.* (2004) Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *Canadian Medical Association Journal*. 171: 1-4.

Zinberg N E (1984) Drug, set and setting: the basis for controlled intoxicant use.

New Haven: Yale University Press.