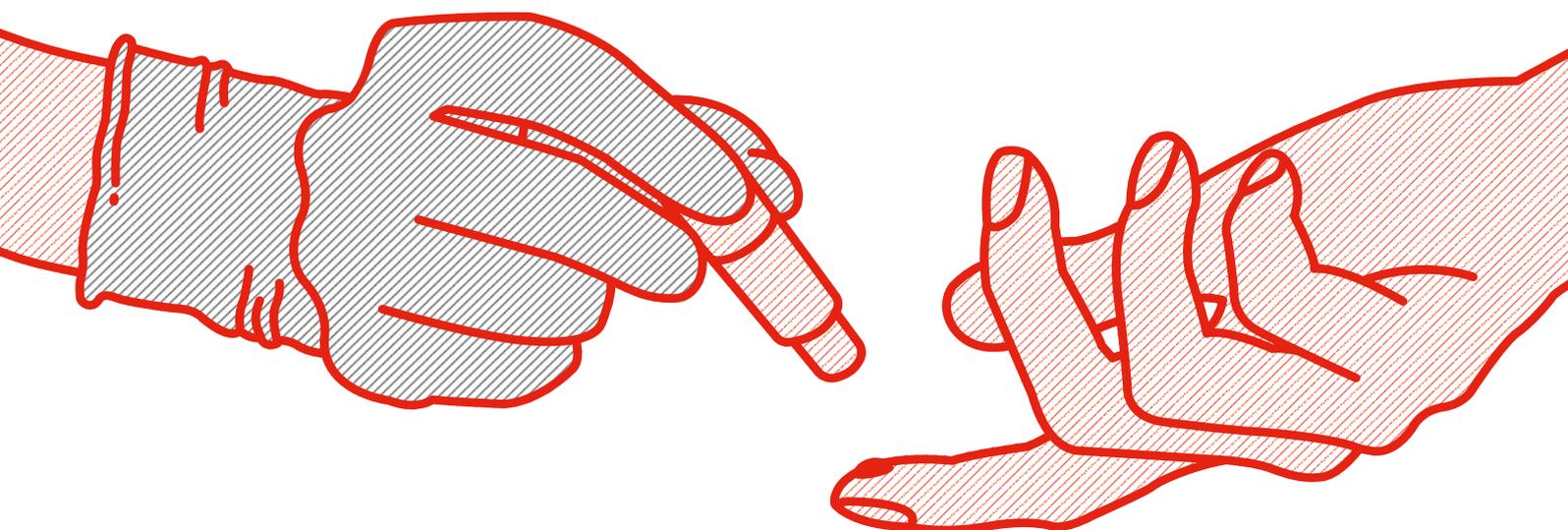




**LIEBES
LEBEN**



HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!

**Modellprojekt zu Beratungen und Tests
für Menschen, die Drogen gebrauchen,
durchgeführt in niedrighschwelligen
Einrichtungen der Drogenhilfe**

**Abschlussbericht zu den
Ergebnissen der Begleitevaluation
Juli 2020**

HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!

Modellprojekt zu Beratungen und Tests für Menschen, die Drogen gebrauchen,
durchgeführt in niedrighschwelligen Einrichtungen der Drogenhilfe.
Abschlussbericht zu den Ergebnissen der Begleitevaluation
Juli 2020

Herausgeberin

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 50819 Köln

E-Mail

info@liebesleben.de

Der Bericht ist online abrufbar

<https://www.liebesleben.de/fachkraefte/sexualaufklaerung-und-praeventionsarbeit/richtigen-zugang>

Vorgeschlagene Zitierweise

Gerlich, M., Dichtl, A., Graf, N. (2020). Abschlussbericht zum Projekt »HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!«
Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Das Modellprojekt wurde vom Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) gefördert.

Projektsteckbrief

Projekttitle

HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!
Modellprojekt zu Beratungen und Tests für Menschen, die Drogen gebrauchen, durchgeführt in niedrighschwelliger Einrichtungen der Drogenhilfe

Kooperationspartner

Deutsche Aidshilfe (DAH) und Robert Koch-Institut (RKI)

Hintergrund und Ziele

Menschen, die intravenös Drogen gebrauchen, haben ein erhöhtes Risiko für HIV- und Hepatitis-Virusinfektionen. Insbesondere das Hepatitis-C-Virus (HCV) ist bei Personen, die intravenös Drogen konsumieren, weit verbreitet. In den Jahren 2011 bis 2015 wurde vom Robert Koch-Institut die DRUCK-Studie (Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland) durchgeführt. Hierbei handelte es sich um eine Erhebung der Seroprävalenzen zu HIV, HBV und HCV und von Daten zu Wissen, Risiko- und Präventionsverhalten bei 2.077 Personen mit intravenösem Drogenkonsum. Auf Basis der Ergebnisse wurden Empfehlungen für verschiedene Bereiche formuliert. Das hier beschriebene Beratungs- und Testangebot wurde entwickelt, um insbesondere die Empfehlungen an niedrighschwellige Drogenhilfeeinrichtungen im Rahmen eines Modellprojekts umzusetzen. Viele Personen der Zielgruppe halten sich regelmäßig in Einrichtungen der niedrighschwelliger Drogenhilfe, wie Kontaktcafés oder Drogenkonsumräume, auf. So besteht über diese Einrichtungen ein Zugang zu einer für Präventionsmaßnahmen sonst schwer erreichbaren Zielgruppe.

Neben der Implementierung eines passgenauen Beratungsangebots für Menschen, die Drogen konsumieren, war es ein Ziel, den Zugang zu kostenlosen und anonymen Tests auf HIV und HCV für diese Zielgruppe zu fördern. Zwar gibt es u. a. in Gesundheitsämtern entsprechende Angebote, allerdings ist die Hürde für eine Inanspruchnahme höher als für Angebote, die vor Ort im gewohnten Umfeld der Personen angeboten werden. Zudem hat sich in der DRUCK-Studie gezeigt, dass die Therapiequoten für HIV und insbesondere für chronische HCV-Infektionen unbefriedigend waren. Daher war es ein weiteres Ziel, die Überleitung in eine medikamentöse Behandlung zu fördern.

Zielgruppe

Personen, die Drogen gebrauchen, insbesondere intravenös

Projektangebot

Im Zeitraum Januar 2018 bis Ende August 2019 fand ein wöchentliches Beratungs- und Testangebot im Umfang von rund 2 bis 4 Stunden in niedrighschwelliger Einrichtungen der Drogenhilfe in Hamburg, Hannover, Bremen, Troisdorf, Dortmund und Düsseldorf statt. Zudem wurde Unterstützung bei der Überleitung in eine medikamentöse HIV- oder HCV-Therapie angeboten.

Bestandteile der Begleitevaluation

- Quantitative Erfassung der Inanspruchnahme des Angebots
- Fokusgruppe mit den Projektmitarbeitenden
- Persönliche Interviews mit HCV-positiven Klientinnen und Klienten, die im Rahmen des Projekts eine HCV-Behandlung begonnen hatten oder sich in Abklärung befanden
- Telefonische Interviews mit Ärztinnen und Ärzten aus infektiologischen Praxen
- Durchführung einer SWOT-Analyse (Stärken, Schwächen, Chancen, Risiken) und Zusammentragen von *Lessons Learned* mit den Projektmitarbeitenden zum Abschluss des Projekts

Förderung

Die Projektumsetzung an den vier Standorten Hamburg, Hannover, Bremen und Troisdorf sowie die Begleitevaluation wurden vom Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) finanziert. Die zusätzlichen Standorte in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf und Dortmund wurden durch das Land NRW gefördert.

Danksagung

Das Modellprojekt »HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!« wurde gemeinsam mit einer Reihe von Organisationen, Einrichtungen sowie Kolleginnen und Kollegen durchgeführt, bei denen wir uns hiermit herzlich bedanken möchten.

Die Idee für dieses Modellprojekt wurde beim Bundesländer-Gremium zur Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen im November 2016 vorgestellt und dort wurde für eine Beteiligung von interessierten Drogenhilfeeinrichtungen geworben. Vier Bundesländern war zu diesem Zeitpunkt ein aktives Mitwirken in diesem Projekt möglich: Hamburg, Bremen, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen. Wir bedanken uns herzlich bei den Vertreterinnen und Vertretern dieser Bundesländer für die Ermöglichung und Begleitung dieses Projekts.

Ein besonderer Dank gilt den niedrigschwelligen Einrichtungen der Drogenhilfe für die Umsetzung des Projekts vor Ort. Ohne das große Engagement der Leitungen der Einrichtungen und der interdisziplinären Projektteams an den sechs Projektstandorten wäre eine Durchführung nicht möglich gewesen. Vielen Dank auch für die regelmäßige Dokumentation und die hilfreichen Rückmeldungen, die in die Begleitevaluation eingeflossen sind.

Ein ganz herzlicher Dank geht an die stete Unterstützung und Beratung durch Dirk Schäffer (Deutsche Aidshilfe), Dr. Ruth Zimmermann (Robert Koch-Institut) und Kerstin Dettmer (beauftragte Projektkoordinatorin), deren umfangliche Expertise im Bereich Drogenkonsum und chronische Infektionskrankheiten in die Planung, Durchführung und Auswertung des Projekts eingeflossen ist.

Die Begleitevaluation wurde von Anna Dichtl (Institut für Suchtforschung Frankfurt) und Niels Graf (Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung) mit viel Einsatz und Sachverstand durchgeführt – besten Dank hierfür. Innerhalb der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unterstützten Dr. Ursula von Rügen (Leiterin des Referats »Forschung und Qualitätssicherung«) methodisch, Sayneb Al-Baghdadi und Nadine Rausch organisatorisch und administrativ (beide Referat 1-12) sowie Ute Bakker verwaltungsseitig – herzlichen Dank.

Unser Dank gilt auch dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) für die Finanzierung der Projektumsetzung an den vier Standorten Hamburg, Hannover, Bremen und Troisdorf sowie der Begleitevaluation, und dem Land Nordrhein-Westfalen für die Förderung der beiden zusätzlichen Standorte Düsseldorf und Dortmund.

Schließlich möchten wir uns bei allen Besucherinnen und Besuchern der Einrichtungen für die Teilnahme am Projekt, das entgegengebrachte Vertrauen und das Mitwirken bei der Begleitevaluation sehr herzlich bedanken.

Köln, Juli 2020

Dr. Miriam Gerlich
Projektleiterin des Modellprojekts »HIV? Hepatitis?
Das CHECK ich!« an der BZgA

Dirk Meyer
Leiter des Referats 1-12 »Prävention von HIV/AIDS
und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI)«
der BZgA



Auftakttreffen zum Projekt »HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!«
am 12.9.2017 in Köln

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	7
1 »HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!«	8
1.1 Hintergrund	8
1.2 Rahmenbedingungen	8
1.3 Projektziele	9
1.4 Durchführung	9
1.5 Personelle Ausstattung und Umfang des Beratungs- und Testangebots	10
1.6 Angebotene HIV- und HCV-Tests	10
1.7 Hepatitis-A- und -B-Impfungen	10
1.8 Zeitlicher Ablauf des Projekts	10
1.9 Projektstruktur und Förderung	11
2 Methodik der Begleitevaluation	12
2.1 Erhebungsinstrumente und Durchführung	12
2.2 Statistische Auswertung	13
3 Durchgeführte Beratungen und HIV-/HCV-Tests - Inanspruchnahmestatistik	14
3.1 Anzahl der durchgeführten Beratungen	14
3.2 Anzahl der durchgeführten Tests	14
3.3 Überleitung in eine HIV- und HCV-Therapie	15
4 Durchgeführte Beratungen und HIV-/HCV-Tests - Ergebnisse der Frage- und Befundbögen	16
4.1 Soziodemographischer Hintergrund der beratenen Personen	16
4.2 Gesundheitsbezogene Angaben der beratenen Personen	17
4.3 Durchgeführte Tests - Ergebnisse der Befundbögen	20
5 Ergebnisse der Fokusgruppe mit Projektmitarbeitenden zur Überleitung in eine HCV- und HIV-Therapie	24
5.1 Methode	24
5.2 Ergebnisse	24
6 Überleitung in eine HCV- und HIV-Therapie: Ergebnisse der Interviews mit Klientinnen und Klienten	27
6.1 Methode	27
6.2 Angaben zu den befragten Personen	27
6.3 Ergebnisse	28

7 Überleitung in eine HCV- und HIV-Therapie: Ergebnisse der Interviews mit Ärztinnen und Ärzten	30
7.1 Methode	30
7.2 Ergebnisse	30
8 Zusammenfassung der Ergebnisse der Klienten- und Ärzteinterviews	32
9 Stärken, Schwächen, Chancen, Risiken, Lessons Learned - Ergebnisse der SWOT-Analyse	33
9.1 Methode	33
9.2 Ergebnisse	33
10 Zusammenfassung der Ergebnisse und Diskussion	34
11 Fazit	38
12 Literatur	39
13 Impressum	40
14 Anhang	41

Abkürzungsverzeichnis

AK-Test	Antikörper-Test
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DAA	engl., Directly Acting Antivirals
DAH	Deutsche Aidshilfe
HAV	Hepatitis-A-Virus
HBV	Hepatitis-B-Virus
HCV	Hepatitis-C-Virus
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
i. v.	intravenös
KV	Krankenversicherung
PCR-Test	engl., Polymerase Chain Reaction (Test zum Virusnachweis)
RKI	Robert Koch-Institut
RNA	Ribonukleinsäure
STI	engl., Sexually Transmitted Infections
STIKO	Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut
WHO	World Health Organization

1 »HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!«

1.1 Hintergrund

Menschen, die intravenös Drogen gebrauchen, haben ein erhöhtes Risiko für HIV- und Hepatitis-Virusinfektionen. Insbesondere das Hepatitis-C-Virus (HCV) ist bei Personen, die intravenös Drogen konsumieren, weit verbreitet. Dabei sind die Übertragungswege und die gesundheitlichen Gefahren, vor allem in Bezug auf HCV, noch nicht ausreichend bekannt. HIV- und HCV-Infektionen können über viele Jahre symptomlos oder symptomarm verlaufen, so dass sie oft erst sehr spät entdeckt werden. HIV-Infektionen sind noch nicht heilbar, aber heute gut behandelbar, wobei eine Therapie frühzeitig begonnen werden sollte. Ein chronischer Verlauf ist bei einer HCV-Infektion sehr häufig. Dabei können langfristig schwere Folgeschäden auftreten wie Leberzirrhose und Leberzellkrebs. Heutzutage stehen wirksame und gut verträgliche Medikamente zur Verfügung, mit denen die HCV-Infektion in den meisten Fällen geheilt werden kann. Eine Therapie kann auch eine bereits beeinträchtigte Leberfunktion wieder verbessern. Allerdings gibt es nach einer ausgeheilten HCV-Infektion keine Immunität. Daher ist eine Re-Infektion möglich.

Nach der aktuellen S3-Leitlinie (Sarrazin et al. 2018) besteht bei allen chronisch HCV-infizierten Personen die Indikation zur Behandlung, unabhängig von einer Leberschädigung oder von Symptomen. Eine HCV-Infektion gilt als chronisch, wenn sie länger als 6 Monate besteht (HCV-RNA-Nachweis).

Der Zugang zu HCV-Therapien ist für Menschen, die intravenös Drogen konsumieren, allerdings erschwert. Dabei stellt eine Drogenabhängigkeit keine Kontraindikation für eine antivirale Therapie dar. Entscheidend für einen Therapieerfolg ist ein stabiles Arzt-Patienten-Verhältnis bzw. die Einschätzung, ob eine regelmäßige Tabletteneinnahme erfolgen wird. Um den Therapieerfolg zu unterstützen, sollte eine interdisziplinäre Betreuung dieser Patientengruppe gewährleistet werden (Sarrazin et al. 2018).

In den Jahren 2011 bis 2015 wurde vom Robert Koch-Institut (RKI) die DRUCK-Studie durchgeführt (Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland, RKI 2016). Dabei handelte es sich um einen Infektions- und Verhaltenssurvey bei injizierenden Drogengebrauchenden in Deutschland. In dieser Studie wurden 2.077 Personen aus acht Städten befragt und auf Labormarker für u. a. HCV und HIV untersucht. Die Seroprävalenz von HIV bewegte sich zwischen 0 und 9%, je nach Studienstadt, und die Seroprävalenz von HCV zwischen 42 und 75%, wobei eine aktive Infektion mit nachweisbarer Virus-RNA in 23 bis 54% vorlag. In der Befragung zeigte sich zudem, dass insbesondere die HCV-, aber auch die HIV-Therapiequote der Teilnehmenden unbefriedigend war. So gaben von den HCV-infizierten Personen mit einer früheren oder aktuellen Behandlungsindikation

nur 30% an, jemals behandelt worden zu sein, lediglich 19% waren nach eigenen Angaben bereits erfolgreich behandelt worden. Von den Teilnehmenden mit einem bekannt positiven HIV-Status gaben 64% an, jemals in ihrem Leben antiretroviral behandelt worden zu sein. 55% berichteten, zum Zeitpunkt der Studienteilnahme eine antiretrovirale Therapie zu erhalten. Die Ergebnisse der Studie zeigten auch Wissenslücken zu Übertragungsrisiken und Präventionsmöglichkeiten. So wusste z. B. eine von fünf Personen nicht, dass HCV durch den gemeinsamen Gebrauch der Konsumutensilien Filter, Löffel und Wasser übertragen werden kann (RKI 2016).

Basierend auf den Ergebnissen der DRUCK-Studie (RKI 2016) wurden für die niedrigschwellige Drogenhilfe u. a. die folgenden Handlungsempfehlungen formuliert:

- HIV- und HCV-Testangebote (z. B. HIV-Schnelltestung) als regelmäßiges Angebot implementieren
- Die Testung sollte von qualifizierter Beratung begleitet werden
- Beratungen von Personen mit intravenösem Drogenkonsum zur Vermeidung von Infektionsübertragungen, zur Impfung gegen Hepatitis B und zur Therapie von HIV- und HCV-Infektionen als regelmäßiges Angebot implementieren
- Ein regelmäßiges Schulungsangebot zur Qualifizierung von (nicht medizinischem) Personal in der Drogenhilfe als (Test-)Beratende implementieren

Auf der Grundlage dieser Empfehlungen wurde das hier beschriebene Modellprojekt »HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!« entwickelt und durchgeführt. In die Konzeption des Projekts flossen auch die Praxiserfahrungen ein, die bei der modellhaften Intervention TEST IT! (DAH 2010) gewonnen wurden. TEST IT! war ein Kooperationsprojekt der Deutschen Aidshilfe und der Aidshilfe Dortmund. Im Zuge dieses Projekts wurden im Jahr 2009 in einer niedrigschwelligen Einrichtung der Drogenhilfe in Dortmund HIV-Schnelltests angeboten.

Das Projekt »HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!« beinhaltete die Implementierung eines zielgruppenspezifischen Beratungs- und Informationsangebots zu HIV und Hepatitis sowie anonyme und kostenlose Tests auf HIV und HCV für Drogen gebrauchende Menschen. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Überleitung von positiv getesteten Personen in eine HIV- und/oder HCV-Therapie. Das Projekt wurde an sechs Standorten in vier Bundesländern durchgeführt.

1.2 Rahmenbedingungen

Das Projekt »HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!« (im Folgenden »Das Projekt«) wurde in niedrigschwelligen Einrichtungen der Drogenhilfe durchgeführt. Diese Einrichtungen haben das Ziel, die körperlichen, psychischen und sozialen Schädigungen, die sich aus dem Konsum illegaler Drogen in der offenen Drogenszene ergeben können, zu mindern (Schadensminimierung). Es werden

Hilfen für das Überleben im Alltag bereitgestellt (z. B. Essensausgabe, Aufenthaltsraum, Waschräume) und bei alltags- und drogenbezogenen Problemen wird unterstützt. Einige der Einrichtungen haben einen Drogenkonsumraum, in dem unter hygienischen Bedingungen Drogen injiziert oder anderweitig konsumiert werden können, um Folgen unsteriler Injektionen, z. B. Abszesse an der Einstichstelle oder durch den gemeinsamen Gebrauch von Konsumutensilien, wie Infektionen mit HBV, HCV oder HIV, zu vermeiden.

Das Beratungs- und Testangebot stellte für die teilnehmenden Einrichtungen ein neues oder erweitertes Angebot dar, gliederte sich aber in die bestehenden Strukturen und Angebote der Einrichtungen ein. Die Einrichtungen verfügten allesamt über niedrigschwellige Zugangsvoraussetzungen und über Netzwerkstrukturen, die bei Bedarf eine Vermittlung zu weiterführenden Angeboten (z. B. Substitutionsbehandlung mit Methadon bei Opioid-Abhängigkeit) sowie anderen Einrichtungen ermöglichten. Dabei war der Ausbau von Kooperationen mit niedergelassenen infektiologischen Praxen ein Bestandteil des Projekts.

Von zentraler Bedeutung waren folgende Kooperationspartner bzw. kooperierende Einrichtungen:

- Ambulanz/niedergelassene Ärztin/niedergelassener Arzt zur Initiierung einer eventuell gewünschten Substitutionsbehandlung; ggf. auch Angebot von Impfungen gegen Hepatitis A und B
- HIV-Ambulanz/HIV-Schwerpunktpraxis zur Möglichkeit des zeitnahen Beginns einer antiretroviralen Therapie im Fall eines positiven HIV-Testergebnisses
- HCV-Ambulanz/HCV-Schwerpunktpraxis zur Möglichkeit des zeitnahen Beginns einer antiviralen Therapie im Fall eines virämischen HCV-Testergebnisses (positiver RNA-Nachweis in der PCR)
- Entgiftungseinrichtung zur Durchführung einer qualifizierten Entzugsbehandlung
- Aidshilfen/weitere Angebote der Drogenhilfe

Um die Ansprache innerhalb der Einrichtung zu vereinfachen, verfügten die Träger sowohl über ein entsprechendes Kontaktangebot (Kontaktladen/Kontaktcafé) als auch über ausreichende Räumlichkeiten zur Testberatung und Testdurchführung.

Zur Abklärung einer eventuell notwendigen HIV-/HCV-Therapie wurden HIV- und/oder HCV-positive Klientinnen und Klienten bei der Kontaktaufnahme zu den behandelnden Stellen unterstützt. Die Projektmitarbeitenden boten neben der Vermittlung, so weit wie möglich, auch eine persönliche Begleitung zum ärztlichen Termin an.

1.3 Projektziele

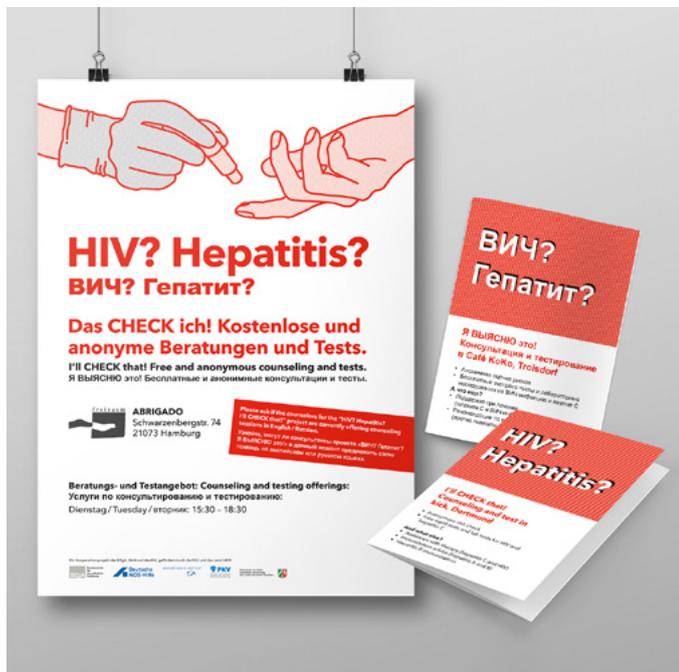
- Implementierung von niedrigschwelligen HIV-/HCV-Beratungs- und Testangeboten für Personen, die Drogen gebrauchen, ohne oder mit nur eingeschränktem Zugang zu medizinischen Angeboten
- Es erfolgt eine Inanspruchnahme dieser Angebote durch die Zielgruppe
- Durch das frühzeitige Erkennen einer HIV- und/oder HCV-Infektion soll die Grundlage für den Beginn einer entsprechenden HIV-Therapie/HCV-Behandlung geschaffen werden. Bei HIV unterdrückt die Therapie die Virämie. Bei HCV ist sogar eine vollständige therapieinduzierte Ausheilung möglich. So werden Infektionsketten für HIV und HCV unterbrochen und auf individueller Ebene Folgeerkrankungen vorgebeugt
- Mittels zielgruppenspezifischer Beratungs- und Informationsangebote soll das Bewusstsein für risikoreiche Verhaltensweisen erhöht werden. Ferner sollen die Kenntnisse zur Prävention von durch Blut und sexuell übertragbaren Infektionen erweitert werden
- Fort- und Weiterbildung der Projektmitarbeiterinnen und Projektmitarbeiter, um deren Fachkenntnisse bedarfsgerecht zu aktualisieren bzw. zu ergänzen

1.4 Durchführung

In der Durchführung des Projekts wurde eine Betreuungskontinuität angestrebt. Die Klientinnen und Klienten sollten in den unterschiedlichen Phasen - vom Erstkontakt über die Testberatung bis zum Gespräch nach Durchführung eines Tests - möglichst von dem gleichen Mitarbeiter bzw. der gleichen Mitarbeiterin begleitet werden. Dies sollte helfen, mögliche Hemmschwellen und Ängste der Klientinnen und Klienten vor diesen Themen zu reduzieren.

Ein eingehendes Beratungsgespräch jeweils vor und nach der Durchführung des Tests war obligatorischer Bestandteil des Angebots. Im Rahmen der Pre-Test-Beratung wurde eine »Risikoanalyse« vorgenommen. Ausgehend von der konkreten Lebenssituation wurde zum einen gemeinsam erörtert, welche »Safer Use«- und »Safer Sex«-Maßnahmen der Klientin bzw. dem Klienten zur Verhinderung einer Infektion mit HIV und von Hepatitis-Virusinfektionen oder einer anderen sexuell übertragbaren Infektion (STI) zur Verfügung stehen. Zum anderen wurde durch die Thematisierung konkreten Risikoverhaltens geklärt, ob eine Infektion stattgefunden haben könnte. In Bezug auf die individuelle Vorgeschichte konnte somit Risikoverhalten angesprochen und reflektiert werden. Darauf aufbauend konnten Ansätze zur (Weiter-)Entwicklung individueller Schutzstrategien besprochen werden. Der Umgang mit einem positiven (oder negativen) Ergebnis war ebenfalls Gegenstand der Beratung. Beratungen sollten auch ohne den Wunsch nach einem HIV-/HCV-Test erfolgen, da ein solches Angebot eine intensive Auseinandersetzung mit dem bisherigen Risiko- bzw. Schutzverhalten nach sich ziehen und die spätere Testmotivation erhöhen kann.

Zur Bewerbung des Projekts wurden Flyer in Deutsch, Englisch und Russisch erstellt, die auf die entsprechenden Standorte angepasst waren. Zudem wurden mehrsprachige Poster angefertigt, die in den teilnehmenden und kooperierenden Einrichtungen ausgehängt werden konnten.



1.5 Personelle Ausstattung und Umfang des Beratungs- und Testangebots

Das kostenlose und anonyme Beratungs- und Testangebot fand an den sechs Projektstandorten als zusätzliches Angebot, in der Regel einmal wöchentlich für 2 bis 4 Stunden, während der regulären Öffnungszeiten statt. Eine Anmeldung war nicht erforderlich. In diesem Zeitraum waren – ausschließlich für die Durchführung des Projekts und damit zusätzlich zur regulären Personalausstattung – ein bis zwei Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen sowie eine Ärztin/ein Arzt anwesend. Die für das Projekt eingestellten Beschäftigten verfügten über Erfahrungen in der Beratung, Betreuung oder Behandlung von Drogen gebrauchenden Frauen und Männern. Dieser personelle Aufwand war nötig, um das Projekt, mit der deutlichen Betonung des Beratungsaspektes, fachlich angemessen umzusetzen. Zudem wurde bei HIV- oder HCV-positiven Personen eine Überleitung in eine Behandlung unterstützt, falls die Klientin bzw. der Klient dies wünschte. Die Beratungsgespräche erfolgten in deutscher und teilweise in englischer Sprache, falls gewünscht und umsetzbar. Sofern die Projektmitarbeitenden oder weitere Beschäftigte der Einrichtung darüber hinaus über Fremdsprachenkenntnisse verfügten, konnten sie Beratungen auch in weiteren Sprachen anbieten oder bei der Beratung übersetzen. Dies war insbesondere für Russisch gegeben. In einigen Fällen war der Einsatz einer Sprachmittlerin bzw. eines Sprachmittlers erforderlich. Hierfür mussten dann eigens Termine vereinbart werden.

1.6 Angebotene HIV- und HCV-Tests

Die Erfahrungen bisheriger Testprojekte zeigten, dass Schnelltests aus Kapillarblut (aus der Fingerbeere) ohne Venenpunktion bei der Zielgruppe besser akzeptiert sind. Schnelltests ermöglichen die Ergebnismittelung innerhalb von 30 Minuten, so dass die Beratungsgespräche vor und nach den Tests sowie die Testung selbst bei einem Besuch von ca. 60 Minuten Dauer durchgeführt werden konnten. Erst im Fall eines reaktiven Testergebnisses wurde eine Venenpunktion zur Blutentnahme für den Bestätigungstest erforderlich.

HIV- und HCV-Schnelltests sowie Bestätigungstests waren für die Klientinnen und Klienten kostenfrei. Labortests auf Anti-HCV-Antikörper und Kombinationstests auf Anti-HIV-Antikörper und HIV-Antigene wurden alternativ angeboten und waren ebenfalls kostenfrei. Bei bekannter HCV-Infektion konnte im Labor mittels einer PCR überprüft werden, ob die Infektion noch virämisch, d. h. aktiv, war oder ob nach erfolgreicher Therapie ggf. eine Re-Infektion stattgefunden hat.

1.7 Hepatitis-A- und -B-Impfungen

Der Schwerpunkt des Projekts lag auf der Beratung zu den Infektionsrisiken mit HIV und HCV und der Testung auf Infektionen mit diesen Viren. Im Sinne der Primärprävention von Hepatitis-Virusinfektionen sollten jedoch auch Infektionen mit dem Hepatitis-A-Virus (HAV) und dem Hepatitis-B-Virus (HBV) in der Beratung thematisiert werden. Waren Klientinnen oder Klienten hierfür noch nicht immun (kein Impfschutz oder keine durchgemachte Infektion), so sollte eine kombinierte HAV-/HBV-Impfung empfohlen werden. Bei krankenversicherten Personen wird dies als Indikationsimpfung von den Krankenversicherungen übernommen (RKI 2019, STIKO-Empfehlung). Lag kein Krankenversicherungsschutz vor, so wurde eine HAV-/HBV-Impfung über das Projekt in den niedrigschwelligen Einrichtungen ermöglicht.

1.8 Zeitlicher Ablauf des Projekts

Am 12.9.2017 fand in der BZgA das Auftakttreffen zum Projekt statt. Teilgenommen haben:

- Die Vertreterinnen und Vertreter der beteiligten Bundesländer
- Projektmitarbeitende aus den Einrichtungen
- Die Kooperationspartner RKI und DAH
- Sowie das externe Evaluationsteam

Die Vorbereitungsphase inklusive der Schulungen für die Projektmitarbeitenden erfolgte anschließend bis Dezember 2017. Im Zeitraum Januar 2018 bis Ende August 2019 wurden dann die Beratungen und Tests in den Einrichtungen durchgeführt. Über die Ergebnisse der Begleitevaluation im Zeitraum Januar bis Dezember 2018 wurde bereits ein Zwischenbericht erstellt. Dieser sollte den beteiligten

Bundesländern eine frühzeitige Planungsbasis für die angestrebte Verstetigung des Projekts bieten. Bestandteil des Berichts war eine Auswertung der quantitativen Daten zur Inanspruchnahme sowie der qualitativen Ergebnisse einer Fokusgruppe mit den Projektmitarbeitenden.

Die Projektergebnisse der Gesamtlaufzeit (Januar 2018 bis Ende August 2019) sind in diesem Abschlussbericht niedergelegt.

Tabelle 1. Teilnehmende Einrichtungen

Name der Einrichtung	Drogenkonsumraum ¹	Ort	Träger
ABRIGADO	ja	Hamburg-Harburg	Freiraum Hamburg e. V.
Tivoli	nein (in Planung)	Bremen	Comeback GmbH Bremen
Stellwerk	ja	Hannover	STEP gGmbH Hannover
Café KoKo	ja	Troisdorf	Diakonie Suchthilfe Troisdorf
Café Kola	ja	Düsseldorf	Düsseldorfer Drogenhilfe e. V.
Drogenhilfeeinrichtung kick	ja	Dortmund	Aidshilfe Dortmund e. V.

¹ Verfügt die Einrichtung über einen angeschlossenen Drogenkonsumraum?

Bei allen Einrichtungen handelt es sich um niedrigschwellige Angebote für Menschen, die Drogen gebrauchen. Sie unterscheiden sich allerdings hinsichtlich der Struktur und Inanspruchnahme: Bis auf den Standort Bremen verfügen alle Einrichtungen über einen Drogenkonsumraum (siehe Tabelle 1). Beim Café KoKo in Troisdorf handelt es sich um eine vergleichsweise kleine Einrichtung (unter 10 Mitarbeitende gesamt) in einem eher ländlichen Umfeld; dementsprechend ist diese Einrichtung weniger frequentiert als die in den größeren Städten.

Einige der Standorte konnten bereits zuvor ein Testangebot ermöglichen, welches im Rahmen des Projekts erweitert wurde. Dies gilt vor allem für den Standort Dortmund, der durch das Projekt zusätzliche Teststunden anbieten konnte.

Durch verschiedene Umstände konnte das Projekt am Standort Bremen nicht wie geplant umgesetzt werden. So war hier u. a. ein Beginn der wöchentlichen Beratungen und Tests erst ab August 2018 möglich. Um die Ergebnisse des Gesamtprojekts nicht zu verzerren, sind daher die für Bremen verfügbaren Daten nicht in der vorliegenden Abschlussevaluation integriert.

1.9 Projektstruktur und Förderung

Das Projekt wurde von der BZgA durchgeführt, vom Referat »Prävention von HIV/AIDS und anderen sexuell

übertragbaren Infektionen (STI)«. Die Projektleitung oblag Dr. Miriam Gerlich; projektverantwortlich waren Dr. Christine Winkelmann bis 31.5.2019, ab 1.6.2019 Dirk Meyer.

Die Projektdurchführung erfolgte in enger Kooperation mit der Deutschen Aidshilfe, Bereich »Drogen und Strafvollzug/JES« (Dirk Schäffer) und dem Robert Koch-Institut, Fachgebiet »HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen« (Dr. Ruth Zimmermann).

Kerstin Dettmer unterstützte im Auftrag der BZgA die Projektimplementierung und stand als ärztliche Ansprechpartnerin bei Fragen rund um die Durchführung der Testberatungen zur Verfügung.

Anna Dichtl, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Suchtforschung Frankfurt (Frankfurt University of Applied Sciences), und Niels Graf, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung (Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen), wurden von der BZgA für die Begleitevaluation beauftragt.

Die Projektumsetzung an den vier Standorten Hamburg, Hannover, Bremen und Troisdorf sowie die Begleitevaluation wurden vom Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) finanziert. Die zusätzlichen Standorte in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf und Dortmund wurden durch das Land NRW gefördert.

2 Methodik der Begleitevaluation

Die standortspezifischen Implementierungen wurden wissenschaftlich begleitet. Die Begleitevaluation erfolgte über die gesamte Projektdauer, hierfür wurden quantitative und qualitative Methoden kombiniert. Über eine quantitative Erhebung wurden Daten zur Inanspruchnahme des Beratungs- und Testangebots gewonnen. Eine qualitative Begleitforschung sollte sicherstellen, dass Erfahrungen und *Lessons Learned* gesammelt und reflektiert werden. Ziel war es, mit den so gewonnenen Erkenntnissen eine »Blaupause« bereitzustellen, um in praxisnaher Weise Angebote der Drogenhilfe dabei zu unterstützen, Beratung und Testung für HIV und HCV niedrigschwellig vorzuhalten.

Das Vorgehen bei der Begleitevaluation wurde durch den Datenschutzbeauftragten der BZgA geprüft (Vermerk zum Prüfergebnis vom 7.12.2017). Es bestanden keine Einwände.

2.1 Erhebungsinstrumente und Durchführung

Im Folgenden werden die Bestandteile der Begleitevaluation näher dargestellt. Eine Übersicht befindet sich in Abbildung 1.

Zur Erfassung der Inanspruchnahme von Beratungen und Tests wurde ein **standardisierter Fragebogen** entwickelt, der inhaltlich auf dem Fragebogen der modellhaften Intervention TEST IT! (DAH 2010) aufbaut. Dieser Fragebogen wurde in einem Treffen des Projekt- und Evaluationsteams sowie der beteiligten Einrichtungen gemeinsam erarbeitet und rund sechs Wochen lang von den Einrichtungen in der Praxis getestet. Im Laufe des Februars 2018 besuchten Mitglieder des Projektteams alle Einrichtungen vor Ort und erbaten u. a. eine Rückmeldung zur Funktionalität des Fragebogens. Eine Anpassung des Fragebogens war nicht erforderlich, so dass er weiterhin unverändert eingesetzt wurde. Der Fragebogen findet sich im Anhang dieses Berichts.

Der Fragebogen wurde von den Projektmitarbeitenden im Gespräch mit den Klientinnen und Klienten ausgefüllt. Der anonyme Fragebogen sollte die Beratung unterstützen, auch durch ergänzende Erläuterungen (Gesprächsleitfaden). Bei Einverständnis der Klientinnen und Klienten wurde der Fragebogen zur Auswertung an das externe Evaluationsteam weitergeleitet.

Erfolgte ein Test, so wurde in einem separaten Dokument ein anonymer Befundbogen ausgefüllt. Dieser konnte im Rahmen der Begleitevaluation durch eine Nummer dem jeweiligen Beratungsfragebogen zugeordnet werden. Die Erfassung erfolgte fallbezogen. Dies bedeutet, dass für eine Person, die erneut die Testberatung in Anspruch nahm, ein neuer Fragebogen angelegt wurde.

Die Datenerfassung und -zuordnung (Fragebögen und Befundbögen) im Projekt orientierte sich am Vorgehen in den »Checkpoints« der Aidshilfen, die anonyme Tests auf HIV und andere STI insbesondere für Männer, die Sex mit Männern haben, anbieten. In den »Checkpoints« erfolgte die anonyme Datenerfassung zu Forschungszwecken zunächst papierbasiert, mittlerweile geschieht dies elektronisch.

Um das Gesamtvolumen an durchgeführten Beratungen und Tests im Projekt »HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!« erfassen zu können, wurde für alle durchgeführten Beratungen und Tests zudem eine anonyme **Inanspruchnahmestatistik** geführt, die keinerlei personenbezogene Angaben wie Alter oder Geschlecht enthielt, sondern nur die durchgeführten Maßnahmen (Beratung, Test) im Sinne einer Strichliste zählte. Somit konnten u. a. auch kurze Beratungen erfasst werden, die nicht auf eine umfängliche Testberatung abzielten und für die daher unter Umständen kein Fragebogen angelegt wurde. Die Inanspruchnahmestatistik wurde projektspezifisch zur Einschätzung des gesamten Beratungs- und Testvolumens eingesetzt.

Die Ergebnisse der Inanspruchnahmestatistik und der standardisierten Fragebogenerhebung wurden ergänzt durch Ergebnisse einer im November 2018 durchgeführten **Fokusgruppe**. Diese erfolgte mit den Projektmitarbeitenden der verschiedenen Standorte und diente dazu, die Erfahrungen bei Beratung, Testdurchführung und Überleitung in eine Therapie vertiefend zu erfassen. Fokusgruppen ermöglichen einen moderierten Austausch der Teilnehmenden untereinander, mit dem Ziel, eine Rückmeldung zu einem bestimmten Thema zu erhalten. In diesem Fall wurde ein deduktives Vorgehen gewählt, da ein Forschungsinteresse an konkreten Aussagen zu vorgegebenen Themenbereichen bestand. Hierzu wurde ein strukturierter Leitfaden erstellt. Nach Einverständnis aller Teilnehmenden wurde das Fokusgruppengespräch aufgezeichnet und transkribiert (wörtliche Verschriftlichung). Mit Unterstützung des Softwareprogramms »MAXQDA« wurden zentrale Diskussionsaspekte identifiziert und zusammengefasst. Dabei diente der strukturierte Leitfaden als Analyseraster. Zur Veranschaulichung werden in diesem Bericht teilweise wörtliche Zitate anonymisiert aufgeführt.

Da die Erhebungen zur Inanspruchnahme anonym erfolgten, konnte weder in den Fragebögen noch über andere Erhebungsinstrumente dokumentiert werden, welche Personen mit positivem Testergebnis tatsächlich eine Behandlung begonnen haben. Auf anonymer Basis teilten die Projekte aber via der Inanspruchnahmestatistik mit, wie viele Personen ihnen von einem Therapiebeginn oder -abbruch berichtet haben. Diese Angaben sind ebenfalls in den vorliegenden Bericht eingeflossen.

Erfahrungen bei der Überleitung und Durchführung einer Therapie wurden anhand **qualitativer Forschungsmethoden** erhoben und dokumentiert. Zur Erfassung der **Klientenperspektive** erfolgten **Face-to-Face-Interviews** im Zeitraum März bis September 2019. Mit Unterstützung eines im Projekt entwickelten Gesprächsleitfadens wurden neun Klientinnen und Klienten vor Ort zu

Erfahrungen bei der Aufnahme und Durchführung einer medikamentösen Therapie befragt. Hierfür erhielten die Teilnehmenden eine Aufwandsentschädigung von 10 Euro. Ergänzend hierzu wurden von September bis Oktober 2019 **telefonische Einzelinterviews mit zwei Ärztinnen bzw. Ärzten** aus unterschiedlichen Städten durchgeführt, die in Kooperation mit den niedrighschwelligeren Drogenhilfeeinrichtungen HIV- und HCV-Therapien in ihrer Praxis anbieten. Geplant waren sechs Interviews mit Ärztinnen und Ärzten (eines pro Standort), wovon jedoch nur zwei realisiert werden konnten. Den Ärztinnen bzw. Ärzten wurde eine Aufwandsentschädigung von 40 Euro für das Telefoninterview angeboten. Der Leitfaden für die Telefoninterviews wurde unter Einbindung eines in diesem Feld tätigen Infektiologen entwickelt. Die Interviews wurden nach Einverständnis aufgezeichnet und transkribiert. Alle Interviews, sowohl die persönlich als auch die telefonisch durchgeführten, wurden ebenfalls mittels des Softwareprogramms »MAXQDA« ausgewertet. Auch hier werden zur Veranschaulichung teilweise wörtliche Zitate anonymisiert aufgeführt.

Zum Abschluss des Projekts analysierten die Projektmitarbeitenden aller Standorte mittels einer **SWOT-Analyse** (Stärken, Schwächen, Chancen, Bedrohungen bzw. Risiken, engl. **S**trengths, **W**eaknesses, **O**pportunities, **T**hreats) ihre Erfahrungen bei der Projektimplementierung und -durchführung und resümierten daraus ihre *Lessons Learned*. Als Grundlage für diese Analyse

wurden den Projektstandorten Leitfragen zur Verfügung gestellt, die im Team diskutiert wurden. Bei Bedarf konnte dieser Prozess durch das Evaluationsteam unterstützt werden. Die Ergebnisse der Diskussion wurden von den Projektmitarbeitenden in eine zur Verfügung gestellte Eingabemaske übertragen und an das Evaluationsteam übermittelt.

2.2 Statistische Auswertung

Es erfolgte eine deskriptive Auswertung der quantitativen Daten mittels des Statistiksoftware-Pakets »SPSS«. Bei der Analyse der standardisierten Fragebögen wurden die fehlenden Werte aufgeführt. Gültige Prozente beziehen sich ausschließlich auf die vorgegebenen Antwortkategorien und lassen fehlende Werte außen vor. Fehlende Werte traten insbesondere bei den separaten Befundbögen auf. Hier gibt es für Schnell- und PCR-Tests die Antwortkategorien reaktiv, nicht reaktiv, nicht durchgeführt bzw. positiv, negativ, nicht durchgeführt. Es ist naheliegend, dass die fehlenden Werte sich insbesondere auf nicht durchgeführte Tests beziehen. Dies würde bedeuten, dass bei Nichtdurchführen eines bestimmten Tests nicht durchgängig die Kategorie »nicht durchgeführt« angekreuzt wurde.

Fünf Befundbögen konnten wegen unklarer Angaben nicht in die Auswertung mit einbezogen werden.

Pre- und Posttestberatung

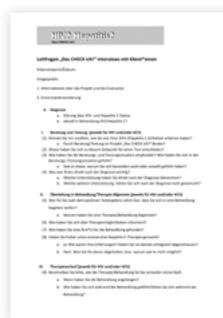


A Anonyme quantitative Erhebung der Inanspruchnahme und Testergebnisse

- Fallbezogen
- Zeitraum Januar 2018 bis Ende August 2019

B Ergänzend: Ergebnisse aus der Fokusgruppe vom 8.11.2018 mit den Projektmitarbeitenden und aus der SWOT-Analyse mit den Standorten (Durchführung Ende 2019)

Überleitung in eine Behandlung, Therapieerfahrungen



A Leitfadengestützte *Face-to-Face*-Interviews mit Klientinnen und Klienten, die eine Therapie begonnen haben, bzw. abklären

B Telefonische Einzelinterviews mit Ärztinnen/Ärzten, die eine HIV- und HCV-Therapie anbieten (Kooperationspartner/-innen des Projekts)

C Ergänzende Informationen aus der Fokusgruppe vom 8.11.2018 und der SWOT-Analyse

Untersuchung von Strukturen und Prozessen, Identifikation von förderlichen und hinderlichen Faktoren

Stärken (**S**trengths)
Schwächen (**W**eaknesses)
Chancen (**O**pportunities)
Bedrohungen (**T**hreats)
Lessons Learned

A SWOT-Analyse Ende 2019 mit den Projektteams jeder Einrichtung mittels eines Leitfadens

Abbildung 1. Methodik und Erhebungsinstrumente der Begleitevaluation

3 Durchgeführte Beratungen und HIV-/HCV-Tests - Inanspruchnahmestatik

Die deskriptive Darstellung der im Zeitraum Januar 2018 bis Ende August 2019 durchgeführten Beratungen und Tests beruht auf zwei Datenquellen: (1) auf der Inanspruchnahmestatik, in der über alle Einrichtungen hinweg die Anzahl der durchgeführten Beratungen sowie die Anzahl der HIV-/HCV-Tests und deren Ergebnisse festgehalten wurden, und (2) auf Fragebögen, die im Beratungsgespräch ausgefüllt wurden und Angaben der Befragten zu Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, Substanzkonsum und weiteren Punkten beinhalten. Während die Inanspruchnahmestatik unabhängig von persönlichen Daten geführt wurde, beinhalten die Fragebögen also personenbezogene Daten. Daher war für die Verwendung der Fragebögen im Rahmen der vorliegenden Evaluation das informierte Einverständnis der beratenen und/oder getesteten Person notwendig. Aus diesem Grund - und auch weil Kurzberatungen in die Inanspruchnahmestatik eingeflossen sind - dürfte diese das genauere Bild hinsichtlich der Gesamtzahl der durchgeführten Beratungen und Tests vermitteln. Die Fragebögen können hingegen Aufschlüsse über das soziodemographische Profil der Klientinnen und Klienten ermöglichen, die sich aus der Inanspruchnahmestatik nicht ergeben.

3.1 Anzahl der durchgeführten Beratungen

Insgesamt wurden laut den Inanspruchnahmestatistiken der verschiedenen Standorte¹ während der gesamten Projektzeit (Januar 2018 bis Ende August 2019) 1.034 Beratungen durchgeführt, wobei im Jahr 2018 585 Beratungen stattfanden und im Jahr 2019 (8 Monate) 449. Von den insgesamt 1.034 Beratungen waren 429 Beratungen kurz (unter 15 Minuten) und 605 Beratungen lang, d. h. über 15 Minuten. Zwischen den einzelnen Jahresabschnitten (Jahresdrittel) lassen sich jeweils keine größeren Unterschiede beobachten (siehe Abbildung 2), so dass davon auszugehen ist, dass das Beratungs- und Testangebot während der gesamten Laufzeit relativ gleichmäßig genutzt wurde.

3.2 Anzahl der durchgeführten Tests

Durchgeführte HIV-Tests

Laut den Inanspruchnahmestatistiken wurden im Projektverlauf insgesamt 438 HIV-Schnelltests durchgeführt (2018: 282 HIV-Schnelltests; 2019: 156 HIV-Schnelltests). Entsprechend der Verteilung der Beratungstermine über das Jahr variiert auch die Anzahl der durchgeführten HIV-Schnelltests im Projektverlauf kaum; die Verteilung der HCV-Schnelltests ist größtenteils ähnlich.

Im Projektverlauf wurden nur wenige Proben für HIV-Labortests entnommen. Einerseits waren aufgrund der fast ausschließlich negativen HIV-Schnelltests (nur zwei reaktive HIV-Schnelltests) so gut wie keine Bestätigungstests erforderlich. Zudem zeigt dies, dass der

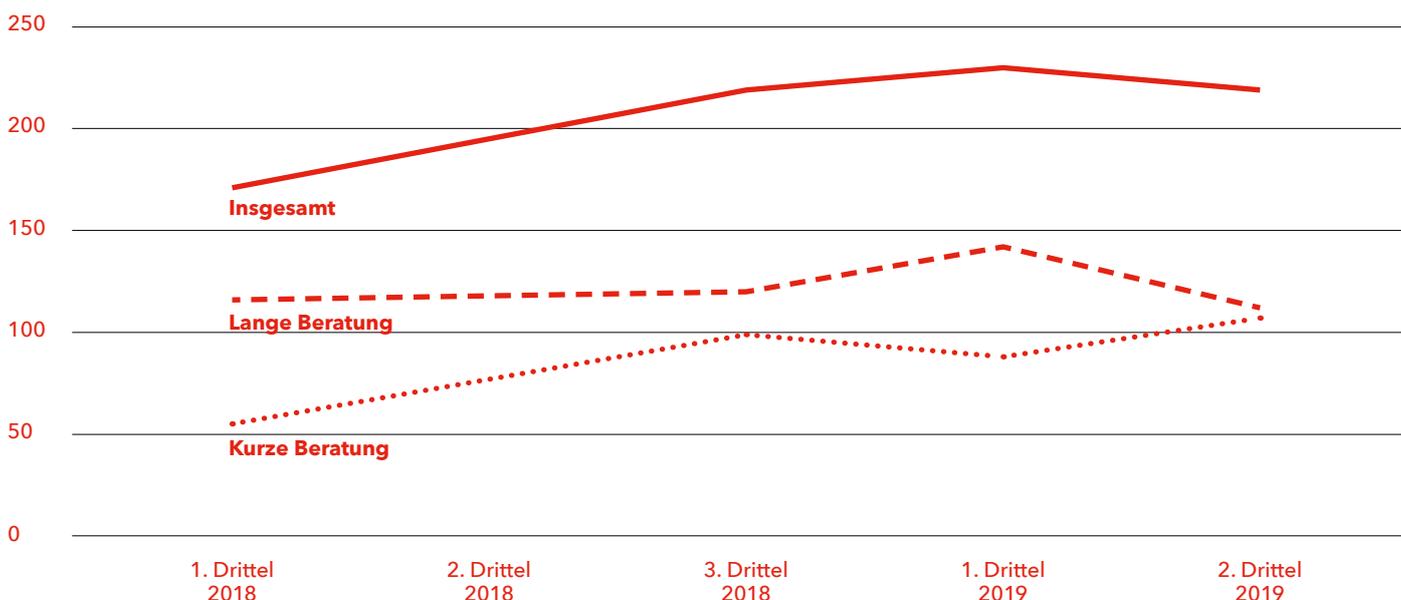


Abbildung 2. Durchgeführte Beratungen nach Jahresdritteln

¹ (siehe Abschnitt 3.1) Durch verschiedene Umstände konnte das Projekt am Standort Bremen nicht wie geplant umgesetzt werden. So war hier u. a. ein Beginn der wöchentlichen Beratungen und Tests erst ab August 2018 möglich. Weiterhin standen für das Ausfüllen aller Erhebungsinstrumente keine ausreichenden Kapazitäten zur Verfügung. Um die Ergebnisse des Gesamtprojekts nicht zu verzerren, sind daher die für Bremen verfügbaren Daten nicht in der vorliegenden Abschlussevaluation integriert

HIV-Antigen-Antikörper-Labortest als Alternative zum HIV-Antikörper-Schnelltest nur selten in Anspruch genommen wurde. Insgesamt wurden lediglich 25 Labortests durchgeführt (HIV-Antigen-Antikörper-Labortest oder Western Blot; davon elf im Jahr 2018 und 14 im Jahr 2019).

Insgesamt wurden während des Projekts laut Inanspruchnahmestatistik also 463 HIV-Tests (438 Schnelltests und 25 Labortests) durchgeführt (siehe Abbildung 3).

Durchgeführte HCV-Tests

Im Vergleich zu den durchgeführten HIV-Schnelltests wurden laut der Inanspruchnahmestatistik während des Projektverlaufs mit insgesamt 311 durchgeführten HCV-Schnelltests (2018: 202 HCV-Schnelltests, 2019: 109 HCV-Schnelltests) deutlich weniger HCV-Schnelltests als HIV-Schnelltests durchgeführt. Die Verteilung der HCV-Schnelltests über den Projektzeitraum ist größtenteils ähnlich zum Verlauf der HIV-Tests.

Zudem wurden im Projektverlauf aber 137 venöse Blutproben für Testungen auf AK und RNA im Labor entnommen (2018: 70; 2019: 67); als Folgetest zu einem reaktiven HCV-Schnelltest, zur Überprüfung, ob eine bekannte Infektion noch virämisch ist, ob eine Re-Infektion stattgefunden hat oder alternativ zum Schnelltest (HCV-Labor-Antikörpertest).

Insgesamt wurden demnach im Rahmen des Beratungs- und Testangebots 448 HCV-Tests durchgeführt (311 HCV-Schnelltests und 137 HCV-Labortests). Die Zahl an durchgeführten HCV-Tests ist damit insgesamt ähnlich zur Zahl der durchgeführten HIV-Tests (siehe Abbildung 3).

3.3 Überleitung in eine HIV- und HCV-Therapie

Im Rahmen der Inanspruchnahmestatistik sollte auch erfasst werden, ob die Beraterinnen und Berater Kenntnis von einem tatsächlichen HIV- und/oder HCV-Therapiebeginn der im Rahmen des Projektes beratenen Klientinnen und Klienten erhalten haben. Allerdings wurde dieser Teil der Inanspruchnahmestatistik offensichtlich entweder nicht vollständig ausgefüllt oder die Beraterinnen und Berater haben von ihren Klientinnen und Klienten tatsächlich kaum Kenntnis über einen HIV- und/oder HCV-Therapiebeginn erhalten. Die Rückmeldungen der Mitarbeitenden in den teilnehmenden Institutionen lassen jedoch darauf schließen, dass eine kontinuierliche Sicherung der entsprechenden Daten zu aufwendig und im Rahmen der Arbeitszeit daher nicht zu schaffen war. Es könnte gerade an kleinen Standorten auch der Fall gewesen sein, dass nur vereinzelte Personen eine HIV- und/oder HCV-Therapie begonnen haben.

Insgesamt gaben die Beraterinnen und Berater an, von 25 Personen erfahren zu haben, die eine HCV-Therapie begonnen haben, wobei im Rahmen des Projektes bereits 16 HCV-Therapien abgeschlossen wurden. Im Projektzeitraum wurde ein HCV-Therapieabbruch verzeichnet. Sechs Personen berichteten den Projektmitarbeitenden vom Beginn einer HIV-Therapie während der Projektlaufzeit, wobei mindestens eine dieser Personen schon vor dem Projekt von der HIV-Infektion wusste. Zugleich haben die Beraterinnen und Berater während des Projektverlaufs allerdings auch von vier HIV-Therapieabbrüchen erfahren, wobei es sich um eine bereits vor dem Projekt begonnene Therapie handeln kann.

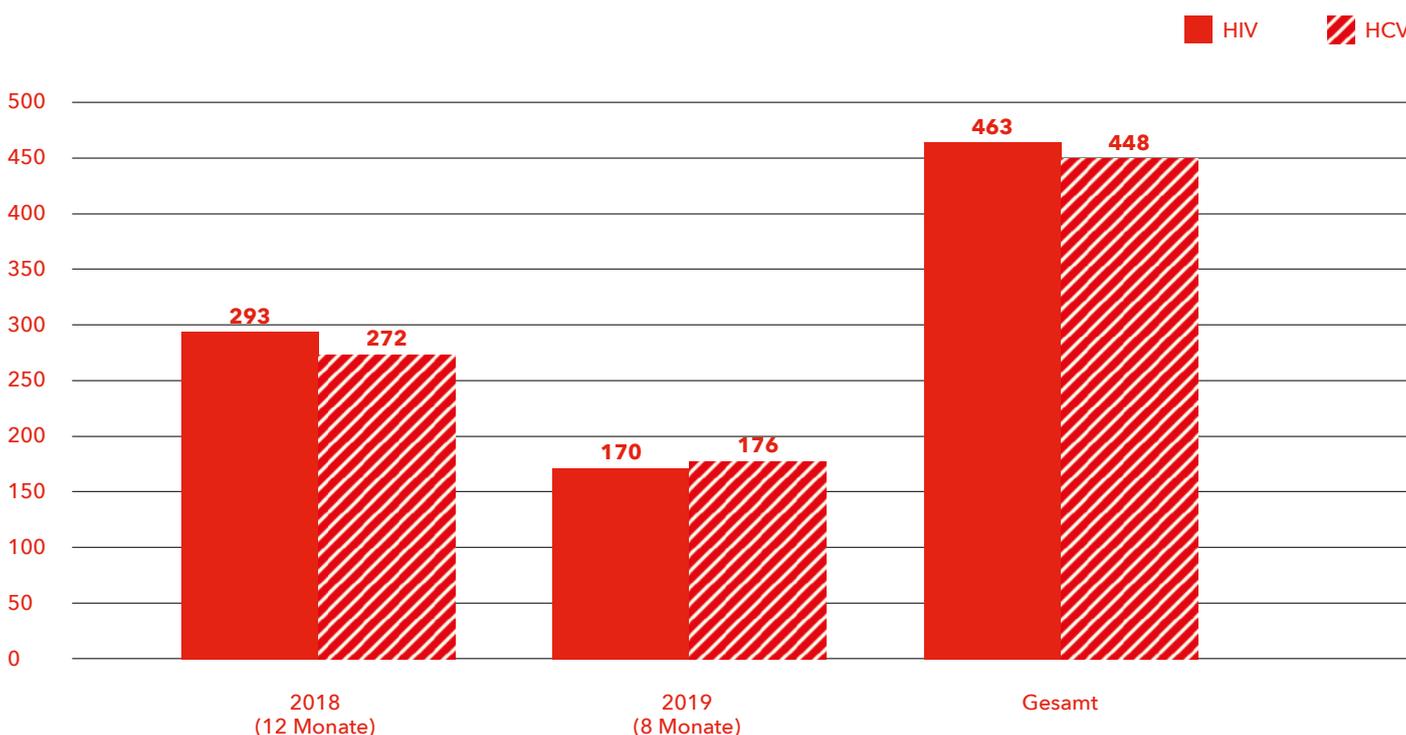


Abbildung 3. Durchgeführte HIV- und HCV-Tests (Schnell- und Labortests)

4 Durchgeführte Beratungen und HIV-/HCV-Tests - Ergebnisse der Frage- und Befundbögen

Während die Inanspruchnahmestatistiken unabhängig von personenbezogenen Daten geführt wurden, beinhalten die im Beratungsgespräch eingesetzten Fragebögen persönliche (aber keine personenidentifizierenden) Daten. Für die Übermittlung der Fragebögen war daher das informierte Einverständnis der Klientinnen und Klienten notwendig. Es ist anzunehmen, dass insbesondere im Kontext der insgesamt 605 längeren Beratungen

ein Fragebogen ausgefüllt wurde, dies aber bei kurzen Beratungen, z. B. zu konkreten Fragen, nicht der Fall war. Von insgesamt 1.034 durchgeführten Beratungen wurden für 502 Beratungsgespräche Fragebögen an das Evaluationsteam übermittelt. Die folgende deskriptive Darstellung basiert daher auf 502 Falldarstellungen. Die Erhebung erfolgte fallbezogen, so dass ggf. für eine Klientin bzw. einen Klienten auch zwei oder mehrere Fragebögen ausgefüllt worden sein könnten, wenn sie oder er mehrfach eine Beratung in Anspruch genommen hat. Von den 502 Klientinnen und Klienten wurden 91 Klientinnen und Klienten (18,1 %) mindestens zweimal beraten (wobei in drei Fällen bzw. 0,3 % die entsprechende Angabe fehlt).

Die meisten Klientinnen und Klienten, die mindestens zweimal beraten wurden, gaben dabei an, aufgrund einer HIV- und/oder HCV-Risikosituation erneut das Beratungsangebot in Anspruch genommen zu haben (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2. Gründe für erneute Beratung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Grund für erneute Beratung	HIV- und/oder HCV-Risiko	52	57,1	60,5
	Routine	27	29,7	31,4
	Sonstiges	7	7,7	8,1
	Gesamt	86	94,5	100,0
Fehlend	Keine Angabe	5	5,5	
Gesamt		91	100,0	

4.1 Soziodemographischer Hintergrund der beratenen Personen

Die überwiegende Mehrheit der beratenen Personen waren Männer (77 %), knapp ein Viertel der beratenen Personen waren Frauen (23 %, siehe auch Tabelle 3). Keine der beratenen Personen ordnete sich der Kategorie »Sonstige Angabe« zu.

Das Durchschnittsalter der beratenen Personen betrug 40,7 Jahre. Die jüngste beratene Person war zum Zeitpunkt der Beratung 19 Jahre alt, die älteste Person 64. Die Verteilung der Altersgruppen ist in Tabelle 3 abgebildet.

41,5 % der beratenen Personen wurden nicht in Deutschland geboren (siehe ebenfalls Tabelle 3). Im Durchschnitt sind die nicht in Deutschland geborenen Klientinnen und Klienten ca. 18-19 Jahre vor der im Rahmen des Pro-

jekts stattgefundenen Beratung nach Deutschland eingewandert und stammen mehrheitlich aus Osteuropa/Zentralasien (z. B. Kasachstan oder Georgien) oder aus dem Iran und Afghanistan. Knapp ein Drittel dieser Gruppe ist erst nach 2011 eingewandert.

Von den in Deutschland geborenen Klientinnen und Klienten stammen bei 13,2 % beide Elternteile nicht aus Deutschland. Bei 11,4 % der Klientinnen und Klienten wurde ein Elternteil nicht in Deutschland geboren (siehe Tabelle 3). Insgesamt haben also ca. 66 % der beratenen Personen einen Migrationshintergrund, d. h. sie sind selbst nicht in Deutschland geboren oder mindestens ein Elternteil ist nicht in Deutschland geboren.

66 % haben einen Migrationshintergrund.

Tabelle 3. Soziodemographischer Hintergrund der Klientinnen und Klienten (N = 502)

	n ¹ (gültige %)
Geschlecht	
Mann	386 (77,0 %)
Frau	115 (23,0 %)
Alter	
Unter 20 Jahre	1 (0,2 %)
20 bis 29 Jahre	53 (10,6 %)
30 bis 39 Jahre	191 (38,0 %)
40 bis 49 Jahre	156 (31,1 %)
50 bis 59 Jahre	88 (17,5 %)
60 Jahre und älter	13 (2,6 %)
Geburtsland der Klienten/-innen	
Deutschland	292 (58,5 %)
Anderes Land	207 (41,5 %)
Geburtsland der Eltern²	
Beide Eltern in Deutschland geboren	211 (75,4 %)
Beide Eltern im Ausland geboren	37 (13,2 %)
Ein Elternteil im Ausland geboren	32 (11,4 %)

¹ Differenzen zu N=502 sind auf fehlende Werte zurückzuführen

² Geburtsland der Eltern von denjenigen Personen, die in Deutschland geboren wurden (n=292). Die Differenz zu 292 ist auf fehlende Werte (12) zurückzuführen

Tabelle 4. Gesundheitsbezogene Angaben der Klientinnen und Klienten (N = 502)

	n ¹ (gültige %)
Krankenversicherung vorhanden?	
Ja	436 (87,0 %)
Nein	65 (13,0 %)
Ärztin/Arzt des Vertrauens vorhanden?	
Ja	303 (61,1 %)
Nein	193 (38,9 %)
Jemals Drogen intravenös konsumiert?	
Ja	361 (73,8 %)
Nein	128 (26,2 %)
Jemals in Substitution² gewesen?	
Ja	383 (76,3 %)
Nein	118 (23,7 %)
Letzte 30 Tage in Substitution² gewesen?	
Ja	258 (52,4 %)
Nein	234 (47,6 %)

¹ Differenzen zu N=502 sind auf fehlende Werte zurückzuführen

² Opioid-Substitutionsbehandlung

4.2 Gesundheitsbezogene Angaben der beratenen Personen

Insgesamt hatten 13 % der Klientinnen und Klienten zum Zeitpunkt der Beratung keine Krankenversicherung. Zudem gaben knapp 39 % der Klientinnen und Klienten an, keine Ärztin bzw. keinen Arzt des Vertrauens zu haben (beides in Tabelle 4).

Rund drei Viertel der beratenen Personen gaben an, jemals in ihrem Leben intravenös Drogen konsumiert zu haben (73,8 %, siehe Tabelle 4). Die am häufigsten kon-

sumierten Substanzen sind unabhängig von der Konsumform Heroin und andere Opiate (z. B. Buprenorphin) sowie Kokain.

Insgesamt bejahten zudem 76,3 % der beratenen Personen, jemals in ihrem Leben in einer Substitutionsbehandlung gewesen zu sein. Innerhalb der letzten 30 Tage vor der Beratung traf dies auf 52,4 % aller Klientinnen und Klienten zu (siehe ebenfalls Tabelle 4).

Insgesamt gaben weit über die Hälfte der Klientinnen und Klienten (67,6 %) an, nicht gegen Hepatitis A geimpft zu sein (37,0 %) oder über den Impfstatus nicht Bescheid zu wissen (30,6 %). 4,7 % der Befragten (n = 23) gaben an, aufgrund einer durchgemachten Hepatitis-A-Infektion hiergegen immun zu sein (Tabelle 5).

67,6 % geben an, nicht gegen HAV geimpft zu sein oder dies nicht zu wissen.

Tabelle 5. Angaben zur Hepatitis-A-Impfung und zur HAV-Immunität

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
HepA-Impfung	Ja	137	27,3	27,7
	Nein	183	36,5	37,0
	Nein, immunisiert	23	4,6	4,7
	Weiß nicht	151	30,1	30,6
	Gesamt	494	98,4	100,0
Fehlend	Keine Angabe	8	1,6	
Gesamt		502	100,0	

Ähnliches gilt für Hepatitis B (siehe Tabelle 6). Insgesamt 66,1 % der Klientinnen und Klienten gaben an, nicht geimpft zu sein (37,3 %) oder über den Impfstatus nicht Bescheid zu wissen (28,8 %). 4,6 % gaben an, aufgrund einer durchgemachten Hepatitis-B-Virusinfektion immun zu sein; bei 1,4 % der Befragten (n = 7) liegt laut eigener Aussage eine chronische Hepatitis-B-Infektion vor.

66,1 % geben an, nicht gegen HBV geimpft zu sein oder dies nicht zu wissen.

Tabelle 6. Angaben zur Hepatitis-B-Impfung und zur HBV-Immunität

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
HepB-Impfung	Ja	138	27,5	27,8
	Nein	185	36,9	37,3
	Nein, durch HBV-Infektion immunisiert	23	4,6	4,6
	Nein, chronisch HBV-infiziert	7	1,4	1,4
	Weiß nicht	143	28,5	28,8
	Gesamt	496	98,8	100,0
Fehlend	Keine Angabe	6	1,2	
Gesamt		502	100,0	

Bei nicht vorhandenem oder nicht bekanntem Impfschutz wünschte jeweils knapp über die Hälfte der Klientinnen und Klienten eine Hepatitis-A-Impfung (54,2%) und/oder Hepatitis-B-Impfung (54,8%) zu erhalten. Allerdings fehlen jeweils in über 30% der Fälle die entsprechenden Angaben.

Die Schwerpunkte des Projekts lagen auf HIV und HCV, jedoch war die Besprechung von Hepatitis A und Hepatitis B ebenfalls Bestandteil der Beratung. Für Klientinnen und Klienten ohne Krankenversicherung, die für eine Hepatitis-A- und -B-Impfung nicht an eine ärztliche Praxis verwiesen werden konnten, wurde eine Impfung über Projektmittel ermöglicht. Drei Standorte haben Angaben zu verabreichten Impfdosen gemacht; je nach Standort wurden rund 20 bzw. 40 Impfdosen verabreicht. Hierbei hat sich nach Angaben der Standorte das verkürzte Impfschema für die HBV-Impfung bzw. die Kombinationsimpfung HAV/HBV (0, +7 Tage, +21 Tage, Titerkontrolle für Hepatitis B nach einem Jahr vorgesehen) bewährt. Es konnten mehrere Impfzyklen abgeschlossen werden. Außerdem berichtete ein Standort, dass die Gelegenheit genutzt wurde, um noch weitere Routineimpfungen durchzuführen, was gerne angenommen wurde.

Insgesamt gaben 81,1% der befragten Klientinnen und Klienten, die sich im Rahmen des Projekts nur einmal haben beraten lassen, an, bereits zuvor auf HCV getestet worden zu sein (siehe Tabelle 7 inkl. Erläuterung). Der durchschnittliche Abstand (hier Median) zur letzten HCV-Testung vor dem Projekt betrug dabei ca. 4 (bezogen auf das Jahr 2019) bzw. 5 Jahre (bezogen auf das Jahr 2018). Dies bedeutet, dass der letzte HCV-Test bei der Hälfte der Befragten länger als 4 bzw. 5 Jahre zurücklag. Im Hinblick auf HIV gaben insgesamt 77,1% der Klientinnen und Klienten an, bereits zuvor auf HIV getestet worden zu sein (ebenfalls Tabelle 7). Der Anteil ist damit etwas niedriger als im Fall der HCV-Testungen. Der durchschnittliche Abstand (hier Median) zur letzten HIV-Testung vor dem Projekt betrug dabei ca. 3 (in Bezug auf 2019) bzw. 4 Jahre (in Bezug auf 2018). Demnach lag bei der Hälfte der Befragten der letzte HIV-Test länger als 3 bzw. 4 Jahre zurück.

Tabelle 7. Testerfahrungen der Klientinnen und Klienten vor dem Projekt (hier N = 408¹)

Testerfahrungen	n (gültige %)
Jemals HCV-Test durchgeführt?	
Ja	331 (81,1%)
Nein	60 (14,7%)
Weiß nicht	17 (4,2%)
Jemals HIV-Test durchgeführt?	
Ja	314 (77,1%)
Nein	74 (18,2%)
Weiß nicht	19 (4,7%)

¹ Der dieser Darstellung zugrunde liegende Datensatz von insgesamt 502 Personen beinhaltet die Angaben von 91 Personen, die sich im Rahmen des Projektes mind. zweimal haben beraten und ggf. testen lassen. Bei diesen Personen ist nicht immer festzustellen, ob der letzte HCV- und/oder HIV-Test im Rahmen des Projektes stattfand oder vorher. Bei drei Personen fehlte eine Angabe über etwaige frühere Tests. Aus diesem Grund wurden diese 94 Personen aus der Darstellung des Testverhaltens der Klientinnen und Klienten vor der Inanspruchnahme der Beratungen im Rahmen des Projekts ausgeschlossen

² Differenzen zu N=408 sind auf fehlende Werte zurückzuführen

Medianer Abstand zum letzten HCV-Test: 4 bis 5 Jahre

Medianer Abstand zum letzten HIV-Test: 3 bis 4 Jahre

Die deutliche Mehrheit der Klientinnen und Klienten (71,8%) wurde durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen vor Ort auf das Projekt aufmerksam gemacht. Jede zehnte Person wurde allerdings durch einen Hinweis aus der *Peer Group* auf das Angebot aufmerksam, vor allem durch einen anderen Besucher bzw. eine andere Besucherin der Einrichtung, aber punktuell auch über Szenekontakte (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8. Wie wurden die Klientinnen und Klienten auf das Projekt aufmerksam?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Wodurch auf das Projekt aufmerksam geworden?	Mitarbeiter/-in Einrichtung	356	70,9	71,8
	Andere Besucher/-in	37	7,4	7,5
	Szene	9	1,8	1,8
	Flyer	47	9,4	9,5
	Poster	29	5,8	5,8
	Sonstiges	18	3,6	3,6
	Gesamt	496	98,8	100,0
Fehlend	Keine Angabe	6	1,2	
Gesamt		502	100,0	

4.3 Durchgeführte Tests - Ergebnisse der Befundbögen

HCV

Die hier dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die Ergebnisse der Frage- bzw. Befundbögen. Daher weichen die unten dargestellten Testhäufigkeiten von den Angaben der Inanspruchnahmestatistik ab (siehe hierzu auch 2.1 Erhebungsinstrumente und 3.2 Anzahl der durchgeführten Tests laut Inanspruchnahmestatistik).

Insgesamt wurden 272 HCV-Schnelltests durchgeführt, wobei für 47 Personen die entsprechende Angabe fehlt (siehe Tabelle 9). Ca. 30% (82 von 272) der durchgeführten HCV-Schnelltests wiesen dabei ein reaktives Ergebnis auf.

Tabelle 9. Insgesamt durchgeführte Schnelltests auf HCV-Antikörper

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Durchgeführte HCV-Schnelltests	Reaktiv	82	16,3	18,0
	Nicht reaktiv	190	37,8	41,8
	Nicht durchgeführt	183	36,5	40,2
	Gesamt	455	90,6	100,0
Fehlend	Keine Angabe	47	9,4	
Gesamt		502	100,0	

Insgesamt wurden außerdem elf HCV-Labortests auf Antikörper durchgeführt (Tabelle 10). Etwas mehr als 50 % (sechs von elf) der durchgeführten HCV-Antikörper-Labortests wiesen ein reaktives Ergebnis auf.

Es wurden weiterhin 131 Labortests auf HCV-PCR durchgeführt (Tabelle 11). Dabei fiel in 62,6 % (82 von 131) der Fälle der HCV-PCR-Test positiv aus. Ein PCR-Test wurde nicht nur durchgeführt, wenn ein HCV-Antikörper-Test reaktiv ausfiel, sondern auch, um zu überprüfen, ob eine bereits bekannte HCV-Infektion noch virämisch ist oder ob eine Re-Infektion stattgefunden hat.

Tabelle 10. Durchgeführte HCV-Antikörper-Labortests

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
HCV-Labortest AK	Reaktiv	6	1,2	1,4
	Nicht reaktiv	5	1,0	1,1
	Nicht durchgeführt	430	85,7	97,5
	Gesamt	441	87,8	100,0
Fehlend	Keine Angabe	61	12,2	
Gesamt		502	100,0	

Tabelle 11. Durchgeführte Labortests auf HCV-RNA (PCR)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
HCV-PCR (Labor)	Positiv	82	16,3	18,6
	Negativ	49	9,8	11,1
	Nicht durchgeführt	310	61,8	70,3
	Gesamt	441	87,8	100,0
Fehlend	Keine Angabe	61	12,2	
Gesamt		502	100,0	

Insgesamt wurden demnach 414 HCV-Tests (AK-Suchtests oder HCV-PCR) durchgeführt, wovon in Summe 41 % einen reaktiven HCV-Antikörper-Test oder ein positives (PCR-)Ergebnis aufwiesen. Dabei konnte es sein, dass bei einer Person mehrere positive Ergebnisse vorlagen, also z. B. ein reaktives Schnelltest-Ergebnis und ein positives PCR-Ergebnis.

Um zu eruieren, welcher Anteil an Personen bzw. Fällen (fallbezogene Erhebung) reaktiv bzw. positiv auf HCV getestet wurde, wurden drei Fallgruppen gebildet: (a) Personen mit reaktivem Schnelltest und nachfolgendem positiven HCV-PCR-Test, (b) Personen mit ausschließlichem HCV-PCR-Test und (c) Personen mit reaktivem AK-Test (Schnell- und/oder Labortest), aber ohne (Angabe

zum) HCV-PCR-Test. Nach Auswertung dieser drei Fallgruppen kann insgesamt festgehalten werden, dass von den 131 Fällen, in denen ein HCV-PCR-Test durchgeführt wurde, bei 62,6 % der Personen (82 von 131) eine virämische HCV-Infektion festgestellt wurde - bezogen auf insgesamt 306 getestete Personen beträgt die Prävalenz der Klientinnen und Klienten mit einer festgestellten virämischen HCV-Infektion demnach 26,8 %. Die Prävalenz der Klientinnen und Klienten mit einem positiven AK-Testergebnis, aber ohne HCV-PCR-Ergebnis, liegt bezogen auf die insgesamt auf HCV getesteten Personen bei 9,4 % (29 von 306). Demnach hatten 36,2 % aller im Projekt auf HCV getesteten Personen eine nachgewiesene HCV-Infektion (aktiv oder vorhandene Antikörper aufgrund einer früheren Infektion) (siehe auch Tabelle 12).

Tabelle 12. HCV-Prävalenz (N = 306 getestete Personen)

Nachgewiesene HCV-Infektion	Häufigkeit	Prozent
Virämische HCV-Infektion	82	26,8
Positiver AK-Test (ohne PCR-Test)	29	9,4
Gesamt (aktive Infektion oder AK aufgrund einer früheren Infektion)	111	36,2

Wunsch nach HCV-Therapie und angebotene Unterstützung

Von den 70 Personen, bei denen aufgrund einem positiven HCV-PCR-Ergebnis von einer virämischen HCV-Infektion auszugehen ist und die das Laborergebnis auch abholten (von den 82 Personen mit positivem HCV-PCR-Ergebnis haben fünf Personen das Ergebnis nicht abgeholt und in sieben Fällen fehlte die entsprechende Angabe), äußerte die überwiegende Mehrheit (80,7%) einen HCV-Therapiewunsch bei der Besprechung des Befunds. Eine Person äußerte den

Wunsch nach einer HIV- und HCV-Therapie und eine Person wünschte ausschließlich eine HIV-Therapie (in beiden Fällen lagen sowohl ein positives HCV-PCR-Ergebnis als auch eine positive HIV-Diagnose vor). Nur zwei Personen wünschten zum Zeitpunkt der Beratung keine HCV-Therapie; sieben Personen benötigten noch Bedenkzeit (siehe Tabelle 13).

Vier von fünf HCV-positiv Getesteten äußerten einen Therapiewunsch.

Tabelle 13. Therapiewunsch von Personen mit positivem HCV-PCR-Test

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Therapiewunsch	Ja, HIV	1	1,4	1,8
	Ja, HCV	46	65,7	80,7
	Nein	2	2,9	3,5
	Bedenkzeit	7	10,0	12,3
	Ja, HCV + HIV	1	1,4	1,8
	Gesamt	57	81,4	100,0
Fehlend	Keine Angabe	13	18,6	
Gesamt		70	100,0	

Warum erfolgte ein HCV-Test?

Am häufigsten wurden die Testgründe »Routine« (46,6%, n = 176) und »Risikosituation Konsum« (37,9%, n = 143) angegeben. Auch der Testgrund »Risikosituation Sex« (25,4%, n = 96) wurde häufig genannt. Die Testgründe

»Bestätigung« (13%, n = 49) und »Sonstige Gründe« (3,4%, n = 13) wurden eher von wenigen Klientinnen und Klienten angegeben. Bei dieser Frage waren Mehrfachantworten möglich.

HIV

Die Auswertung der Frage- bzw. Befundbögen ergab, dass 411 HIV-Schnelltests durchgeführt wurden, wobei für 43 Personen keine Angabe zu einer HIV-Testung gemacht wurde. Lediglich einer der durchgeführten Schnelltests wies ein reaktives Ergebnis auf (siehe Tabelle 14). Der anschließend durchgeführte Western Blot fiel intermediär bzw. unentschieden aus.

Zudem wurden 18 Labortests auf HIV-Antigen-Antikörper durchgeführt. Von diesen 18 HIV-Labortests fielen

zwei (11,1 %) reaktiv aus. Einer dieser beiden HIV-Suchtests konnte durch einen Western Blot bestätigt werden.³

Insgesamt wurden demnach 429 HIV-Suchtests durchgeführt, wovon drei reaktiv waren. Zudem wurde ein HIV-PCR-Test durchgeführt, der positiv ausfiel. Laut den übermittelten Befundbögen beträgt somit die Prävalenz der im Projektverlauf reaktiv bzw. positiv auf HIV getesteten Personen 0,9 % (4 von 430 getesteten Personen), wobei nur zwei der Tests bestätigt werden konnten.

Tabelle 14. Insgesamt durchgeführte HIV-Schnelltests

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Reaktiv	1	0,2	0,2
	Nicht reaktiv	410	81,7	89,3
	Nicht durchgeführt	48	9,6	10,5
	Gesamt	459	91,4	100,0
Fehlend	Keine Angabe	43	8,6	
Gesamt		502	100,0	

Wunsch nach HIV-Therapie

Insgesamt äußerten vier Personen den Wunsch nach einer HIV-Therapie (zwei ausschließlich HIV-Therapie und zwei HCV- und HIV-Therapie). Beide der im Projekt bestätigt positiv auf HIV-RNA getesteten Personen äußerten einen Therapiewunsch. In den beiden anderen Fällen war der HIV-Status schon vor der Inanspruchnahme eines Beratungsgesprächs im Rahmen des Projekts bekannt.

Warum erfolgte ein HIV-Test?

Am häufigsten wurde der Testgrund »Routine« (48,5 %, n=215) angegeben. Die Testgründe »Risikosituation Konsum« (35,7 %, n=158) und »Risikosituation Sex« (32,4 %, n=143) sind annähernd gleich häufig. Die Testgründe »Bestätigung« (3,6 %, n=16) und »Sonstige Gründe« (3,6 %, n=10) wurden hingegen nur selten angegeben. Mehrfachantworten waren möglich.

Ein Drittel nennt als einen HIV-Testgrund eine sexuelle Risikosituation.

³ Im zweiten Fall konnte keine ausreichende Menge an Blut gewonnen werden, um auch einen Western Blot durchzuführen. Die Person ist für eine erneute Blutabnahme nicht wiedergekommen

5 Ergebnisse der Fokusgruppe mit Projektmitarbeitenden zur Überleitung in eine HCV- und HIV-Therapie

5.1 Methode

Die Fokusgruppe als qualitative Methode empirischer Sozialforschung wird schon lange im Rahmen sozialwissenschaftlicher gesundheitsbezogener und medizinischer Forschung angewandt (Krueger 1988, Morgan 1993). Im Rahmen der Begleitevaluation des Projekts wurde insbesondere zur Bearbeitung des Themenkomplexes »Überleitung in eine HIV-/HCV-Therapie nach einem positiven Testergebnis« auf die Fokusgruppe als zeit- und finanzschonende Methode im Vergleich zu Einzelinterviews mit den Projektmitarbeitenden zurückgegriffen. Zudem bietet dieses Format die Möglichkeit für die Projektmitarbeitenden, sich im Rahmen einer moderierten Gruppe zu den verschiedenen Aspekten untereinander austauschen. Im Vorfeld einer Fortbildung der Deutschen Aidshilfe (DAH) e. V., zu der u. a. aus jedem Projektstandort zwei Personen eingeladen waren, wurde die Fokusgruppe am 15.11.2018, also nach knapp einem Jahr Projektlaufzeit, in den Räumen der DAH in Berlin mit insgesamt sechs Teilnehmenden aus fünf Einrichtungen/Städten durchgeführt. Die Durchführung der Fokusgruppe dauerte insgesamt etwas mehr als zwei Stunden.

Es wurden Erfahrungen sowie förderliche und hinderliche Faktoren zu den folgenden Themenbereichen erfasst:

- Durchführung der Beratungen und Tests
- Überleitung in eine Therapie nach positivem Testergebnis
- Peer-Support bei der Überleitung in eine Behandlung
- Kooperationsstrukturen/Netzwerke vor Ort

5.2 Ergebnisse

Teilnahme und Rekrutierung der Klientinnen und Klienten

Insgesamt wurden von zwei Einrichtungen (Anfangs-) Schwierigkeiten bei der Rekrutierung der Teilnehmenden für die Beratungen und Testungen beschrieben. Nur wenige Klientinnen und Klienten würden gezielt in die Einrichtungen kommen, um eine Beratung und

Testung in Anspruch zu nehmen. Eine direkte Ansprache von Klientinnen und Klienten schien an diesen Standorten notwendig, um überhaupt Teilnehmende für das Beratungs- und Testangebot zu gewinnen. An einem Standort übernahm die Ansprache die ärztliche Fachkraft und führte gleich selbst die Beratungen durch, da die Konzentration und Motivation der Klientinnen und Klienten nicht ausreichen würden, nach der Ansprache noch auf die eigentlichen Berater und Beraterinnen zu warten. In Situationen, in denen sich mehrere Klientinnen und Klienten interessiert zeigten, aber Beratungen nicht parallel angeboten werden können, würden die meisten nicht auf einen freien Platz warten.

Zwei andere Einrichtungen berichteten davon, dass das Angebot sehr gut genutzt wurde. Auch hier wurde primär über die persönliche Ansprache rekrutiert. Für die Kontaktaufnahme und Ansprache eignen sich beispielsweise angeschlossene Drogenkonsumräume. Neben der Ansprache von regelmäßigen Nutzern/-innen dieses Angebots könnte z. B. im Zuge des Aufnahmegesprächs zur Nutzung des Konsumraums auf das Beratungs- und Testangebot hingewiesen werden. Eine andere Möglichkeit sei es, während des Cafébetriebs mit den Klientinnen und Klienten in Kontakt zu kommen und diese bei Bedarf an die parallel stattfindende Beratung und Testung weiterzuleiten. Es gebe jedoch auch viele Klientinnen und Klienten, die das Angebot eigeninitiativ in Anspruch nehmen würden. Ein großes Schild im Eingangsbereich, das auf an diesem Tag stattfindende Beratungen und Testungen hinweist, habe sich in einer Einrichtung als nützlich erwiesen und mache die Klientinnen und Klienten auf die Testtage aufmerksam.

Erreichte Zielgruppen

Die beteiligten Standorte schätzten, dass ca. die Hälfte der erreichten Klientinnen und Klienten einen Migrationshintergrund hat. Ein Standort berichtete, dass die Personen mit Migrationshintergrund im Rahmen des Projekts meist sowohl HIV- als auch HCV-Tests durchführen lassen und insgesamt wenig informiert sind. Daher müsste man, bevor man mit diesen Klientinnen und Klienten mit dem Fragebogen arbeiten könne, erst einmal über die Infektionen aufklären. Die meisten Klientinnen und Klienten ohne Migrationshintergrund wären dagegen soweit getestet und gut informiert und würden eher nur einen HIV-Test durchführen lassen. Bei Klientinnen und Klienten, die noch nicht wüssten, was HIV und HCV bedeuten, sei eine Beratungs- und Testmotivation naturgemäß gering. Manchmal reiche es allerdings aus, dass sie wüssten, dass es auf irgendeine Art und Weise »schlimm« sei. Manchmal wäre aber auch genau dies ein Grund, sich nicht testen zu lassen, aus Angst davor, eben diese »schlimme« Krankheit zu haben. Dies trete besonders dann auf, wenn Klientinnen und Klienten nicht ausreichend zu den heutigen Behandlungsmöglichkeiten informiert sind. Teilweise müsste die Beratung noch einen Schritt vorher ansetzen, etwa beim Grundwissen über den menschlichen Körper, und sei damit in dieser Zielgruppe aufwendiger und anspruchsvoller.

Rückmeldung der Klientinnen und Klienten zu Beratung und Testung

Wenn die Klientinnen und Klienten Beratung und Testung nutzen, funktioniert dies überwiegend sehr gut. Die Rückmeldung zu den angebotenen Beratungen war sehr positiv. Nicht nur die Testung selbst wurde gut angenommen. Auch die Aufklärung und Information zu HIV/HCV im Zuge der Beratungen und die Möglichkeit, Ängste in Bezug auf HIV- und HCV-Infektionen besprechen zu können, wurde positiv zurückgemeldet. Der besondere Fokus der Gespräche, in denen es, anders als im sonstigen Beratungsalltag, nur um HIV und HCV ginge, wurde dankend angenommen: »Das wird jetzt ganz stark eingefordert. Sonst geht das Thema ja immer etwas im Daily Business unter, man macht das dann immer so nebenbei, das hat aber natürlich eine ganz andere Qualität, als wenn man wirklich Zeit hat, in der es nur darum geht« (13:08, Fokusgruppe).

Die Beratungs- und Testungssituation gehe aber dennoch teilweise über den Themenbereich HIV und HCV hinaus und werde als Anknüpfungspunkt für die Besprechung weiterer Themenbereiche wie eine Opioid-Substitutionsbehandlung genutzt. Teilweise war auch nur die Beratung ohne Testung oder mit späterer Testung erwünscht. Zum Teil wurden in den Einrichtungen die Klientinnen und Klienten nach rund einem Jahr Projektlaufzeit schon ein zweites Mal im Rahmen des Projekts getestet, was für eine gute Annahme von deren Seite spricht.

Abholung der Testergebnisse

Die Standorte bemühten sich, Testergebnisse möglichst zeitnah mitzuteilen. Dies funktionierte auch in den meisten Fällen gut. Nur selten würden Schnelltest-Ergebnisse nicht abgeholt. In diesen Fällen könnten, da die beratenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oft auch in den Konsumräumen arbeiten, diese die Klientinnen und Klienten jedoch im Nachhinein ansprechen, so dass sie das Ergebnis am Ende doch noch erhalten. Bei einem reaktiven Schnelltest-Ergebnis wurde versucht, die Blutabnahme möglichst direkt anzuschließen. Wenn das nicht möglich war, wurde versucht, die Klientinnen und Klienten im Nachhinein noch einmal darauf anzusprechen. Die Laborergebnisse wurden, im Gegensatz zu den Schnelltest-Ergebnissen, an einem Standort eher selten abgeholt. Hier wurden Möglichkeiten überlegt, wie die Abholung der Ergebnisse befördert werden kann.

Sprachmittlung⁴ in Beratung und Testung

Bei Klientinnen und Klienten, die nicht deutsch sprechen, gestaltete sich die Beratung und Testung teilweise schwierig, entweder weil die Sprachmittlung nicht oder nicht jederzeit verfügbar war oder weil das Dolmetschen im Beratungsprozess sehr lange dauerte und nicht immer sicher war, inwieweit der Inhalt von den Klientinnen und Klienten verstanden wurde. Gerade bei der Übermittlung positiver Testergebnisse sei es sehr wichtig,

eine kompetente Sprachmittlung zu haben. Auch sei oft keine Sprachmittlung vor Ort, wenn die Testergebnisse der Blutabnahme kämen. Teilweise standen die Standorte hier vor der Entscheidung, Testergebnisse zeitverzögert zu übermitteln, um dies mit Sprachmittlung zu tun, was aus ethischen Erwägungen nicht gut zu vertreten sei. Wünschenswert wäre es, wenn im Testprojekt jederzeit mehrere Sprachmittlerinnen und Sprachmittler für geforderte Sprachen im Testprojekt verfügbar seien, damit sich keine Klientin bzw. kein Klient »verliert«, weil sie oder er nicht gleichzeitig mit anderen beraten und getestet werden kann. Die Sprachmittlerinnen und Sprachmittler müssten zudem erst einmal eine inhaltliche Einführung bekommen, um adäquat übersetzen zu können. Aus Gründen der Verfügbarkeit und des fachlichen Hintergrundwissens sei es eine sehr gute Lösung, wenn Mitarbeitende der Einrichtungen selbst einen mehrsprachigen Hintergrund haben und die Beratungen durchführen oder unterstützen. Peers aus der Szene als Sprachmittler einzusetzen sei höchstens zur Beratung und Testung vertretbar, spätestens bei der Übermittlung der Testergebnisse ginge dies nicht mehr, da es sich um sehr vertrauliche Daten handele und die Übersetzenden keine Schweigepflicht hätten.

Fehlende Krankenversicherung als Hinderungsgrund zur Teilnahme an Beratung und Testung

Einer der größten Hinderungsgründe für Klientinnen und Klienten, das Testangebot in Anspruch zu nehmen, sei vor allem eine fehlende Krankenversicherung: »Dann werden die bei uns schon richtig sauer. Nee, was soll ich denn dann da? Das ist dann in der Beratung natürlich sehr schwierig« (28:15). Das fehlende Behandlungsangebot für Menschen ohne Krankenversicherung war auch aus Sicht der Beratenden fast ein Ausschlusskriterium für die Testung. Selbst bei Behandlungen auf Krankenschein bei Geflüchteten bestehen im Fall eines positiven Tests Unsicherheiten, ob die Überleitung in eine Therapie und deren Kostenübernahme möglich sind. Menschen zu testen, ohne ihnen einen Zugang zu Therapie und Behandlung zusichern zu können, wäre nahezu unvertretbar. Bei lebensbedrohlicher Lage gebe es zwar die Möglichkeit für Geflüchtete, eine Übernahme der Therapiekosten vom Sozialamt zu bekommen, dies sei aber ein unglaublich zeit- und ressourcenintensiver Prozess.

Peer-Support

Peer-Support spielte im ersten Projektjahr keine Rolle. Insgesamt sind alle Einrichtungen der Idee gegenüber aufgeschlossen, dass Peers, die eine Therapie erfolgreich abgeschlossen haben, mitwirken, um Menschen zur Beratung/Testung und im Anschluss zur Therapie zu begleiten. Dies wurde jedoch als nächster Schritt gesehen, nachdem das Projekt richtig angelaufen ist und sich eine gewisse Routine etabliert hat.

⁴ Sprachmittler/-in ist ein Oberbegriff für Personen, die übersetzen und/oder dolmetschen

Überleitung in Therapie

Vor allem bei positiv getesteten Menschen mit Migrationsgeschichte und ohne Krankenversicherung war eine Überleitung in eine Therapie fast unmöglich bzw. stellte die Mitarbeitenden an den Standorten vor große Herausforderungen. Weiter wurde die Art der Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten als Faktor beschrieben, der bei der Überleitung in Behandlung nicht immer hilfreich war (siehe auch weiter unten). In einer bestimmten Einrichtung war die gute und enge Zusammenarbeit mit der ärztlichen Fachkraft im Projekt, die selbst Behandlungen durchführte, ein positives Beispiel dafür, dass ein niedrigschwelliger Zugang die Überleitung in Therapie und Behandlung begünstigen kann. Die anderen Einrichtungen stimmten zu, dass Überleitungen in Therapie nach einem positiven Testergebnis am besten gewährleistet werden könnten, wenn es eine Infektiologin oder einen Infektiologen gäbe, die/der das Testprojekt leitet und direkt vor Ort mit der Therapie beginnt: *»Wenn man es wirklich niedrigschwellig machen will, dann geht es nur so. Alles andere ist suboptimal«* (71:13).

Insgesamt wurde die **Therapieüberleitung** als überaus **zeitintensiv** beschrieben. So wurde z. B. der Aufwand von Begleitungen zum ärztlichen Erstgespräch je nach Weg- und Wartezeit beim Arzt/bei der Ärztin auf zwei bis sechs Stunden pro Arztbesuch geschätzt [Die Zeitanlagen wurden durch eine nachträgliche E-Mail-Abfrage an die Einrichtungen gewonnen].

Laut den Ergebnissen der Fokusgruppe scheinen Überleitungen in Therapie ohne Begleitung durch Mitarbeitende der Einrichtung nur in seltenen Fällen zu funktionieren. Die Mitarbeitenden mussten sowohl bei der Terminabsprache als auch der Terminwahrnehmung unterstützen, was einen erheblichen Zeitaufwand bedeute. *»Ich kann die nicht begleiten. Bei der Ärztin ist dann bis auf einen, der schon mal dort in Behandlung war, noch niemand angekommen«* (78:40).

Wenn eine finanzierte Mitarbeiterin/ein finanziert Mitarbeiter bereitgestellt werden könnte, um die Begleitungen zur Sicherstellung einer erfolgreichen Überleitung in Therapie zu übernehmen, könnten Beratung und Testung in der Zielgruppe noch erfolgreicher beworben werden. *»Wenn man das am Ende aus eigenen Ressourcen, die gar nicht vorhanden sind, übernehmen muss, dann kann man das einfach nicht versprechen«* (39:50).

Insgesamt sei es für die Sozialarbeitenden wichtig, in **engem Kontakt** mit den Personen zu bleiben, die positiv getestet wurden. Für Ärztinnen und Ärzte sei dies teilweise schwierig, wie an einem Fall eines HIV-positiv getesteten Mannes geschildert wird, der nach dem reaktiven Schnelltest-Ergebnis den Befund mit dem Ergebnis des Bestätigungstests nicht abholte und auch in der Folgezeit die ärztliche Fachkraft mied. An diesem Punkt mussten die Sozialarbeitenden einhaken, was aber aufgrund der ärztlichen Schweigepflicht schwierig sei: *»Dass man da noch mal immer wieder draufkommt. Ich kann das ja verstehen. Man hat eine Scheiß-Diagnose und will einfach nur weglafen. Die Ärztin sieht sie ja nicht regulär. Wir als Sozialarbeitende können da noch mal ein bisschen*

nachgraben« (47:30). Möglicherweise sei es zumindest in einigen Fällen sinnvoll, die Sozialarbeitenden/Beratenden im Projekt, bei Einverständnis, zur Ergebnismitteilung hinzuzuziehen, um ein sofortiges Gesprächsangebot machen zu können: *»Man kann dann einfach unterschiedliche Angebote machen. Ich kann ja Angebote machen, die kann der Arzt gar nicht machen, weil der nur selten da ist«* (51:30). Auch die Ärztinnen und Ärzte hätten den Vorteil, dass sie selbst entlastet würden, weil es kein Problem mit der Schweigepflicht mehr geben und die Überleitung in dem Fall nicht mehr »in ihrer alleinigen Verantwortung« liegen würde.

Einige Überleitungen scheiterten an einem Aufenthalt in einer **JVA oder einer Drogentherapieeinrichtung**; daher wäre es ein großer Vorteil, wenn auch während der Haft und/oder stationären Therapie behandelt werden würde.

Ein weiterer Punkt, der Überleitungen oft erschwere, seien **Mythen über die HCV-Therapie**, die vor allem durch die Aussagen über ausgeprägte Nebenwirkungen der früheren Therapieformen (z. B. mit Interferon und Ribavirin) entstanden seien und in der Szene bestehen blieben. Die neuen, nebenwirkungsarmen Therapiemöglichkeiten müssten noch mehr bekannt gemacht werden: *»Das ist in der Szene richtig wichtig, dass die das auch weiter erzählen, dass sie von der Therapie nichts gemerkt haben, da halten sich Mythen ja sonst so lange«* (73:30).

Schwierigkeiten bei der intersektoralen Zusammenarbeit

Ein Ziel des Projekts war es, die intersektorale Zusammenarbeit zwischen dem Drogenhilfesystem und dem medizinischen Versorgungssystem (insbesondere niedergelassene ärztliche Praxen) zu stärken. Im Modellprojekt sollten HIV- und HCV-positiv Klientinnen und Klienten zum Beginn einer Therapie bei der Kontaktaufnahme mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten unterstützt werden. Gerade in Bezug auf die Überleitung in eine HCV-Therapie wurde aber über Schwierigkeiten berichtet:

»Da stimmte einfach die ideologische Herangehensweise nicht miteinander überein« (5:50).

»Der Erfolg der Therapieüberleitung hängt davon ab, ob man einen guten Arzt an der Hand hat (...). Ich kann die Einstellung der Ärzte überhaupt nicht verstehen, weil es gerade auch aus Public-Health-Gründen so wichtig wäre, dass die Leute einfach therapiert werden« (57:10).

Es wurde berichtet, dass bei Ärztinnen und Ärzten teilweise die Auffassung bestehe, dass sich Personen mit intravenösem Drogenkonsum nach einer Behandlung gleich wieder mit HCV infizieren würden, und von Fällen, in denen eine Therapiefähigkeit angezweifelt wurde: *»Dann war der Klient in der Entgiftung und dann sagt die Praxis schon: »Nee, das machen wir nicht, das zeigt schon, der ist nicht therapiefähig«* (36:10); *»Das ging dann in Richtung Argumentation: Wer nicht stabil ist, der braucht erst gar nicht zu kommen, und das Risiko, sich wieder an-*

zustecken nach erfolgreicher Behandlung, sei sowieso zu groß« (43:20). Weiterhin wurde berichtet, dass teilweise von Substitutionsärztinnen und -ärzten sogar schon die Überweisung zur Infektiologie mit der Argumentation verwehrt wurde, dass eine positive Urinkontrolle (UK), also Beikonsum, ein Ausschlusskriterium sei. Auch bei Alkoholkonsum werde die Therapie teilweise verweigert: »Ich hatte eine Klientin, da hat die Ärztin sie wirklich ein Jahr trocken sein lassen, bevor sie begonnen hat« (114:50). Insgesamt seien die Ärztinnen und Ärzte oft nicht gut genug informiert: »Das Problem ist wirklich, dass die Ärzte nach wie vor noch im Kopf haben: saubere UK, kein Alkohol, dass die einfach überhaupt nicht up to date sind, dabei ist das ja keine Spezialhaltung, sondern das ist leitlinienkonform, dass man die Menschen behandeln kann und soll« (56:45). Die Klientinnen und Klienten akzeptierten dies oft sehr schnell, da Ärztinnen und Ärzte für sie, wie auch für den Rest der Bevölkerung, eine große Autorität hätten. Teilweise wurden Klientinnen und Klienten, die am Anfang behandlungsbereit gewesen seien, von Ärztinnen und Ärzten regelrecht dahingehend beeinflusst, dass sie schließlich selbst nicht mehr behandlungsbereit gewesen seien und dadurch weitere Überleitungsversuche von Seiten der Einrichtung scheiterten: »Die hatten das dann auch für sich so angenommen: Nein, das ist jetzt nicht der richtige Zeitpunkt, meine Viruslast ist noch nicht so hoch, ich bin noch nicht stabil genug, die hatten das dann übernommen von den Ärzten« (67:00). Auch bezüglich der HAV- und HBV-Impfungen habe es Probleme mit Ärztinnen und Ärzten gegeben: »Der Arzt wollte nicht impfen, der hatte Angst vor Impfkomplicationen« (110:10). Neben Wissenslücken würden auch negative Einstellungen gegenüber drogenkonsumierenden Personen zu Abweisungen von Klientinnen und Klienten führen. Weiter werde teilweise von Berührungängsten mit den Klientinnen und Klienten berichtet, was eine Scham von deren Seite zur Folge habe. Es sei wünschenswert, ärztliches Personal aus dem Suchtbereich für solche Projekte zu gewinnen, um solche unangenehmen Situationen zu vermeiden. Teilweise seien die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeitenden und ärztlichen Fachkräften so fragil, dass nur äußerst diplomatisch und zurückhaltend argumentiert werden könne.

Bei den substituierten Klientinnen und Klienten sei es nicht akzeptabel, dass diese nicht ohnehin von ihren substituierenden Ärztinnen und Ärzten getestet werden würden und das Projekt überhaupt in Anspruch nehmen müssten. Diese Ärztesgruppe könnte auch die Medikamentenausgabe im Rahmen einer Therapie übernehmen. Auch auf dieser Ebene fehle es noch an ausreichender Kooperation. Insgesamt müsse die Zusammenarbeit mit substituierenden Ärztinnen und Ärzten noch intensiviert werden, was aber durch den Mangel an Substitutionsärztinnen und -ärzten erschwert werde. Zukünftig werde sich dieses Problem durch das baldige Ausscheiden vieler älterer Ärztinnen und Ärzte sowie den Nachwuchsmangel noch verstärken.

Insgesamt führe eine unbefriedigende Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten zu Konflikten in der Beratungsarbeit. Es wurde daher als sinnvoll erachtet, bei etwaigen Folgeprojekten schon im Vorfeld ein entsprechendes Netzwerk an den jeweiligen Standorten aufzubauen und

die Ärztinnen und Ärzte über den Projektablauf und bei Bedarf über aktuelle Standards in der HCV-Therapie zu informieren. Werden solche Informationen von offizieller Stelle zur Verfügung gestellt, werde dies besser angenommen, als wenn dies durch die Einrichtungen selbst erfolge.

6 Überleitung in eine HCV- und HIV-Therapie: Ergebnisse der Interviews mit Klientinnen und Klienten

6.1 Methode

An fünf von sechs Projektstandorten wurden mit Klientinnen und Klienten problemzentrierte Interviews nach Witzel (2000) geführt. Der Fokus lag dabei auf der Überleitung in eine HCV-Therapie nach einem positiven Testergebnis. Demnach wurden diejenigen Klientinnen und Klienten für ein Interview angefragt, die im Rahmen des Projekts eine Behandlung begonnen oder bereits abgeschlossen haben oder die für eine Behandlung in Frage kommen und bei denen z. T. erste Abklärungen stattgefunden haben.

Die inhaltsanalytische Auswertung der Interview-Transkripte erfolgte nach Mayring (2010) und mit Hilfe der Software »MAXQDA«. Die Interviews dauerten zwischen 18 und 39 Minuten und hatten zum Ziel, den Prozess der Beratung und Testung von Beginn an bis zum erfolgreichen Abschluss einer HCV-Behandlung aus der Sicht der Klientinnen und Klienten zu erheben und vor allem die aus ihrer Sicht hinderlichen und förderlichen Faktoren in diesem Prozess auszumachen.

6.2 Angaben zu den befragten Personen

Insgesamt konnten neun Klientinnen und Klienten zwischen 23 und 64 Jahren aus fünf Städten interviewt werden, darunter zwei Frauen. An einem Standort konnten keine Interviews geführt werden, da sich aufgrund der Anonymität der Beratung im Rahmen des Projekts keine Personen ausfindig machen ließen, die nach einem positiven Testergebnis eine Behandlung begonnen hatten. An den anderen Standorten hielten die positiv getesteten Personen weiterhin Kontakt zu den Beratenden, so dass diese für ein Interview angefragt werden konnten.

Bei den meisten Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern wurden die HCV-Diagnosen bereits vor mehreren Jahren gestellt, und die Virämie, d. h. das Vorliegen einer chronischen HCV-Infektion, wurde im Projekt bestätigt. Dabei lag die HCV-Diagnose bei zwei Personen weniger als 10 Jahre zurück, bei drei Personen zwischen

10 und 12 Jahre, bei einer Person über 20, und bei einer weiteren Person sogar über 30 Jahre zurück. Eine Person erhielt im Rahmen des Projekts erstmals eine HCV-Diagnose, bei einer Person wurde eine Re-Infektion nach erfolgreicher Therapie mit virologischer Ausheilung festgestellt. Alle neun Interviewten waren aktuell in Substitution, acht davon mit aktuellem, eine Person ohne Beigebrauch. Fünf der neun Befragten waren nach einer erfolgreich abgeschlossenen Behandlung im Rahmen des Projektes HCV-negativ, für eine Person war es die zweite erfolgreich abgeschlossene Therapie. Eine Person hatte die Behandlung noch nicht begonnen, dies aber in den nächsten Wochen geplant, zwei Personen waren zum Zeitpunkt der Befragung noch in Behandlung und eine Person hatte die Behandlung nach 4 Wochen vorzeitig abgebrochen. Alle Befragten waren HIV-negativ.

6.3 Ergebnisse

Beratung und Testung

»Durch den Werner⁵ (Anm.: Sozialarbeiter) hab ich das erfahren. (...) Ich wurde dann auch sofort hier aufgenommen und das klappte dann auch alles wie am Schnürchen. Und jetzt bin ich gesund« (Kli_9).

Von ihrer HCV-Infektion erstmals erfahren hatten sieben von neun Interviewten schon vor der Testung im Rahmen des Projekts. Der Zeitpunkt des ersten positiven HCV-Tests lag bei diesen zwischen 3 und 33 Jahre zurück, keine der Personen hatte jemals eine HCV-Behandlung begonnen. Die Diagnose wurde entweder von der substituierenden Ärztin/dem substituierenden Arzt oder im Rahmen einer Entgiftungsbehandlung gestellt. Alle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner hatten sich jedoch im Rahmen des Projekts nochmals testen und beraten lassen. Zwei der Befragten erfuhren im Projekt erstmals von ihrer (in einem Fall zweiten) HCV-Infektion, für eine Person war dies die Diagnose einer Re-Infektion nach einer bereits erfolgreich abgeschlossenen Behandlung. Die Befragten entschieden sich für eine Testung, da sie entweder bereits von ihrer Infektion wussten und die Konzentration der HCV-RNA kontrollieren lassen wollten oder weil Risikosituationen beim Konsum, wie das Teilen von unsterilen Konsumutensilien, bestanden hatten.

Alle Befragten beschrieben die Beratungs- und Testsituation im Rahmen des Projekts als angenehm und respektvoll ihnen gegenüber. Sie fühlten sich im Rahmen der Einrichtungen, die sie auch sonst ohnehin frequentieren, um in den angegliederten Drogenkonsumräumen zu konsumieren oder Cafés oder andere Beratungsangebote zu besuchen, gut aufgehoben. Sie äußerten Vertrauen gegenüber den Mitarbeitenden und den Einrichtungsstrukturen, was für einige ein Grund war, das Angebot in Anspruch zu nehmen: »Mit jeder Frage kann man zu denen kommen (...) es ist sehr familiär, da

kann man sicher sein, dass die einen unterstützen und dass das was hilft, da mitzumachen« (Kli_4).

Den Moment der ersten positiven Diagnose beschreiben sowohl diejenigen, die schon Jahrzehnte von ihr wissen, als auch diejenigen, die erst vor Kurzem das erste Mal von ihrer HCV-Infektion erfahren haben, als Schock: »Das war ein Schock, ich konnte gar nichts denken, gar nichts denken, da war alles leer im Kopf« (Kli_3). Wichtig sei in einem solchen Moment vor allem die sensible und vertrauensvolle Begleitung eines Arztes/einer Ärztin oder anderer Vertrauenspersonen, wie es im Projekt erlebt wurde:

»Als ich das (positive) Ergebnis bekommen habe, war ich natürlich geschockt und habe auch angefangen zu weinen, ich muss aber auch sagen, der Dr. Meier* ist ein super Arzt (...), er ist dann zu mir gekommen, (...) und hat mich halt aufgebaut und hat gesagt: »Das kriegen wir schon hin und machen Sie sich mal nicht so Sorgen, das ist heutzutage alles nicht mehr so schlimm« (...)« (Kli_1).

Vor allem die Anwesenheit eines Sozialarbeiters/einer Sozialarbeiterin hat den beiden Personen, die sich im Rahmen des Projekts auf das Vorliegen einer virämischen HCV-Infektion testen ließen, geholfen, mit der Situation zurechtzukommen:

»Die hat mich auch aufgefangen und mir gleich angeboten, dass sie mich unterstützen würde und mit mir zu den Arztterminen gehen würde. Das habe ich auch dankend angenommen, weil wenn man sowas hört, dann ist man natürlich erstmal geschockt und wenn der Arzt dann fragt: »Haben Sie noch irgendwelche Fragen?«, dann fällt einem erstmal gar nichts ein und da fand ich es sehr toll, dass Sarah* da war und dass sie dann einfach auch ein paar Fragen gestellt hat und dann auch mit mir darüber geredet hat, weil ich dazu einfach gar nicht in der Lage war, das alles irgendwie aufzunehmen« (Kli_7).

Den Wunsch nach einer sozialen Unterstützung äußerten auch diejenigen Personen, denen diese im Moment der damaligen Diagnose gefehlt hat:

»Ganz traurig habe ich davon erfahren (...) Da hatte ich einfach so nen Zettel auf dem Bett: Hurra, Sie haben Hepatitis C, da hat man mich so damit alleine gelassen. Fand ich nicht so gut in dem Moment, da hat mir jemand gefehlt, der mich auffängt und unterstützt« (Kli_3).

Überleitung in Behandlung

Der Beginn der Behandlung wurde bei allen acht Personen, die diese bereits zumindest begonnen hatten, durch Mitarbeitende des Projekts eingeleitet, d. h., sie wurden von diesen über die Behandlungsmöglichkeiten und den Behandlungsablauf informiert. Die Aufklärung über die neuen Behandlungsmöglichkeiten jenseits von Interferon war hier ein wichtiger Punkt, der die Motivation zu einer Behandlung besonders stärkte. Die direkte Vermittlung an einen behandelnden Arzt/eine behandelnde Ärztin wurde von allen Befragten dankend angenommen:

⁵ Alle in den Zitaten verwendeten Namen sind anonymisiert und entsprechen somit nicht den realen Personennamen. Anonymisierungen sind im weiteren Text mit * gekennzeichnet. Etwaige Überschneidungen von Namen mit denjenigen von Mitarbeitenden an den Einrichtungsstandorten sind rein zufällig

»Ich hab so meine Geschichte erzählt, dass ich schon gerne was gegen die Hepatitis machen würde, und da sagt sie: ›Ich hab da einen Arzt‹ (...). Die meinte, dass das nicht mehr so schlimm ist wie das Interferon und dass das kaum Nebenwirkungen hat. Dass sie mich da jetzt direkt reinbringen kann und dass da jetzt auch Plätze frei wären und das habe ich natürlich auch direkt dankend angenommen« (Kli_3).

»Ich habe im Moment vier tödliche Krankheiten in meinem Körper, die machen gerade Thaiboxen gegeneinander, wer mich zuerst dahinrafft. Nachdem ich ungefähr zum 14. Mal wiederbelebt werden musste, ging es nicht mehr (...) Da hat dann der Marius* gesagt: ›Lass uns doch noch mal die Therapie angehen.‹ Zack, und da dachte ich: Ja o.k. Dann hatte ich aber erst Angst wegen den Nebenwirkungen (...) dann sagte er, mit der neuen Therapie ist das gar nicht so schlimm« (Kli_5).

Wenn der Standort selbst über einen behandelnden Arzt/eine behandelnde Ärztin direkt im Projekt verfügte, erfolgte die Behandlung über diese Person und wurde auch erfolgreich abgeschlossen bzw. dauert noch an. Von den vier weiteren Personen, die bereits erfolgreich die Behandlung abgeschlossen hatten, wurden alle zum ersten Termin begleitet; drei Personen wurden darüber hinaus bei überwiegend allen Terminen durch Mitarbeitende unterstützt. Dies gab ihnen eine Sicherheit, einerseits die vereinbarten Termine einzuhalten, andererseits fühlten sie sich durch die Begleitung einer vertrauten Person emotional stabiler.

Therapieverlauf

Fünf von sieben Personen, die die Therapie erfolgreich abgeschlossen haben oder sich aktuell noch in Therapie befinden, haben den Therapieverlauf als vollkommen unproblematisch erlebt. Eine Person berichtet von geringen Nebenwirkungen der Behandlung wie Kopfschmerzen und Müdigkeit, eine andere Person von schwereren Nebenwirkungen wie Depressionen, die eventuell jedoch schon vorher bestanden und sich im Laufe der Behandlung verschlimmert haben. Durch die gute Unterstützung des behandelnden Arztes seien jedoch alle Nebenwirkungen insoweit auszuhalten gewesen, dass die Behandlung nicht abgebrochen werden musste. Auch die einzige befragte Person, die die Behandlung vorzeitig nach 4 Wochen abgebrochen hat, berichtet von einem eigentlich unkomplizierten Verlauf und führt den Abbruch auf Kommunikationsschwierigkeiten mit der Praxis bei der Rezeptübergabe/-abholung zurück, weshalb er/sie die Behandlung nicht rechtzeitig weiterführen konnte.

Alle acht Befragten, die die Behandlung zumindest begonnen hatten, befanden sich zum Zeitpunkt der Behandlung in Substitution. Sieben hatten währenddessen Beikonsum von Heroin, Kokain und/oder Benzodiazepinen. Vom Beikonsum hatten alle bis auf eine der behandelnden Ärztinnen bzw. der behandelnden Ärzte Kenntnis. Drei Personen versuchten, ihren Konsum während der Behandlung einzuschränken. Sechs Personen konsumierten Alkohol, vier jedoch in erheblich kleineren

Mengen als vor der Behandlung. Insgesamt berichten die Befragten zwar darüber, dass der Alkoholkonsum von den Ärztinnen bzw. Ärzten als weitaus negativer bewertet wird als der Beikonsum, die Behandlung dadurch jedoch nie in Zweifel gezogen wurde.

Barrieren für Behandlungsbeginn und erfolgreichen Abschluss

Auf die Frage, warum zu keinem früheren Zeitpunkt eine HCV-Behandlung begonnen wurde, antworteten die meisten der Befragten, dass sie zuvor keine Möglichkeit der Unterstützung zum Beginn einer Behandlung hatten, also keine Person, die sie, auch in Anbetracht ihrer oft schwierigen psychosozialen und gesundheitlichen Lage, bei dem Vorhaben unterstützt hätte. So fühlten sich die meisten nicht über die Therapiemöglichkeiten informiert und/oder wussten nicht, wie sie eine Ärztin bzw. einen Arzt finden sollten. Ein weiterer Grund, einen Therapiebeginn zu verzögern, war bei vielen die große Angst vor den Nebenwirkungen einer Interferonbehandlung, die viele bei ihren Peers beobachtet hatten.

»Damals gab es noch dieses Interferon und ich hatte nur Negatives gehört, so dass für mich eine Behandlung mit Interferon gar nicht infrage gekommen wäre, bis ich dann von den neuen Behandlungsmethoden gehört habe« (Kli_9).

»Ich hab das immer vor mich hinziehen lassen, wollte da auch schon mal zum Arzt und hatte auch schon mal ein paar Termine gemacht, aber da hab ich noch auf der Straße gewohnt, nie hingegangen (...) und dann hab ich mich um den ganzen Kram nicht mehr gekümmert. Doofkopf. Sonst hätte man da schon früher was machen können« (Kli_5).

Weiterhin bestanden vielfach Fehlinformationen bezüglich der Kostenübernahme der Behandlung.

»Also die Krankheit war da, ich hatte davon gehört und ich hab mir gedacht: ›Keine Krankenkasse zahlt so viel Geld für jemanden in dem Alter, wo die sich denken, die dankt eh bald ab‹« (Kli_2).

In zwei Fällen hatte die Krankenkasse eine frühere Kostenübernahme mit der Begründung abgelehnt, die HCV-Infektion könne noch von selbst ausheilen. In drei Fällen wurde berichtet, dass es kurz vor dem Beginn einer Therapie zu Verhaftungen und Haftstrafen kam, in deren Rahmen der Haftarzt bzw. die Haftärztin eine Behandlung ablehnte und diese im Anschluss auch trotz teilweise größerer Bemühungen der Befragten nicht realisiert werden konnte.

»Ich hab leider mehrere Haftaufenthalte gehabt, auch wegen meiner Drogenkarriere, war immer wieder inhaftiert, bin wieder entlassen worden (...) und hab mir dann auch gedacht, nutz die Zeit, anstatt in der Zelle zu verwehrlosen, kannst was machen und bist fitter für draußen (...) aber hat dann leider doch nicht geklappt, der Arzt wollte das dann nicht (...) ich hab auch nie gute Erfahrungen mit den Ärzten in Haft gemacht« (Kli_1).

»Das direkt in Haft, dass man da direkt was gemacht hätte, war ja auch oft die Möglichkeit (...) Ich hab auch geschrieben, ich hab versucht, dahin zu schreiben (...) alle möglichen Sachen, Ombudsmann, Patientenmanagement (I: Aus der Haft heraus?) Ja, was noch, Ärztekammer, meistens haben sie dann auf andere verwiesen, die sind da nicht zuständig, das war das Übliche, oder sie haben geschrieben, ja da kann man nichts machen« (Kli_3).

Förderliche Faktoren für Behandlungsbeginn und erfolgreichen Abschluss

Als ein entscheidender Faktor für den tatsächlichen Beginn einer Behandlung wurde immer wieder auf das vertrauensvolle Verhältnis zu den Sozialarbeitenden vor Ort verwiesen, das zum einen für die Inanspruchnahme der Beratung und Testung und zum anderen für eine Überleitung in die Therapie als sehr wichtig beschrieben wurde. Durch das Vertrauensverhältnis zu den Einrichtungsmitarbeitenden sei im Anschluss auch ein vertrauensvolles Verhältnis zur behandelnden Ärztin bzw. zum behandelnden Arzt möglich gewesen. Das Vorhandensein einer behandelnden Ärztin bzw. eines behandelnden Arztes innerhalb des Testprojekts bzw. direkt in der Einrichtung oder die Begleitung durch eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter der Einrichtung zu den Arztterminen ist für die Befragten neben den neuen Behandlungsmöglichkeiten ohne Interferon der wichtigste Faktor, wieso eine Therapie schlussendlich, in manchen Fällen nach Jahrzehnten, begonnen wurde. Auch die schnelle Abfolge von Beratung, Testung und Behandlung wurde als förderlich für Behandlungsbeginn und Behandlungssadhärenz genannt. Ebenso stellte sich für die Befragten eine Ausgabe der Medikamente durch die Substitutionsärztin bzw. den Substitutionsarzt als hilfreich heraus, da hierdurch die Anzahl der wahrzunehmenden ärztlichen Termine stark beschränkt werden konnte.

7 Überleitung in eine HCV- und HIV-Therapie: Ergebnisse der Interviews mit Ärztinnen und Ärzten

7.1 Methode

Über die teilnehmenden Einrichtungen wurden ärztliche Praxen angefragt, an die HIV- und/oder HCV-positive Klientinnen und Klienten für die Abklärung bzw. Durchführung einer Therapie weitergeleitet werden konnten. Der Auf- und Ausbau solcher Kooperationsstrukturen zwischen beratendem und medizinischem Setting war

ein Bestandteil des Projekts. An zwei von sechs Standorten konnten Interviews mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten geführt werden. In einem Fall übernahm der im Projekt testende Arzt bzw. die testende Ärztin auch selbst die Behandlungen, im anderen Fall war der Arzt bzw. die Ärztin extern angesiedelt und übernahm durch Vermittlung über das Projekt HCV-Behandlungen. Die Aussagen der Interviewten beziehen sich aus Datenschutzgründen nicht speziell auf über das Projekt vermittelte Personen, sondern allgemein auf die Behandlung von Menschen, die Drogen konsumieren. Die telefonischen Interviews dauerten 25 und 47 Minuten und wurden nach der Transkription inhaltsanalytisch (Mayring 2010) und mit Hilfe der Software »MAXQDA« ausgewertet.

Der Gesprächsleitfaden für die Interviews umfasste Fragen nach Erfahrungen bei der Behandlung von Menschen, die Drogen konsumieren, Fragen zu Barrieren und förderlichen Faktoren bei der Aufnahme und Durchführung von Behandlungen dieser Personengruppe sowie Fragen nach Erfahrungen und Perspektiven bei der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren vor Ort (regionale Kooperationen/ sektorenübergreifende Netzwerkstrukturen).

7.2 Ergebnisse

Überleitung in Behandlung

Aus Perspektive des externen Arztes bzw. der externen Ärztin funktioniert die Überleitung in Behandlung vor allem dann gut, wenn die Patientinnen und Patienten von einem Sozialarbeiter bzw. einer Sozialarbeiterin des Projekts zu den Terminen begleitet werden. Wenn dies nicht der Fall ist, kommen viele eigentlich therapiebereite Personen dieser Zielgruppe nicht in der Praxis an. Aber auch wenn der Arzt bzw. die Ärztin vor Ort in der Einrichtung ist sowie bei einer bereits begonnenen externen Behandlung sei eine Begleitung zu den Terminen sinnvoll und trage zu einem erfolgreichen Therapieverlauf bei: »Auch die Leute, die wir hier behandelt haben, das waren nicht unbedingt Selbstgänger, das war, auch durch die gute Ansprache hier von den anderen Mitarbeitern möglich. Ich weiß nicht, wenn die sonst hier keine andere Kontaktperson gehabt hätten, ob das so gut gelaufen wäre« (A_1).

Therapieverlauf

Die bisherigen Therapieverläufe gestalteten sich ohne Probleme und es gab sehr selten Re-Infektionen nach einer erfolgreichen Behandlung in der Zielgruppe. Um eine Person zu behandeln, müssten nicht viele Voraussetzungen erfüllt sein, die Person müsse aufklärungsfähig sein und es müsse ein Gespräch auf Augenhöhe stattfinden können. Ansonsten werden von den beiden Ärztinnen bzw. Ärzten auch obdachlose Menschen, Menschen mit psychischen Begleiterkrankungen und Menschen mit Bei- und/oder Alkoholkonsum behandelt.

Barrieren für Behandlungsbeginn und -verlauf

Eine hohe Barriere für den Beginn einer Behandlung sehen die befragten Ärztinnen bzw. Ärzte darin, dass viele Angehörige der Zielgruppe nicht krankenversichert sind. Nichtversicherte würden ein Testangebot im Allgemeinen eher selten in Anspruch nehmen, da auf eine positive Diagnose keine Behandlung folgen könnte. Daher würden es viele präferieren, gar nicht erst von einer Infektion zu erfahren. Eine pragmatische Lösung dieses Problems könnte, nach Meinung eines Interviewpartners/einer Interviewpartnerin, die Gabe qualitätsgeprüfter Medikamente aus anderen Ländern, z. B. Indien sein, die durch Spenden oder Einrichtungsgelder finanziert werden könnten. Auch diese seien noch sehr teuer, die Kosten würden sich auf ca. 1.500 Euro pro Behandlung belaufen. Dennoch plädiert der Arzt/die Ärztin für die Nutzung dieser Möglichkeit: *»Wir merken ja, dadurch dass hier [Anm.: in der Drogenhilfeeinrichtung selbst] sehr viele Unversicherte sind, aber von den Getesteten ist es nur ein Drittel, dass viele der Unversicherten nicht kommen, weil das keine Konsequenz [hat], also sie sehen darin keinen Vorteil. Wenn man denen aber, oder einer Gruppe von denen, eine Therapie anbieten könnte, dann, denke ich, würden die Zahlen sich ändern«* (A_1).

Auch Fehlinformationen können den Therapiebeginn ver- oder behindern, sowohl auf ärztlicher Seite bezogen auf aktuelle Behandlungsstandards (z. B. Behandlung ist auch bei Bei- und Alkoholkonsum möglich) – als auch auf Klientenseite, z. B. über die Nebenwirkungen der Behandlung.

Haftaufenthalte kurz vor oder während einer Behandlung würden den Beginn und erfolgreichen Abschluss einer Therapie gefährden. Dennoch sei es auch schon vorgekommen, dass ein Klient/eine Klientin während der Behandlung inhaftiert wurde und die Behandlung dennoch fortgesetzt werden konnte. Dies erfordere jedoch sehr aufmerksame Mitarbeitende bzw. Ärztinnen und Ärzte in den Haftanstalten.

Auch Obdachlosigkeit und psychische Erkrankungen können den Behandlungsbeginn und -verlauf erschweren, wenn die Patientin bzw. der Patient die Priorität währenddessen auf andere Bereiche seines Lebens legt oder legen muss. Daher sei es auch aufgrund dieses Umstandes wichtig, eine psychosoziale Begleitung durch Sozialarbeitende zu gewährleisten.

Förderliche Faktoren für Behandlungsbeginn und -verlauf

Wie oben schon erwähnt sahen es die interviewten Ärztinnen und Ärzte als besonders förderlich an, wenn entweder der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin direkt vor Ort ins Testprojekt eingebunden ist oder es eine direkte Begleitung durch Sozialarbeitende der Einrichtung zu Terminen beim behandelnden Arzt

bzw. bei der behandelnden Ärztin gibt: *»Die Begleitung war in so vielen Fällen wirklich so hilfreich«* (A_2). Beide Befragte können sich auch gut vorstellen, dass eine Erweiterung von »Buddy-Projekten«, also eine Begleitung zu den Terminen durch Peers, ähnlich erfolgreich sein könnte.

Als förderlich nannten die Interviewten weiterhin, wenn die behandelte Person im Allgemeinen gut in die Einrichtungsangebote der Drogenhilfe eingebunden war und die Einrichtungsstruktur auch unabhängig vom Beratungs- und Testangebot rege nutzte. Hier konnte das Vertrauensverhältnis, das schon über die Sozialarbeitenden existierte, quasi auf den Arzt bzw. die Ärztin übertragen und eine regelmäßige Arzt-Patienten-Kommunikation etabliert werden. Hierdurch wurde aus Sicht der Interviewten nicht nur die Inanspruchnahme von Beratung und Testung erhöht, sondern auch die Wahrscheinlichkeit, eine Therapie zu beginnen und diese erfolgreich zu beenden. Eine persönliche Überleitung zur Behandlung sei besonders wichtig: *»Das ist sicher gut, dass die Überleitung sehr persönlich ist«* (A_1).

Viele der behandelten Klientinnen und Klienten seien durchaus, entweder durch Substitution oder eine HIV-Behandlung, schon im Medizinsystem angekommen, ohne dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte jedoch einer möglichen oder bereits bekannten HCV-Infektion Beachtung geschenkt hätten. Hier fehle es oft an Eigeninitiative dieser Ärztinnen und Ärzte, so dass die Klientinnen und Klienten am Ende dann über ihren Anschluss an das Drogenhilfesystem bzw. durch Sozialarbeitende des Projekts in die Behandlung vermittelt wurden: *»Das waren in der Regel Leute, die über die Sozialarbeiter geschickt wurden und nicht über die Ärzte (...) die waren schon im Medizinsystem angekommen, sind aber über die Sozialarbeiter dann geschickt worden und nicht über die Ärzte«* (A_2). Erklärt wurde dieser Umstand damit, dass die Arbeitsaufgaben der Sozialarbeitenden die enge Kommunikation mit Klientinnen und Klienten umfassen, während Ärztinnen und Ärzte sich nur sehr begrenzt Zeit für die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten nehmen können. Die Awareness für die Situation dieser Zielgruppe sei zudem insgesamt bei Sozialarbeitenden höher als bei behandelnden Ärztinnen und Ärzten.

Auch während einer schon laufenden Behandlung müssten die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ein besonderes Engagement zeigen, um die Haltequote zu erhöhen, gerade wenn die Patientinnen und Patienten eben nicht von Sozialarbeitenden durchgehend begleitet würden:

»So wie heute z. B., da hätte ein Patient einen Termin gehabt, der ist nicht gekommen, da hab ich mich ans Telefon gehalten und den gefragt: »So, was ist hier passiert? Wo sind Sie jetzt? Sie brauchen Ihre Medikation, es gibt noch eine Packung, die gegeben werden muss« und das hab ich dann mit der Apotheke arrangiert, dass das vorbestellt wird, dass er sich das am Montag abholen kann, dass da keine Lücke entsteht. Das ist das Engagement« (A_2).

Wenn behandelnde Ärztinnen und Ärzte es schafften, Abstand vom gewohnten Praxisalltag zu gewinnen und sich dieser Patientengruppe (Menschen, die Drogen konsumieren) mit ihren eigenen Bedürfnissen anzunehmen, sei es sehr realistisch, dass die Patientinnen und Patienten eine Behandlung beginnen und auch erfolgreich abschließen, auch wenn diese nicht von Mitarbeitenden der Einrichtungen begleitet werden: *»Ich denke, man muss auch ein bisschen anders vorgehen – sich ein bisschen davon, wie das sonst so ist: Also Leute kommen auch einfach manchmal nicht und wenn man dann sagt: ›Ich geb dir keinen neuen Termin, du bist unzuverlässig‹, das geht dann nicht. Oder man muss auch manchmal einfach Leute, wenn sie da sind, gleich erwischen und gleich drannehmen (...) Wenn man die dann vertröstet: ›Ja, komm mal in zwei Wochen um 17.15 Uhr und in 4 Wochen machen wir mal Ultraschall‹: Das geht nicht (...) Ich hab denen dann gesagt: ›Ihr könnt kommen wann ihr wollt‹. Wenn wir einen Termin vereinbart haben, das klappte nicht« (A_1).*

»Die Terminvergabe (...) da fliegen die aus vielen Settings einfach raus, also Flexibilität auf Seiten der Praxis ist gefragt (...) Da muss man auch manchmal kreative Ideen entwickeln, um da andere Lösungen zu finden« (A_2).

Wichtig sei es, sich auf die spezielle Zielgruppe einzustellen und das übliche Vorgehen bei der Behandlung auf diese anzupassen. Zu starre Zugangsvoraussetzungen und Regelungen innerhalb der ärztlichen Praxis würden dazu führen, dass Therapien eher abgebrochen würden. Beispielsweise könnte auch durchaus ein Nichterscheinen toleriert werden. Ein Rezept könnte hinterlegt statt persönlich ausgehändigt und es könnten Wege gesucht werden, mit heiklen Situationen während der Behandlung umzugehen. Auch die Compliance der Klientinnen und Klienten werde nicht vorausgesetzt, sondern müsse gemeinsam, also als gemeinsame Aufgabe von Arzt/Ärztin und Klient/Klientin hergestellt werden: *»Ob die Compliance geschafft wird, indem die substituierende Praxis das ausgibt, oder der Patient das selber [Anm.: aus rein eigener Motivation] einnimmt, das ist mir egal« (A_2).*

Um eine möglichst niedrigschwellige Behandlung zu bewerkstelligen, müssten möglichst kurze und wenige Wege für Patientinnen und Patienten realisiert werden. Unter anderem habe sich hier die Ausgabe der Medikation durch bereits behandelnde Ärztinnen und Ärzte, meist Substitutionsärztinnen und -ärzte, oder Apotheken bewährt.

Nicht zuletzt seien enge Netzwerke zwischen behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzten und Einrichtungen der Drogenhilfe mit einer offenen, regelmäßigen Kommunikation auf der strukturellen Ebene unerlässlich für dauerhaft gelungene Überleitungen in Behandlungen.

8 Zusammenfassung der Ergebnisse der Klienten- und Ärzteinterviews

Die interviewten Klientinnen und Klienten nutzten das Angebot des Projektes meist, um eine oft bereits viele Jahre zuvor diagnostizierte HCV-Infektion bestätigen und sich darauf in Behandlung vermitteln zu lassen, und eher weniger, um erstmals ihren HCV-Status zu erfahren. Nach einer teilweise Jahrzehnte zurückliegenden Diagnose und teilweise bereits schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen wurde in sieben Fällen durch das Projekt ein weitestgehend unkomplizierter Behandlungsverlauf mit in bereits fünf Fällen erfolgreichem Abschluss ermöglicht.

Als Hauptfaktoren für einen verzögerten Behandlungsbeginn wurden sowohl von Klienten- als auch von Ärzteseite fehlende oder falsche Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten, die fehlende Unterstützung durch vertrauensvolle Personen, Haftaufenthalte und fehlende Krankenversicherungen genannt.

Als besonders förderlich, sowohl für die Inanspruchnahme der Beratungen und Tests als auch für eine Überleitung in Behandlung, wurde ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Sozialarbeitenden der Drogenhilfeeinrichtungen beschrieben. Für die Überleitung in eine Behandlung sei es wichtig, eine Begleitung der Klientinnen und Klienten durch Sozialarbeitende zu Ärzteterminen zu gewährleisten, falls der in der Einrichtung testende Arzt bzw. die testende Ärztin nicht selbst eine HCV-Therapie durchführen kann. Weiter wurden die zeitnahe Folge von Testung und Therapiebeginn, die Ausgabe der Medikamente durch Substitutionsärztinnen und -ärzte und eine sichergestellte Behandlung auch in Haft als förderliche Faktoren für einen Behandlungsbeginn genannt. Als Einzelfalllösung für Nichtversicherte könnte die Vergabe von kostengünstigeren Medikamenten aus dem Ausland angedacht werden.

Aus Sicht der interviewten ärztlichen Fachkräfte sei für eine gelungene Überleitung auch die Eigeninitiative von Ärztinnen und Ärzten nötig. Klientinnen und Klienten, die bereits an unterschiedlichen Stellen im Medizinsystem angekommen seien, z. B. in Substitutions- oder hausärztlichen Praxen, müssten bei Testungen und Behandlungen von HCV besser unterstützt werden.

Bei der Behandlung sei dann besonders darauf zu achten, dass es sich um eine Patientengruppe mit besonderen Bedürfnissen handele. Auch hier sei wieder Eigeninitiative der Ärztinnen und Ärzte gefragt, um die Haltequote zu erhöhen. Dies sei vor allem durch eine Zielgruppenanpassung der praxisinternen Regelungen möglich, z. B. durch zeitnahe Terminvergaben und das Hinterlegen von Rezepten.

Nicht zuletzt seien auf einer strukturellen Ebene aus Sicht der interviewten ärztlichen Fachkräfte enge Netzwerke zwischen behandelnden Ärztinnen und Ärzten und Einrichtungen der Drogenhilfe von hoher Wichtigkeit.

9 Stärken, Schwächen, Chancen, Risiken, Lessons Learned - Ergebnisse der SWOT-Analyse

9.1 Methode

Fünf von sechs Projektstandorte haben an der die wissenschaftliche Projektbegleitung abschließenden, SWOT-Analyse teilgenommen. Die grundlegenden Fragen der SWOT-Analyse dienen der Erhebung der Stärken (S - Strengths), Schwächen (W - Weaknesses), Chancen (O - Opportunities) und potenziellen zukünftigen Bedrohungen bzw. Risiken (T - Threats) des Projektes aus Sicht der Projektbeteiligten in den teilnehmenden Einrichtungen. Dazu wurde ein Word-Dokument mit offenen Fragen erstellt, das von fünf Standorten im Team der Mitarbeitenden des Projekts, inkl. der Ärztinnen und Ärzte, die die Testungen durchgeführt haben, ausgefüllt wurde. Die Analyse ist vor allem mit Blick auf die zukünftige Gestaltung solcher Angebote relevant. Die Fragen innerhalb der vier SWOT-Kategorien bezogen sich auf strukturelle und prozessorientierte Aspekte und auf *Lessons Learned*.

9.2 Ergebnisse

Als eine Stärke des Projekts wurde genannt, dass dieses über ein etabliertes Unterstützungsangebot mit einem schon vorhandenen zielgruppenspezifischen Zugang zur Klientel verfügt. Dadurch ist eine persönliche Ansprache von Personen möglich, die durch mehrsprachige Bewerbungsmaterialien unterstützt wurde. Bei Interesse konnte das Angebot dann sofort in Anspruch genommen werden. Die Vertrauensbasis, die zu den Mitarbeitenden der Einrichtungen bestand, wurde als ein Faktor beschrieben, der ganz wesentlich zur Inanspruchnahme beigetragen hat.

Das Arbeiten im interdisziplinären Team (Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Pflegekräfte, ärztliche Fachkräfte) wurde als zielführend genannt, um ein möglichst passgenaues Unterstützungsangebot zur Prävention und Behandlung von HIV- und Hepatitis-Virusinfektionen anzubieten. Auch der Auf- und Ausbau eines Netzwerks vor Ort, insbesondere zum medizinischen Versorgungssystem, wird als eine besondere Stärke genannt. Durch den Austausch zu Fachthemen und praktische Unterstüt-

zung (z. B. Begleitungen von HCV-positiven Klientinnen und Klienten zu einem ärztlichen Erstgespräch) können Barrieren bei der Überleitung zwischen den Sektoren Drogenhilfesystem und medizinisches Versorgungssystem abgebaut werden.

Eine Stärke war auch, dass im Rahmen des Projekts Impfungen gegen das Hepatitis-A- und das Hepatitis-B-Virus angeboten werden konnten, die für die Zielgruppe des Projekts von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen werden.

Als eine **Schwäche** des Projekts (u. a. danach gefragt, was nicht so gut funktioniert hat oder wo Probleme auftraten), wurde genannt, dass es teilweise Schwierigkeiten gab, kooperierende Ärztinnen und Ärzte für das Projekt zu finden. Problematisch war es auch, wenn keine zeitnahen Termine für die Abklärung einer möglichen Therapie bei HCV-positiven Klientinnen und Klienten ermöglicht werden konnten.

In der Binnenorganisation der Einrichtung war die Personalplanung teilweise herausfordernd, da Zuständigkeiten (Aufteilung zwischen den Projektaufgaben und sonstigen Tätigkeiten) nicht immer klar zu trennen waren. Zudem waren einzelne Projektbestandteile, vor allem die persönliche Begleitung der Klientinnen und Klienten zur ärztlichen Praxis, zeitaufwendig. Dies galt insbesondere auch dann, wenn keine Krankenversicherung vorhanden war. Eine Schwierigkeit war auch, dass das interdisziplinäre Projektteam nicht regelhaft in der Einrichtung tätig war - die Beratenden waren dort zwar angestellt, doch die ärztlichen Fachkräfte kamen nur punktuell dazu, was teilweise bei der Umsetzung des Angebots schwierig war (Flexibilität eingeschränkt). Hinzu kommt, dass das Angebot als eng umgrenztes spezifisches Projekt konzipiert, und dadurch teilweise nicht genügend in der Gesamteinrichtung verankert ist.

Auch gab es sprachliche Barrieren. Konnte eine Beratung/Übersetzung nicht durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angeboten werden, die über ausreichende Kenntnisse der entsprechenden Fremdsprache verfügten, so war die Hinzunahme von Sprachmittlerinnen und Sprachmittlern erforderlich. Dies erhöhte u. a. durch die erforderliche Terminvereinbarung und eine damit verbundene Wartezeit die Hürde zur Inanspruchnahme des Angebots.

Unter der Kategorie **Chancen** wurde erfragt, was für eine erfolgreiche Fortführung des Projekts bzw. dessen Angebot notwendig wäre. Für die Fortführung eines solchen Beratungs- und Testangebots, mit Unterstützung bei der Weiterleitung in eine Therapie, ist eine ausreichende strukturelle und personelle Ausstattung notwendig. Hierzu gehören z. B. ein größeres Raumangebot, um vertrauliche Gespräche zu gewährleisten, sowie ausreichend personelle Ressourcen zur Durchführung der Beratung und für die Begleitung zu Ärztinnen und Ärzten. Auch eine Ausweitung der Beratungs- und Testmöglichkeiten wird als sinnvoll empfunden. Durch erhöhte Kapazitäten könnten kurzfristige Tests ermöglicht werden. Sinnvoll wäre auch die Einrichtung eines mobilen Testangebots. Perspektivisch sei die Möglichkeit, vor Ort Behandlungen

anbieten zu können, z. B. durch eine niedergelassene Infektiologin bzw. einen niedergelassenen Infektiologen, die/der vor Ort testet, impft und ggf. auch vor Ort eine Behandlung beginnen bzw. begleiten kann, hilfreich.

Wünschenswert wären eine stärkere Einbindung von Substitutionspraxen bei der Prävention, Testung und Behandlung von Hepatitis-Virusinfektionen, und insgesamt eine engere Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (Ausbau der Kooperationen).

Unter der Kategorie **Risiken** (hier wurde erfragt, welche Entwicklungen bei einer Fortführung des Projekts/Angebots Probleme bereiten könnten) wurden neben einer fehlenden Finanzierung und den Schwierigkeiten der Überleitung von nicht versicherten HCV-positiven Personen in eine Therapie insbesondere eine fehlende Bereitschaft zur Zusammenarbeit auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte genannt. Die intersektorale Kooperationsbereitschaft ist ein Eckpfeiler des Angebots und muss für eine erfolgreiche Fortführung des Angebots aufrechterhalten und ausgebaut werden. Als Risiko bzw. Herausforderung gilt auch, die Klientinnen und Klienten dauerhaft zur Auseinandersetzung mit diesem Thema zu motivieren und diese zu ermutigen, sich wenigstens nach einer Risikosituation testen zu lassen. Sprachliche Barrieren reduzieren die Möglichkeiten der Inanspruchnahme des Angebots durch Menschen, die kein bzw. nicht ausreichend Deutsch sprechen, wobei gerade diese einen besonderen Unterstützungsbedarf haben. Es muss zudem darauf geachtet werden, dass der im Projekt erworbene Fortbildungsstand der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Themenbereich HIV- und Hepatitis-Virusinfektionen aufrechterhalten wird.

Unter **Lessons Learned** (hier haben die Fachkräfte resümiert, was die Institution aus dem Projekt mitnimmt) wird in erster Linie genannt, wie positiv sich der höhere Stellenwert von Hepatitis-C-Virusinfektionen in der Beratungsarbeit auf die gesamte Tätigkeit auswirke. Es konnten neue Impulse gesetzt werden, die zur Qualitätssicherung der Einrichtungsarbeit beitragen. Bei den Beratungen und Tests war es wichtig, zeitnahe Abläufe einzuhalten und die Überleitung in eine Therapie bei positiv getesteten Personen zu unterstützen. Da dies durch die Einrichtungsmitarbeitenden aus zeitlichen Gründen nur bedingt möglich ist, sollten hier Alternativen, wie z. B. sogenannte »Buddy-Programme«, d. h. die Begleitung zu Arztterminen durch Personen aus der *Peer Group*, verstärkt angedacht werden.

Es war erfreulich, dass Kooperationen mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten aufgebaut werden konnten, wengleich diese von Standort zu Standort von unterschiedlicher Intensität und noch ausbaufähig sind. Der Austausch mit anderen am Projekt beteiligten Einrichtungen wurde als hilfreich empfunden und sollte verstärkt werden. Zudem wurde angemerkt, dass es sinnvoll sein kann, in den Einrichtungen eine zentrale Person zu benennen, die für das Projekt bzw. diesen Bereich zuständig ist. Gleichwohl sollte der Themenbereich HIV und Hepatitis nicht nur auf einzelne Mitarbeitende beschränkt, sondern in der gesamten Einrichtungsstruktur verankert werden.

10 Zusammenfassung der Ergebnisse und Diskussion

Das von Januar 2018 bis Ende August 2019 durchgeführte Modellprojekt zu Beratungen und Tests auf HIV und HCV in niedrigschwelligen Einrichtungen der Drogenhilfe wurde während des gesamten Projektzeitraums begleitend evaluiert. Die Ergebnisse dieser Evaluation sind wesentlicher Bestandteil des Abschlussberichts. In die Erstellung des Berichts sind die Daten von fünf der insgesamt sechs beteiligten Standorte eingeflossen.⁶

Gegenstand der Evaluation war zum einen die quantitative Erhebung der Inanspruchnahme über einerseits eine nicht personenbezogene Beratungsstatistik, andererseits über fallbezogene, anonyme Fragebögen, die insbesondere bei längeren Beratungen angelegt wurden und auch der Unterstützung des Beratungsgesprächs im Sinne eines Leitfadens dienen. Bei Einverständnis der Klientinnen und Klienten konnten die Daten der Fragebögen zu Forschungszwecken verwendet werden. Ergänzend wurden qualitative Forschungsmethoden eingesetzt, um Erfahrungen bei den Beratungen und Tests vertiefend zu erfassen und den Übergang in eine Therapie aus verschiedenen Blickwinkeln zu beleuchten. Hierzu wurden persönliche leitfadengestützte Interviews mit neun Klientinnen und Klienten, telefonische leitfadengestützte Interviews mit zwei ärztlichen Fachkräften und eine Fokusgruppe mit den Projektmitarbeitenden der Standorte durchgeführt. Nach Abschluss der Feldphase (Januar 2018 bis Ende August 2019) wurde an jedem Projektstandort eine SWOT-Analyse durchgeführt. Hierbei reflektierten die einzelnen Projektteams die Implementierung und Durchführung des Projekts anhand von Leitfragen zu Stärken, Schwächen, Möglichkeiten und Risiken. Zudem wurden die *Lessons Learned* zusammengefasst. Letztere wurden auch im Abschlusstreffen mit den Einrichtungen am 4.3.2020 diskutiert.

Die Daten der **Inanspruchnahmestatistik** zeigen, dass das Beratungs- und Testangebot von Januar 2018 bis Ende August 2019 kontinuierlich in Anspruch genommen wurde. Dies unterstreicht zum einen den Bedarf an einem regelmäßigen Angebot. Neben einer zeitnahen Testung nach Risikosituationen lassen sich so auch jährliche Routineuntersuchungen auf HIV und HCV umsetzen, die z. B. im Rahmen einer Substitutionsbehandlung bei bestehenden Infektionsrisiken empfohlen (Erbas et al. 2018), aber nach Hinweisen der vorliegenden Projektergebnisse in der Praxis nicht immer realisiert werden. Zudem lässt sich durch ein kontinuierliches Angebot ein Vertrauensverhältnis in Bezug auf die sensiblen Themen wie HIV- und/oder HCV-Infektionen aufbauen. Dies muss nicht bei jedem Anlass in einer längeren

⁶ Da an einem Standort aus organisatorischen Gründen erst deutlich später mit den Beratungen und Tests begonnen und wegen zeitlicher Kapazitäten nicht alle Erhebungsdokumente ausgefüllt werden konnten, wurde dieser Standort nicht in die vorliegende Auswertung aufgenommen. Daher beziehen sich die Angaben auf fünf von sechs Standorten.

Testberatung münden. Insgesamt wurden über 20 Monate 1.034 Beratungen durchgeführt, wovon 429 Beratungen unter 15 Minuten und 605 Beratungen über 15 Minuten dauerten. Wöchentliche feste Termine mit im Themenbereich geschultem Personal ermöglichen es, in einem Vertraulichkeit gewährenden Raum und ohne Anmeldung auch kleinere Anliegen bezogen auf Hepatitis-Virus- und HIV-Infektionen zu besprechen. Hier kann es sich z. B. um Fragen zu »Safer Use« und »Safer Sex« handeln. Auch kann der Anlass genutzt werden, um über Themen wie Substitutionsbehandlung zu sprechen, wie das Fokusgruppengespräch mit den Projektmitarbeitenden verdeutlichte. Zugleich unterstützt eine feste Sprechstunde zu HIV und Hepatitis das Ziel, dem Thema mehr Beachtung zu schenken. Gerade in Settings mit hohem Durchlauf, etwa Kontaktcafés mit angeschlossenem Drogenkonsumraum, gehe dieses Thema im Alltagsgeschehen manchmal unter, wie in der Fokusgruppe mit den Beraterinnen und Beratern deutlich wurde. Bei dem Projektabschlusstreffen wurde zu den *Lessons Learned* hervorgehoben, dass es zwar einerseits wichtig sei, dass es besondere Ansprechpersonen zu diesem Themengebiet in der Einrichtung gibt, es andererseits aber auch notwendig sei, dass der Themenbereich und solch ein Beratungs- und Testangebot in der gesamten Einrichtung implementiert werde. Ansonsten bestünde die Gefahr, dass sich andere Mitarbeitende nicht mehr mit diesem Thema beschäftigen und regelhaft an die entsprechend geschulten Kolleginnen und Kollegen verweisen.

Entsprechend der Verteilung der Beratungstermine über das Jahr variiert auch die Anzahl der durchgeführten HIV-Schnelltests im Projektverlauf kaum; die Verteilung der HCV-Schnelltests ist größtenteils ähnlich. Hinzu kommen die Labortests - hier sind insbesondere PCR-Tests relevant, die z. B. angewendet werden, um zu überprüfen, ob eine frühere HCV-Infektion noch aktiv und damit potenziell behandlungsbedürftig ist oder ob z. B. eine Re-Infektion stattgefunden hat. In der Regel fanden an den größeren Standorten ein bis drei Schnell- oder Labortests pro Woche statt. Da ein Testberatungsgespräch (Pre- und Post-Test-Beratung) bis zu 60 Minuten dauern kann, gerade auch bei fremdsprachigen Beratungen, wo teilweise Übersetzungen notwendig werden, wurde, zusammen mit kürzeren Beratungen ohne Testung, der Zeitrahmen des Angebots, der je nach Standort 2 bis 4 Stunden pro Woche umfasste, ausgeschöpft. Somit waren die zeitlichen Kapazitäten der Projektmitarbeitenden für eine persönliche Begleitung von positiv getesteten Personen zu einem Erstgespräch mit Ärztinnen und Ärzten, die HIV- und HCV-Behandlungen durchführen, gering bzw. nicht vorhanden. Allerdings wurden im Projekt Kooperationen mit niedergelassenen Praxen aufgebaut, die eine Überleitung in eine Behandlung erleichtern sollten. Im Rahmen des Projekts konnte keine Längsschnittuntersuchung durchgeführt werden. Somit konnte nur indirekt und nicht für alle positiv getesteten Personen erfasst werden, ob eine Behandlung begonnen wurde. Davon Kenntnis erlangt haben die Projektmitarbeitenden, wenn die Klientinnen und Klienten eigeninitiativ den Projektmitarbeitenden von begonnenen Therapien berichteten oder eine therapiebegleitende Beratung stattfand. Aus diesen Informationsquellen ergibt sich, dass während der Projektlaufzeit an vier Standorten min-

destens 25 Klientinnen und Klienten eine HCV-Therapie begonnen haben. Bis Ende August 2019 hatten bereits 16 Personen die HCV-Therapie abgeschlossen.

Die **standardisierten Fragebögen** enthalten Angaben zum soziodemographischen Hintergrund der Klientinnen und Klienten, zu gesundheitsbezogenen Aspekten und zur geschätzten HIV- und HCV-Prävalenz der getesteten Personen. In der 20 Monate andauernden Feldphase der Beratungen und Tests wurden 502 Fragebögen ausgefüllt. Dabei handelte es sich um eine fallbezogene Erhebung. Dies bedeutet, dass für eine Person, die sich z. B. nach einem halben Jahr nochmals beraten und ggf. testen ließ, bei Einverständnis erneut ein Fragebogen ausgefüllt und ausgewertet wurde. 91 Personen gaben an, das Angebot (Beratung, ggf. Test) mindestens zweimal in Anspruch genommen zu haben.

Der überwiegende Teil der beratenen Klientinnen und Klienten ist prinzipiell an das medizinische Versorgungssystem angebunden, z. B. über eine Substitutionsbehandlung. So gaben rund drei Viertel der Befragten an, jemals substituiert worden zu sein - eine aktuelle Substitution berichtete rund die Hälfte. Dennoch ist der Bedarf an Beratung zu und Tests auf HIV und Hepatitis-Viren nach Erfahrungen des Projekts hoch. Der Zielgruppe kommt dabei die Niedrigschwelligkeit des Angebots entgegen: Beratung und Testung können ohne Anmeldung, anonym, mit ausreichend Zeit und kostenlos in Anspruch genommen werden. Zudem besteht oftmals ein besonderes Vertrauensverhältnis zu den bereits bekannten Mitarbeitenden der Einrichtungen, wodurch die Ansprache sensibler Themen wie HIV und Hepatitis erleichtert werden kann. Bezogen auf das medizinische Versorgungssystem gaben knapp 39% der befragten Klientinnen und Klienten an, keine Ärztin oder keinen Arzt des Vertrauens zu haben.

Des Weiteren gaben 37,0% bzw. 37,3% der Befragten an, nicht gegen Hepatitis A bzw. Hepatitis B geimpft zu sein; fast ein Drittel kannte den jeweiligen Impfstatus nicht (30,6% bei HAV und 28,8% bei HBV). Die HAV- und HBV-Impfung ist für Menschen, die Drogen konsumieren, von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen. Die hier berichteten Impfquoten sprechen dafür, dass weitere Anstrengungen unternommen werden sollten, um dieser Zielgruppe den Zugang zu diesen und anderen Impfungen zu erleichtern, z. B. durch aktive Ansprache in ärztlichen Praxen. Zusätzlich können Angebote wie das hier beschriebene Projekt »HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!« eine niedrigschwellige Möglichkeit für Impfungen, insbesondere auch für Menschen ohne Krankenversicherung, bieten.

Die persönliche Ansprache der Klientinnen und Klienten durch die Projektmitarbeitenden ist für die Motivation, eine Testberatung in Anspruch zu nehmen, ausschlaggebend. Fast drei Viertel der Klientinnen und Klienten sind über eine persönliche Ansprache auf das Projekt aufmerksam geworden. Aber auch das gegenseitige Informieren der Besucherinnen und Besucher innerhalb der Einrichtung oder in der »Szene« spielt eine Rolle. Über diese *Peer to Peer*-Wege hat insgesamt fast jeder Zehnte von dem Angebot erfahren.

41,5 % der beratenen Personen wurden nicht in Deutschland geboren. Durchschnittlich sind diese Personen ca. 18 bis 19 Jahre vor Inanspruchnahme der Testsprechstunde nach Deutschland eingewandert und stammen mehrheitlich aus Osteuropa und Zentralasien (z. B. Kasachstan und Georgien) oder aus dem Iran und Afghanistan. Knapp ein Drittel aller nicht in Deutschland Geborenen ist nach dem Jahr 2011 eingewandert. Eine fremdsprachige Beratung durch die Projektmitarbeitenden oder Übersetzung durch Kolleginnen und Kollegen war teilweise möglich. Wo dies nicht der Fall war, konnten Sprachmittlerinnen und Sprachmittler im Projekt hinzugezogen werden. Dies erfordert jedoch Terminvereinbarungen und senkt dadurch die Niedrigschwelligkeit einer Beratung. Auch ist es von Vorteil, wenn Sprachmittlerinnen und Sprachmittler über Erfahrungen bzw. Kenntnis dieser Thematik verfügen, da es sich um sensible Themen wie Sexualität, illegalen Drogenkonsum und Vermittlung positiver Testergebnisse (HIV-/HCV-Infektion) handelt. Daher sind feste Kooperationen mit zu diesen Bereichen geschulten Sprachmittlerinnen und Sprachmittler von Vorteil. Ein Problem stellt ebenfalls die Tatsache dar, dass Klientinnen und Klienten ohne Krankenversicherung (13 % der Beratenen) in der Regel nur dann eine HCV-Therapie erhalten können, wenn ihre Gesundheit unmittelbar gefährdet ist. Von den Projektmitarbeitenden wurde berichtet, dass sich einige Personen ohne Krankenversicherung nicht auf HCV testen lassen möchten, wenn keine anschließende Therapie möglich ist. Teilweise werde das Testangebot von diesen Personen sogar als eine Art »Affront« verstanden.

Insgesamt wurden 414 **HCV-Tests** (Antikörper-Suchtests oder HCV-PCR-Tests) in den Befundbögen vermerkt. Dabei handelt es sich um eine anonyme, fallbezogene Erhebung. Allerdings kann bei einem Testanlass (Schnelltest oder AK-Labortest, PCR-Test) durch eine anonyme Nummer ein Rückschluss auf die Anzahl getesteter Personen gezogen werden (wobei eine Person mehr als einmal im Projektverlauf getestet worden sein kann). Von den 306 getesteten Personen wiesen etwas mehr als ein Drittel (36,2 %) eine HCV-Infektion (aktive Infektion oder Antikörper aufgrund einer früheren Infektion vorhanden) auf. Bei rund einem Viertel aller Getesteten (26,8 %) lag eine virämische und damit eine aktive und potenziell behandlungsbedürftige HCV-Infektion vor.

Insgesamt wurden 429 **HIV-Suchtests** durchgeführt, ganz vorwiegend Schnelltests. Dabei lagen drei reaktive Ergebnisse vor: eines von einem Schnelltest und zwei von Antigen-Antikörper-Labortests. Einer der Labortests konnte mittels Western Blot bestätigt werden, für den Schnelltest lag ein unentschiedener Western Blot vor. Zudem wurde ein HIV-PCR-Test durchgeführt, der positiv ausfiel. Laut den übermittelten Befundbögen beträgt somit die Prävalenz der im Projektverlauf reaktiv bzw. positiv auf HIV getesteten Personen 0,9 % (vier von 430 getesteten Personen), wobei nur zwei der Tests bestätigt werden konnten. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass die zur Verfügung stehenden Frage- und Befundbögen vermutlich nicht alle Tests abdecken, die im Rahmen des Projekts durchgeführt wurden. So lagen laut der Inanspruchnahmestatistik (vgl. Kapitel 3.2) zumindest zwei

reaktive HIV-Schnelltestergebnisse vor. Die tatsächliche HIV-Prävalenz aller getesteten Personen könnte daher etwas höher liegen.

Neben der Beratung und Testung lag ein weiterer Schwerpunkt des Projekts auf der **Überleitung in eine Therapie** bei einem positiven HIV- oder HCV-Ergebnis. Von den 82 Personen mit positiver HCV-PCR-Testung haben fünf Personen das Ergebnis nicht abgeholt und bei sieben Personen liegt hierzu keine Angabe vor. 70 Personen holten das Ergebnis des HCV-PCR-Tests ab, 57 äußerten sich im Post-Test-Gespräch zur Therapie bei chronischer Infektion. Die überwiegende Mehrheit dieser Personen (47 von 57) nannte bereits im Gespräch zum Testergebnis einen HCV-Therapiewunsch. Diesen Therapiewunsch zu realisieren ist oft mit Schwierigkeiten verbunden. Klientinnen und Klienten fällt es schwer, die Therapie selbst konkret zu initiieren, also einen Termin bei einer behandelnden Ärztin bzw. einem behandelnden Arzt zu vereinbaren und das Erstgespräch wahrzunehmen. Schaffen die Klientinnen und Klienten es zum Erstgespräch, bestehen auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte teilweise Vorbehalte gegen die Durchführung von HCV-Therapien bei aktiv Drogen gebrauchenden Menschen oder bei substituierten Personen mit Bei- oder Alkoholkonsum. Auch wird der Nutzen der antiviralen HCV-Therapie teilweise von Ärztinnen und Ärzten wegen einer möglichen Re-Infektion in Frage gestellt. Studien haben allerdings gezeigt, dass ein aktiver Drogenkonsum oder ein gleichzeitig durchgeführtes Substitutionsprogramm die Wirksamkeit der neuen DAA-Medikamente (Directly Acting Antivirals) nicht signifikant beeinflusst (Aspinall et al. 2013, Grebely et al. 2015 und 2017, Christensen et al. 2018). Dass Behandlungserfolge bei einer HCV-DAA-Therapie bei Menschen, die aktiv Drogen konsumieren oder sich in einer Opioid-Substitutionsbehandlung befinden, vergleichbar mit denen bei Patientengruppen ohne intravenösen Drogenkonsum sind, zeigte auch das Ergebnis einer aktuellen Metaanalyse (Graf et al. 2019). Entscheidend für einen Therapieerfolg ist ein stabiles Arzt-Patienten-Verhältnis bzw. die Einschätzung, dass eine regelmäßige Tabletteneinnahme erfolgen wird. Auswertungen haben zudem gezeigt, dass die HCV-Re-Infektionsrate bei intravenös Drogen gebrauchenden Menschen niedrig ist (Simmons et al. 2016, Falade-Nwulia et al. 2018). Somit sollte keine Therapie verwehrt werden aufgrund der Annahme, dass sich dies wegen baldiger Re-Infektion nicht lohne.

Im Projektzeitraum haben mindestens 25 Personen eine HCV-Behandlung begonnen, mindestens 16 konnten während der Projektlaufzeit abgeschlossen werden. Die **Ergebnisse der Interviews mit Klientinnen und Klienten**, die im Rahmen des Projekts eine HCV-Behandlung begonnen und teilweise bereits abgeschlossen haben oder sich in der Abklärung befanden, unterstreichen den Stellenwert des durchgehenden Unterstützungsangebots durch ihnen vertraute Personen in den Drogenhilfeeinrichtungen. Dieses bestand zum einen in der Unterstützung im Umgang mit der Diagnose, die gerade bei denjenigen Personen, die kürzlich die Diagnose erhalten hatten, eine große emotionale Belastung darstellte. Zum anderen wurde durch eine bedarfsgerechte Informationsvermittlung unterstützt.

So sind die mittlerweile guten und nebenwirkungsarmen Behandlungsmöglichkeiten noch nicht überall ausreichend bekannt. Des Weiteren wurde praktische Hilfe bei der Kontaktaufnahme mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten angeboten. Es zeigte sich, dass durch soziale Unterstützung erstmals, nach teils mehrjähriger oder sogar jahrzehntelanger HCV-Infektion, eine echte Chance auf eine HCV-Therapie gesehen wurde und diese dann auch realisiert werden konnte.

Alle interviewten Klientinnen und Klienten befanden sich aktuell in einer Substitutionsbehandlung. Bei der Aufnahme und Durchführung der Therapie wurde ein Bei- oder Alkoholkonsum zwar thematisiert, stellte aber keinen Ausschlussgrund dar. Als wesentliche Barrieren für eine Therapie wurden neben fehlender Unterstützung insbesondere Haftaufenthalte gesehen.

Neben HCV-Therapien sollte auch der Beginn von HIV-Behandlungen im Projekt gefördert werden. Dies betraf nicht nur Personen, die im Projekt HIV-positiv getestet wurden, sondern auch solche, bei denen eine HIV-Infektion bereits bekannt war. Vier Klientinnen und Klienten (teilweise mit bereits bekannter HIV-Infektion) äußerten laut den vorliegenden Fragebögen einen Therapiewunsch. Während der Laufzeit des Projekts konnten insgesamt mindestens sechs Personen in eine HIV-Therapie vermittelt werden (siehe 3.3).

Die beiden **interviewten ärztlichen Fachkräfte** behandeln in ihren niedergelassenen Praxen bereits seit vielen Jahren HCV-positive Menschen, die Drogen konsumieren. Die bisherigen Therapieverläufe gestalteten sich unproblematisch. Eine erfolgreiche Behandlung war auch bei etwaigem Bei- oder Alkoholkonsum möglich und es habe sehr selten Re-Infektionen gegeben. Wichtig für einen Therapiebeginn sei, dass ein Aufklärungsgespräch möglich ist und ein Gespräch »auf Augenhöhe« stattfinden könne. Die Begleitung durch Sozialarbeitende zu den ärztlichen Terminen wurde als sehr förderlich beschrieben, jedoch sei laut ihren Erfahrungen eine Behandlung auch ohne eine solche Betreuung umsetzbar. Es sei wichtig, sich auf die besonderen Bedürfnisse der Zielgruppe einzustellen. Hier sei die Eigeninitiative der Ärztinnen und Ärzte gefragt, um die Haltequote zu erhöhen. Dies sei vor allem durch eine Zielgruppenanpassung der praxisinternen Regelungen möglich, z. B. durch eine zeitnahe Terminvergabe bzw. das kurzfristige Einschleichen eines Termins oder das Hinterlegen von Rezepten. Um Beginn und Fortsetzung der Behandlung niedrigschwellig zu bewerkstelligen, müssten möglichst kurze und wenige Wege für die Patientinnen und Patienten realisiert werden. Hier habe sich u. a. die Ausgabe der Medikamente durch bereits behandelnde Ärztinnen und Ärzte, meist Substitutionsärztinnen und -ärzte, oder Apotheken bewährt.

Auf struktureller Ebene seien aus Sicht der interviewten ärztlichen Fachkräfte enge Netzwerke zwischen behandelnden Ärztinnen und Ärzten und Einrichtungen der Drogenhilfe von hoher Wichtigkeit.

Im Projekt konnten an allen Standorten **Kooperationen mit Ärztinnen und Ärzten** aufgebaut werden, die eine

HCV-Therapie bei den Projektnutzenden durchführen. Allerdings beschrieben die Projektmitarbeitenden diesen Prozess teilweise als mühsam. An einem der Standorte führte die vor Ort testende ärztliche Fachkraft in der eigenen infektiologischen Praxis selbst HIV- und HCV-Therapien durch. Diese Konstellation scheint für einen Übergang in eine Therapie besonders nützlich.

Nach Abschluss der Feldphase Ende August 2019 wurden die interdisziplinären Projektteams um eine systematische Analyse der Projektstrukturen und Prozesse und um die Identifikation von förderlichen und hinderlichen Faktoren bei der Projektimplementierung und -umsetzung gebeten. Hierzu wurde eine leitfadengestützte **SWOT-Analyse** (Stärken, Schwächen, Chancen, Bedrohungen bzw. Risiken) durchgeführt. Als eine **Stärke** des Projekts wird die Regelmäßigkeit des Beratungs- und Testangebots direkt vor Ort in der Einrichtung gesehen. Dies ermögliche eine persönliche Ansprache von potenziell interessierten Menschen, eine kurzfristige Inanspruchnahme des Angebots sowie einen strukturierten und regelmäßigen Austausch im interdisziplinären Projektteam. Als eine zusätzliche Stärke des Projekts wurde der (weitere) Kooperationsaufbau mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten gesehen sowie die Ganzheitlichkeit von Beratung, Test und Überleitung in eine Therapie (u. a. etwaige Begleitungen zum ärztlichen Erstkontakt, beratende Unterstützung). Als **Schwäche** des Projekts wurden Schwierigkeiten beim Aufbau von Kooperationen mit behandelnden Arztpraxen oder die Rekrutierung von Ärztinnen und Ärzten, die vor Ort in den Einrichtungen testen, identifiziert. Teilweise bestanden auch Schwierigkeiten bei der Personal- und Zuständigkeitsplanung, da Tätigkeiten für das Projekt und anderweitige Aufgaben in der Einrichtung nicht immer klar zu trennen waren. Als Schwäche wurde zudem benannt, dass das Thema Hepatitis durch das Projekt zwar sichtbar in das Tätigkeitsprofil der Einrichtung integriert, andererseits durch den Projektcharakter (z. B. Projektteam) aber nicht als relevantes Thema in der Gesamteinrichtung bzw. im Gesamtteam etabliert wurde. Als **Chancen bzw. Ideen für eine erfolgreiche Fortführung des Projekts** wurde in erster Linie eine Ausweitung der Testmöglichkeiten benannt. Das umfasst neben spontanen Testmöglichkeiten (unabhängig von festgelegten Testsprechstunden) ein mobiles Testangebot, was z. B. Beratung und Testung im Rahmen von Streetwork ermöglicht. Außerdem wurden die Etablierung eines fortlaufenden, bedarfsgerechten Schulungsangebots zu HIV und Hepatitiden für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ein verstärkter Austausch der Projektstandorte, z. B. über die Einrichtung von Foren/*Dashboards*, sowie insgesamt eine bessere Vernetzung mit anderen Drogenhilfeeinrichtungen genannt.

Als **Risiken** für eine erfolgreiche Projektfortführung wurden u. a. eine fehlende Finanzierung gesehen sowie Probleme in der Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten hinsichtlich niedrigschwelliger Therapieüberleitung, Sprachbarrieren und ein Abflachen des Testinteresses. Bei Letzterem gelte es immer wieder aufzuklären und zu motivieren, warum ein regelmäßiges Testen sinnvoll sei.

Als **Lessons Learned** wurde u. a. genannt, dass HCV einen größeren Stellenwert in der Einrichtung erhalten und dies auch positive Auswirkungen auf die Qualität der gesamten Einrichtungsarbeit hatte. Eine besondere Herausforderung war die Suche nach kooperierenden Arztpraxen, was teilweise schon gut gelungen, aber insgesamt noch ausbaufähig ist. Eine persönliche Begleitung zu einem ärztlichen Erstgespräch hat sich sehr bewährt, ist aber durch das Personal aus Zeitgründen nicht immer umsetzbar. Im Rahmen des Projekts wurden erste Versuche unternommen, eine Begleitung durch Personen aus der *Peer Group* zu organisieren. Die Erprobung und etwaige Etablierung von sogenannten »Buddy Projekten« sollten zukünftig verstärkt angedacht werden. Solch ein Projekt wird z. B. vom Verein für innovative Drogenselbsthilfe »Vision e.V.« in Köln umgesetzt. Der verstärkte Austausch mit den anderen Projektstandorten wurde als sehr hilfreich empfunden. Zudem wurde das Thema Impfung verstärkt in den Einrichtungen aufgegriffen - dabei hat sich das verkürzte Impfschema bewährt.

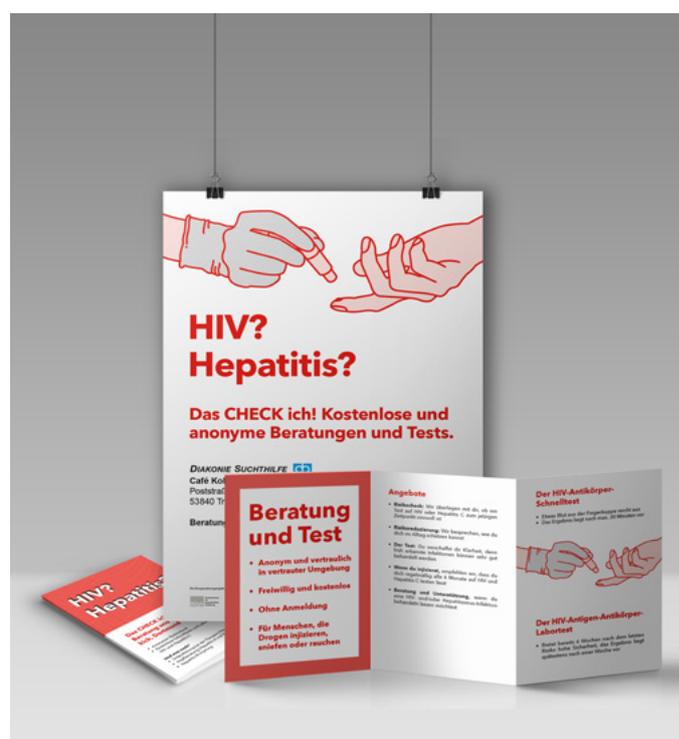
11 Fazit

Es kann zusammenfassend geschlussfolgert werden, dass das Projekt erfolgreich implementiert und kontinuierlich in Anspruch genommen wurde. Das Projekt bietet, entsprechend anderen Einrichtungen wie »Checkpoints«, die sich insbesondere an MSM (Männer, die Sex mit Männern haben) wenden, eine bedarfsgerechte Beratungs- und anonyme Testmöglichkeit für Menschen, die Drogen konsumieren. Eine besondere Stärke des Projekts ist die Nutzung bestehender vertrauter Strukturen und die Einbeziehung von Personen, zu denen ein Vertrauensverhältnis besteht, wodurch die Hemmschwelle, eine Beratung zu und Testung auf HIV und Hepatitis C in Anspruch zu nehmen, vermindert werden kann. Problematisch sind durchweg die Testung von Personen ohne Krankenversicherung, da hier in vielen Fällen eine eventuell angebrachte Therapie nicht möglich ist, sowie die Sicherstellung einer durchgängigen Beratung von Menschen ohne ausreichende Deutschkenntnisse. Die Überleitung von HCV-positiven Klientinnen und Klienten in eine medikamentöse Therapie kann sich ebenfalls schwierig gestalten. Um dies zu erleichtern, wären zusätzliche Kapazitäten bzw. Möglichkeiten für die Begleitung von HCV-positiven Klientinnen und Klienten zu einem ärztlichen Erstgespräch förderlich. Gleichzeitig bestanden gerade zu Beginn des Projekts Schwierigkeiten, Kooperationen mit ärztlichen Praxen aufzubauen, die eine HCV-Therapie bei (aktiv) Drogen gebrauchenden Personen durchführen. Auch sollte die relativ kleine Rolle der suchtmedizinischen Praxen bei der Durchführung von HCV-Therapien, als Kooperationspartner, aber auch ggf. als behandelnde Stellen, kritisch überdacht und ausgebaut werden. Bei der Implementierung solcher Projekte sollte daher ein besonderes Augenmerk auf der intersektoralen (Drogenhilfesystem und medizinisches Versorgungssystem) und Fachdisziplin übergreifenden Zusammenarbeit liegen.

Für eine Fortführung des Projekts bzw. eines langfristigen Beratungs- und Testangebots sind ausreichende finanzielle Mittel notwendig, die insbesondere zur Deckung von Personalkosten zur Verfügung gestellt werden müssen. Laborkosten könnten durch Rabatte, die gemeinnützigen Einrichtungen gewährt werden, verhältnismäßig niedrig gehalten werden. Wichtig ist auch eine ausreichende räumliche Ausstattung der Einrichtungen, um vertrauliche Beratungen zu ermöglichen.

In der Zukunft gilt es zu prüfen, welcher Angebotsmodus sich vor Ort langfristig am besten eignet und umsetzbar ist. Bislang hat sich ein wöchentliches Angebot (mit ca. 2 bis 4 Stunden) bewährt. Alternativ wären aber auch Testwochen denkbar, z. B. einmal im Monat oder zwei- bis dreimal pro Halbjahr. Das Angebot ist jeweils an die entsprechenden Bedingungen vor Ort anzupassen, z. B. hinsichtlich der Einbindung ärztlicher Fachkräfte oder der Größe und Kapazität der Einrichtungen. Gerade in kleineren Einrichtungen könnten sich Terminvereinbarungen nach Bedarf bewähren. Auch mobile Testangebote sollten, je nach Standort, angedacht werden. Eine gewisse Erleichterung bei der zukünftigen Umsetzung von Testsprechstunden dürfte die seit März 2020 gültige Gesetzeslage sein, die bei HIV-, HCV- und Syphilis-Schnelltests den Arztvorbehalt aufgehoben hat (Bundesgesetzblatt, 13.2.2020).

Die Verstetigung und Ausweitung solcher bedarfsorientierten Beratungs- und Testangebote, begleitet von der Förderung einer Therapieüberleitung für die Zielgruppe der Menschen, die Drogen konsumieren, wird als ein wichtiger Beitrag bei der Umsetzung der »Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen« (BMG und BMZ 2016, u. a. Seite 15) und zur Erreichung des WHO-Zieles »Eliminierung der Virushepatitis bis 2030« (WHO 2016) angesehen.



12 Literatur

- Aspinall E.J., et al. (2013). Treatment of Hepatitis C Virus Infection Among People Who Are Actively Injecting Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Infectious Diseases* 57(S2):80-89.
- Bundesgesetzblatt Jahrgang 2020 Teil I Nr. 6. Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz). Ausgegeben zu Bonn am 13. Februar 2020.
- Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. BIS 2030 - Bedarforientiert · Integriert · Sektorenübergreifend. Beschluss des Bundeskabinetts vom 6. April 2016.
- Christensen S. et al. (2018) Direct-acting antiviral treatment of chronic HCV-infected patients on opioid substitution therapy: Still a concern in clinical practice? *Addiction* 2018 May;113(5):868-882 Jan 23. Epub 2018 Jan 23.
- Deutsche Aidshilfe (2010). Evaluationsbericht »Test it«. Erhältlich unter: https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/_TEST_IT_Endbericht_final.pdf
- Erbas B., Fahrmbacher-Lutz C., Pogarell O., Stecker G., Tauber W., Wodarz N (2018). Leitfaden für Ärzte zur substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger. 4. vollständig überarbeitete Auflage. München: Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS Unternehmengesellschaft (haftungsbeschränkt).
- Falade-Nwulia O. et al. (2018). Understanding and addressing hepatitis C reinfection in the oral direct-acting antiviral era. *Journal of Viral Hepatitis* 25(3): 220-227.
- Graf C., Mücke M.M., Dultz G., Peiffer K.H., Kubesch A., Ingiliz P., Zeuzem S., Herrmann E., Vermehren J. (2019). Efficacy of Direct-acting Antivirals for Chronic Hepatitis C Virus Infection in People Who Inject Drugs or Receive Opioid Substitution Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Infect Dis.* 2019 Sep 12. pii: ciz696. doi: 10.1093/cid/ciz696. [Epub ahead of print]
- Grebely J. et al. (2015). Treatment for Hepatitis C Virus infection among people who inject drugs attending opioid substitution treatment and community health clinics: the ETHOS Study, *Addiction* 111:311-319.
- Grebely J. et al. (2017). Direct-acting antiviral agents for HCV infection affecting people who inject drugs. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* Nov, 14(11): 641-651.
- Krueger, R. A. (1988). Focus groups. A practical guide for applied research. Newbury Park, CA: Sage
- Mäder, S. (2013). Die Gruppendiskussion als Evaluationsmethode - Entwicklungsgeschichte, Potenziale und Formen. *Zeitschrift für Evaluation*, Jg. 12, Heft 1, S.23-51
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Morgan, D. L. (Hrsg.) (1993). *Successful focus groups. Advancing the state of the art*. Newbury Park, CA: Sage
- Robert Koch-Institut (2016). Abschlussbericht der Studie »Drogen und chronischen Infektionskrankheiten in Deutschland« (DRUCK-Studie), Berlin. DOI: 10.17886/rkipubl-2016-007.2.
- Robert Koch-Institut (2019). Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut - 2019/2020. *Epidemiologisches Bulletin* vom 22. August 2019.
- Sarrazin C., Zimmermann T., Berg T. et al. (2018). S3-Leitlinie »Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus (HCV)-Infektion«. AWMF Register-Nr.: 021/012. *Zeitschrift für Gastroenterologie* 56(7): 756-838
- Schulze M. et al. (Hrsg.) (2012). *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft*. Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien: Wiesbaden; DOI 10.1007/978-3-531-19397-7_10
- Simmons B. et al. (2016). Risk of late relapse or reinfection with hepatitis C virus after achieving a sustained virological response. A systematic review and meta-analysis. *Clinical Infectious Diseases* 62(6): 683-694
- Vision e.V. (2020). Testprojekt und Buddy-Projekt. Zusammen Contra geben gegen Hepatitis C. URL: <https://www.vision-ev.de/projekte/gegen-hep-c/> Webseite abgerufen am: 6.6.2020
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum. Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 1(1), Art. 22. URL: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519#gct>.
- World Health Organization (2016). Combating Hepatitis B and C to reach elimination by 2030. *Advocacy Brief*. May 2016. Geneva; WHO/HIV/2016.04

13 Impressum

Herausgegeben von der Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 50819 Köln

Text

Dr. Miriam Gerlich
Anna Dichtl
Niels Graf

Auswertungen

Niels Graf
Anna Dichtl

Redaktion

Dr. Miriam Gerlich
Dr. Mirja Otten

Gestaltung

HW Hochhaus Agentur GmbH,
www.dashochhaus.de

Juli 2020

Dieser Bericht wird von der BZgA kostenlos
abgegeben. Er ist nicht zum Weiterverkauf durch die
Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Alle Rechte vorbehalten.

14 Anhang

HIV? Hepatitis?

Das CHECK ich!

Gesprächsleitfaden und Fragebogen

Prä- und Post-Test-Beratung

Dieser Fragebogen dient als Grundlage für das Beratungsgespräch, damit wir Dich optimal über Risiken und Tests beraten können. Das Ausfüllen des Fragebogens ist freiwillig. Bitte keine Namen eintragen! Beratung und Test erfolgen anonym.

Nr.:	Kennwort:
------	-----------

Berater/in:	Datum:
-------------	--------

Einverständnis

Wir erheben im Folgenden anonym einige Daten. Diese sollen die Grundlage einer möglichen Weiterführung und Ausweitung solcher Beratungs- und Testprojekte schaffen. Die Teilnahme ist freiwillig und es entsteht Dir natürlich kein Nachteil, wenn Du nicht teilnehmen möchtest. Stimmt Du zu, dass wir die anonym erhobenen Daten dieses Fragebogens und die Ergebnisse der Tests - ebenfalls anonym - dem Evaluationsteam und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) als projektdurchführende Stelle, für wissenschaftliche Zwecke und zur Verbesserung der Prävention zur Verfügung stellen?

- Ja, ich stimme der anonymen Weitergabe dieser Daten an das Evaluationsteam und der BZgA zu.
 Nein, ich stimme einer Weitergabe nicht zu.

Ausfüllhinweis

Nummerierte Fragen: an alle Klient/innen zu stellende Fragen

Nummerierte Fragen, eingerückt: abhängig von den vorhergehenden Antworten zu stellen

Kursiv gestellt: Filter für zu überspringende Fragen

Kasten (grau hinterlegt): Beratungsfragen / Beratungsthemen

Achtung: auf diesem Fragebogen NIE den Namen des Klienten / der Klientin notieren!

Generell gilt: Die Fragenblöcke müssen nicht in der hier vorgegebenen Reihenfolge durchgegangen werden. Insbesondere der Block zum persönlichen Hintergrund kann - je nach Bedarf - auch erst zum Schluss behandelt werden.



- Information des Klienten / der Klientin über obligatorische Beratung vor der Testung
- Information über das Ausfüllen des Fragebogens während der Beratung auch für statistische Zwecke und Einverständnis für anonyme Verarbeitung der Daten für wissenschaftliche Zwecke und zur Verbesserung der Prävention
- Information über die Möglichkeit, Fragen nicht zu beantworten
- Information über Anonymisierung / keine Erfassung des Namens
- Falls Ausfüllen des Fragebogens nicht erwünscht, kann dieser dennoch als Beratungsleitfaden genutzt werden und es steht ein separater Befundbogen zur Verfügung.

HIV? Hepatitis?

Das CHECK ich!

Gesprächsleitfaden und Fragebogen

0.0 Warst Du schon einmal im Rahmen von diesem Angebot zur Testberatung und / oder Testung hier (seit Januar 2018)?

ja nein (weiter mit Frage P.1 oder Frage A.1)

0.1 Wenn ja: Warum bist Du wieder hier?

HIV- und oder HCV-Risikosituation Routine Sonstiges: _____

Persönliche Angaben

P.1 Wann bist Du geboren?

_____ (Jahr)

P.2 Welches Geschlecht hast Du?

Mann Frau Sonstiges: _____

P.3 Bist Du in Deutschland geboren oder bist Du nach Deutschland eingewandert?

in Deutschland geboren

eingewandert aus: _____ Jahr: _____ (weiter mit P.4)

P.3.1 In welchem Land sind Deine Eltern geboren?

beide in Deutschland

beide im Ausland, und zwar in _____

ein Elternteil im Ausland, und zwar in _____

P.4 Hast Du eine Krankenversicherung?

ja nein

P.5 Hast Du einen Arzt oder eine Ärztin Deines Vertrauens?

ja nein

P.6 Warst Du jemals substituiert?

ja nein (weiter mit P.8)

P.7 Warst Du in den letzten 30 Tagen substituiert?

ja nein

P.8 Wie hast Du von diesem Beratungs- und Testangebot erfahren?

Mitarbeiter/innen der Einrichtung

Flyer

andere Besucher/innen

Poster

in der Szene

Sonstiges: _____

HIV? Hepatitis?

Das CHECK ich!

Status - Hepatitis C, HIV, Impfungen

Teil A

Einstiegsfrage: Warum bist Du heute hier? / Welchen Test willst Du heute machen?

Hepatitis C

A.1 Hast Du dich bereits einmal auf eine Hepatitis-C-Virusinfektion (HCV) testen lassen?

- nein (weiter mit Frage A.2)
 ja, zuletzt _____ / _____ (Monat / Jahr)
 weiß nicht

A.1.1 Wie war das Ergebnis des letzten HCV-Tests?

- negativ (weiter mit Frage A.2.1)
 positiv
 weiß nicht

A.1.1.1 Wenn positiv:

- Antikörper positiv
 HCV-PCR positiv
 weiß nicht

A.2 Ist bei Dir jemals eine Hepatitis-C-Infektion festgestellt worden?

- ja nein (weiter mit Frage A.3) weiß nicht

A.2.1 Bist Du schon mal gegen eine Hepatitis-C-Infektion medikamentös behandelt worden? (mehrere Antworten möglich)

- ja, wird noch fortgeführt - Beginn der Behandlung: _____ (Jahr)
 ja, erfolgreich - Ende der Behandlung: _____ (Jahr)
 ja, erfolgreich aber reinfiziert - Ende der Behandlung: _____ (Jahr)
 ja, aber nicht erfolgreich, da abgebrochen -
Grund des Abbruchs: _____ (Jahr)
 ja, aber nicht erfolgreich, da keine Heilung - Ende der Behandlung: _____ (Jahr)
 nein, noch nie, und zwar weil: _____

- Bei der Frage nach einer Hepatitis-C-Virusinfektion immer versuchen zu klären, ob nur ein positiver Antikörpertest vorlag oder tatsächlich ein positiver HCV-PCR-Nachweis. Nur letzterer ist beweisend für das Vorliegen einer aktiven Hepatitis C Virusinfektion.
- Bei Chronifizierung: über neue Therapien berichten (Stichworte: meist nur noch eine Tablette am Tag, oft nur 8 bis 12 Wochen Therapiedauer, Heilungschance annähernd 100%, kaum Nebenwirkungen, oft schon Besserung des Befindens während der Therapie, so gut wie keine Kontraindikationen. Auch aktiv konsumierende Personen können therapiert werden. Voraussetzung: eine tägliche Einnahme der Medikamente muss funktionieren und die Leber darf nicht zu stark geschädigt sein.

HIV? Hepatitis?

Das CHECK ich!

HIV-Status

A.3 Hast Du dich bereits einmal auf HIV testen lassen?

- nein (weiter mit Frage A.4)
- ja, zuletzt ____ / _____ (Monat / Jahr)
- weiß nicht

A.3.1 Wie war das Ergebnis des letzten HIV-Tests?

- negativ (weiter mit Frage A.4)
- positiv
- weiß nicht

A.3.1.1 Wenn positiv: wurde eine HIV-Therapie begonnen?

- ja, wird noch fortgeführt (weiter mit Frage A.4)
- ja, aber wurde abgebrochen
Grund des Abbruchs: _____
- nein, noch nie, und zwar weil: _____

Impfungen

A.4 Bist Du gegen Hepatitis A geimpft?

- ja, letzte Impfung / Impfdosis _____ (Jahr)
- nein
- nein, ich habe eine Hepatitis A durchgemacht und bin immunisiert
- weiß nicht / unklar

A.5 Bist Du gegen Hepatitis B geimpft?

- ja, letzte Impfung / Impfdosis _____ (Jahr)
- nein
- nein, ich habe eine Hepatitis B durchgemacht und bin immunisiert
- nein, ich bin chronisch Hepatitis B infiziert
- weiß nicht / unklar

- 
- Wenn kein sicherer Impfschutz vorliegt, nachfragen, ob und wann und mit welchem Ergebnis eine Titerkontrolle erfolgt ist (Impfausweis vorhanden?)
Warum gegen Hepatitis A und B impfen? Hohes Risiko sich zu infizieren, besonders für injizierende Drogengebraucher / innen, Chronifizierungsmöglichkeit der Hepatitis B, lebensbedrohliche Verläufe der Hepatitis A bei vorbestehender Lebererkrankung. STIKO-Empfehlung! Impfmöglichkeit im Rahmen des Testprojekts für Drogen gebrauchende Personen ohne Krankenversicherung oder ohne ärztliche Anbindung.

HIV? Hepatitis?

Das CHECK ich!

Risiko-Situationen

Teil B - D

- 
- Was weißt Du über die Gefahren, sich mit Hepatitis C oder HIV zu infizieren?
 - Allgemeine Informationen zu Übertragungswegen von HCV und HIV
 - Bei HIV-Risikosituation in den letzten 72 Stunden: Möglichkeit von PEP thematisieren.

Drogenkonsum

Teil B

- 
- Bedeutung für HCV- /HIV-Infektionen bei injizierendem und nasalem Konsum

B.1 Hast Du jemals Drogen konsumiert?

- ja
 nein (weiter mit Frage C.1)

B.1.1 Hast Du jemals Drogen injiziert?

- ja, und zwar _____ (Substanz / en)
 nein

B.1.2 Hast Du jemals Drogen gesnieft?

- ja, und zwar _____ (Substanz / en)
 nein

B.1.3 Hast Du jemals Drogen geraucht?

- ja, und zwar _____ (Substanz / en)
 nein

- 
- Beratung zu den Risiken von Mischkonsum anbieten (Wirkung, Risiken und Wechselwirkung lassen sich schlecht einschätzen, z. B. nachfragen, welche Erfahrungen vorliegen oder wie die persönlichen Schutzvorkehrungen aussehen)

B.1.4 Kam es beim Drogengebrauch zu Risikosituationen in den letzten 6 Monaten?

- ja
 nein (ggf. Abklärung der Frage nach Risikosituationen seit den letzten Tests auf HCV und HIV, Beratung zu Safer Use)
 weiß nicht (ggf. Beratung zu Safer Use)

HIV? Hepatitis?

Das CHECK ich!



- Beratung zu Safer Use
- Redest Du mit den Leuten, mit denen Du zusammen konsumierst über Infektionsgefahren und Infektionsschutz? Achtest Du darauf, dass es nicht zu einem (versehentlichen) Tausch von Konsumutensilien kommt?
- Wäschst oder desinfizierst Du dir die Hände vor und nach dem Konsum?
- Achtest Du beim Desinfizieren der Einstichstelle mit einem Alkoholtupfer auf die notwendige Einwirkzeit?
- Benutzt Du deine sterilen Materialien nur einmal?
- Findest Du noch problemlos Venen? Wir bieten gerne eine Venen- / Stauberatung an.

Sexualkontakte

Teil C



Bedeutung für HCV- und HIV-Infektionen

- HIV ist eine sexuell übertragbare Infektion. Sie wird neben Blut auch durch Sperma und Scheidensekret übertragen. Bei HIV-positiven Menschen, die erfolgreich therapiert sind, ist eine Übertragung des HI-Virus auf andere Menschen sehr unwahrscheinlich. Die antiretrovirale Therapie unterdrückt die Vermehrung von HIV im Körper und senkt die Zahl infizierter Zellen in den Körperflüssigkeiten und Schleimhäuten. Nach einiger Zeit ist das Virus im Blut sogar meist nicht mehr nachweisbar. Leider kann HIV noch nicht geheilt werden, sodass die Medikamente dauerhaft eingenommen werden müssen.
- Hepatitis C ist KEINE „klassische“ sexuell übertragbare Infektion. Die Übertragung findet nur über Blut statt. Ggf. Verletzungsmöglichkeiten beim Sex thematisieren.

C.1 Hattest Du in den letzten 6 Monaten eine Risikosituation beim Sex?

- ja
 nein

C.2 Mit wie vielen verschiedenen Personen hattest Du in den letzten 6 Monaten Sex (Vaginal- oder Analverkehr)?

(mehrere Antworten möglich, ggf. Anzahl schätzen)

- kein Sexpartner / keine Sexpartnerin (weiter mit Frage D.1)

Sex mit Frauen:

- eine Sexualpartnerin
 zwei bis fünf Sexualpartnerinnen
 mehr als fünf Sexualpartnerinnen

Sex mit Männern:

- ein Sexualpartner
 zwei bis fünf Sexualpartner
 mehr als fünf Sexualpartner



- Beratung zu Safer Sex
- Falls keine Risikosituation in den letzten 6 Monaten: Abklärung der Frage nach Risikosituationen seit der letzten Testung auf HCV/HIV

HIV? Hepatitis?

Das CHECK ich!

Sonstige Faktoren

Teil D

D.1 **Gab es sonstige Situationen, bei denen Du direkt mit dem Blut von anderen vielleicht HCV- oder HIV-positiven Menschen in Berührung gekommen bist** (z. B. im Haushalt: gemeinsame Benutzung von Rasierer, Zahnbürste, Nagelschere etc. oder hast du Tattoos oder Piercings von Leuten machen lassen, die keine Profis sind bzw. nicht steril gearbeitet haben oder gab es Unfälle oder Schlägereien)?

- ja, nämlich _____ im Jahr _____ (ggf. schätzen)
 nein
 weiß nicht

- 
- Information zur Bedeutung von Tattoos, Piercings, Infektionsrisiken im Haushalt, Sonstiges für HCV- und HIV-Infektionen
 - Wie oft ist dies in den letzten 6 Monaten passiert? Wie lange liegt die letzte derartige Risikosituation zurück? Wie kam es zu den Risikosituationen?
 - Information zu z. B. Kennzeichnung der Gegenstände

HIV? Hepatitis?

Das CHECK ich!

Test-Entscheidung und Testung

Teil E



- Ab hier: Berater / in klärt mit Klient / in, ob und welcher Test durchgeführt werden soll.
- Fragen werden nicht mehr vorgelesen (Ausnahme: E4)
- Informationen zum Kennwort (auf erster Seite eintragen)

E.1 Gemeinsame Entscheidung nach Beratung, folgende/n Test/s jetzt durchzuführen:

HCV

- Schnelltest auf Antikörper
- Labortest auf Antikörper
- Labortest auf HCV-PCR
- kein HCV-Test (weiter mit E.5; wenn auch kein HIV-Test, ansonsten weiter mit E.3 HIV-Testgründe)

HIV

- Schnelltest auf Antikörper
- Labortest auf Antikörper
- kein HIV-Test (weiter mit E.5; wenn auch kein HCV-Test; ansonsten weiter mit E.2 HCV-Testgründe, wenn HCV-Test)

E.2 Testgründe HCV

(mehrere Antworten möglich)

- Risikosituation Sex
- Risikosituation Konsum
- Bestätigung eines vorher durchgeführten Tests
- Risikosituation anderes: _____
- routinemäßige Testung

E.3 Testgründe HIV

(mehrere Antworten möglich)

- Risikosituation Sex
- Risikosituation Konsum
- Bestätigung eines vorher durchgeführten Tests
- Risikosituation anderes: _____
- routinemäßige Testung

E.4 Warum möchtest Du den HIV und /oder HCV-Test hier (bei uns) machen?

(mehrere Antworten möglich)

- da der Schnelltest so unkompliziert ist (Stichwort: Niederschwelligkeit).
- da ich den Mitarbeiter/innen hier vertraue (Stichwort: Vertrauen, keine staatliche Einrichtung)
- weil ich sowieso hier bin
- weil ich nur das Angebot hier kenne
- Sonstiges: _____

E.5 Wieso wurde kein HCV-Test durchgeführt?

- keine Risikosituation
- vor kurzem erst getestet
- Kein HCV-Test gewünscht
- Sonstiges: _____

E.6 Wieso wurde kein HIV-Test durchgeführt?

- keine Risikosituation
- vor kurzem erst getestet
- Kein HIV-Test gewünscht
- Sonstiges: _____

HIV? Hepatitis?

Das CHECK ich!

Nur bei nicht bestehenden Hepatitis A- und/oder B-Impfungen oder Unklarheit über Impfstatus:

Serologie und Impfung

Teil F

- 
- Für alle: Beratung Serologie und ggf. für Durchführung Serologie und Impfung an Hausarzt/ Hausärztin verweisen
 - Angebot der Serologie und ggf. Impfung über Projektgelder, wenn keine Krankenversicherung vorliegt oder es keinen ärztlichen Kontakt gibt (Hausarzt/Hausärztin etc.)
 - Beratung zum Nutzen der Serologie:
 1. Mit dieser Untersuchung kann festgestellt werden, ob Du eine Impfung brauchst oder
 2. ob Du vielleicht schon mal eine Hepatitis hattest, die aber ausgeheilt ist: dann bist Du bereits geschützt oder
 3. Du eine aktive Hepatitis A oder B hast, was bedeutet, dass Du andere Menschen anstecken kannst und
 4. bei Vorliegen einer chronischen Hepatitis B ggf. behandelt werden solltest

F.1 Bei unklarem Impfstatus: Möchtest Du eine Hepatitis A- und oder Hepatitis B-Serologie durchführen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ja, nur für Hepatitis A | <input type="checkbox"/> ja, nur für Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> ja, für Hepatitis A und B | <input type="checkbox"/> nein |

F.2 Wenn kein Impfschutz vorhanden ist: Möchtest Du gegen Hepatitis A und/oder B geimpft werden?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ja, gegen Hepatitis A | <input type="checkbox"/> ja, gegen Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> ja, gegen Hepatitis A und B | <input type="checkbox"/> nein |

Weitere Beratungsinhalte im Anschluss an den letzten Teil des Fragebogens:

- 
- Ablauf der Testdurchführung
 - Bedeutung des Ergebnisses von Schnelltests (nicht reaktiv, reaktiv) bzw. Labortests auf Antikörper (negativ, positiv)

Die Möglichkeit von falsch-reaktiven Schnelltests ansprechen. Ein positives Ergebnis im Schnelltest muss nicht tatsächlich positiv sein. Daher wird an dieser Stelle von reaktivem Ergebnis gesprochen, welches bestätigt werden muss. Unterschiedliche diagnostische Fenster von HIV-Schnelltests (12 Wochen) und Labortests (6 Wochen) erwähnen. Ggf. über eingeschränkte Aussagekraft beim Testen im diagnostischen Fenster informieren.
 - Bedeutung einer HCV-/HIV-Infektion (Behandlungsmöglichkeiten, Angst nehmen!)
 - Unterstützungsmöglichkeiten bei positivem Ergebnis
 - Information über Meldepflicht (Bestätigungstest, PCR). Dies ist unabhängig von diesem Testangebot und gilt für alle Teststellen in Deutschland.
 - Beantwortung offen gebliebener Fragen des/der Klient/in
 - Durchführung Schnelltests / Labortests

HIV? Hepatitis?

Das CHECK ich!

Testergebnisse und Übergang in Therapie Post-Test Beratung und Fragebogen

Dieser zweite Teil des Fragebogens ist im Anschluss an die vorliegenden Ergebnisse der Labortests von den Beratenden auszufüllen.

Die Ergebnisse der Schnell- und Labortests bitte in den separaten Befundbogen eintragen.
Kasten (grau hinterlegt): Beratungsfragen / Beratungsthemen

Achtung: auf diesem Fragebogen NIE den Namen des Klienten / der Klientin notieren!

Nr.: bitte die selbe Nr. wie auf Seite 1 verwenden	Kennwort:
Berater/in:	Datum:

Behandlungs- / Therapiewunsch, Angebote

(nur auszufüllen bei positiven Labortests)

Teil G

G.1 Besteht bei dem Klienten / der Klientin der Wunsch nach Weiterleitung in Behandlung / Therapie?

- ja, es besteht der Wunsch nach einer HIV-Therapie
- ja, es besteht der Wunsch nach einer HCV-Therapie
- nein, weil _____
- Klient/in möchte noch Bedenkzeit und kommt erneut in die Beratung

- 
- Auf Unterstützungsmöglichkeiten bei der Vermittlung in Behandlung / Therapie hinweisen (Begleitung durch Mitarbeitende, ggf. Begleitung durch Peers etc.)
 - Wenn Klient/in aktuell keine Behandlung wünscht: Angebot, ihn / sie zu einem späteren Zeitpunkt im Rahmen des Projekts weiter zu unterstützen (Finden einer Ärztin, eines Arztes etc.)

G.2 Welche unterstützenden Maßnahmen wurden für die Weiterleitung in Therapie angeboten?

- Begleitung zu Arzt / Ärztin durch Personal
- Begleitung zu Arzt / Ärztin durch Peer
- Sonstiges: _____

G.3 Wurden jenseits der Behandlung / Therapie weitere Betreuungs- / Hilfsmöglichkeiten empfohlen?

- keine
- psychosoziale Beratung
- Selbsthilfegruppe
- Sonstiges: _____

