

Die verheerenden Auswirkungen des Drogenkriegs auf die Volksgesundheit: Die versteckte Hepatitis-C- Epidemie

**BERICHT DER
WELTKOMMISSION FÜR
DROGENPOLITIK**



SEKRETARIAT

Miguel Darcy de Oliveira
Ilona Szabo de Carvalho
Patricia Kundrat
Rebeca Lerer
Raminta Stuikyte

UNTERSTÜTZUNG

Igarapé Institute

Instituto Fernando
Henrique Cardoso

Open Society Foundations

Sir Richard Branson (support
provided through Virgin Unite)

Deutsche Übersetzung: Erika Jüsi,
Arud Zentren für Suchtmedizin,
Zürich. Lektorat: Petra Baumberger,
Fachverband Sucht, Zürich.

BERATER

Dr. Philip Bruggmann,
Arud Zentren für Suchtmedizin,
Zürich: www.arud.ch

Jamie Bridge,
International Drug Policy
Consortium (IDPC):
www.idpc.net

Professor Matthew Hickman,
University of Bristol:
www.ac.bristol.uk

Die Kommission bedankt sich ausserdem bei Ann Fordham, Sharon Hutchinson, Erika Jüsi, Karyn Kaplan, Erika Matuizaite, Azadeh Momenghalibaf, Marie Nougier, Daria Ocheret, Els Torreele, Mike Trace, Annette Verster, Daniel Wolfe und Thomas Zeltner für ihre Mitarbeit an diesem Bericht.

WEITERES MATERIAL UNTER:

www.who.int/hiv/topics/idu
www.who.int/topics/hepatitis
www.unodc.org
www.drugpolicy.org
www.icsdp.org
www.idpc.net
www.igarape.org.br
www.talkingdrugs.org
www.tni.org/drugs
www.ihra.net
www.counthecosts.org
www.intercambios.org.ar
www.cupihd.org
www.wola.org/program/drug_policy
www.beckleyfoundation.org
www.idhdp.com
www.inhsu.com
www.easl.eu
www.aasld.com
www.apasl.info

BERICHT DER WELTKOMMISSION FÜR DROGENPOLITIK



Nähere Informationen zur Kommission unter:
www.globalcommissionondrugs.org

Oder per E-Mail: declaration@globalcommissionondrugs.org

Links oben: Die versteckte Hepatitis-C-Epidemie wird von Politikern und der Allgemeinbevölkerung oft übersehen. Aktionen der Zivilgesellschaft spielen für die Schärfung des Bewusstseins eine Schlüsselrolle, wie dieses Foto zeigt, in dem ein Hepatitis-C-Patient in der Ukraine von internationalen und nationalen Medien umgeben ist.

Foto: Denis Dyadin // mit freundlicher Genehmigung des Ukrainian Community Advisory Board (UCAB)

MITGLIEDER DER KOMMISSION

Kofi Annan, ehemaliger Generalsekretär der Vereinten Nationen, Ghana

Louise Arbour, ehemalige UN-Hochkommissarin für Menschenrechte, Präsidentin der International Crisis Group, Kanada

Pavel Bém, ehemaliger Oberbürgermeister von Prag, Mitglied des tschechischen Parlaments

Richard Branson, Unternehmer, Aktivist für soziale Gerechtigkeit, Gründer der Virgin Group, Mitbegründer von The Elders, Vereinigtes Königreich

Fernando Henrique Cardoso, ehemaliger Präsident von Brasilien (Vorsitz)

Maria Cattai, ehemalige Generalsekretärin der Internationalen Handelskammer, Schweiz

Ruth Dreifuss, ehemalige Bundespräsidentin und Vorsteherin des Eidgenössischen Departements des Innern, Schweiz

Carlos Fuentes, Schriftsteller und Intellektueller, Mexiko – in memoriam

César Gaviria, ehemaliger Präsident von Kolumbien

Asma Jahangir, Menschenrechtsaktivistin, ehemalige UN-Sonderberichterstatterin über willkürliche, aussergerichtliche und summarische Hinrichtungen, Pakistan

Michel Kazatchkine, HIV/Aids-Sondergesandter der UNO für Osteuropa und Zentralasien sowie ehemaliger Geschäftsführer des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, Frankreich

Aleksander Kwasniewski, ehemaliger Präsident von Polen

Ricardo Lagos, ehemaliger Präsident von Chile

George Papandreou, ehemaliger Ministerpräsident von Griechenland

Jorge Sampaio, ehemaliger Präsident von Portugal

George Shultz, ehemaliger Aussenminister, Vereinigte Staaten (Ehrevorsitz)

Javier Solana, ehemaliger Generalsekretär für die Gemeinsame Aussen- und Sicherheitspolitik der Europäischen Union, Spanien

Thorvald Stoltenberg, ehemaliger Aussenminister und UN-Hochkommissar für Flüchtlinge, Norwegen

Mario Vargas Llosa, Schriftsteller und Intellektueller, Peru

Paul Volcker, ehemaliger Vorsitzender der Notenbank der Vereinigten Staaten und des Economic Recovery Board

John Whitehead, Bankier und Beamter, Vorsitzender der World Trade Center Memorial Foundation, Vereinigte Staaten

Ernesto Zedillo, ehemaliger Präsident von Mexiko

Hepatitis C ist eine weit verbreitete chronische Virusinfektion, welche vor allem in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen die Volksgesundheit, die Wirtschaft und den Sozialbereich stark belastet. Obschon die Hepatitis-C-Epidemie von der Weltgesundheitsorganisation als «virale Zeitbombe» bezeichnet wird, erhält sie noch immer kaum Aufmerksamkeit. Der Zugang zu präventiven Massnahmen ist limitiert, und Diagnose und Behandlung sind viel zu teuer und für die Betroffenen oft unerreichbar. Das Problembewusstsein in der Bevölkerung und die politische Handlungsbereitschaft in Bezug auf Hepatitis C sind viel zu schwach ausgeprägt, und eine wissenschaftliche Hepatitis-Überwachung ist oft nicht vorhanden.

Das Hepatitis-C-Virus ist hoch ansteckend und via Blutkontakt übertragbar. Deshalb sind Menschen, die Drogen injizieren, überproportional stark davon betroffen: Weltweit leben geschätzte 10 der 16 Millionen Menschen mit intravenösem Drogenkonsum mit Hepatitis C. In Ländern mit besonders restriktiven Drogengesetzen sind es oft mehr als die Hälfte, die das Virus in sich tragen – in Thailand und Teilen von Russland sogar über 90 Prozent.

Hepatitis C nimmt bei etwa einem Viertel der chronisch Infizierten einen schweren oder sogar tödlichen Verlauf und ist zunehmend für frühzeitige Todesfälle bei intravenösem Drogenkonsum verantwortlich. Weltweit sind die meisten HIV-positiven Menschen, die Drogen injizieren, gleichzeitig von einer Hepatitis-C-Infektion betroffen. Schadenminderungsprogramme – zum Beispiel die Abgabe von sterilen Nadeln und Spritzen oder Opioid-Substitutionstherapien – können eine Verbreitung des Hepatitis-C-Virus unter Drogenkonsumierenden effizient verhindern, sofern sie für alle zugänglich sind und in angemessenem Umfang angeboten werden.

Anstatt in wirksame Präventivmassnahmen und Behandlungsprogramme zu investieren, um die erforderliche Abdeckung zu erreichen, verschwenden die Regierungen weiterhin Milliarden von Dollar für die Festnahme und Bestrafung von Drogenkonsumierenden – eine grobe Fehlverteilung limitierter Ressourcen, die besser für die Volksgesundheit und Präventivmassnahmen eingesetzt werden würden. Gleichzeitig hat die repressive Drogenpolitik der Stigmatisierung und Kriminalisierung sowie massenhaften Inhaftierungen von Drogenkonsumierenden Vorschub geleistet. Dabei konnten die wenigsten Länder einen bedeutsamen Rückgang von Neuinfektionen mit dem Hepatitis-C-Virus in dieser Menschengruppe verzeichnen. Das Scheitern der Regierungen, die Krankheit zu verhindern und einzudämmen, wird in vielen Ländern weitreichende Konsequenzen für die zukünftigen Gesundheitskosten und die Sozialhilfe haben.

Im Bericht, der 2012 veröffentlicht wurde, beschreibt die Weltkommission für Drogenpolitik, wie der weltweite Drogenkrieg die HIV-Epidemie unter Drogenkonsumierenden anheizt. Der neue Bericht legt den Fokus auf Hepatitis C, eine weitere tödliche Epidemie innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe. Nach einer kurzen Übersicht wird darauf eingegangen, wie der «Krieg gegen die Drogen» und die repressive Drogenpolitik die Eindämmung der Hepatitis-C-Infektionen verhindern.

Das Schweigen über die Leiden, die eine repressive Drogenpolitik verursacht, wurde gebrochen. Sie ist unwirksam, verletzt die Menschenrechte, erzeugt Gewalt und setzt einzelne Menschen und Menschengruppen unnötigen Risiken aus. Hepatitis C ist eines dieser Leiden – ein vermeid- und heilbares Leiden, vorausgesetzt, die Massnahmen gegen die Drogenproblematik sind auf die Interessen der öffentlichen Gesundheit ausgerichtet. Es ist Zeit, neue Wege zu gehen.

ZUSAMMENFASSUNG DER EMPFEHLUNGEN AUS DIESEM BERICHT

1. Die Regierungen sollen die Wichtigkeit und das Ausmass der Hepatitis-C-Epidemie und deren hohen menschlichen, wirtschaftlichen und sozialen Preis, vor allem für Drogenkonsumierende, öffentlich anerkennen.
2. Die Regierungen müssen einsehen, dass eine Drogenpolitik, die hauptsächlich auf eine repressive Strafverfolgung setzt, die Verbreitung von Hepatitis C (wie auch von HIV und anderen Gesundheitsschäden) indirekt fördert. Sie verschärft die soziale Ausgrenzung von Drogenkonsumierenden und erschwert diesen den Zugang zu unverzichtbaren Schadenminderungs- und Behandlungsprogrammen.
3. Die Regierungen müssen deshalb ihre bestehende Drogenpolitik reformieren – die Kriminalisierung und die Masseninhaftierungen von Menschen, die Drogen konsumieren, abschaffen und die Zwangsbehandlungen von Drogenabhängigen stoppen.
4. Die Regierungen müssen ihre Ressourcen sofort neu verteilen, das heisst, sie nicht länger in den «Krieg gegen die Drogen» investieren, sondern in Ansätze zum Schutz der öffentlichen Gesundheit, welche die Hepatitis-C-Prävention und Behandlung maximieren und die meistbetroffenen Bevölkerungsgruppen mit einschliessen.
5. Die Wirksamkeit einer Drogenpolitik soll an Indikatoren gemessen werden, die eine reale Bedeutung für die betroffenen Menschen haben. Zum Beispiel an reduzierten HIV- und Hepatitis-Ansteckungen und Todesfällen, am erleichterten Zugang zu Behandlungsangeboten und an deren verbesserter Nutzung, an der reduzierten Drogenmarktkriminalität, reduzierten Menschenrechtsverletzungen und reduzierten Inhaftierungen.
6. Die Regierungen müssen jegliche rechtlichen oder faktischen Restriktionen bei der Bereitstellung von sterilem Material und anderen Schadenminderungsmassnahmen aufheben sowie den Zugang zu Opioid-Substitutionstherapien gemäss den Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation gewährleisten. Dass diese Massnahmen in angemessenem Rahmen zur Verfügung stehen – und zwar in der Gesellschaft wie auch in Gefängnissen und anderen geschlossenen Umgebungen – ist absolut entscheidend, um Einfluss auf Hepatitis-C-Ansteckungen haben zu können.
7. Die Regierungen sollen sicherstellen, dass Personen, die Drogen konsumieren, nicht von Behandlungsprogrammen ausgeschlossen werden. Dazu sollen nationale Hepatitis-C-Strategien und -Aktionspläne erarbeitet werden – unter Einbezug der Allgemeinbevölkerung sowie von Betroffenen und Vertretern aus den Bereichen HIV, öffentliche Gesundheit, Sozialpolitik, Drogenkontrolle und Kriminalrecht.
8. Die Regierungen müssen die Qualität und Verfügbarkeit der Daten über Hepatitis C verbessern, Überwachungssysteme fördern und die Präventions- und Kontrollprogramme vermehrt auswerten. Dies wird wiederum das politische und öffentliche Bewusstsein für die Epidemie stärken.
9. Die Regierungen sollten sich verstärkt um tiefere Preise für neue und herkömmliche Hepatitis-C-Medikamente bemühen – wenn nötig durch Verhandlungen mit der Pharmaindustrie – um den Zugang zu Behandlungen für alle zu gewährleisten. Regierungen, internationale Organisationen und Zivilbevölkerungsgruppen sollten dazu auch versuchen, die weltweit erfolgreiche Preissenkung für HIV-Behandlungen zu wiederholen.
10. Die Weltkommission fordert die Vereinten Nationen auf, die Führung zu übernehmen und sich zu bekennen – um auf Ebene der einzelnen Länder eine positive Dynamik auszulösen und die Umsetzung der oben genannten Reformen anzustossen.
11. Jetzt handeln: Der «Krieg gegen die Drogen» ist gescheitert. Schwerwiegende Schäden für die öffentliche Gesundheit können verhindert werden, wenn jetzt Massnahmen ergriffen werden.

HEPATITIS C BEI
DROGENKONSUMIERENDEN

Weltweit injizieren geschätzte 16 Millionen Menschen Drogen,¹ und ungefähr 10 Millionen von ihnen sind mit Hepatitis C infiziert.² Die Epidemie breitet sich in vielen Teilen der Welt rasant aus, angetrieben durch eine erfolglose und repressive Drogenpolitik. Sie stellt für die betroffenen Länder eine ernsthafte wirtschaftliche und soziale Bedrohung dar. Hepatitis C wird durch Blutkontakt übertragen. Das kann bei Drogenkonsumierenden verhindert werden, wenn bewährte Schadensminderungsmaßnahmen (wie die Abgabe von sterilen Nadeln und Spritzen) in angemessenem Umfang zur Verfügung stehen. Hepatitis C ist zudem heilbar. Wegen der exorbitanten Kosten hat jedoch nur eine kleine Zahl von Betroffenen Zugang zu einer Behandlung. Für Menschen, die Drogen konsumieren, ist der Zugang zu Prävention oder Behandlung zusätzlich erschwert, weil sie kriminalisiert, inhaftiert und systematisch diskriminiert werden – auch durch medizinische Grundversorger, die diese Menschen nur widerstrebend behandeln.

Epidemiologie

Hepatitis C kommt bei intravenös Drogenkonsumierenden dreimal häufiger vor als HIV.^{1,2} Die grösste Zahl an Hepatitis-C-Infektionen wird aus Ost- und Südostasien (2.6 Millionen) sowie aus Osteuropa (2.3 Millionen) gemeldet. Die drei Länder mit dem grössten Hepatitis-C-Vorkommen bei Menschen mit intravenösem Drogenkonsum sind China (1.6 Millionen Menschen), die Russische Föderation (1.3 Millionen Menschen) und die USA (1.5 Millionen Menschen).²

Das Tauschen von Spritzen und Nadeln birgt das grösste Ansteckungsrisiko mit dem Hepatitis-C-Virus.

© Lorena Ros für die Open Society Foundations

In den meisten Ländern leben mehr als die Hälfte der Menschen, die Drogen injizieren, mit Hepatitis C.^{3,4} Die Infektionsrate ist besonders hoch in Ländern, die mit ihrer Drogenpolitik und Strafverfolgungsmassnahmen den Konsumierenden den Zugang zu sterilen Nadeln und Spritzen erschweren. In Thailand und in Teilen der Russischen Föderation sind zum Beispiel über 90 Prozent der Menschen, die Drogen spritzen, Hepatitis-C-positiv.⁵ Die Rate der jährlichen Hepatitis-C-Neuansteckungen bei Menschen mit intravenösem Konsum beträgt oft über 10 Prozent⁶ – sie kann in gewissen Ländern aber erheblich höher sein: Eine Studie aus den USA zeigt, dass sich mehr als die Hälfte derjenigen, die erst seit Kurzem injizieren, angesteckt haben.⁷

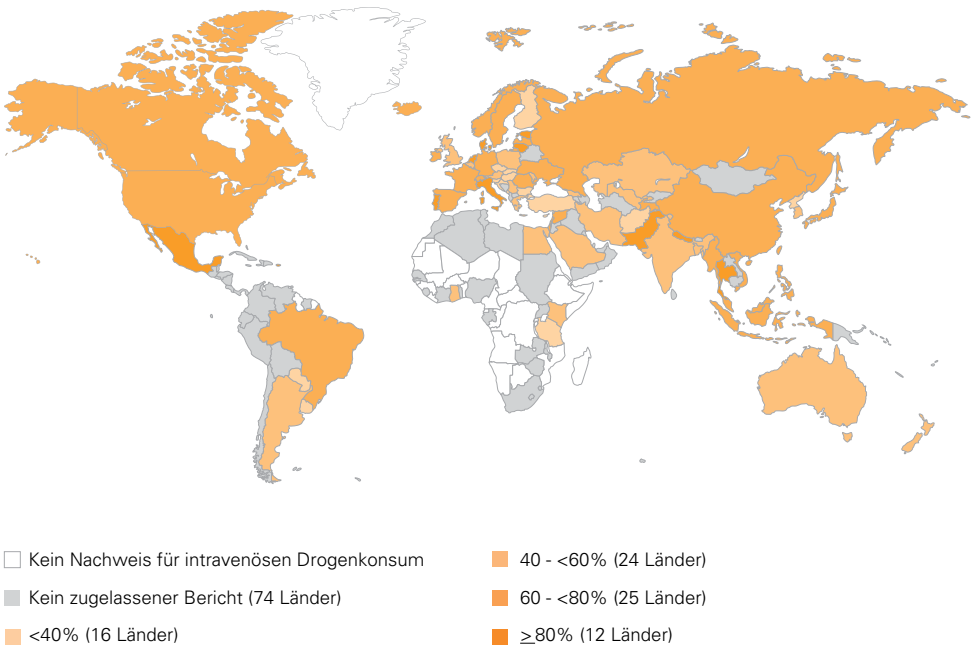
Das wahre Ausmass dieser Epidemie wird wahrscheinlich unterschätzt, weil die meisten Länder nur über unzureichende Überwachungsdaten verfügen.^{8,9} Um die Hepatitis-C-Infektionen beobachten zu können und als Grundlage für eine effiziente Prävention müssen deshalb umfassende und koordinierte Überwachungssysteme aufgebaut werden.¹⁰



ABBILDUNG

PRÄVALENZ VON HEPATITIS-C-ANTIKÖRPERN BEI INTRAVENÖS DROGENKONSUMIERENDEN²

Hinweis: Die Daten dieser Karte zur Prävalenz (Vorkommen) zeigen die kumulierten Infektionen der letzten Jahrzehnte. Hohe Prävalenzraten bedeuten nicht unbedingt eine hohe Zahl an Neuinfektionen. Daten zu Neuinfektionen (Inzidenz) mit Hepatitis C liegen in den meisten Ländern nicht vor.



WIE DIE INHAFTIERUNG VON DROGENKONSUMIERENDEN DIE HEPATITIS-C-EPIDEMIE ANHEIZT

Eine der Hauptkonsequenzen des «Kriegs gegen die Drogen» sind Masseninhaftierungen von Drogenkonsumierenden. Gleichzeitig ist intravenöser Drogenkonsum in Gefängnissen weitverbreitet. In den meisten Gefängnissen und Untersuchungshaftanstalten fehlen aber Opioid-Substitutionsprogramme, Hepatitisbehandlungen und steriles Material für das Injizieren (und Tätowieren).¹¹ Dadurch werden Inhaftierungen zu einem eigenständigen Risikofaktor für Hepatitis-C-Ansteckungen bei Drogenkonsumierenden.¹²

In vielen Ländern kommt Hepatitis C in Gefängnispopulationen häufiger vor als in der Allgemeinbevölkerung.¹³ Das bedeutet, dass das Durchführen von Tests und Behandlungen in Gefängnissen eine kosteneffiziente Strategie wäre.¹⁴ Steriles Material, Opioid-Substitutionstherapien und Suchtbehandlungen sollten in allen geschlossenen Einrichtungen angeboten werden; das empfiehlt auch die Weltgesundheitsorganisation. Entgegen der weitläufigen Meinung hat sich erwiesen, dass die Abgabe von Nadeln und Spritzen in geschlossenen Einrichtungen weder die

Sicherheit des Gefängnispersonals gefährdet noch dem intravenösen Drogenkonsum Vorschub leistet (wie dies auch ausserhalb der Gefängnisse nicht der Fall ist).^{15,16} Eine kürzlich durchgeführte Umfrage hat ergeben, dass Gefängnisinsassen in Schottland eine tiefere Ansteckungsrate mit dem Hepatitis-C-Virus aufweisen als die Gesellschaft ausserhalb – dies steht in engem Zusammenhang mit der hohen Verfügbarkeit und intensiven Nutzung von Opioid-Substitutionstherapien in Haftanstalten.¹⁷

Die USA haben weltweit eine der grössten Gefängnispopulationen aufgrund von Drogendelikten. Die Hepatitis-C-Infektionsrate bei Inhaftierten beträgt zwischen 12 und 35 Prozent, was erheblich höher ist als in der Allgemeinbevölkerung (1 bis 2 Prozent). Obwohl die Wirksamkeit von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen in Gefängnissen in Bezug auf die Hepatitis-C-Infektion erwiesen ist, empfehlen die US-amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention (CDC) diese nicht.¹⁸ Hepatitis-C-Tests und -Behandlungen werden in US-Gefängnissen zudem kaum durchgeführt.^{19, 20}

Übertragung

Das Risiko, sich bei geteiltem Injektionsmaterial mit Hepatitis C anzustecken, ist – bedingt durch die höhere Infektivität des Hepatitis-C-Virus – wesentlich höher als bei HIV.²¹ Dies erklärt, zusammen mit dem weit verbreiteten Vorkommen von Hepatitis C, warum diese Epidemie sich bei Menschen mit intravenösem Drogenkonsum so schnell verbreitet. Das Hepatitis-C-Virus überlebt über einen beachtlichen Zeitraum auch ausserhalb des Körpers – in Nadeln und Spritzen,²² aber auch in anderen Injektionsmaterialien wie Wasser und Filter.²³ Dies könnte teilweise erklären, warum in Ländern, die Schadenminderungsprogramme etabliert haben, Neuinfektionen mit Hepatitis C nicht in gleichem Mass zurückgehen wie HIV-Neuinfektionen. Die Nutzung dieser Programme muss in den meisten Ländern deshalb noch stark verbessert werden, um einen Einfluss auf die Hepatitis-C-Ansteckungen haben zu können: Auch wenn Menschen mit intravenösem Konsum meistens steriles Material verwenden, genügen doch ein paar wenige risikobehaftete Injektionen im Jahr, um die Epidemie weiter aufrechtzuerhalten.²⁴ Eine intensivere Nutzung solcher Programme setzt ein starkes politisches Engagement und unterstützende Gesetze voraus, einschliesslich einer Verschiebung der Ressourcen weg vom repressiven «Krieg gegen Drogen» hin zu wirksamen Public-Health-Massnahmen.

In Ländern mit höherem Einkommen ist der intravenöse Drogenkonsum seit Jahrzehnten der Hauptübertragungsgrund von Hepatitis C – zwischen 50 und 80 Prozent aller Hepatitis-C-Neuinfektionen werden so übertragen.²⁵ Aufgrund des hohen Ansteckungspotenzials des Hepatitis-C-Virus wird vermutet, dass dieses auch über Material, das nicht für Injektionen benutzt wird (zum Beispiel Sniff Röhrchen und Pfeifen), übertragen werden kann.²⁶ Zudem können nicht steriles Tätowieren und Piercen auch zu Ansteckungen führen. In Ländern mit einer schwach ausgebauten Gesundheitsinfrastruktur und ungenügender Kapazität für Bluttests könnten auch verunreinigtes medizinisches Material und Bluttransfusionen für die hohen Infektionszahlen verantwortlich sein.

Sterblichkeit und Morbidität

Hepatitis C ist weltweit der Hauptgrund für Lebererkrankungen: Bei 80 Prozent der Infizierten verläuft die Infektion chronisch.²⁷ Bei einem Viertel der chronisch Erkrankten führt das Virus zu einer potenziell tödlich verlaufenden Lebererkrankung. Hepatitis-C-Infektionen rufen jedoch über mehrere Jahre hinweg keine oder nur milde Symptome hervor – das bedeutet, dass sich die Mehrheit der Betroffenen ihrer Krankheit nicht bewusst ist (daher die Bezeichnung «stille Epidemie»²⁸). Oft wird eine chronische Hepatitis-C-Infektion erst erkannt, wenn die Leberschädigung ein fortgeschrittenes Stadium erreicht hat.

Das Risiko, an einer Leberzirrhose oder an Leberkrebs zu erkranken, steigt mit dem Alter. Der Krankheitsverlauf beschleunigt sich zusätzlich bei hohem Alkoholkonsum, HIV-Infektionen, illegalem Drogenkonsum und langfristiger Einnahme von Psychopharmaka. Das Risiko, an Leberzirrhose und Leberkrebs zu erkranken und an Leberversagen zu sterben, ist bei Drogenkonsumierenden, die mit einer Hepatitis C leben, mehrfach erhöht.^{29,30}

Hepatitis C verursacht zunehmend vorzeitige Todesfälle bei intravenös Drogenkonsumierenden.³¹ Zwischen 1999 und 2007 sind in den USA mehr Menschen an Hepatitis C gestorben als an HIV.³² Im Alter zwischen 45 und 50 Jahren steigt das Risiko für Leberzirrhose bei Menschen mit intravenösem Konsum markant an.³⁰ Die Belastung durch Hepatitis-C-bedingte Lebererkrankungen im fortgeschrittenen Stadium nimmt weltweit zu und wird unter den Drogenkonsumierenden weiterwachsen – mit klaren Auswirkungen auf die Volksgesundheit und die öffentlichen Ausgaben. Hepatitis C ist eine globale Krise der öffentlichen Gesundheit und laut Weltgesundheitsorganisation eine «virale Zeitbombe».

HIV-/HEPATITIS-C-KOINFEKTION

Ungefähr 3 Millionen Menschen, die Drogen injizieren, sind mit HIV infiziert und leben oft auch mit Hepatitis C.³⁴ In Ländern wie China, der Russischen Föderation und Vietnam wird die Koinfektionsrate bei Menschen mit intravenösem Drogenkonsum auf über 90 Prozent geschätzt.³⁵ Die meisten Betroffenen konsumieren intravenös Drogen.³⁶ Eine Drogenpolitik, die das Krankheitsrisiko erhöht, den Zugang zu Präventionsangeboten erschwert und hilfsbedürftige Personen von Gesundheitsdiensten fernhält, heizt deshalb beide Epidemien weiter an. Präventive Massnahmen hingegen, die bei intravenös Drogenkonsumierenden Hepatitis-C-Ansteckungen verhindern, verhindern auch HIV-Übertragungen.

Eine HIV-Koinfektion beeinflusst den Krankheitsverlauf, die Überlebensrate und den Behandlungserfolg bei einer Hepatitis-C-Erkrankung negativ.³⁷ Gleichzeitig sind Behandlungsraten für koinfizierte Personen immer noch inakzeptabel tief, sogar wenn diese sich in einer HIV-Behandlung befinden³⁸ – dabei verbessern Hepatitis-C-Behandlungen bei den Betroffenen erfahrungsgemäss die Adhärenz bei HIV-Behandlungen.³⁹ Ausserdem wurden bis anhin nur wenige Drogenkonsumierende in klinische Studien eingebunden, die HIV- und Hepatitis-C-Koinfektionsbehandlungen untersuchen. Das muss sich dringend ändern, wenn verbesserte Behandlungsergebnisse erreicht werden sollen.

HEPATITIS B

Hepatitis B ist eine weitere Virusinfektion, die wie Hepatitis C hauptsächlich via Blutkontakt übertragen wird. Die Ansteckungswege sind bei Hepatitis B jedoch vielfältiger. Dazu gehört die Übertragung von Mutter zu Kind, von Person zu Person in der frühen Kindheit, bei medizinischen Eingriffen unter unhygienischen Bedingungen, bei risikoreichen Sexualpraktiken oder dem Teilen von verunreinigtem Spritzenmaterial unter Drogenkonsumierenden. Im Erwachsenenalter beträgt das Risiko, an einer chronischen Infektion zu erkranken, weniger als 5 Prozent.

HEPATITIS-C-TESTS

Menschen mit erhöhtem Hepatitis-C-Risiko sollten sich regelmässig testen lassen, um zu eruieren, ob sie ansteckend sind und eine Behandlung benötigen. Die Zahl der nicht diagnostizierten Fälle wird jedoch als sehr hoch eingeschätzt: 50 bis 90 Prozent aller infizierten Personen sind sich ihrer Ansteckung wahrscheinlich nicht bewusst.^{49,50} In Ländern mit einer repressiven Drogenpolitik ist der Anteil der Getesteten unter den Drogenkonsumierenden noch tiefer^{10,51} – hauptsächlich wegen der Stigmatisierung in den medizinischen Einrichtungen, der Angst vor Festnahmen oder, weil Behandlung und Tests nicht zur Verfügung stehen.

- Die Hepatitis-C-Diagnose erfolgt in zwei Schritten:
1. Ein Bluttropfen oder eine Speichelprobe wird auf Hepatitis-C-Antikörper getestet: Wenn der Test positiv ausfällt, ist die Person irgendwann in ihrem Leben mit dem Virus in Kontakt gekommen.
 2. Ein Viruslast-Test zeigt, ob sich Hepatitis-C-Viren im Blut befinden und ob eine chronische Infektion vorliegt. Falls dies der Fall ist, ist die Person ansteckend (ca. 20 Prozent aller Fälle heilen spontan aus und bedürfen keiner weiteren Massnahmen).
- Um das Bewusstsein für Hepatitis C zu fördern, sollte jeder Test mit einer Beratung einhergehen, die über die Risiken einer Ansteckung aufklärt.

Weltweit leiden schätzungsweise 1.2 Millionen Menschen, die Drogen injizieren, an einer chronischen Hepatitis B.² Es steht eine sichere, kostengünstige und wirksame Impfung zur Verfügung, doch durch die systematische Diskriminierung und Kriminalisierung der Drogenkonsumierenden bleiben die Impfraten bei diesen tief.

Hepatitis C verhindern

2012 veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation die «Guidance on the Prevention of Viral Hepatitis B and C among People Who Inject Drugs». Diese Richtlinien basieren auf den Menschenrechten, aus denen die Rechte auf Zugang zur Gesundheitsversorgung und zum Justizwesen, auf Gesundheitskompetenz sowie auf angemessene Angebote für Drogenkonsumierende und die durchgängige Erbringung dieser Leistungen hervorgehen. Die Empfehlungen befürworten evidenzbasierte Schadenminderungsmaßnahmen zur Bekämpfung von Hepatitis B und C, HIV und Tuberkulose – einschliesslich Nadel- und Spritzenaustauschprogramme, Opioid-Substitutionstherapien und gezielter Aufklärung sowie die Prävention, Diagnose und Behandlung von viraler Hepatitis.²⁸

Da gegen Hepatitis C bis heute nicht geimpft werden kann, sind steriles Injektionsmaterial (Nadeln und Spritzen, aber auch Filter, Wasser und Kocher) und Opioid-Substitutionstherapien für die Primärprävention unerlässlich. Sie können die vorherrschenden Übertragungswege unter Menschen mit intravenösem Konsum unterbrechen.^{40,41,42,43} Die Interventionen müssen in den meisten Ländern stark ausgebaut werden. In Ländern, in denen diese nur spärlich (oder gar nicht) genutzt werden, muss dringend an einer besseren Auslastung gearbeitet werden.⁴⁴

Weil für die Hepatitis-C-Prävention möglichst flächendeckende Interventionen nötig sind und die Übertragungswege von HIV und Hepatitis C ähnlich sind, bedeutet bei intravenös Drogenkonsumierenden eine effiziente Hepatitis C-Prävention gleichzeitig immer auch eine effiziente HIV-Prävention.

Durch diese Interventionen allein kann jedoch noch keine hinreichende Senkung der Hepatitis-C-Übertragung erreicht werden⁴⁵ – dafür müsste gleichzeitig die Zahl der antiviralen Behandlungen massiv gesteigert werden.⁴⁶ Der Ansatz «Behandlung als Prävention» aus dem HIV-Bereich wird deshalb vermehrt auch im Hepatitis-C-Bereich diskutiert: Durch einen erleichterten Zugang zu Behandlungen könnte die Zahl der Ansteckungen gesenkt werden, weil dadurch weniger Personen ansteckende Hepatitis-C-Infektionen in sich tragen. Überwachte Drogenkonsumräume, Peergruppenbasierte Interventionen, individuelle verhaltensbezogene Interventionen und freiwillige Beratung und Tests (VCT) sind weitere evidenzbasierte Massnahmen, die das Risikoverhalten bei Injektionen vermindern.⁴⁷

Werden evidenzbasierte Präventionsmassnahmen wirksam eingesetzt, reduziert sich die Zahl der Hepatitis-C-Infektionen, was Leben rettet und Geld einspart. Der «Krieg gegen die Drogen» ist für diese Anstrengungen aber ein wesentliches Hindernis – er fördert Stigmatisierung und Angst, vermehrtes Teilen von Injektionsmaterial sowie eine Zunahme der Infektionen. Und er erschwert den Zugang zu medizinischer Versorgung.^{48,13,16}



Behandlung von Hepatitis C

Hepatitis C ist heilbar, der Zugang zu Behandlungen ist aber nur für wenige Drogenabhängige möglich.^{51,52,53,54,55} Viele Länder benötigen dringend evidenzbasierte nationale Richtlinien für die Behandlung von Hepatitis C, um Mythen über die Behandlungsaussichten bei Drogenkonsumierenden zu entkräften. Ärztinnen und Ärzte nehmen zum Beispiel oft fälschlicherweise an, dass Drogenkonsumierenden die Nebenwirkungen einer Behandlung nicht zugemutet werden können und dass sie sich nach erfolgter Behandlung erneut anstecken. Die Forschung hat gezeigt, dass Menschen, die Drogen injizieren, ähnliche Behandlungserfolge erwarten können wie Patientinnen und Patienten ohne intravenösen Konsum.¹⁷ Einige Studien zeigen zudem, dass die Reinfektionsrate nach einer Behandlung tief sein kann. Menschen mit intravenösem Drogenkonsum zu behandeln, ist besonders kosteneffizient, weil das Verhindern zukünftiger Ansteckungen der öffentlichen Gesundheit zugute kommt.⁴ Der Drogenkonsum darf deshalb niemanden automatisch von einer Behandlung ausschliessen, wie auch die Wohnsituation, ein Alkoholkonsum oder die psychische Gesundheit keine Ausschlussgründe sein dürfen. Die Entscheidung muss vielmehr immer auf einer individuellen Beurteilung basieren.⁵⁶

Bleibt der Zugang zur Behandlung erschwert, wird die Zahl von Drogenkonsumierenden mit einer fortgeschrittenen oder tödlich verlaufenden Lebererkrankung zunehmen. Wird die Behandlungsrate jedoch erhöht, kann die weitere Ausbreitung der Krankheit eingedämmt werden: Es werden Menschen geheilt, die das Virus ohne Behandlung weiterverbreiten. Dazu gehören Personen, die Drogen nehmen oder ein erhöhtes Reinfektionsrisiko haben.⁴⁶ Dies ist ein höchst kosteneffizienter Ansatz der Gesundheitspolitik – vor allem verglichen mit der Option, keine Behandlung anzubieten oder nur Menschen zu behandeln, die keine Drogen injizieren.⁵⁷

Links: Schadenminderungsmaßnahmen für intravenös Drogenkonsumierende: Spritzen- und Nadel-Tauschprogramme und Opioid-Substitutionstherapie in der Ukraine.

Fotos: Efrem Lukatskiy & Natalia Kravchuk // mit freundlicher Genehmigung der International HIV/AIDS Alliance in der Ukraine

HEPATITIS-C-BEHANDLUNGEN HEUTE UND IN ZUKUNFT

Die Standardbehandlung für Hepatitis C ist eine Dualkombination von «pegyliertem Interferon» (eine Injektion pro Woche) und Ribavirin (zweimal täglich eine bis drei Tabletten). Der genaue Behandlungsplan muss jedoch individuell festgelegt werden und variiert je nach Genotyp des Virus. Die Behandlungsdauer liegt zwischen 12 und 72 Wochen und hängt von einer ganzen Palette von Faktoren ab. Nebenwirkungen und die lange Dauer der Behandlung stellen für alle Patientinnen und Patienten eine Herausforderung dar. Durch eine gute Betreuung können diese Schwierigkeiten aber überwunden werden.

Mehrere neue Medikamente befinden sich in Entwicklung. Klinische Studien suggerieren, dass in den kommenden Jahren effizientere und besser verträgliche Behandlungsschemata zur Verfügung stehen werden. Diese Behandlungen werden den Vorteil haben, dass sie kein Interferon mehr enthalten, und dass keine Injektionen mehr nötig sein werden, sondern Medikamente nur noch oral eingenommen werden. Diese werden weniger Nebenwirkungen haben, und die Behandlungsdauer verkürzt sich – was die Therapie erheblich erleichtern sollte. Mit diesen neuen Medikamenten sollte Hepatitis C letztlich eliminiert werden können.⁵⁸

Die Weltgesundheitsorganisation und das International Network on Hepatitis Care in Substance Users (INHSU) arbeiten an internationalen Empfehlungen für die Behandlung von Hepatitis C bei Drogenkonsumierenden.⁵⁶ Diese Richtlinien sollen den verschiedenen Ländern als Grundlage für ausführlichere Regelwerke dienen, in denen ihre eigenen Bedürfnisse und individuellen Umstände berücksichtigt werden können.

DIE FINANZIELLE BELASTUNG
DURCH HEPATITIS C

Bewusstsein und Stigmatisierung

Das schwach ausgeprägte Bewusstsein für Hepatitis C – in der Bevölkerung, bei politischen Entscheidungsträgern und medizinischen Fachpersonen – bleibt eines der grössten Hindernisse bei der Bekämpfung der wachsenden Epidemie.⁶³ Die Kenntnisse über die Auswirkungen einer unerkannten und unbehandelten Infektion sind mangelhaft, sogar unter den Betroffenen selbst.^{64, 65} Eine kürzlich durchgeführte Studie unter Menschen mit intravenösem Drogenkonsum in Thailand zeigt, dass zwei Drittel der Befragten sich noch nie testen liessen, weil sie «noch nie von dem Virus gehört» hatten.⁶⁰ Gründe für diese Unkenntnis sind das Fehlen von sofort auftretenden Symptomen, der schleichende Krankheitsverlauf, die tiefe politische Priorität, die Stigmatisierung, die fehlende Unterstützung für Menschen mit Hepatitis C sowie das Festhalten an einer repressiven Drogenpolitik, die Drogenkonsumierende davon abhält, Beratung und Therapieangebote in Anspruch zu nehmen. Viele intravenös Drogenkonsumierende sehen in Hepatitis C deshalb eine unvermeidbare Krankheit.

Menschen, die Drogen konsumieren und gleichzeitig mit Hepatitis C infiziert sind, werden oft doppelt stigmatisiert. Dies hält sie davon ab, sich testen oder behandeln zu lassen, oder den medizinischen Fachkräften ihren Hepatitis-C-Status oder ihren intravenösen Drogenkonsum mitzuteilen.⁶⁶ Um die Hepatitis-C-Epidemie wirksam anzugehen, müssen diese Themen deshalb vordringlich behandelt werden.

Da Ansteckungen durch medizinische Eingriffe und Bluttransfusionen weltweit reduziert werden konnten, wird Hepatitis C je länger je mehr automatisch mit intravenösem Drogenkonsum in Verbindung gebracht. Menschen mit Hepatitis C erfahren deshalb spürbar weniger Sympathien. Drogenabhängigkeit wird oft mit Charakterschwäche, Verantwortungslosigkeit und fehlender moralischer Kraft in Verbindung gebracht. Sie wird vorwiegend als ein gesellschaftliches Übel wahrgenommen, anstatt als die chronisch verlaufende, schwer heilbare Krankheit, die sie ist. Wo der «Krieg gegen die Drogen» gekämpft wird, leisten eine repressive Drogenpolitik und Masseninhaftierungen von Drogenkonsumierenden diesen falschen Vorstellungen Vorschub.

HEPATITIS C IN LITAUEN

In Litauen leben über 90 Prozent der Menschen mit intravenösem Drogenkonsum mit dem Hepatitis -C-Virus.² Wer sich in einer Opioid-Substitutionsbehandlung befindet, wird auf Hepatitis C getestet und, wenn indiziert, einer Behandlung zugeführt. Die Zahl der Personen, die in diesem Mitteleinkommensland für eine Hepatitis-C-Behandlung eingeschrieben sind, ist zwischen 2008 und 2011 um 26 Prozent gestiegen. Diagnose und Behandlung werden zwar von der obligatorischen, staatlichen Krankenversicherung übernommen, weshalb das «pegylierte Interferon» eines der teuersten vom Staat finanzierten Medikamente ist. Menschen, die intravenös Drogen konsumieren, werden aber oft von der Krankenversicherung ausgeschlossen, sind sich ihres Hepatitis-C-Status nicht bewusst und haben keinen Zugang zu Opioid-Substitutionstherapien oder Hepatitis-C-Behandlungen.

Litauen ist in Bezug auf den Zugang zu Behandlungen führend in Osteuropa, und trotzdem konnten in den letzten Jahren nur 5 Prozent der Personen erreicht werden, die eine Behandlung benötigt hätten.^{59, 60} Die Eindämmung der Epidemie wurde gebremst durch eine ungenügende Nutzung der Schadenminderungsprogramme und durch eine hinderliche Drogenpolitik. Es gibt 9 Nadel- und Spritzenaustauschprogramme in Litauen (zum Grossteil von den lokalen Regierungen finanziert), und 19 Institutionen bieten Opioid-Substitutionstherapien an.⁶¹ Diese Massnahmen werden jedoch nur ungenügend genutzt: Durchschnittlich werden pro Jahr und injizierende Person 37 Nadeln verteilt,⁶² anderes Material (wie Filter oder Wasser) wird nicht angeboten. Auf nationaler Ebene bestehen wesentliche Lücken in den Bereichen des Testens und der Überwachung des Virus.

Die Weltgesundheitsorganisation bezeichnet Hepatitis C als eine «virale Zeitbombe», die weltweit enorme menschliche, soziale und wirtschaftliche Kosten zu verursachen droht.³³ Um dieser Bedrohung wirksam etwas entgegenzusetzen zu können, müssen Regierungen dringend Prävention und Behandlung verstärken, vor allem für Drogenkonsumierende. Dies setzt eine Reform der Drogenpolitik voraus, um ein förderliches Umfeld für Public-Health-Ansätze zu schaffen. Ressourcen müssen neu verteilt werden, weg vom «Krieg gegen die Drogen» hin zu Massnahmen der Gesundheitsfürsorge. Und nicht zuletzt müssen grösstmögliche Anstrengungen unternommen werden, um die Behandlungskosten zu senken.

Die hohen Kosten für die Behandlung von Hepatitis C haben weltweit schlimme Folgen, was den Zugang Drogenkonsumierender zu dieser betrifft. Die Hersteller von zwei patentierten Formen von «pegyliertem Interferon» (Roche und Merck) verlangen je nach Land unterschiedliche Preise für die Medikamente: Das gleiche Medikament kostet von USD 2'000 bis zu USD 20'000 pro Behandlung.⁶⁷ Diese Patente laufen in den nächsten zwei bis vier Jahren aus. Auch die Diagnose ist relativ teuer – eine Viruslastbestimmung kostet zwischen USD 100 und USD 200, da sie in einem Speziallabor durchgeführt werden muss.

Und trotz allem hat Hepatitis C bis heute nicht die nötige Aufmerksamkeit erhalten – von Regierungen, internationalen Gebern, den Vereinten Nationen und anderen – oder den erforderlichen internationalen Druck generiert, um die Preise zu drücken, wie das für die antiretroviralen Therapien gegen HIV möglich war.⁶⁸ Die Weltgesundheitsorganisation wurde nun aufgerufen, Hepatitis-C-Behandlungen in die Liste der unentbehrlichen Medikamente aufzunehmen. UNITAID, die erheblich dazu beigetragen hatte, dass HIV- und Tuberkulosebehandlungen heute günstiger und leichter erhältlich sind, wurde angegangen, um Hepatitis C in ihren neuen Vierjahresplan einzubinden. Die Hoffnung besteht, dass sie ihren Einfluss auch für Hepatitis-C-Behandlungen geltend machen kann.⁶⁹

Durch Verhandlungen der Regierungen mit den Pharmaunternehmen können die Behandlungskosten auf nationaler Ebene mit sofortiger Wirkung gesenkt werden. Gleichzeitiger Druck aus der Zivilgesellschaft und von internationalen Organisationen kann dabei helfen. Eine Preissenkung würde den Zugang zu Behandlungen erleichtern (einschliesslich sicherer und effizienter Generika von «pegyliertem Interferon»).

Aus der Sicht der Volksgesundheit lohnt sich die Hepatitis-C-Behandlung aber auch bei den heutigen Preisen, da die Behandlung von Lebererkrankungen, die durch unbehandelte chronische Infektionen entstehen, erheblich höhere Kosten verursacht. In der USA kostet eine Leberkrebsbehandlung durchschnittlich USD 44'200 pro Jahr, eine einmalige Hepatitis-C-Behandlung zwischen USD 16'300 und USD 32'700.⁷⁴

Was die neuen Hepatitis-C-Medikamente betrifft, die sich zurzeit in Entwicklung befinden, so werden auch sie nur stark eingeschränkt eingesetzt werden können, sofern sie für Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen nicht zahlbar sind. Falls diese bei den Pharmaunternehmen keine genügenden Preissenkungen erwirken können, sollten sie die Flexibilität nutzen, die ihnen das Übereinkommen über die handelsbezogenen Rechte am geistigen Eigentum (TRIPS) einräumt.⁷⁵ Dazu zählt die Erwirkung einer Zwangslizenz für die Herstellung oder Einfuhr von billigeren generischen oder «biosimilaren» Versionen dieser Medikamente, auch wenn diese patentrechtlich noch geschützt sind.

Die Kosten von heutigen und zukünftigen Behandlungen zu senken, sollte für alle nationalen und internationalen Behörden vordringliche Priorität sein.

DER KAMPF FÜR MEHR UND BILLIGERE BEHANDLUNGEN: DAS BEISPIEL DER UKRAINE

Organisationen der Zivilgesellschaft haben erfolgreich tiefere Behandlungspreise und ein höheres Engagement der Regierung erkämpft: in der Ukraine zum Beispiel, aber auch in Indien und Thailand. In der Ukraine leben rund eine Million Menschen mit Hepatitis C, davon sind über 90 Prozent Personen intravenös Konsumierende. Ähnlich wie in den meisten Ländern kann die Regierung bei den aktuellen Preisen nicht allen eine Behandlung ermöglichen. Und wie viele andere Länder hat auch die Ukraine weder ein offizielles nationales Hepatitis-Programm noch einen nationalen Behandlungsplan. Und es werden zurzeit auch keine offiziellen Daten gesammelt über das Virus.

Gruppierungen der Zivilgesellschaft und die International HIV/AIDS Alliance in der Ukraine haben als Reaktion darauf ein Abkommen getroffen mit dem Globalen Fonds

für die Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria, um Hepatitis-C-Behandlungen für Menschen, die Drogen injizieren, zu finanzieren - und diese zusammen mit HIV-Behandlungen in Opioid-Substitutionstherapien zu integrieren.⁷¹ Die Behandlungspreise konnten durch entsprechende Verhandlungen mit den Pharmaunternehmen halbiert werden.

Zivilgesellschaften spielten in der Ukraine auch bei der Sensibilisierung der Öffentlichkeit eine wichtige Rolle. Sie mobilisierten erfolgreich Partner und Gemeinschaften und haben den Weg für den Dialog zwischen Regierung und Pharmaunternehmen geebnet. In der Folge hat der ukrainische Präsident die Regierung beauftragt, Mittel für Hepatitis-C-Behandlungen aufzubringen, und die Regierung hat ein nationales «virales Hepatitis-Programm» genehmigt.⁷³



Im April 2013 demonstrierten in der Ukraine Menschen mit Hepatitis C und Zivilbevölkerungsgruppen, einschliesslich des Ukrainian Community Advisory Board (UCAB), vor dem Ministerkabinett – eine von vielen Aktionen, um die Aufmerksamkeit der Regierung zu erhalten. Dieses Mal wurde ihre Forderung, ein nationales Hepatitis-Programm zu genehmigen und Hepatitis-C-Behandlungen und andere notwendige Gesundheitsmassnahmen zu finanzieren, zumindest teilweise erhört – das Programm wurde kurz danach genehmigt.

Foto: Andriy Andrushkiv // mit freundlicher Genehmigung des All-Ukrainian Network of People Living with HIV und des Ukrainian Community Advisory Board (UCAB)

HEPATITIS C UND DER «KRIEG GEGEN DIE DROGEN»

Der «Krieg gegen die Drogen» wurde vor über 40 Jahren von US-Präsident Nixon ausgerufen. Er steht für eine repressive Strafverfolgungspraxis, die, was Drogen betrifft, eine «Null-Toleranz»-Politik verfolgt und eine drogenfreie Welt anstrebt.⁷⁶ Dieser Ansatz geht weiter als die aktuellen internationalen Verträge für Drogenpolitik, die immerhin ihre Besorgnis über «die Gesundheit und das Wohlergehen des Menschen» ausdrücken und Alternativen zur Kriminalisierung von Drogenkonsumierenden in Betracht ziehen. Der «Krieg gegen die Drogen» sieht im Drogenkonsum einen kriminellen Akt und kein Problem, das die öffentliche Gesundheit betrifft. Weil weltweit enorme Ressourcen in die Repression investiert werden, wurde dieser Krieg damit zum Krieg gegen Menschen, die Drogen nehmen, sowie gegen andere hilfsbedürftige Personen.

Die Weltkommission für Drogenpolitik hat das Scheitern dieses Ansatzes schon früher aufgezeigt. Der «Krieg gegen die Drogen» hat weder das Angebot noch den Konsum von Drogen vermindert,⁷⁶ dafür aber die HIV-Pandemie unter Drogenkonsumierenden angeheizt:

Stigmatisierung und die Angst vor Festnahmen hält Drogenkonsumierende von der Gesundheitsversorgung fern.

- Gesundheitsversorger verwehren Drogenkonsumierenden oft den Zugang zu Behandlung, zum Beispiel durch willkürliche Vorgaben in Bezug auf Abstinenz von Drogen.
- Einschränkungen bei der Abgabe von sterilen Nadeln und Spritzen führen zu vermehrtem Teilen von Injektionsmaterial. Für die Polizei genügt zudem oft der Besitz von Nadeln oder Spritzen als Beweis für eine kriminelle Handlung.
- Verbote oder Einschränkungen bei Opioid-Substitutionstherapien und anderen evidenzbasierten Massnahmen führen zu Schäden, die vermeidbar wären.
- Masseninhaftierungen bringen Drogenkonsumierende in risikoreiche Umgebungen wie Gefängnisse und andere geschlossene Einrichtungen.
- Gleichzeitig fehlen Präventionsmassnahmen in Gefängnissen, was zu Virenausbrüchen führt, die vermeidbar wären.
- Limitierte öffentliche Mittel werden weiterhin für gesundheitsschädigende und unwirksame Strafverfolgungsmassnahmen ausgegeben, anstatt für bewährte Präventions- und Behandlungsstrategien.⁷⁸

Jeder dieser Faktoren fördert auch Hepatitis-C-Ansteckungen unter Drogenkonsumierenden. Und da Hepatitis C noch weiter verbreitet und ansteckender ist als HIV, sind die negativen Auswirkungen dieser Politik für diese Epidemie verheerend – ein weiterer Beweis, dass der «Krieg gegen die Drogen» gescheitert ist. Er dient nunmehr dazu, Schaden anzurichten, indem er Risikogruppen dämonisiert und isoliert. Hepatitis C unter Drogenkonsumierenden kann verhindert werden und ist behandelbar, setzt aber dringende Reformen in der Drogenpolitik voraus. Dieses Kapitel untersucht, inwiefern der «Krieg gegen die Drogen» die Hepatitis-C-Epidemie anheizt, und was Regierungen dagegen unternehmen müssten.

Politisches Unwissen

Die globale Hepatitis-C-Pandemie erhält nur einen Bruchteil der Aufmerksamkeit, der Ressourcen und des Engagements, die sie aufgrund ihres Ausmasses und ihrer fatalen Konsequenzen verdienen würde. Weltweit ist der Zugang zu Behandlungen für Drogenkonsumierende äusserst ungenügend, vor allem in Osteuropa, Zentralasien und Asien, wo die Epidemie am schlimmsten wütet.

Obwohl das Bewusstsein der Öffentlichkeit steigt, ignorieren Regierungen weltweit weiterhin diesen wichtigen gesundheitspolitischen Bereich wie auch die Auswirkungen der repressiven Drogenpolitik. Die populationsbasierte Hepatitis-Überwachung ist ungenügend etabliert, und politische Anstrengungen für die Prävention und bezahlbare Behandlungen bleiben weit hinter jenen für HIV zurück. Bestehende Massnahmen müssen optimiert und ausgebaut werden – aber sogar die führenden Schadenminderungsanbieter marginalisieren das Problem in der öffentlichen Gesundheit.

Angst vor der Polizei und Stigmatisierung

Die Drahtziehenden und Hauptprofitierenden des milliarden-schweren illegalen Drogenmarkts können nur selten belangt werden. Dafür verfolgt der «Krieg gegen die Drogen» die Drogenkonsumierenden und jene auf den unteren Stufen des Drogenhandels. Sie sind am einfachsten zu fassen. Oft wird die Leistung der Polizei nach der Zahl der Verhaftungen beurteilt, und möglicherweise versuchen Polizistinnen und Polizisten, ihr Einkommen mit Schmiergeldern und Erpressung aufzubessern.

Intensive Strafverfolgung reduziert weder den Konsum noch die Nachfrage, sondern führt zu Angst vor Verhaftung und polizeilichen Schikanen. Und sie bewirkt ein erhöhtes Risiko für Hepatitis C und andere vermeidbare Krankheiten, da Drogenkonsumierende von der Gesundheitsversorgung ferngehalten werden. Polizeibeamte suchen Drogendienste zum Beispiel oft gezielt auf, um Drogenabhängige aufzugreifen – vor allem, wenn der Besitz von Nadeln und Spritzen gesetzlich verboten ist und als Nachweis einer kriminellen Handlung gilt. Drogenkonsumierende die keine HIV- oder Hepatitis-Präventionsdienste nutzen können oder wollen, konsumieren mit potenziell verseuchtem Material.

Der «Krieg gegen die Drogen» fördert die Stigmatisierung und Diskriminierung von Drogenkonsumierenden. Der Sonderberichterstatter der Vereinten Nationen über «Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe» berichtet zum Beispiel, dass die Schikanen, die Drogenkonsumierende in den Einrichtungen der medizinischen Versorgung erfahren, «möglicherweise die Schwelle der schlechten Behandlung überschreiten und gleichbedeutend sind mit Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung.»⁷⁹ Oft wird Drogenkonsumierenden mit Misstrauen und Argwohn begegnet, und es wird fälschlicherweise angenommen, dass eine Behandlung erst zum Erfolg führt, wenn eine Abstinenz von allen Drogen erreicht ist.

Masseninhaftierung erhöht die Zahl der Übertragungen

Der «Krieg gegen die Drogen» hat zu Masseninhaftierungen von Drogenkonsumierenden und anderen hilfsbedürftigen Personen geführt. Gefängnisse sind bekannt für ihr hohes HIV- und Hepatitis-Risiko.⁸⁰ Opioid-Substitutionstherapien und anti-retrovirale Therapien werden den Insassen von geschlossenen Einrichtungen routinemässig verweigert, genauso wie steriles Injektionsmaterial und Kondome. Angeordnete Freiheitsentzüge für Drogenkonsumierende verschärfen das Problem: In zahlreichen Ländern erfolgen sie unter dem Deckmantel der «Behandlung» – trotz weitverbreiteter Kritik an dieser Massnahme, dass sie die Menschenrechte beschneide.

Drogen sind in Gefängnissen auf der ganzen Welt leicht erhältlich, auch wenn dies offiziell von den Behörden abgestritten wird. Gleichzeitig besteht oft kein Zugang zu Schadenminderungsmassnahmen. Von den 158 Ländern, die intravenösen Drogenkonsum melden, haben lediglich 10 in Gefängnissen Nadel- und Spritzenaustauschprogramme eingeführt, und nur

41 Länder bieten den Insassen Opioid-Substitutionstherapien.³ Die fehlenden Massnahmen haben negative Auswirkungen auf Hepatitis-Behandlungen. Regierungen müssen dringend politische Massnahmen treffen, um die Gesundheit von Drogenkonsumierenden innerhalb von Strafanstalten zu verbessern. Gleichzeitig sollten Alternativen zur Inhaftierung von Drogenkonsumierenden erarbeitet werden, einschliesslich der Entkriminalisierung des Drogenkonsums und -besitzes für den persönlichen Gebrauch.

Repressive Drogenpolitik verhindert Zugang zu Gesundheitsdiensten

Zahlreiche Regierungen priorisieren weiterhin eine auf die Strafverfolgung ausgerichtete Drogenpolitik, die den Ausbau und die Nutzung von Massnahmen der Schadenminderung behindert. Obwohl eine überwältigende Menge von Beweisen und Leitlinien verfügbar sind, welche die Wirksamkeit und Durchführbarkeit von Schadenminderungsmassnahmen demonstrieren, sind sie weltweit wenig etabliert. Nadel- und Spritzenaustauschprogramme sind zum Beispiel in über 70 Ländern und Regionen mit gemeldetem intravenösem Drogenkonsum nicht verfügbar.³ Die Russische Föderation verbietet weiterhin Medikamente, die für die Opioid-Substitutionstherapie benötigt werden (Methadon und Buprenorphin) und verweigert damit 1.8 Millionen Menschen ohne Anzeichen eines Umdenkens eine erwiesenermassen wirksame Massnahme.

Die permanente Angst vor Verhaftung und polizeilichen Schikanen kann den Zugang zu bestehenden Einrichtungen für Drogenkonsumierende behindern. In der allgemeinen Hepatitis-Versorgung werden Drogenabhängige stigmatisiert und diskriminiert. Oft wird ihnen eine Behandlung verweigert. Gesundheitsdienste sind meistens nicht auf ihre Bedürfnisse eingestellt, obschon Drogenkonsumierende erfolgreich in integrierte, bedarfsgerechte Settings eingebunden werden können.⁸² Benutzerfreundlichere Dienste führen zu einem Anstieg an Behandlungswilligen und einem verstärkten Engagement, was wiederum grosse Vorteile bringt in Bezug auf die Hepatitis-C-Prävention und die damit vermeidbaren Schäden. Die wenigen geplanten Programme für Drogenkonsumierende sind oft limitiert auf «ewige Pilotprojekte», die auf externe Geber angewiesen und damit weder allgemein zugänglich noch systematisch sind. Regierungen müssen in die Abwendung von gesundheitlichen Schäden wie Hepatitis C investieren, anstatt in eine repressive Drogenpolitik, die unwirksam ist und die Probleme noch verschärft.

GESUNDHEITSPOLITISCHE ANSÄTZE KÖNNEN SCHÄDEN MINDERN: WERDEN SIE IGNORIERT, GERÄT DIE EPIDEMIE AUSSER KONTROLLE

Wenn sich die Drogenpolitik mit gesundheitspolitischen Zielen deckt und nicht vergeblich eine drogenfreie Gesellschaft anstrebt, kann sie vor Hepatitis-C-Ansteckung schützen. Hepatitis C ist vermeidbar und heilbar – auch für Drogenabhängige, die sich nachweislich mit den gleichen Aussichten auf Erfolg behandeln lassen können wie andere Menschen.⁸³

Wir können heute auf Beispiele von erfolgreichen gesundheitsbasierten nationalen Programmen zur Sensibilisierung und in der Folge zur Verbesserung der Hepatitis-C-Erkennung und -Behandlung zurückgreifen,^{49,84} wie das Beispiel von Schottland zeigt, das weiter unten beschrieben wird. Immer wieder zeigen Studien, dass die öffentliche Gesundheit und Schadenminderungsmassnahmen den Drogenkonsum nicht fördern. Vielmehr verringern sie den Konsum, indem sie Rahmenbedingungen schaffen, in denen Menschen Gesundheits- und Drogendienste aufsuchen können, ohne abgewiesen oder diskriminiert zu werden.

Trotz des vorhandenen Beweismaterials unternehmen viele Regierungen weiterhin kontraproduktive und letztlich nutzlose Anstrengungen, um den Drogenmarkt zu auszurotten.

Drogen sind heute so bezahlbar und so leicht verfügbar wie noch nie. Gleichzeitig wachsen unsere Erkenntnisse über die negativen Konsequenzen des «Kriegs gegen die Drogen»: Masseninhaftierungen und Strafverfolgungsmassnahmen hindern Drogenkonsumierende daran, potenziell lebensrettende Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen. Die Stigmatisierung, Diskriminierung und erniedrigende Behandlung, die sie erfahren, erzeugen zudem eine Umgebung, die mit hohem Hepatitis-C-Übertragungsrisiko einhergeht.

Das Schweigen über das Leiden, das der «Krieg gegen die Drogen» schafft, wurde gebrochen, und ein Momentum in Richtung Reformen wurde geschaffen, das es zu nutzen gilt: Regierungen wie auch die Bevölkerung beginnen, die bestehende Drogenpolitik objektiv und kritisch zu beurteilen.⁸⁵ Eine ganze Palette an erfolgreich angewendeten Interventionen und Massnahmen stehen zur Verfügung, die dringend erweitert und weiter evaluiert werden müssen, um die negativen Auswirkungen der Strafverfolgungsansätze zu reduzieren.

Es muss jetzt gehandelt werden.

Inhaftierungen werden in Phnom Penh, Kambodscha, als «Suchtbehandlung» eingesetzt. Dieses Bild zeigt ein Standfoto aus dem Film «Violence Is Not the Solution», welcher für die «Stop Torture in Health Care»-Kampagne verwendet wurde.

© Scott Anger und Bob Sacha für die Open Society Foundations



BEST PRACTICE: DER NATIONALE HEPATITIS-C-AKTIONSPLAN IN SCHOTTLAND⁸⁶

Evidenzbasierte nationale Hepatitis-C-Strategien können die finanzielle und soziale Belastung der Epidemie verringern. Der Aktionsplan in Schottland ist ein eindrückliches Beispiel dafür: Über einen Zeitraum von sechs Jahren konnten Tests, Prävention und Behandlung verbessert werden.

Der Aktionsplan startete 2006. Er versuchte alle Beteiligten mit einzubeziehen, um eine stabile Führungsstruktur zu erreichen. Der Fokus lag auf der Hauptrisikogruppe der Menschen mit intravenösem Drogenkonsum, und die Ressourcen wurden entsprechend verteilt. Zu den wichtigsten Ergebnissen zählen:

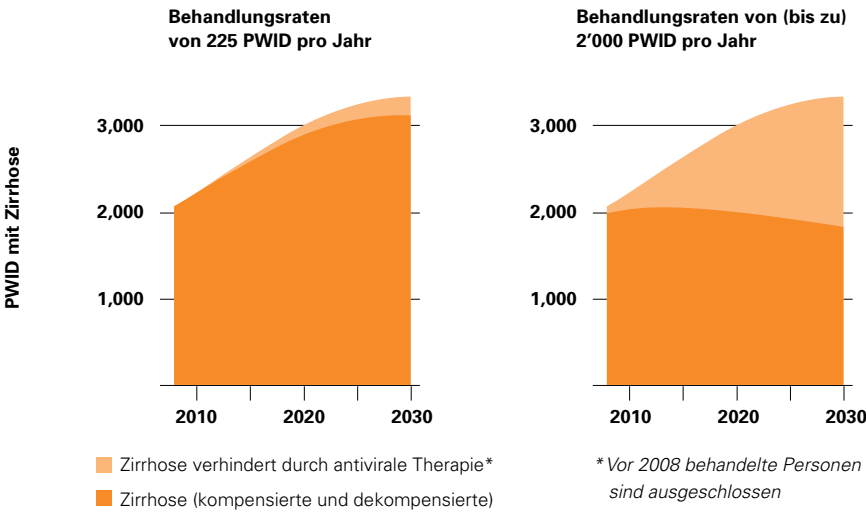
- Vier- bis sechsfacher Anstieg der Verfügbarkeit von sterilem Injektionsmaterial, einschliesslich Nadeln, Spritzen, Filter und Löffel.
- Anstieg der Zahl der getesteten Personen, vor allem in Gefängnissen und Drogendiensten.
- Erhöhte Sensibilisierung für Hepatitis C durch verschiedene Aktionen, die für Tests warben.

- Verdoppelung der Personen, die durch den Aufbau von klinischen Diensten eine Hepatitis-C-Behandlung erhielten - einschliesslich zahlreicher intravenös Drogenkonsumierender.
- Achtfacher Anstieg der Zahl der behandelten Gefängnisinsassen.
- Klarer Abwärtstrend bei den Hepatitis-C-Neuinfektionen.

Der schottische Aktionsplan wird weiter umgesetzt und ausgewertet, was die Hepatitis-C-Versorgung und den Gesundheitszustand der Drogenkonsumierenden noch weiter verbessern sollte. Mathematische Modelle prognostizieren, wie sich zunehmende Hepatitis-C-Behandlungen auf die Anzahl Fälle von Leberzirrhose und Lebererkrankung in Schottland auswirken werden. Die untenstehende Grafik zeigt: Erhalten jährlich 2'000 Personen mit intravenösem Konsum eine Hepatitis-C-Behandlung, können bis 2030 über 1'000 Fälle von Leberzirrhose verhindert werden.⁸⁷

ABBILDUNG 2

ERRECHNETE ANZAHL PERSONEN MIT INTRAVENÖSEM DROGENKONSUM (PWID) MIT ZIRRHOSE IN SCHOTTLAND MIT VERSCHIEDENEN HEPATITIS-C-BEHANDLUNGSRATEN, 2008-2030⁸⁸



1 Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B, et al (2008). Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. Lancet; 372(9651): 1733-1745.

2 Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, et al (2011). Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. Lancet; 378(9791): 571-583.

3 Harm Reduction International (2012). The global state of harm reduction 2012: towards an integrated response. Available from: <http://www.ihra.net/global-state-of-harm-reduction-2012>

4 Vickerman P, Hickman M, May M, et al (2010). Can hepatitis C virus prevalence be used as a measure of injection-related human immunodeficiency virus risk in populations of injecting drug users?: an ecological analysis. Addiction; 105(2): 311-318.

5 Rhodes T, Platt L, Judd A, et al (2005). Hepatitis C virus infection, HIV co-infection, and associated risk among injecting drug users in Togliatti, Russia. Int J STD AIDS; 16(11): 749-754.

6 MacDonald M, Crofts N, Kaldor J (1996). Transmission of hepatitis C virus: rates, routes, and cofactors. Epidemiol Rev; 18(2): 137-148.

7 Garfein RS, Vlahov D, Galai N, et al (1996). Viral infections in short term injecting drug users: the prevalence of hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency and human T-lymphotropic viruses. Am J Public Health; 86: 655-661.

8 World Hepatitis Alliance (2008). The World Hepatitis Atlas: completing the data map.

9 ECDC and EMCDDA (2011). Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs. Stockholm: ECDC and EMCDDA.

10 Hagan LM, Schinazi RF (2013). Best strategies for global HCV eradication. Liver Int; 33 Suppl 1: 68-79.

11 Jurgens R, Ball A, Verster A (2009). Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. Lancet Infect Dis; 9(1): 57-66.

12 Falster K, Kaldor JM, Maher L (2009). Hepatitis C virus acquisition among injecting drug users: a cohort analysis of a national repeated cross-sectional survey of needle and syringe program attendees in Australia, 1995-2004. J Urban Health; 86(1): 106-118.

13 Sarang A, Rhodes T, Sheon N, Page K (2010). Policing drug users in Russia: risk, fear, and structural violence. Subst Use Misuse; 45(6): 813-864.

14 Sutton AJ, Edmunds WJ, Gill ON (2006). Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison. BMC Public Health; 6: 170.

15 Hunt DR, Saab S (2009). Viral hepatitis in incarcerated adults: a medical and public health concern. Am J Gastroenterol; 104(4): 1024-1031.

16 Friedman SR, Kippax SC, Phaswana-Mafuya N, et al (2006). Emerging future issues in HIV/AIDS social research. AIDS; 20(7): 959-965.

17 Hellard M, Sacks-Davis R, Gold J (2009). Hepatitis C treatment for injection drug users: a review of the available evidence. Clin Infect Dis; 49(4): 561-573.

18 Weinbaum C, Lyster R, Margolis HS (2003). Prevention and control of infections with hepatitis viruses in correctional settings. MMWR Recomm Rep; 52 (RR-1): 1-36.

19 Tan JA, Joseph TA, Saab S (2008). Treating hepatitis C in the prison population is cost-saving. Hepatology; 48(5): 1387-1395.

20 Rice JP, Burnett D, Tsotsis H, et al (2012). Comparison of hepatitis C virus treatment between incarcerated and community patients. Hepatology; 56(4): 1252-1260.

21 Sepkowitz KA (1996). Occupationally acquired infections in health care workers. Ann Intern Med; 125(11): 917-928.

22 Paintsil E, He H, Peters C, et al (2010). Survival of hepatitis C virus in syringes: implication for transmission among injection drug users. J Infect Dis; 202(7): 984-990.

23 Doerrbecker J, Behrendt P, Mateu-Gelabert P, et al (2013). Transmission of hepatitis C virus among people who inject drugs: viral stability and association with drug preparation equipment. J Infect Dis; 207(2): 281-287.

24 Vickerman P, Martin N, Turner K, Hickman M (2012). Can needle and syringe programmes and opiate substitution therapy achieve substantial reductions in hepatitis C virus prevalence?: model projections for different epidemic settings. Addiction; 107(11): 1984-1995.

25 Shepard CW, Finelli L, Alter MJ (2005). Global epidemiology of hepatitis C virus infection. Lancet Infect Dis; 5: 558-567.

26 Scheinmann R, Hagan H, Lelutiu-Weinberger C, et al (2007). Non-injection drug use and hepatitis C virus: a systematic review. Drug Alcohol Depend; 89(1): 1-12.

27 Te HS, Jensen DM (2010). Epidemiology of hepatitis B and C viruses: a global overview. Clin Liver Dis; 14(1): 1-21, vii.

28 World Health Organization (2012). Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs. Available from: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hepatitis>

29 Thein HH, Yi Q, Dore GJ, Krahn MD (2008). Estimation of stage-specific fibrosis progression rates in chronic hepatitis C virus infection: a meta-analysis and meta-regression. Hepatology; 48(2): 418-431.

30 Grebely J, Raffa JD, Lai C, et al (2011). Impact of hepatitis C virus infection on all-cause and liver-related mortality in a large community-based cohort of inner city residents. J Viral Hepat; 18(1): 32-41.

31 Gibson A, Randall D, Degenhardt L (2011). The increasing mortality burden of liver disease among opioid-dependent people: cohort study. Addiction; 106(12): 2186-2192.

32 Ly KN, Xing J, Kleven RM, et al (2012). The increasing burden of mortality from viral hepatitis in the United States between 1999 and 2007. Ann Intern Med; 156(4): 271-278.

33 Canadian HIV/AIDS Legal Network, et al (2008). »Viral time bomb“: health and human rights challenges in addressing hepatitis C in Canada. Available from: www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=2016

34 Cook C, Kanaef N (2008). The global state of harm reduction: mapping the response to drug-related HIV and hepatitis C epidemics. Available from: <http://www.ihra.net/contents/551>

- 35 International Harm Reduction Association (2010). The global state of harm reduction: key issues for broadening the response. Available from: www.ihra.net/contents/535
- 36 Thomas DL, Leoutsakas D, Zabransky T, Kumar MS (2011). Hepatitis C in HIV-infected individuals: cure and control, right now. *J Int AIDS Soc*; 14: 22.
- 37 Taylor LE, Swan T, Mayer KH (2012). HIV coinfection with hepatitis C virus: evolving epidemiology and treatment paradigms. *Clin Infect Dis*; 55 Suppl 1: S33-S42.
- 38 Grebely J, Oser M, Taylor LE, Dore GJ (2013). Breaking down the barriers to hepatitis C virus (HCV) treatment among individuals with HCV/HIV coinfection: action required at the system, provider, and patient levels. *J Infect Dis*; 207 Suppl 1: S19-S25.
- 39 Roux P, Fugon L, Winnock M, et al (2012). Positive impact of hepatitis C virus (HCV) treatment on antiretroviral treatment adherence in human immunodeficiency virus-HCV coinfectd patients: one more argument for expanded access to HCV treatment for injecting drug users. *Addiction*; 107(1): 152-159.
- 40 Hagan H, Thiede H, Des Jarlais DC (2005). HIV/hepatitis C virus co-infection in drug users: risk behavior and prevention. *AIDS*; 19 Suppl 3: S199-S207.
- 41 Thiede H, Hagan H, Murrill CS (2000). Methadone treatment and HIV and hepatitis B and C risk reduction among injectors in the Seattle area. *J Urban Health*; 77(3): 331-345.
- 42 Turner KM, Hutchinson S, Vickerman P, et al (2011). The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence. *Addiction*; 106(11): 1978-1988.
- 43 Van Den BC, Smit C, Van BG, et al (2007). Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction*; 102(9): 1454-1462.
- 44 Vickerman P, Martin NK, Hickman M (2013). Could low dead-space syringes really reduce HIV transmission to low levels? *Int J Drug Policy*; 24(1): 8-14.
- 45 Vickerman P, Martin N, Turner K, Hickman M (2012). Can needle and syringe programmes and opiate substitution therapy achieve substantial reductions in hepatitis C virus prevalence? Model projections for different epidemic settings. *Addiction*; 107(11): 1984-1995.
- 46 Martin NK, Vickerman P, Foster GR, et al (2011). Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug user populations?: a modeling analysis of its prevention utility. *J Hepatol*; 54(6): 1137-1144.
- 47 Degenhardt L, Mathers B, Vickerman P, et al (2010). Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet*; 376(9737): 285-301.
- 48 Rhodes T, Mikhailova L, Sarang A, et al (2003). Situational factors influencing drug injecting, risk reduction and syringe exchange in Togliatti City, Russian Federation: a qualitative study of micro risk environment. *Soc Sci Med*; 57(1): 39-54.
- 49 Hagan LM, Schinazi RF (2013). Best strategies for global HCV eradication. *Liver Int*; 33 Suppl 1: 68-79.
- 50 Hatzakis A, Wait S, Bruix J, et al (2011). The state of hepatitis B and C in Europe: report from the hepatitis B and C summit conference. *J Viral Hepat*; 18 Suppl 1: 1-16.
- 51 Lindenburg CE, Lambers FA, Urbanus AT, et al (2011). Hepatitis C testing and treatment among active drug users in Amsterdam: results from the DUTCH-C project. *Eur J Gastroenterol Hepatol*; 23(1): 23-31.
- 52 Mehta SH, Genberg BL, Astemborski J, et al (2008). Limited uptake of hepatitis C treatment among injection drug users. *J Community Health*; 33(3): 126-133.
- 53 Grebely J, Petoumenos K, Matthews GV, et al (2010). Factors associated with uptake of treatment for recent hepatitis C virus infection in a predominantly injecting drug user cohort: The ATAHc Study. *Drug Alcohol Depend*; 107(2-3): 244-249.
- 54 Grebely J, Raffa JD, Lai C, et al (2009). Low uptake of treatment for hepatitis C virus infection in a large community-based study of inner city residents. *J Viral Hepat*; 16(5): 352-358.
- 55 Strathdee SA, Latka M, Campbell J, et al (2005). Factors associated with interest in initiating treatment for hepatitis C Virus (HCV) infection among young HCV-infected injection drug users. *Clin Infect Dis*; 40 Suppl 5: S304-S312.
- 56 Robaey G, Grebely J, Mauss S, et al (2013). Recommendations for the management of hepatitis C virus infection among people who inject drugs. *Clin Infect Dis*; in press.
- 57 Martin NK, Vickerman P, Miners A, et al (2012). Cost-effectiveness of hepatitis C virus antiviral treatment for injection drug user populations. *Hepatology*; 55(1): 49-57.
- 58 Martin NK, Vickerman P, Grebely J, et al (2013). HCV treatment for prevention among people who inject drugs: modeling treatment scale-up in the age of directacting antivirals. *Hepatology*; in press.
- 59 Minister of Health of the Republic of Lithuania (2008). Order of Minister of Health of the Republic of Lithuania on the approval of the description of the procedure of diagnostic and treatment of chronic HCV with reimbursable medicines. Report Number V-613.
- 60 Liakina V, Valantinas J (2012). Anti-HCV prevalence in the general population of Lithuania. *Med Sci Monit*; 18(3): PH28-35.
- 61 Lithuanian Drug, Tobacco and Alcohol Control Department (2012). Annual report.
- 62 Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, et al (2010). HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*; 375(9719): 1014-1028.
- 63 National Institute for Health and Clinical Excellence (2012). Hepatitis B and C: ways to promote and offer testing to people at risk of infection. Available from: <http://publications.nice.org.uk/hepatitis-b-and-c-ways-to-promote-and-offer-testing-to-people-at-increased-risk-of-infection-ph43>
- 64 Ng MH, Chou JY, Chang TJ, et al (2013). High prevalence but low awareness of hepatitis C virus infection among heroin users who received methadone maintenance therapy in Taiwan. *Addict Behav*; 38(4): 2089-2093.
- 65 Treloar C, Rhodes T (2009). The lived experience of hepatitis C and its treatment among injecting drug users: qualitative synthesis. *Qual Health Res*; 19(9): 1321-1334.
- 66 Paterson BL, Backmund M, Hirsch G, Yim C (2007). The depiction of stigmatization in research about hepatitis C. *Int J Drug Policy*; 18(5): 364-373.
- 67 Ford N, Singh K, Cooke GS, et al (2012). Expanding access to treatment for hepatitis C in resource-limited settings: lessons from HIV/AIDS. *Clinical Infectious Diseases*; 54: 1465-1472.
- 68 Ocheret D, Bikmukhametov D, Sultangaziev A, Matuzaite E (2013). Current situation regarding access to hepatitis C treatment in Eastern Europe and Central Asia. Available from: http://www.harm-reduction.org/images/stories/News_PDF_2013/hep_c_policy_brief_update_en.pdf
- 69 von Schoen-Angerer T, Cohn J, Swan T, Piot P (2013). UNAID can address HCV/HIV co-infection. *Lancet*; 381(9867): 628.
- 70 Hoover J (2009). Shining a light on a hidden epidemic: why and how civil society advocates can support the expansion of hepatitis C treatment in Eastern Europe and Central Asia. Available from: <http://www.opensocietyfoundations.org/reports/shining-light-hidden-epidemic>
- 71 International HIV/AIDS Alliance in Ukraine (2013). The Alliance plans to provide treatment of viral hepatitis C for 50 HIV-positive SMT [substitution maintenance therapy] patients. Available from: http://www.aidsalliance.org.ua/ru/news/pdf/03_2013/GF_VHC_eng.pdf
- 72 Order of the President of Ukraine of 28 December 2012 On Issues Regarding Prevention of Spread of Epidemics of Tuberculosis, HIV/AIDS and Viral Hepatitis.
- 73 Department of Information and Public Communication of the Cabinet of Ministers of Ukraine (2013). Prime Minister has completed his task to adopt a targeted programme on prevention and treatment of viral hepatitis. 29.04.2013 [in Ukrainian]. Available from: http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=246305333&cat_id=244276429
- 74 Liu S, Cipriano LE, Holodniy M, et al (2012). New protease inhibitors for the treatment of chronic hepatitis C: a cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med*; 156(4): 279-290.
- 75 World Trade Organization (2006). TRIPS and pharmaceutical patents. Available from: www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/tripsfactsheet_pharma_2006_e.pdf
- 76 Global Commission on Drug Policy (2011). War on drugs. Available from: <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>
- 77 United Nations (1972). Single Convention on Narcotic Drugs, 1961: as amended by the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961.
- 78 Global Commission on Drug Policy (2012). The war on drugs and HIV/ AIDS: how the criminalization of drug use fuels the global pandemic. Available from: <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>
- 79 United Nations (2013). Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez. Available from: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf
- 80 Friedland G (2010). Infectious disease comorbidities adversely affecting substance users with HIV: hepatitis C and tuberculosis. *J Acquir Immune Defic Syndr*; 55 Suppl 1: S37-S42.
- 81 United Nations (2012). Joint statement: compulsory drug detention and rehabilitation centres. Available from: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_Joint%20Statement6March12FINAL_en.pdf
- 82 Wilkinson M, Crawford V, Tippet A, et al (2009). Community-based treatment for chronic hepatitis C in drug users: high rates of compliance with therapy despite ongoing drug use. *Aliment Pharmacol Ther*; 29(1): 29-37.
- 83 Dimova RB, Zeremski M, Jacobson IM, et al (2012). Determinants of hepatitis C virus treatment completion and efficacy in drug users assessed by meta-analysis. *Clin Infect Dis*; 56(6): 806-816.
- 84 Delarocque-Astagneau E, Meffre C, Dubois F, et al (2010). The impact of the prevention programme of hepatitis C over more than a decade: the French experience. *J Viral Hepat*; 17(6): 435-443.
- 85 <http://supportdontpunish.org/>
- 86 Health Protection Agency (2011). Hepatitis C in the UK: 2011 report. Available from: http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1309969906418
- 87 Economist Intelligence Unit (2012). The silent pandemic: tackling hepatitis C with policy innovation. Available from: http://www.janssen-emea.com/sites/default/files/The%20Silent%20Pandemic%20-%20Tackling%20Hepatitis%20C%20with%20Policy%20Innovation%20FINAL_0.PDF
- 88 Hutchinson SJ, Weir A, Bird SM, Goldberg DJ (2008). Modelling the impact of antiviral therapy on the future health and economic burden of chronic hepatitis C in Scotland. *J Hepatology*; 48 (Suppl 2): S297.

EMPFEHLUNGEN AUS DEM BERICHT «KRIEG GEGEN DIE DROGEN» DER WELTKOMMISSION FÜR DROGENPOLITIK (2011)

1. Das Tabu brechen. Eine offene Diskussion führen und eine Politik fördern, die den Konsum wirksam einschränkt und die Schäden verhindert und verringert, die mit dem Drogenkonsum und der Politik zur Drogenbekämpfung zusammenhängen. Verstärkt in die Forschung und Analyse der Wirkung von verschiedenen politischen Handlungskonzepten und Programmen investieren.
2. Anstelle der Kriminalisierung und Bestrafung von Drogenkonsumierenden Gesundheitsleistungen und Therapieangebote für jene bereitstellen, die sie benötigen.
3. Staatliche Modellversuche für eine gesetzliche Reglementierung von Drogen (zum Beispiel von Cannabis) fördern, die darauf ausgerichtet sind, die Macht des organisierten Verbrechens zu untergraben und die Gesundheit und Sicherheit der Bürgerinnen und Bürger zu gewährleisten.
4. Für das Erfassen der Fortschritte bessere Messsysteme, Indikatoren und Ziele einführen.
5. Die verbreiteten falschen Vorstellungen über Drogenmärkte, Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit in Frage stellen, statt sie zu bekräftigen.
6. Jene Länder, die (trotz der heute vorliegenden Erkenntnisse) weiterhin vorwiegend in Strafverfolgungsmassnahmen investieren, sollten ihre repressiven Aktivitäten auf die gewalttätige organisierte Kriminalität und die Drogenhändler konzentrieren, um die schädlichen Auswirkungen im Zusammenhang mit dem illegalen Drogenmarkt zu verringern.
7. Alternative Strafzumessungen für Kleindealer und erstmalige Dealer fördern.
8. Mehr Mittel in die evidenzbasierte Prävention investieren, mit spezifischer Ausrichtung auf junge Menschen.
9. Eine breite und leicht zugängliche Palette von Therapie- und Betreuungsangeboten für Drogenabhängige bereitstellen, einschliesslich Substitutionstherapie und heroingestützter Behandlung, mit spezieller Berücksichtigung von besonders gefährdeten Personen, einschliesslich von Personen in Strafanstalten und anderen geschlossenen Einrichtungen.
10. Das System der Vereinten Nationen muss bei der Reform der weltweiten Drogenpolitik eine Führungsrolle übernehmen. Es muss einen wirksamen, evidenzbasierten Ansatz fördern, die Staaten bei der Entwicklung einer Drogenpolitik unterstützen, die auf ihre Verhältnisse abgestimmt ist und ihre Bedürfnisse abdeckt, und die Kohärenz zwischen den verschiedenen Stellen der Vereinten Nationen sowie den Strategien und Übereinkommen im Drogenbereich sicherstellen.
11. Dringend Massnahmen treffen: Der Krieg gegen die Drogen ist gescheitert, die Drogenpolitik muss jetzt geändert werden.

EMPFEHLUNGEN AUS DEM BERICHT «DER KRIEG GEGEN DIE DROGEN UND HIV/AIDS» DER WELTKOMMISSION FÜR DROGENPOLITIK (2012)

- Die folgenden Massnahmen müssen von den führenden Persönlichkeiten in den einzelnen Staaten und vom Generalsekretär der Vereinten Nationen sowie vom Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, von UNAIDS und von der Betäubungsmittelkommission getroffen werden:
1. Die Kausalzusammenhänge anerkennen und angehen, die zwischen dem Krieg gegen die Drogen und der Ausbreitung von HIV/Aids, der Gewalt im Drogenmarkt und weiteren gesundheitlichen (z.B. Hepatitis C) und sozialen Schäden bestehen.
 2. Darauf reagieren, dass das HIV-Risikoverhalten, das auf repressive politische Handlungskonzepte zur Drogenbekämpfung und auf mangelnde finanzielle Unterstützung von evidenzbasierten Ansätzen zurückzuführen ist, das Hauptproblem darstellt, das die HIV-Epidemie in vielen Regionen der Welt verstärkt.
 3. Die nationalen Regierungen dazu bewegen, auf die Festnahme und Inhaftierung von Menschen zu verzichten, die Drogen konsumieren, aber anderen keinen Schaden zufügen.
 4. Unwirksame Massnahmen, die auf die Kriminalisierung und Bestrafung von Drogenkonsumierenden ausgerichtet sind, durch evidenzbasierte Interventionen ersetzen, welche die Rechte stärken und die negativen Folgen des Drogenkonsums für das Individuum und die Gemeinschaft nachweislich verringern.
 5. Länder, welche die erprobten Massnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit noch zu wenig nutzen, sollten unverzüglich vermehrt evidenzbasierte Strategien zur Verringerung von HIV-Infektionen und zum Schutz der Gesundheit von Drogenkonsumierenden verfolgen, einschliesslich der Abgabe von sterilen Spritzen und weiteren Programmen für den sicheren intravenösen Konsum. Eine Unterlassung dieser Schritte ist ein Verbrechen.
 6. Der öffentliche und der private Sektor sollten in eine einfach zugängliche Palette von evidenzbasierten Optionen für die Behandlung der Drogenabhängigkeit investieren, einschliesslich der Substitutionstherapie und der heroingestützten Behandlung. Mit diesen Strategien lassen sich die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle senken und auch die Grösse und die schädlichen Folgen der Drogenmärkte verringern, da die Gesamtnachfrage nach Drogen zurückgeht.
 7. Alle Behörden - von der Gemeindeebene bis zur internationalen Ebene - müssen anerkennen, dass es mit dem Krieg gegen die Drogen nicht gelungen ist, das Drogenangebot merklich einzuschränken. Sie müssen somit von den konventionellen Massnahmen abrücken, auf die sich der «Erfolg» der strafrechtlichen Verfolgung von Drogendelikten stützt (z.B. Festnahmen, Beschlagnahmungen, Verurteilungen), da diese keine positiven Auswirkungen auf die Gemeinschaften haben.
 8. Den Erfolg der Drogenpolitik anhand von Indikatoren messen, die für die Gemeinschaften wirklich von Bedeutung sind, wie tiefere Übertragungsraten für HIV und andere Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis C), weniger Todesfälle aufgrund einer Überdosis, weniger Gewalt im Drogenmarkt, weniger inhaftierte Personen und geringere Raten von problematischem Substanzkonsum.
 9. Die für die öffentliche Gesundheit zuständigen Stellen innerhalb des Systems der Vereinten Nationen werden dazu aufgerufen, bei den Massnahmen gegen den Drogenkonsum und die damit verbundenen Schäden eine Führungsrolle zu übernehmen und evidenzbasierte Lösungen zu fördern. Weitere Gremien, einschliesslich des Internationalen Kontrollorgans für Suchtstoffe, sollten einer unabhängigen externen Überprüfung unterstellt werden, um sicherzustellen, dass die von ihnen geförderten politischen Handlungskonzepte die Gesundheit und Sicherheit der Gemeinschaft nicht beeinträchtigen.
 10. Dringend Massnahmen treffen: Der Krieg gegen die Drogen ist gescheitert. Millionen von neuen HIV-Infektionen und Aids- Todesfällen lassen sich verhindern, wenn jetzt gehandelt wird.

DIE WELTKOMMISSION FÜR DROGENPOLITIK

Die Weltkommission für Drogenpolitik bezweckt, auf internationaler Ebene eine fundierte, wissenschaftlich abgestützte Diskussion auszulösen über wirksame, humane Möglichkeiten zur Verminderung des Schadens an Mensch und Gesellschaft durch die Drogen.

ZIELE

- Überprüfung der Grundannahmen, der Wirksamkeit und der Folgen des «Kriegs gegen die Drogen»
- Beurteilung der Risiken und des Nutzens verschiedener einzelstaatlicher Lösungen für das Drogenproblem
- Entwicklung von umsetzbaren, evidenzbasierten Empfehlungen für eine konstruktive Reform der Gesetzgebung und der Politik

