

**Zeitschrift:** Intercura : eine Publikation des Geriatriischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

**Herausgeber:** Geriatriischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

**Band:** - (1990)

**Heft:** 30

**Artikel:** Das Zürcher Interventions-Pilotprojekt gegen Aids für Drogengefährdete und Drogenabhängige (ZIPP-AIDS) : Ergebnisse und Erfahrungen des ersten Betriebsjahres 1989

**Autor:** Hornung, R. / Fuchs, W. / Alvo, K.

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-790380>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 22.05.2025

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

---

# Das Zürcher Interventions-Pilotprojekt gegen Aids für Drogengefährdete und Drogenabhängige (ZIPP-AIDS): Ergebnisse und Erfahrungen des ersten Betriebsjahres 1989

---

R. Hornung<sup>1\*</sup>, W. Fuchs<sup>2\*</sup>, K. Alvo<sup>1</sup>, A. Studer<sup>3\*</sup>, L. Pfister<sup>4\*</sup>, C. Bossy<sup>5</sup>, P. Grob<sup>6\*</sup>

- 1) Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich
- 2) Sozialpsychiatrischer Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik
- 3) Stadtärztlicher Dienst
- 4) Sektion Zürich des Schweizerischen Roten Kreuzes
- 5) ZIPP-AIDS-Team
- 6) Abt. für Klin. Immunologie, Universitätsspital Zürich

\* Ausschuss des ZIPP-AIDS

Nach einem ersten, provisorischen Anlaufmonat im Dezember 1988 konnte ZIPP-AIDS seine Tätigkeit zwischen Januar und Mai 1989 zum vorgesehenen Vollbetrieb ausbauen. Die vorliegende Arbeit gibt einen Überblick über das erste Betriebsjahr. Repräsentativ ist vor allem die zweite Jahreshälfte mit Vollbetrieb.

## I Voraussetzung – Konzept

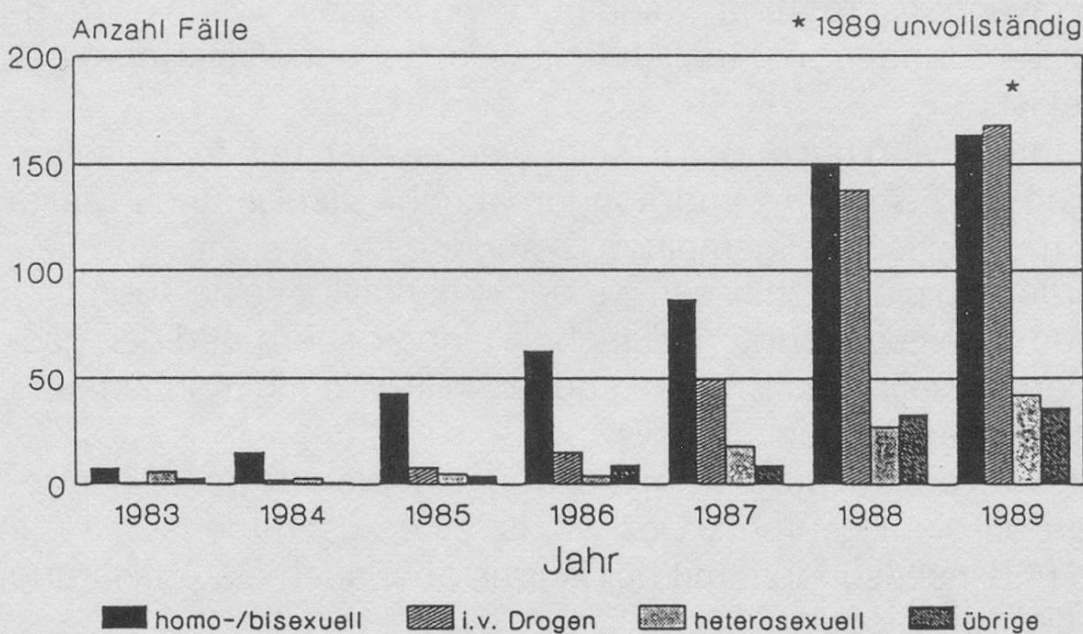
Bereits 1987 musste von folgenden Fakten und begründeten Annahmen ausgegangen werden:

1. 20-30'000 Schweizer sind mit dem Aids-Virus (HIV) infiziert, darunter als eine der hauptbetroffenen Personengruppe 4-6'000 i.v.-Drogenbenützer.
2. Zürich als grösste Schweizer Stadt wird immer grosse Anteile von i.v.-Drogenbenützern aufweisen. Ihre Zahl wird auf 3'000 – 4'000 geschätzt (20% bis 50% dürften HIV-infiziert sein).
3. Ohne grosse Anstrengungen in der Prävention wird sich die Zahl der HIV-Infizierten jährlich um wesentliche Anteile vergrössern, insbesondere unter i.v.-Drogenbenützern infolge Spritzentausch.
4. Mindestens die Hälfte, wahrscheinlich aber noch mehr, der HIV-Infizierten wird innerhalb der nächsten 8 – 10 Jahren erste Symptome und schliesslich Aids entwickeln. Ein grosser Teil hiervon wird sterben (sofern keine Therapie gefunden wird).

5. I.v.-Drogenbenützer sind nicht nur eine wichtige HIV-infizierte Gruppe, sie stellen auch einen wesentlichen Faktor für die HIV-Verbreitung in der Bevölkerung dar.
6. I.v.-Drogenbenützer sind neben ihrer HIV-Gefährdung auch die am stärksten betroffene Gruppe für Infektionen mit den Gelbsucht-(Hepatitis) Viren A, B und C. Da die Hepatiden B und C häufig (10% resp. über 50%) in chronische Formen bis zur Leberzirrhose übergehen, sind diese Infektionen auch volkswirtschaftlich von grosser Bedeutung (Joller, Steffen, Grob: Schweiz. med. Wschr. 115, 1114, 1985).

In Abbildung 1 sind neuere Daten zur HIV-Infektion aufgeführt, die zeigen, dass die 1987 formulierten Voraussetzungen weitgehend Gültigkeit haben. Im Jahr 1989 hat die Zahl der neu an Aids erkrankten Drogenabhängigen erstmals diejenige der Homo- und Bisexuellen übertroffen. Hinzu kommt, dass es sich bei den meisten der betroffenen Kinder (in der Kolonne «Übrige» einbezogen) um solche drogenabhängiger Mütter handelt und dass die meisten Aids-Patienten, die sich auf heterosexuellem Weg infiziert haben, Sexualpartner von HIV-infizierten Drogenabhängigen sind.

**Abb. 1: Aidsfälle nach Meldejahr und Patientengruppe**



Basierend auf dem Meldedatum der bis zum 30.11.89 gemeldeten Aidsfälle

\* Unter den bis August 1989 gemeldeten 12'123 HIV-infizierten Personen der Schweiz wohnten 3677 (31%) im Kanton Zürich.

1987 tat sich eine Gruppe verschiedenster Personen der Zürcher Aids- und Drogenhilfe zusammen und genehmigte am 14. Januar 1988 das Konzept für das Zürcher Interventionsprojekt gegen Aids für Drogengefährdete und Drogenabhängige (ZIPP-AIDS). Das Programm basiert auf den folgenden wichtigsten Thesen:

- a) Aids-Prävention bei i.v.-Drogenbenützern ist dringend, und die Mittel dazu sind klar definiert (Unterbrechung der Übertragungswege der HIV-Infektion durch Abgabe von sterilem Spritzenmaterial und Kondomen).
- b) Ein Aids-Präventionsprogramm hat nur dann einen Sinn, wenn es dort stattfindet, wo sich die Drogenabhängigen aufhalten, d.h. auf der Gasse («sich in den Weg stellen»).
- c) Ein Grossteil von i.v.-Drogenbenützern ist sozial integriert und berufstätig (Wochenend- und Quartalsfixer) oder wenigstens sozial teilintegriert (i.v.-Drogenaufnahme alle 2-5 Tage). Diese i.v.-Drogenbenutzergruppen finden den Weg in «Türschwellenbetriebe», wie Drop-in's, Anlaufstationen usw. kaum. Ihr Anteil dürfte 2'000-3'000 der auf 3'000-4'000 geschätzten i.v.-Drogenbenutzer der Region Zürich ausmachen. Sie sind überhaupt nur auf der Gasse zu erreichen und wichtigste Zielgruppe der Prävention, da erst wenig hiervon HIV-infiziert sind (siehe unten).
- d) Ein Aids-Präventionsprogramm kann nur wirksam sein, wenn es möglichst über 24 Stunden und täglich (inkl. Wochenende/Feiertage) gewährleistet ist.
- e) Aids-Prävention kann nur wirksam sein, wenn neben rein technischen Handlungen, wie Spritzen- und Kondomabgabe, flankierende Massnahmen im Sinne einer allgemeinen Gesundheits-, Hygiene- und Vertrauensförderung eingeschlossen werden. Ebenfalls ist eine Koordination mit den bereits erwähnten «Türschwellenbetrieben» und den gassenorientierten Stellen der Drogen- und Aidshilfe wichtig (Kontakt- und Anlaufstellen, Gassenarbeiter usw.).
- f) Jedes Aids-Präventionsprogramm muss auf die Toleranzgrenze der Bevölkerung Rücksicht nehmen. Deshalb ist eine Zusammenarbeit mit Behörden und insbesondere mit der Polizei, aber auch die Aufklärung der Öffentlichkeit wichtig.
- g) Aids-Prävention und Drogenbekämpfung haben auch gesetzliche Grundlagen, die sich allerdings teilweise widersprechen: Aids muss aufgrund der Gesundheits- und Epidemienetze bekämpft werden – z.B. durch Spritzenabgabe. Die Drogensucht muss aufgrund des Betäubungsmittelgesetzes bekämpft werden – Spritzenabgabe ist zu vermeiden. In allen Staaten der westlichen, industrialisierten Welt gibt es

Schwindel  
Nystagmus



Lobe & Furrer, Basel



Das Antivertiginosum der Olympiasportler, damit die Hochleistung nicht in Frage steht.

kassenzulässig

TRADEMARK  
**Stugeron forte**  
(Cinnarizin)

Für ausführliche Informationen über Zusammensetzung, Indikationen, Dosierung, Nebenwirkungen, Kontraindikationen, siehe Arzneimittelkompendium der Schweiz oder Packungsprospekt.

 **JANSSEN**  
PHARMACEUTICA AG  
Sihlbruggstrasse 111 · 6340 Baar · Tel. 042 33 22 33

ein Drogenproblem und zwar überall von etwa der gleichen Grössenordnung (unterschiedliche Zahlen reflektieren vor allem unterschiedliche Erfassungsweisen). Alle, nur auf einem Prinzip beruhenden Bekämpfungsstrategien haben versagt, sowohl harte und repressive wie auch weiche. Es gibt kein Patentrezept. Es geht um Güterabwägung. Zum jetzigen Zeitpunkt muss der Aids-Prävention Priorität gegeben werden; hier sind wirksame Wege eindeutig vorgezeichnet und auch international anerkannt.

ZIPP-AIDS hat am 1. Dezember 1988 seine Tätigkeit auf dem Platzspitz aufgenommen.

## **II Interventionsziele und Angebot**

Das Zürcher Pilotprojekt, das vorerst auf zwei Jahre beschränkt ist (1989 – Ende 1990), geht im Prinzip von den gleichen Grundsätzen aus, die zu jedem aids-Präventionsprogramm gehören: Es gilt Infektionen zu vermeiden. Die wichtigsten Punkte hierbei sind:

- Verhütung von unsterilen Injektionen, allgemeine Infektionsprophylaxe
- Verhütung von ungeschütztem Sexualverkehr
- Hilfe und Beratung für bereits HIV-Infizierte
- Förderung des Hygiene- und Gesundheitsbewusstseins
- Erste-Hilfe und medizinische Triagetätigkeit zur Verhütung der medizinischen Verelendung

Zur Erreichung dieses Ziels werden auf der Gasse, inmitten des grössten Sammelplatzes für Drogenabhängige und Drogengefährdete in Zürich (Platzspitz), von einem festen Platz (ehemals WC-Gebäude) täglich in ansteigenden Stundenzahlen und seit 1. April 1989 während täglich 15 Stunden, inklusive Wochenende und Feiertage die folgenden **Dienstleistungen** angeboten:

- Aids-bezogene und generelle medizinische Beratung (Beantwortung von Fragen, Hinweise über weitere Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten)
- Abgabe von Spritzen und Nadeln (gegen gebrauchte) und von hygiene-fördernden Mitteln, wie Alkoholtupfer und Venensalben
- Abgabe von Kondomen, Informationen zu «Safe sex»
- Information über und Durchführung des HIV-Antikörpertests, Hepatitisimpfung
- Einfache medizinische Handlungen (Erste Hilfe, Venenpflege zur Verhütung von Abszessen)
- Medizinische Triagetätigkeit
- Allgemeine Hygiene- und Gesundheitsinstruktion, Vertrauensförderung
- Abgabe von Tee – im Winter – von Früchten

### III Programmaufwand, Leistung und Wirkung

#### A Durchführung – Aufwand

a) **Personal:** Das ZIPP-Haus Platzspitz (ehemaliges WC-Häuschen) ist seit 1. April täglich (inklusive Wochenende und Feiertage) von 07.00 – 23.00 Uhr geöffnet. Zwischen 07.00 und 08.00 Uhr sind jeweils zwei Medizinstudenten tätig. In der ganzen übrigen Zeit besteht die Belegschaft aus einem Arzt/Ärztin und zwei Pflegepersonen (Schwestern, Pfleger oder Medizinstudenten/Innen), am Abend verstärkt durch einen Gassenarbeiter. Deren Koordination geschieht in wöchentlichen Teamsitzungen (verantwortlich: Dr. med. C. Bossy, seit 1. Januar 1990 Dr. med. Th. Müller). Das ZIPP-AIDS Team besteht aus 5 festangestellten Ärzten/Ärztinnen (3 Ganztagsstellen) sowie teilzeitarbeitenden Schwestern/Pflegern und Medizinstudenten, welche sich – wie erwähnt – aus einem Pool von ca. 40 Schwestern/Pflegern und ca. 30 Medizinstudenten/Innen rekrutieren. Diese werden von der Sektion Zürich des Schweizerischen Roten Kreuzes rekrutiert und eingesetzt, wofür eine Sekretärin (4-Tagesstelle; Frau K. Künzli) zur Verfügung steht. Neben dem ZIPP-AIDS Team kommt das erwähnte Personal des Krankenzimmers für Obdachlose (5 Pflegepersonen; 3 Stellen) und 2 Ärzte (1 Stelle) hinzu. Zusätzlich stellt der Verein Drogenzug und Drogenhilfe Gassenarbeiter zur Verfügung (Teilfinanzierung durch ZIPP-AIDS). Das Pflichtenmanual ist als Beilage 2 erhältlich.

**Ausbildung des Personals:** Mindestens einmal monatlich wird für alle im ZIPP-AIDS arbeitenden Personen eine Fortbildungsveranstaltung durchgeführt, an der Informationen vermittelt und Probleme diskutiert werden. Die Organisation steht unter der Leitung der Sektion Zürich des SRK (R. Ziltener).

b) **Material:** Die grossen Materialposten beinhalteten 1989 u.a. über 1,4 Millionen Spritzen und Nadeln, 500'000 Zusatznadeln, rund 50'000 Kondome, 4'000-5'000 Kilo Früchte und Beutel für ca. 18'000 Liter Tee.

c) **Räumlichkeiten:** Im ZIPP-Haus stehen zur Verfügung: Kioskraum (8m<sup>2</sup>), Büro (8m<sup>2</sup>), Materialräume (Pissoirraum, umgebaute Toilette, Putzraum = total 12m<sup>2</sup>) sowie eine Toilette. Die Stadt Zürich stellt zudem einen Sanitätsanhänger (2 Liegestellen, 1 Untersuchungsabteil) zur Verfügung, der in unmittelbarer Nähe des ZIPP-Hauses steht. Im stadtärztlichen Dienst konnte auch das provisorische Büro für die ZIPP-AIDS-Ärzte untergebracht werden. Im Laufe von 1989 wurden im ZIPP-Haus mehrere bauliche Verbesserungen vorgenommen, wie Abbruch des Pissoirs, Einbau einer Lagerstelle, Installation von Aussen- und Innen-Infrarotstrahlern.

d) **Finanzielle Aspekte:** Das BAG (Bundesamt für Gesundheit) sowie die Stadt Zürich sind für die Jahre 1989 und 1990 etwa zu gleichen Teilen finanziell beteiligt. Gesamthaft standen 1989 Fr. 1'063'085 zur Verfügung.

## B Programmleistung

### 1. Personendurchlauf im ZIPP-Haus

Die Anzahl Personen, die im ZIPP-Haus Spritzen tauschten, wurde erfasst (Abbildung 2). Ein nach Geschlecht differenzierendes mechanisches Zählgerät wird vom Personal nach jedem Spritzen-/Nadeltausch betätigt. Es ist zu beachten, dass es sich hierbei nicht um die Gesamtzahl verschiedener Personen handelt, da eine Person mehrmals an einem Tag tauschen kann (pro Tausch werden höchstens 5 alte gegen neue Spritzen/Nadelsets abgegeben).

Abbildung 2: Täglicher Personendurchlauf im ZIPP-Haus\*

Januar/ Juli	Februar/ August	März/ September	April/ Oktober	Mai/ November	Juni/ Dezember
120	250	480	847	1347	1475
2151	2058	2249	2234	1942	1808
(25%)**	(25%)**	(26%)**	(25%)**	(27%)**	(26%)**

\* Durchschnittlicher Durchlauf pro Monat (2. Hälfte 1989) 62'250, total 1989 508'500

\*\* Anteil Frauen

Setzt man diese Zahlen in Bezug zu den abgegebenen Spritzen, so ergibt sich ein Verhältnis von 1 : 3 (siehe unten). Das bedeutet, dass pro Person bei jedem Besuch des ZIPP-Hauses im Durchschnitt drei Spritzen bezogen werden. Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen, die Spritzen tauschen, beträgt rund 3 : 1.

### 2. Spritzenabgabe – Spritzentausch

#### a) Auf Tauschbasis abgegebene Spritzen/Nadelsets

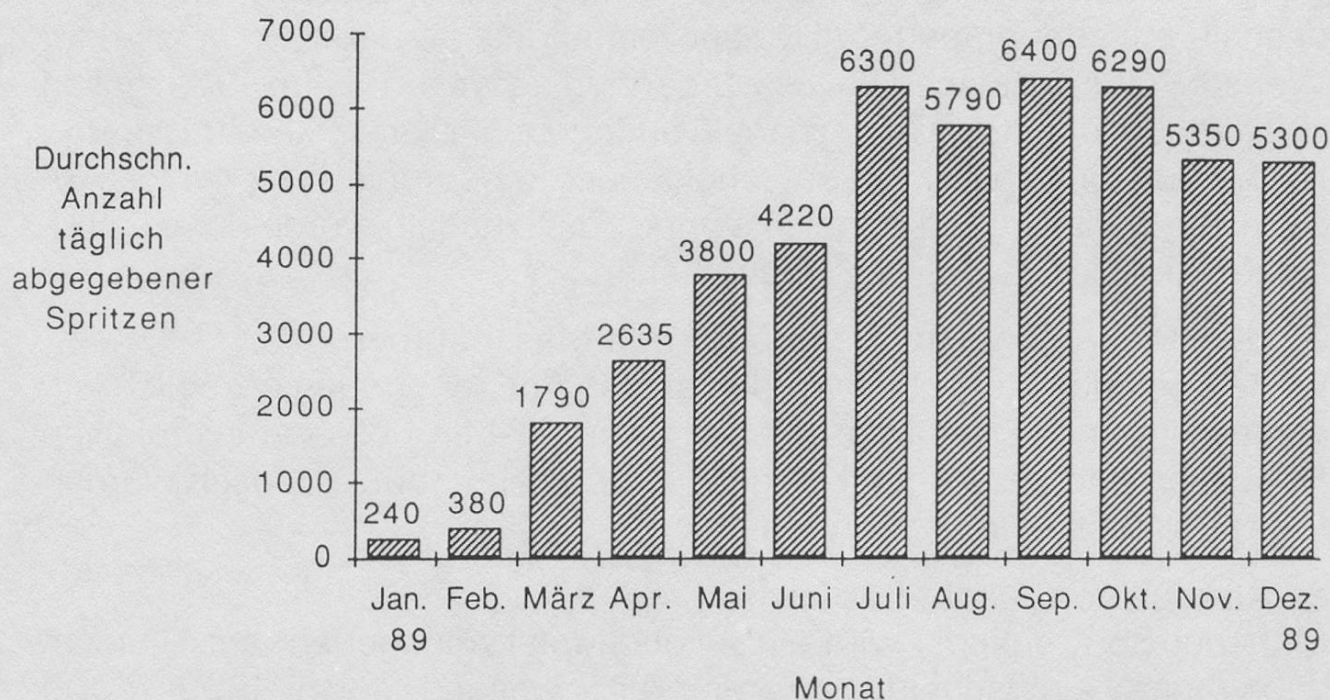
Abbildung 3 zeigt die während des Jahres 1989 durchschnittliche Zahl



täglich abgegebener Spritzen/Nadelsets. Markant ist der Anstieg von täglich 380 Spritzen im Monat Februar auf 1790 im Monat März. Ursachen für diesen sprunghaften Anstieg waren die erweiterten Öffnungszeiten, der zunehmende Bekanntheitsgrad von ZIPP-AIDS und vor allem die Einführung eines optimalen Spritzen- und Nadelsets sowie die Verschiebung von Heroin zu intravenös gespritztem Kokain. Die Stabilisierung bzw. Abnahme der Spritzenzahl von 6300 auf 5300 in der zweiten Jahreshälfte 1989 deutet darauf hin, dass hiermit eine Sättigung des Bedarfs an Spritzen auf einem hohen Niveau erreicht sein dürfte. Die Belastung des Personals durch die hohe Zahl täglich abgegebener Spritzen ist enorm. Die medizinischen Untersuchungen und Wundpflegen sowie die wichtige Aufgabe der persönlichen Aids-Beratung werden dadurch erschwert. Die steigende Zahl durchlaufender Personen zwang dazu, den Spritzentausch nur noch auf der Basis eines Kioskbetriebes durchzuführen.

**Spritzenabgabe in Apotheken.** Nach Aussage von Vertretern der Apotheken in der Stadt Zürich nahm ihre Spritzenabgabe seit Februar, also seit der Betriebsaufnahme von ZIPP-AIDS stark ab. Wurden z.B. in der Bellevue-Apotheke bis zum Februar 1989 durchschnittlich 300 Spritzen an einem Tag abgegeben, so sind es heute nur noch 30 Spritzen pro Tag. Bei den anderen befragten Apotheken liegt die Zahl der pro Monat abgegebenen Spritzen unter 100.

**Abb. 3: Auf Tauschbasis durchschnittlich pro Tag abgegebene Spritzen (Januar – Dezember 1989)**



## **b) Rücklaufquote gebrauchter Spritzen**

Für den Monat Juli wurde der Rücklauf an Spritzen und Nadeln durch Zählen der entsorgten Container und die Ermittlung der durchschnittlichen Zahl der darin enthaltenen Spritzen erstmals genau bestimmt. Danach wurden in diesem Monat pro Tag 5770 gebrauchte Spritzen zurückgebracht. Dies ergibt bezogen auf die täglich abgegebenen Spritzen (6300) eine Rücklaufquote von 91,5%. Die später erhobenen Daten ergaben wenig abweichende Werte. Da bei einem so hohen Anteil abgegebenen Spritzenmaterials mit einer natürlichen Schwundquote zu rechnen ist (z.B. Selbstentsorgung, Wegwerfen bei Polizeirazzien), ist ein gewisser, kontrollierter Überschuss an Spritzen und Nadeln nicht nur unvermeidbar, sondern wichtig und wünschbar im Hinblick auf eine lückenlose Erhältlichkeit. Die hohe Rücklaufquote zwang deshalb ab Monat August zur kontrollierten Abgabe zusätzlicher Spritzen und Nadeln (siehe unten).

**Nachtabgabe von Spritzenmaterial:** Für die Verhütung der HIV-Übertragung bei Drogenabhängigen ist die unmittelbare Verfügbarkeit steriler Spritzen und Nadeln am Ort des Gebrauchs von Drogen auch nachts unabdingbare Voraussetzung. Deshalb werden nach einem speziellen Tauschmodus nächtlich ca. 500-1000 Spritzen an zuverlässige Zwischenhändler abgegeben. Dies ist auch darin begründet, dass Nachtapotheken ab Mitternacht keine Spritzen mehr abgeben.

## **c) Abgabe von Zusatznadeln**

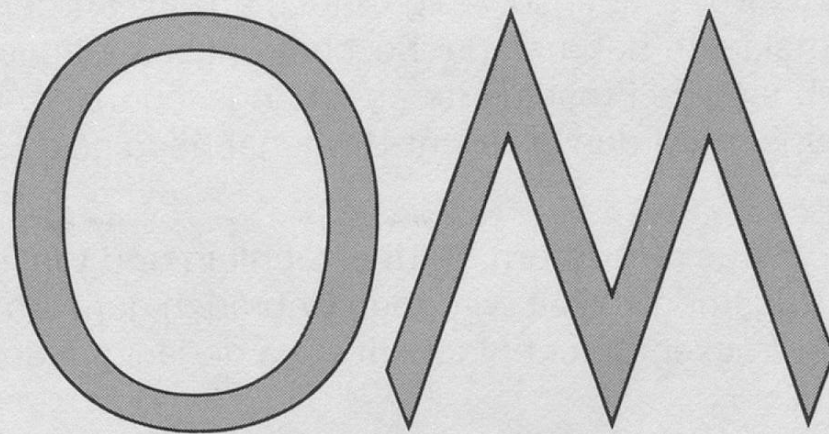
Bei schwierigen Venenverhältnissen und «nadelschädigenden» Aufzieharten von Drogen gehen oft Nadeln kaputt. Stehen keine neuen zur Verfügung, werden Nadeln des «anderen» ausgeliehen. Es entwickelte sich deshalb mit zunehmendem Hygieneverständnis der Fixer ein verstärkter Wunsch nach Zusatznadeln. Es wurden in der zweiten Hälfte 1989 täglich im Durchschnitt 2200 Zusatznadeln abgegeben. Diese Erkenntnisse sind für die Aids-Prävention von entscheidender Bedeutung. Die alleinige Abgabe von Spritzen- und Nadelsets ohne Zusatznadeln würde nur eine beschränkte aids-präventive Wirkung haben.

## **3. Hygiene- und gesundheitsfördernde Massnahmen**

Im Rahmen des Möglichen wurden grosse Anstrengungen bezüglich Hygiene-Hilfe und -Erziehung unternommen. Neben üblichen instruktiven Hinweisen und unzähligen Kurzgesprächen beim Spritzentausch wurden folgende Massnahmen ergriffen:

### **a) Abgabe von Alkoholtupfern**

Mit jeder Spritze/Nadel wird ein Alkoholtupfer abgegeben, auf Wunsch auch mehr. Durchschnittlich waren es im zweiten Halbjahr 1989 6'000



Laboratorien OM Genf

mehr als 50 Jahre  
im Dienste der Medizin

pro Tag bzw. 180'000 Stück pro Monat. Diese Alkoholtupfer werden auch zum Reinigen der Löffel benützt (siehe unten),

#### **b) Abgabe von Vitamerfen-Salbe und anderen Venensalben**

Ebenfalls gratis werden Wund- und Venensalben abgegeben. Anfänglich wurde den Fixern – meist in Kurzgesprächen – die Bedeutung der Pflege der Einstichflächen und betroffenen Venengebiete erklärt und jeweils eine erste Anwendung von Salben und Desinfektionsmitteln gemacht. Die Akzeptanz dieser Salben ist sehr gross. In der zweiten Hälfte 1989 wurden täglich ca. 650 bzw. pro Monat 19'000 Stück abgegeben.

#### **c) Kondome**

Kondome liegen im Kiosk zur Selbstbedienung auf. Täglich werden zwischen 150 und 400 Stück genommen. Es zeigte sich, dass die Menge der bezogenen Kondome stark abhängt von der Motivation durch das Personal von ZIPP-AIDS. Eine Bewertung dieser Zahlen ist ausserordentlich schwierig, nicht zuletzt deshalb, weil man über das Sexualverhalten von Fixern nur wenig weiss. Ebenso wenig kennt man die Zahl der ungeschützten Sexualkontakte im Rahmen der Beschaffungsprostitution. Sicher ist, dass drogenabhängige Prostituierte oft zu ungeschütztem Geschlechtsverkehr gezwungen werden, da Nicht-Drogenabhängige diesen in der Regel ablehnen.

#### **d) Abgabe von Trockentupfern, Saubertüchlein und Wasser**

Von dieser Bezugsmöglichkeit wird rege Gebrauch gemacht. Die Menge der bezogenen Trockentupfer entspricht etwa derjenigen der Alkoholtupfer.

#### **e) Instruktionen zur «Löffelhygiene»**

Beim Spritzentausch werden die Fixer immer wieder angehalten, :Löffelhygiene» (mechanische Reinigung, Alkohol bei «Fremdlöffeln», am besten «jedem sein eigener Löffel») zu betreiben – die Löffel dienen der spritzenfertigen Aufbereitung von Heroin und Kokain. Das ZIPP-AIDS Team instruiert deshalb regelmässig und intensiv die rund 20 bis 30 «Löffelvermieter» um das nahegelegene Platzspitz-Rondell, auf dem Drogen gehandelt, vermittelt und konsumiert werden.

### **4. Medizinische Tätigkeiten**

#### **a) Beratungen (ohne HIV-Antikörpertest)**

Die Anzahl durchgeführter Beratungen ist schwieriger zu erfassen als andere Hilfeleistungen. Die Beratung geschieht meist über mehrere Tage, vorerst oft nur durch wenige Sätze oder minutenlange Gespräche. Beobachtungen während der Betriebszeit zeigen deutlich, dass im Rahmen der

Spritzenabgabe eine Vielzahl von kurzen oder längeren Gesprächen stattfindet, die helfen, zwischen Personal und Drogenabhängigen Ansätze einer persönlichen Beziehung entstehen zu lassen. Die Dokumentation begann erst im Juli. In der zweiten Jahreshälfte wurden so 3277 Beratungen dokumentiert und die Gesamtzahl für 1989 auf rund 6000 geschätzt.

### b) Medizinische Untersuchungen, Behandlungen und Wundpflege (pro Tag)

Etwa seit Monat Mai 1989 blieb die Zahl der täglichen medizinischen Untersuchungen, Behandlungen und Wundpflegen relativ konstant. Gesamthaft waren es 1989 rund 8200. Diese Zahlen sind mit Sicherheit zu niedrig, da die Hektik im und um das ZIPP-Haus und der oft gleichzeitige Anfall von Wundpflegen, Beratungen und Reanimationen in der Regel nur eine nachträgliche Dokumentation erlauben. Dies wird aber häufig aus Erschöpfung am Ende des Dienstes vergessen. Bagatellfälle (mit Abgabe von Verbandsmaterial und Instruktion zur Selbstversorgung) werden oft überhaupt nicht notiert.

### c) Reanimationen

Die Zahl der Reanimationen nahm im Verlauf des ersten Halbjahres deutlich zu. Waren es im März 1989 insgesamt 49 künstliche Beatmungen, die durchgeführt werden mussten, so stieg deren Zahl im Juni auf über 100 und blieb es – mit Ausnahme des Monats November – in der 2. Jahreshälfte 1989. Total wurden 1'032 dokumentierte Beatmungen durchgeführt.

Abb. 4: Durchgeführte Reanimationen (pro Monat)

Januar/ Juli	Februar/ August	März/ September	April/ Oktober	Mai/ November	Juni/ Dezember	Total 1. Hälfte/ 2. Hälfte
30/ 100	50/ 110	62/ 105	78/ 102	107/ 82	100/ 112	427/ 611

Mögliche Gründe für den Anstieg der Reanimationen bis in die Sommermonate und dann deren Stabilisierung auf hohem Niveau sind wahrscheinlich in der zunehmenden gleichzeitigen Verwendung unterschiedlicher Drogen und Medikamente und der grossen Hektik in der Drogenbeschaffung zu suchen, weiter verstärkt durch das immer beliebtere Kokain

mit intravenöser Verabreichung. Grund für die bei Drogenabhängigen häufigen Atemstillstände ist ein narkoseähnlicher Zustand, der auch mit einer Minderdurchblutung des Gehirns einhergehen kann. Durch schnelles ärztliches Eingreifen kann die Schädigung des Gehirns minimalisiert und damit ein mögliches Eintreten irreversibler Schäden verhindert werden. In der Regel wird 10-20 Minuten mit dem Beatmungsbeutel gearbeitet, unter gleichzeitiger Zugabe von Sauerstoff. Viele Mitglieder des operativen ZIPP-AIDS Teams haben darin grosse Erfahrung bekommen. Es muss kaum mehr Hilfe von aussen hinzugezogen werden. Ebenfalls kommt es weniger häufig zur Einweisung ins Spital von Drogenabhängigen infolge von Drogenintoxikation (siehe später).

#### **d) HIV-Antikörpertest**

Die Durchführung eines HIV-Antikörpertests ist eingebettet in einen dreistufigen Prozess: Testvorgespräch – Blutentnahme nach einer Wartefrist von einem Tag – Nachgespräch über das Testergebnis.

Seit dem 1. Dezember 1988 bis zum 31. Dezember 1989 wurden 388 HIV-Antikörpertests durchgeführt; davon waren 35 HIV-positiv (9%). Zusätzliche anti-HIV-Tests werden im Rahmen einer Hepatitis B-Impfkation durchgeführt.

**Befragungen nach HIV-Infektionen:** Bei Beratungen und Behandlungen werden die Klienten häufig nach ihrem HIV-Status gefragt und deren Aussagen dokumentiert. Im Juni z.B. waren es 483 Personen, im Monat Juli 627. Auch hier ist anzumerken, dass nicht davon ausgegangen werden darf, dass es sich um jeweils verschiedene Personen handelt und dass gerade Daueraufenthalter wiederholt gefragt werden. Für den Monat Juni ergab sich ein Prozentsatz von 21,5% HIV-Infizierter (104), im Juli waren es 21% (133). Gesamthaft wurden 1989 4670 Personen befragt. Positiv waren 1141, negativ 2895 und 634 kannten ihren Status nicht. Dies ergibt einen Prozentsatz von 24,43% HIV-Infizierter.

#### **e) Überweisungen**

Das ZIPP-AIDS-Team führt vor allem Erste-Hilfe-Massnahmen durch. In Fällen, in denen eine vertiefte medizinische Behandlung notwendig ist, erfolgt eine Überweisung in spezialisierte Institutionen (Triage). Die folgende Abbildung zeigt die monatlich vorgenommenen bzw. dokumentierten Überweisungen.

Abb. 5: Überweisungen

	KFO	USZ	Waid, Triemli, Poliklinik (Hermann- Greulichstr.)	ausser kantonale Spitäler	Drop In, Hard Frankental, Sune-Egge, San.Kilchberg	Total
1./2. Hälfte	40/65	26/53	4/12	2/2	3/31	75/163
Total 1989	105	79	16	4	34	238

Im Vordergrund standen Einweisungen ins Krankenzimmer für Obdachlose und in Spitäler, meist aufgrund medizinischer Probleme. Bei einem kleineren Anteil erfolgte die Einweisung in Institutionen der Drogenhilfe.

## C Programmwirkung

### 1. Epidemiologische Erkenntnisse

Augenfällig im ZIPP-Haus und generell am Platzspitz ist das grosse Spektrum von i.v.-Drogenbenützern. Neben einer relativ kleinen Zahl von Daueraufenthaltern (meist schwer Abhängige und Obdachlose) wechseln ständig die Gesichter mit grosser Variation je nach Tagesstunden und Wochentagen. Zur Objektivierung dieser Situation und auch zur Erhebung epidemiologischer Daten bezüglich Virusinfektionen wurde deshalb im Rahmen einer Hepatitis-B-Impfaktion auf dem Platzspitz eine entsprechende Abklärung als Disseration durchgeführt. (S. Röhrig und P. Grob, Schweiz. Med. Wschr., 1990) Abb. 12–14). Die Impfaktion fand an sechs Abenden in einem Zelt in unmittelbarer Nähe des ZIPP-Hauses statt, unter Mithilfe der Sektion Zürich des SRK, des Stadtärztlichen Dienstes (administrative Leitung: E. Schönauer), des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin, der Abteilung für Klinische Immunologie (fachliche Leitung: Prof. P. Grob) sowie des ZIPP-AIDS Teams: 382 Personen wurden gegen Hepatitis-B geimpft. Der Aktion wurde eine breitbasige virologische Abklärung und Befragung von i.v.-Drogenbenützern angeschlossen, dies auf freiwilliger Basis und mit schriftlicher Zustimmung der Teilnehmer. Diese erhielten die Resultate schriftlich und mit mündlicher Beratung.

**PENTACARINAT<sup>®</sup>**  
PENTAMIDIN-ISETHIONAT

**PENTACARINAT<sup>®</sup>**  
**Inhalations-**  
**prophylaxe**



**Der Infektion mit  
Pneumocystis carinii  
bei Aidspatienten  
wirksam vorbeugen.**

**Für eine  
zukunftsweisende Forschung**



Es ergaben sich die folgenden wichtigsten Daten:

1. Die Durchseuchung (durchgemachte oder noch bestehende Infektion) mit den Hepatitis Viren A, B und C sowie mit HIV ist bei i.v.-Drogenbenützern viel höher als z.B. bei Blutspendern und dürfte überhaupt die höchste einer gegebenen Personengruppe darstellen (Abb. 6).
2. Es bestätigte sich in eindrücklicher Weise, dass sich auf dem Platzspitz ein grosser Anteil (über die Hälfte) von Quartals- und Wochenendfixern aufhalten, dies in der Regel nur kurzfristig. Diese Personen sind meist noch sozial voll integriert und berufstätig (Abb. 6).

**Abb. 6: Virusdurchseuchung (bestehende oder durchgemachte Infektion) bei i.v.-Drogenabhängigen \* ◇**

Testung auf Viruskontakt**	I.v.-Drogenbenützer		Blutspender
	Anzahl getestet	% positiv	(bei Erstuntersuch.) % positiv
Hepatitis A-Viren	341	50%	2,5 – 10% ***
Hepatitis B-Virus	346	56%	4 – 8%
Hepatitis C-Virus	344	48%	0,3%
HIV	298	15%	0,2%

\* Auszug aus S. Röhrig, P. Grob, Schweiz. Med. Wschr. 1990

\*\* Ansteckung mit Hepatitis A-Virus führt immer zu Immunität. eine Infektion mit Hepatitis B-Virus verläuft in 10% chronisch, mit Hepatitis C-Virus in über 50% chronisch und mit HIV in 100% chronisch

\*\*\* Altersgruppe bis 30-jährig

◇ 53% Quartals- und Wochenendfixer, 18% mittelschwer Abhängige (fixen alle 2-3 Tage) und 29% schwer Abhängige (fixen täglich ein-mehrmals)

3. Die virale Durchseuchung ist umso höher, je länger und intensiver Drogen intravenös konsumiert werden. (Abb. 7). Sie ist auch bei solchen i.v.-Drogenbenützer höher, die Spritzen und Nadeln von anderen brauchen. Dies gilt nicht nur für die aufgeführten Hepatitis B-Virus und HIV-Infektionen, sondern auch für die Hepatitiden C und A.

Abb. 7: Personen mit Viruskontakt (Prozentanteil) \*

Kontakt mit: **	i.v. Drogenkonsum-Dauer		
	unter 1 Jahr	1 – 5 Jahre	über 5 Jahre
Hepatitis B-Virus	20 %	50 %	84 %
HIV	3 %	16 %	33 %

	i.v. Drogenkonsum-Intensität		
	gelegentlich	alle 2-5 Tage	täglich
Hepatitis B-Virus	26 %	46 %	57 %
HIV	3 %	10 %	21 %

	i.v. Drogenkonsum	
	ohne Spritzen-/ Nadeltausch	mit Spritzen-/ Nadeltausch
Hepatitis B-Virus	53 %	71 %
HIV	13 %	24 %

\* Auszug aus S. Röhrig, P. Grob, Schweiz. Med. Wschr. 1990

\*\* Ansteckung mit Hepatitis A-Virus führt immer zu Immunität. Eine Infektion mit Hepatitis B-Virus verläuft in 10% chronisch, mit Hepatitis C-Virus in über 50% chronisch und mit HIV in 100% chronisch

\*\*\* seit 1987

4. Beim Vergleich der Anteile von HIV-infizierten Drogenabhängigen über Jahre sind die Zahlen von 1989 in «Gassenkollektiven» (Impfaktionen in der Innenstadt, Anonymenscreening am Universitätsspital) am tiefsten (Abb. 8). Ob dies einer echten Abnahme der Infektionshäufigkeit entspricht, oder auch eine veränderte Zusammensetzung der untersuchten Personen (höherer Anteil von Wochenendfixer) reflektiert, bleibt offen. Wichtig ist, dass Durchseuchungszahlen von 60 bis 80%, wie sie von der Presse, aber auch von Fachkreisen immer wieder zitiert werden und auch von «Türschwellenbetrieben» erhoben wurden, für die Gesamtheit der i.v.-Drogenbenützer viel zu hoch sind. Sie dürften zur Zeit zwischen 15% und 20% liegen. Hohe Zahlen über 50% stammen aus Drop-ins und anderen ambulanten und stationären Institutionen der Drogenhilfe, in denen naturgemäss ein hoher Anteil chronifizierter i.v.-Drogenabhängiger vorhanden ist. Auch hier zeigt sich ein Trend zu tieferen Werten.

Abb. 8: HIV-Infektion bei Zürcher i.v. Drogenbenützern\*

Studienort	Kollektiv	Jahr der Untersuchung	Anzahl Getestete	% HIV-infiziert
ZH Bellevue	Hepatitis B-Impfung	1985	141	49 %
ZH Drahtschmidli	Hepatitis B-Impfung	1987	178	41 %
ZH Platzspitz	Hepatitis B-Impfung	1989	298	15 %
.....				
ZH Universitäts- spital	Anonymenscreening	1985	84	43 %
«	Anonymenscreening	1986	46	33 %
«	Anonymenscreening	1987	86	19 %
«	Anonymenscreening	1988	49	18 %
.....				
ZIPP-AIDS	Freiwilligen-Testung	1989	387	9 %
.....				
ZH Drop IN	Methadonbezüger**	1986	—	71 %
		1987	—	59 %
		1988	94	62 %
.....				
Krankenzimmer für Obdachlose		1986-1988	158	68 %
		1989	255	41 %

\* Auszug aus S. Röhrig, P. Grob, Schweiz. Med. Wschr. 1990

\*\* Hochschwelliges Programm (ehemals schwer Drogenabhängige)

## **2. HIV-Prävention**

Die zuvor erwähnten Zahlen zeigen, dass Personen, die erst kurze Zeit und wenig intensiv i.v.-Drogen benützen sowie keine bereits gebrauchten Spritzen verwenden, nur selten HIV-infiziert sind. Dies im Gegensatz zu langjährigen und intensiven Fixern. Auf der Gasse kommen alle diese Gruppen zusammen. Es besteht also eine grosse Wahrscheinlichkeit, dass es – ohne Prävention – täglich zu Spritzen- und Nadelaustausch zwischen HIV-Negativen und HIV-Positiven käme – und somit täglich HIV übertragen würde. Demgegenüber steht die heutige Situation am Platzspitz, in der täglich ca. 6000 saubere Spritzen und Nadeln sowie Zusatznadeln und Desinfektionsmittel (Alkoholtupfer) abgegeben und von den Drogenabhängigen auch gebraucht werden. (Beweis ist die grosse Rücklaufquote benützter Spritzen und Nadeln.) Es besteht kein Zweifel, dass damit die Benützung unsteriler Spritzen und Nadeln auf ein Minimum beschränkt werden konnte und täglich eine bis mehrere HIV-Infektionen verhindert werden.

Bei jeder neuen Massnahme (z.B. drogenpolitischer Natur), die zu einer Verminderung der unmittelbaren Erhältlichkeit sauberer Spritzen und Nadeln führt, müsste mit neuen HIV-Infektionen gerechnet werden, welche zur Angleichung der Infektionsraten von kaum infizierten Wochenendfixern an die häufig infizierten, schwer Abhängigen führen würde.

## **3. Übrige medizinische Tätigkeit**

Es besteht kein Zweifel, dass sich Hygiene- und Gesundheitsbewusstsein im Rahmen des für einen Drogenabhängigen überhaupt Möglichen stark gebessert haben und zunehmend Hygiene betrieben wird. Der grosse Gebrauch von Alkoholtupfern, Trockentupfern, Venensalben sowie die vielen diesbezüglichen Fragen von Fixern sind wichtige Indizien. Zahlenmässig noch schwierig belegbar, aber eindrucksmässig eindeutig ist der Rückgang von Spritzenabszessen.

Ob die medizinische Verelendung auf dem Platzspitz verbessert werden konnte, ist schwer abzuschätzen. Sicher ist, dass von den gezielten Überweisungen viele Drogenabhängige profitiert haben.

Die Forderung an ZIPP-AIDS, die medizinische Ersthilfe auf dem Platzspitz zu übernehmen, konnte in vollem Masse erfüllt werden. Die Versorgung unzähliger Bagatellfälle diente auch der Vertrauensbildung. Ein wichtiger Bestandteil sind die Reanimationen, die nun viel früher durchgeführt werden als in einer medizinisch nicht versorgten Gassenszene. Erstens darf man annehmen, dass damit mögliche Hirnschäden verhütet werden; zweitens konnte die Zahl der in Spitäler aufgenommenen Drogenabhängigen mit akuten Intoxikationen gesenkt werden. Dies bestätigen Zahlen aus der Medizinischen Universitätsklinik Zürich. 1988 mussten 80 i.v.-

Drogenbenützer wegen akuter Drogenintoxikation aufgenommen und behandelt werden. 1989, also in der Betriebsperiode von ZIPP-AIDS, waren es nur noch 58. Dabei ist allerdings zu bedenken, dass das Einzugsgebiet dieser Klinik nicht nur den Platzspitz betrifft und dass 1989 auch andere gassennahe Institutionen mit medizinischer Hilfeleistung eröffnet wurden. Eindeutig zurückgegangen sind auch – zumindest zwischen 7 und 23 Uhr – die früher fast täglich 2-3maligen Einsätze der Sanitätswache auf dem Platzspitz.

#### **4. Kosten/Nutzen-Analyse**

Neben der menschlichen Tragweite einer verhüteten HIV-Infektion sei hier auch kurz die Kosten/Nutzen-Analyse angesprochen. Ausgehend von der grossen Wahrscheinlichkeit, dass täglich auf dem Platzspitz mindestens eine HIV-Infektion verhindert wird (Kosten einer Infektion zwischen 20'000 und 100'000 Franken) und dass die gesamten Tageskosten des ZIPP-AIDS 2'917 Franken betragen, besteht ein hervorragendes Aufwand/Ertragsverhältnis.

#### **5. Übertragung der HIV-Infektion in die Bevölkerung**

Kaum abschätzbar ist, ob verstärktes Gesundheits- und Hygienebewusstsein zu einer Verminderung der ungeschützten Sexualakte im Rahmen der Beschaffungsprostitution geführt haben. Aber es kann als sicher angesehen werden, dass HIV durch die sozial integrierten Gelegenheitsfixer weniger in weitere Bevölkerungskreise übertragen wurde.

Eindeutig ist auch, dass gegenüber früher viel weniger bzw. kaum mehr Nadeln auf dem Boden des Platzspitzes und der nahen Umgebung liegen. Dies ist nicht nur bedeutsam im Hinblick auf die angestrebte Verhinderung von HIV- und Hepatitis-Infektionen, sondern auch psychologisch von Bedeutung.

#### **6. ZIPP-AIDS und Effekte auf das Umfeld**

**Sicherheit auf dem Platzspitz:** In der Regel sind die i.v.-Drogenbenützer, die das ZIPP-AIDS frequentieren, friedfertig und dankbar. Gelegentlich kommt es aber zu verbalen, sehr selten zu handfesten Aggressionen. Bis auf wenige Ausnahmen (z.B. ein Tränengas-Anschlag) konnte auf Hilfe von aussen verzichtet werden, nicht zuletzt dank der grossen Erfahrung und Toleranz des Personals.

**Einbrüche:** 1989 ist es im ZIPP-Haus bzw. dem Sanitätsanhänger zu zehn Einbrüchen gekommen. Dies ist deutlich weniger als erwartet. Der Reparaturdienst funktioniert sehr gut.

**Kontakt mit der Polizei:** Mit der Polizei ist es zu einem Gleichgewicht durch gegenseitige Respektierung der Aufgabenerfüllung gekommen.

Mitte Juli bis November wurden regelmässige (ca. eine pro Woche) Razzien auf dem Platzspitz durchgeführt. Die ZIPP-AIDS-Tätigkeit wurde dadurch kaum unterbrochen. Razzien helfen, die Kriminalität auf dem Platzspitz zu senken, dies zum Schutz der «nicht gewalttätigen» Fixer (Mehrzahl) sowie des Personals des ZIPP-AIDS und anderer auf dem Platzspitz arbeitenden Personen. Andererseits wird dadurch die allgemeine Unruhe und Hektik auf dem Platzspitz eindeutig erhöht. Ob dies zu einem generellen Mehrverbrauch von Drogen führt, ist offen (aber möglich). Vom ZIPP-AIDS Team wird eine polizeiliche Präsenz zum Schutze der Drogenbenützer und des Personals begrüsst, wobei vor allem eine sichtbare Präsenz (uniformiert, erkennbare Polizeipatrouille) optimal wäre.

**ZIPP-AIDS-Platzspitz und Medien:** Eine grosse Belastung für das Organisationskomitee und für das ZIPP-AIDS Team stellt das grosse Medieninteresse dar. Im Laufe von 1989 haben über 20 Fernsehstationen aus USA, Australien und praktisch allen europäischen Ländern über den Platzspitz berichtet und entsprechend an Ort Aufnahmen und Interviews gemacht. Hinzu kamen Dutzende Pressevertreter. Wir bemühen uns um eine objektive und gute Aufklärung. Das Medienresultat ist aber oft nicht befriedigend. So wird z.B. auch in der Schweizer Presse gelegentlich berichtet, dass sich auf dem Platzspitz viele ausländische aufhalten. Deren Anteil ist aber konstant klein und liegt unter 5%. Weiter wird berichtet, dass die Platzspitz-Szene immer weiter zunehme. Auch dies stimmt kaum. Wie seit Jahren schwillt die Gassenszene jeweils in den Sommermonaten an und nimmt im Winter wieder ab. Dies belegen auch unsere Zahlen.

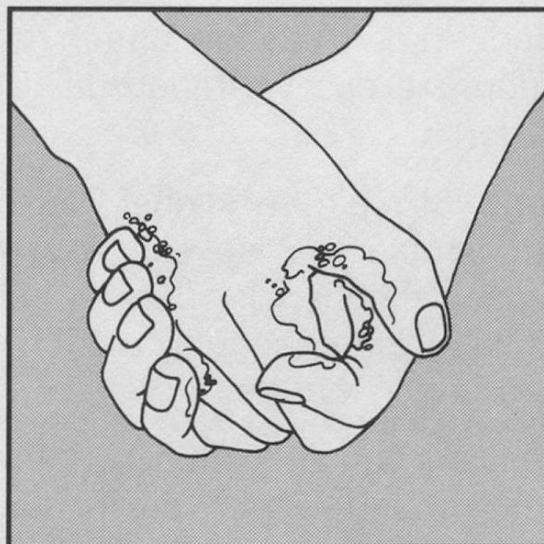
**ZIPP-AIDS und Politik:** Eine Belastung stellt auch die politische Unruhe dar, die durch die verschiedenen Äusserungen von Parteien und Behörden hervorgerufen wird. Die dadurch entstehende Unruhe unter Fixern und ZIPP-AIDS-Mitgliedern muss immer wieder aufgefangen werden.

**Kontakt mit anderen gassennahen Organisationen:** Im Laufe der Zeit hat sich eine gute Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen auf dem Platzspitz tätigen Hilfsorganisationen ergeben. Ein entsprechendes regelmässiges Diskussionsforum von Herrn Stadtrat W. Nigg organisiert und geleitet, erlaubt, umstrittene Fragen zu diskutieren.

### **Zusammenfassende Überlegungen**

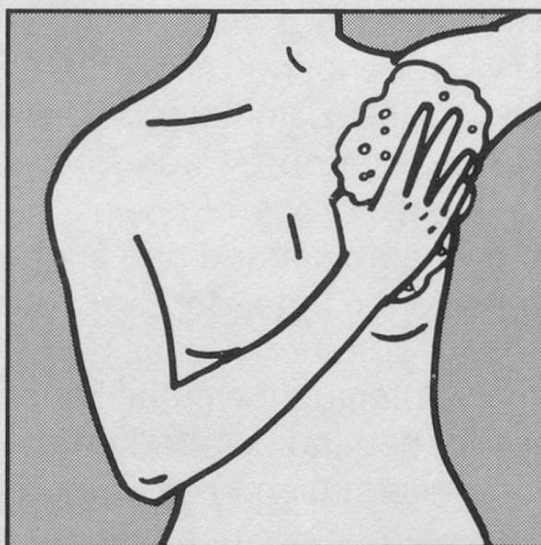
ZIPP-AIDS hat sich zum Ziel gesetzt, die Verbreitung der HIV-Infektion bei Drogenabhängigen zu verhindern. Hinzu kam der Auftrag des Stadtärztlichen Dienstes, auf dem Platzspitz erste medizinische Hilfe zu gewährleisten, dies in Zusammenarbeit mit Personal des Krankenzimmers für

**Für alle  
Medizinal-  
personen**



**Hände-  
desinfektion**

**und für den  
Patienten**



**prä-operative  
Ganzkörper-  
desinfektion**

Über 50%  
weniger  
post-operative  
Infektionen

# HIBISCRUB®

4% Chlorhexidinglukonat + Detergens

Das Waschdesinfiziens mit der spürbaren Verträglichkeit und der umfassenden Wirksamkeit gegen alle medizinisch wichtigen Bakterien sowie gegen HIV-Virus.

Literatur und ausführliche Angaben über HIBISCRUB®, Original-Chlorhexidin, (Vorsichtsmassnahmen etc.) siehe Arzneimittelkompendium der Schweiz oder auf Anfrage.



## ICI-Pharma

Landenbergstr. 34 6002 Luzern

Obdachlose. Die Verbindung der Aids-Prävention mit der ersten Hilfe hat sich sehr bewährt, indem sie das Vertrauen der Drogenabhängigen in ZIPP-AIDS weiter gefördert hat.

Der vorliegende Bericht zeigt in eindrücklicher Weise, wie erfolgreich das Interventionsprogramm angelaufen ist. Die Akzeptanz des Angebots durch die Betroffenen war viel höher als erwartet, sicher stark beeinflusst durch deren grosse Notlage. Es ergeben sich auch erste Hinweise, dass die Aids-Prävention zum Tragen kommt.

Bereits im ersten Betriebsjahr von ZIPP-AIDS konnten wichtige epidemiologische Erkenntnisse gewonnen werden, die für zukünftige Aids-Präventions-Programme wesentliche Hinweise geben.

1. Auf der Gasse bewegt sich ein grosser Anteil von sozial integrierten und berufstätigen i.v.-Drogenbenützern und ebenfalls viele mittelschwere Fixer mit teilweiser sozialer Integration. Über diese Personengruppen ist noch wenig bekannt. Gerade sie sind aber wichtige Zielgruppen für die Aids- und die Drogen-Prävention. Entsprechend weitere Abklärungen sind deshalb dringend und auch vorgesehen.
2. Die Häufigkeit von Infektionen unter den i.v.-Drogenbenützern ist nach wie vor enorm hoch. Dies gilt auch für das neu entdeckte Hepatitis C-Virus, welches erstmals untersucht werden konnte. Immerhin sind z.B. weniger als 3% der Wochenendfixer und der Neueinsteiger HIV-infiziert. Diese Ergebnisse unterstreichen die Dringlichkeit und den potentiellen Nutzen von Präventionsmassnahmen.

ZIPP-AIDS ist wie erwartet Bestandteil und Spielball ideologischer und politischer Diskussionen geworden. Ursache ist das auch auf gesetzgeberischer Ebene vorhandene Spannungsfeld zwischen Drogenbekämpfung und Aids-Prävention, welches eingangs erwähnt wurde. Es konnte ein Gleichgewicht erreicht werden.

Nicht nur in Zürich, sondern weltweit wird man weder nur mit liberalen, noch nur mit harten Methoden das Drogenproblem lösen können. Differenziertes Vorgehen ist anzustreben. Dabei gilt es, sowohl für die Betroffenen, wie auch für die Bevölkerung akzeptable Kompromisslösungen zu finden, ein Prozess, der in Zürich im Gange ist. Man geht zunehmend pragmatisch vor. Die Duldung des Platzspitzes als grössten «Drogen-Vermittlungs- und Konsumplatz» der Schweiz ist dabei nicht der Anfang, sondern das vorläufige Ende einer Entwicklung. Nach jahrelangem Hin- und Herschieben der «Gassenszene» von einem Quartier ins andere, scheint der Platzspitz eine – wenn auch keinswegs ideale – so doch akzeptable Lösung darzustellen. Für die Aids- und Gesundheitsprävention



hat der grosse Durchlauf auf dem Platzspitz Vorteile. Mit einem kleinen Aufwand an Personal kann eine grosse Wirkung erzielt werden. Bei vollständiger Dezentralisierung müsste ein viel grösserer Aufwand betrieben werden, um gleiche Wirkung zu erzielen.

Eine weitere wichtige Erkenntnis des ersten Betriebsjahres ist, dass die Bevölkerung lange Zeit äusserst schlecht informiert war und es vielfach immer noch ist. ZIPP-AIDS kann hier eine zusätzliche Aufgabe erfüllen. Mit zunehmendem Wissen wächst auch das Verständnis.

ZIPP-AIDS funktioniert nun schon seit dem 1. Dezember 1988, ohne einen Tag Unterbruch. Neben den zahlenmässig erfassbaren Leistungen gilt es auch die tägliche menschliche Hilfe zu berücksichtigen. Die Leistung des ZIPP-AIDS Teams auf dem Platzspitz und die vielen Helfer im Hintergrund verdienen höchste Anerkennung und grossen Dank.

Das Konzept von ZIPP-AIDS beginnt weltweit Beachtung und Nachahmung zu finden. Ein Beweis sind die vielen Delegationen von Drogen- und Aids-Fachleuten, die ZIPP-AIDS besuchen. Es ergibt sich deshalb eine eindeutige Schlussfolgerung: Welche Schritte auch immer für die Drogenbekämpfung unternommen werden, die Aids-Prävention muss vollumfänglich garantiert sein und Priorität behalten.

### **Zukunft von ZIPP-AIDS für 1991**

Das ZIPP-AIDS-Pilotprojekt wird Ende 1990 abgeschlossen sein. Für die Beteiligten besteht kein Zweifel, dass es im wesentlichen in unveränderter Weise fortgesetzt werden sollte. Das Bedürfnis ist unbestritten, die Leistung ausgewiesen.