

03
2016

HIVreport.de

Drogenkonsum & Prävention **Ergebnisse und Folgerungen** **aus der DRUCK-Studie**

- 3 Die DRUCK-Studie
- 6 Wie gut sind Drogen-User vor HIV und Hepatitis geschützt?
- 8 Bedeutung von Drogenhilfeeinrichtungen
- 9 Wissen über HIV/Hepatitis
- 13 Interview mit Dr. R. Zimmermann, RKI

Drogenkonsum und Prävention

Ergebnisse und Folgerungen aus der DRUCK-Studie

Liebe Leserin, lieber Leser,

Mitte 2016 hat das Robert-Koch-Institut den Abschlussbericht der sogenannten DRUCK-Studie veröffentlicht. „DRUCK“ steht für „Drogen und chronische Infektionskrankheiten“.

Über 2.077 Drogenkonsument_innen wurden zu ihrem Wissen und Schutzverhalten befragt; gleichzeitig abgenommene Blutuntersuchungen lieferten Daten zur Prävalenz von HIV, HBV und HCV sowie zum Hepatitis-B-Impfschutz. In dem 154-seitigen Abschlussbericht weisen die Autor_innen zudem auf Problemlagen von Drogenkonsument_innen hin und formulieren darauf bezogene Handlungsbedarfe.

In diesem HIVreport gehen wir auf die zentralen Studienergebnisse ein und diskutieren, welche Bedeutung und Folgen die Studie für die HIV/HCV-Prävention in Deutschland hat.

Wir danken den Kolleg_innen vom Robert-Koch-Institut, Ruth Zimmermann, Ulrich Marcus, Martyna Gassowski und Viviane Bremer für die fachliche Unterstützung bei der Erstellung dieses HIVreports.

Mit freundlichen Grüßen

Armin Schafberger, Steffen Taubert

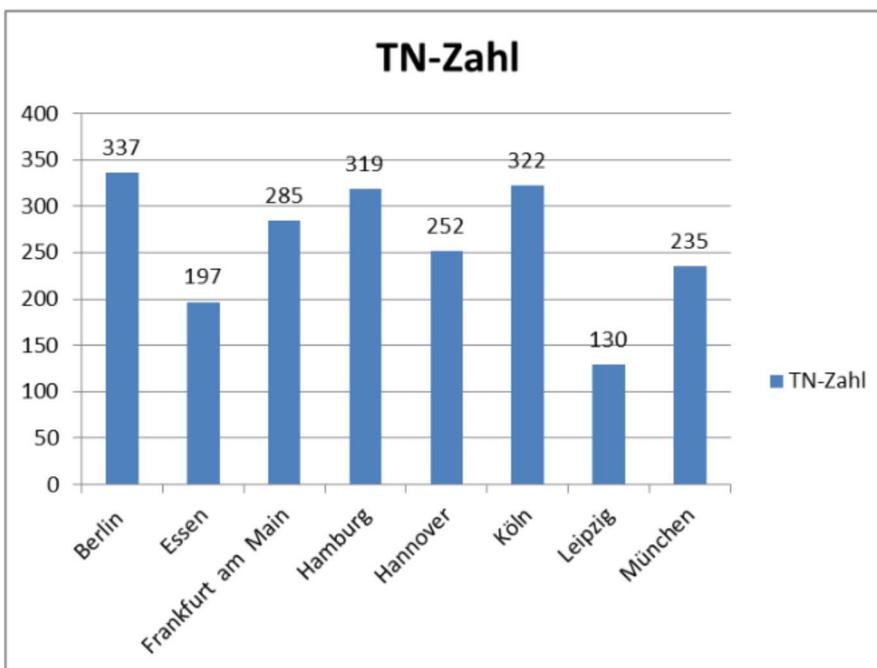
Inhaltsverzeichnis

Die DRUCK-Studie	22.09.2016
Prävalenz von HIV und Hepatitis B/C.....	4
Wie gut sind Drogen-User vor HIV und Hepatitis geschützt?	6
Wissen und Zugang zu Konsumutensilien schützt.....	6
Impfschutz (Hepatitis B)	6
Safer Sex	7
Menschen in Haft	7
Bedeutung von Drogenhilfeeinrichtungen	8
Wissen über HIV/Hepatitis	9
HIV/HCV-Therapie	9
HIV	9
Hepatitis C.....	10
Zusammenfassung.....	10
Interview.....	13
Quellen.....	16
Impressum	16

Die DRUCK-Studie

In der DRUCK-Studie wurden 2077 Drogenkonsument_innen zu ihrem Drogenkonsum sowie zu ihrem Wissen und Schutzverhalten gegenüber HIV und Hepatitis B/C befragt. Von jedem Teilnehmenden wurde zudem eine Blutprobe auf HCV, HBV, HIV und HTLV (ein Retrovirus, ähnlich wie HIV) getestet. Zusätzlich wurde ein kostenloser, anonymer HIV-Schnelltest mit entsprechender Beratung angeboten.

Die Studie hat das Robert-Koch-Institut (RKI) in Kooperation mit Einrichtungen der Drogen- und Aidshilfe zwischen 2011 und 2015 durchgeführt. Der Abschlussbericht findet sich unter www.rki.de/druck-studie.



Auswahl der Studienteilnehmer

Die ersten Studienteilnehmenden wurden gezielt als „Starter-Personen“ aus unterschiedlichen Drogenhilfeeinrichtungen ausgewählt. Die Voraussetzung für die Studienteilnahme war intravenöser Drogenkonsum innerhalb der letzten zwölf Monate.

Um eine möglichst repräsentative Auswahl zu erhalten, waren die Forscher_innen darum bemüht, mit den Starterpersonen ein breites Spektrum von Charakteristika (z. B. hinsichtlich des Geschlechts, Alters, Migrationshintergrundes usw.) abzudecken. Diese Personen wurden dann dazu motiviert, in ihrem privaten Umfeld weitere Studienteilnehmer_innen (gegen Vergütung) zu akquirieren.

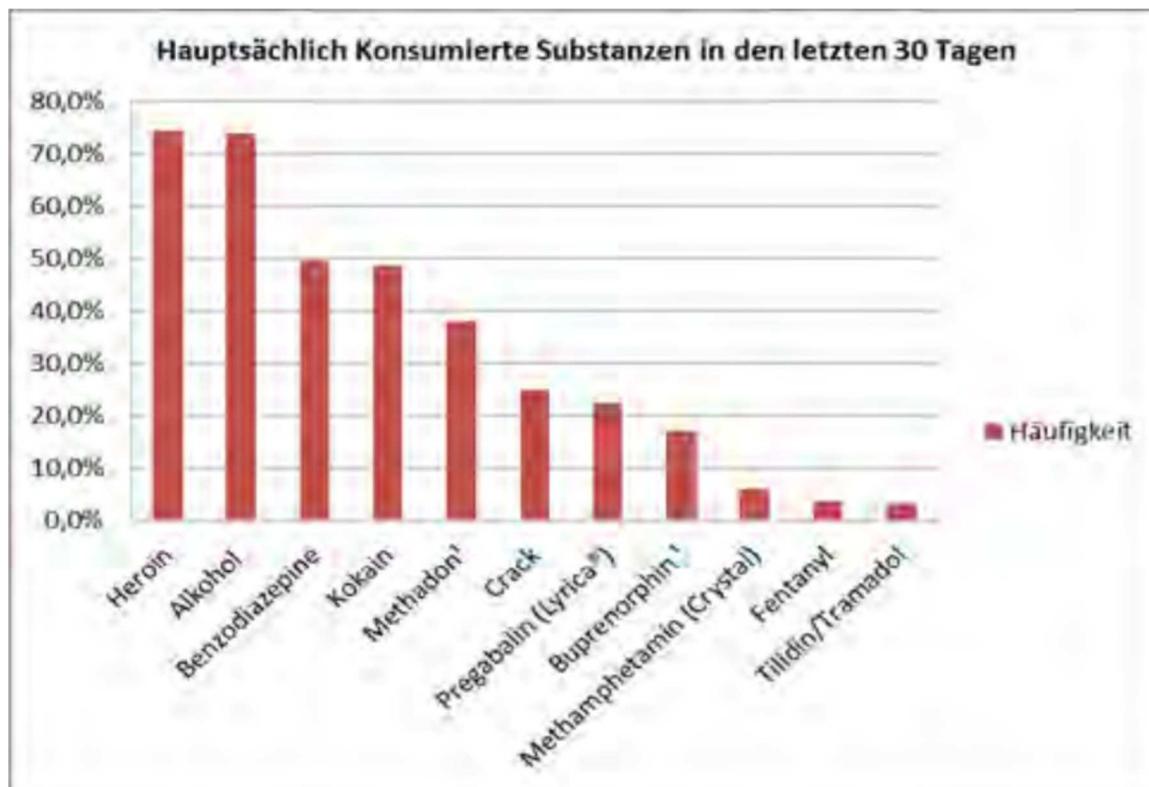
Die Teilnehmer_innen wurden in Berlin und Essen (Pilotphase) in 2011 und in den anderen Großstädten von 2012 an akquiriert.

Geschlecht und Alter

Mit einem Frauenanteil von 23 % gab es relativ wenige Frauen, die an der Studie teilnahmen. (Die Studie spiegelt hier eine Geschlechterverteilung wider, die auch in den niedrigschwelligen Drogeneinrichtungen zu finden ist.) Etwas unterrepräsentiert sind junge Konsument_innen unter 25.

Soziale Situation

Etwa die Hälfte der Teilnehmenden hatte keine abgeschlossene Ausbildung; die überwiegende Mehrzahl lebte von Arbeitslosengeld II oder anderen Sozialleistungen. Zwei Drittel der Befragten hatten Erfahrung mit Obdachlosigkeit: 15 % waren im letzten Jahr hauptsächlich obdachlos oder wohnten in einer Notunterkunft.

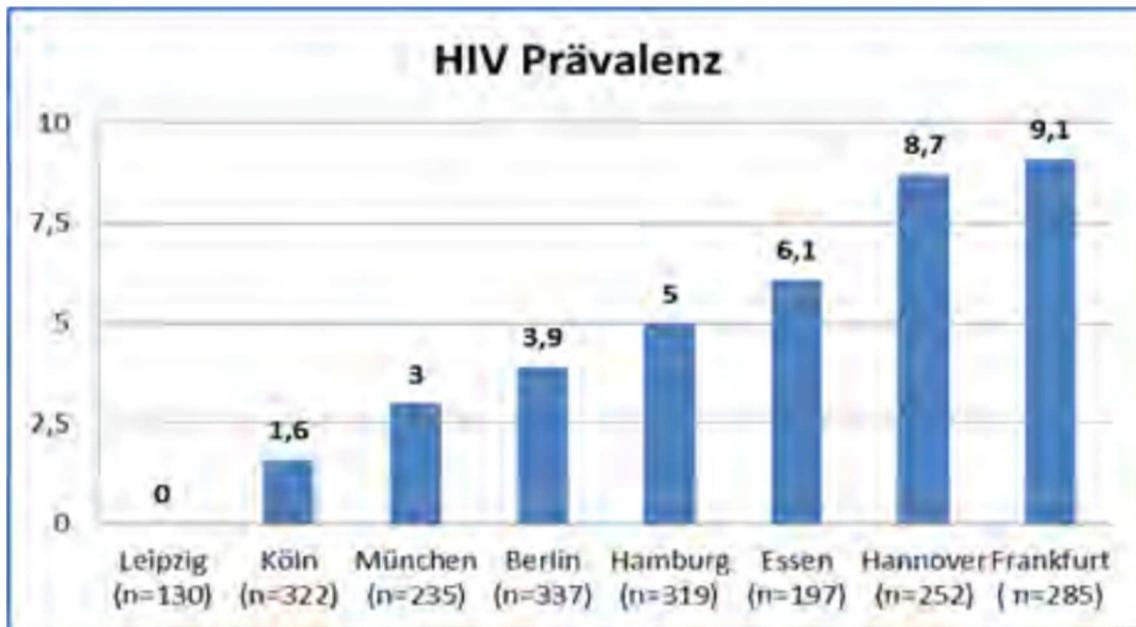


Der Dauerbrenner unter den Drogen war bei den Befragten Heroin. 74 % gaben an, im letzten Monat diese Substanz konsumiert zu haben. Alkohol folgt dicht darauf.

¹Nicht ärztlich verordnet

Prävalenz von HIV und Hepatitis B/C

Virus	Häufigkeit unter den Studienteilnehmenden	Häufigkeit in der Gesamtbevölkerung
HIV	4,9 %	< 0,1 %
Hepatitis B	25 %	5,1 % (RKI 2013)
Hepatitis C	63 % (bei 44 % als aktive Infektion)	0,3 % (RKI 2013)



Die HIV-Seroprävalenz unter allen Teilnehmenden schwankte in den Studienstädten zwischen 0 und 9,1 % (Gesamtstudienpopulation: 4,9 %)

Hepatitis C Knapp die Hälfte hat übertragbare Infektion

In 66 % der Blutproben der Teilnehmenden wurden Antikörper gegen HCV, HCV-RNA oder beides nachgewiesen. In den einzelnen Städten variierte die Prävalenz von 42 % (Leipzig) bis 75 % (Hannover). Obwohl Leipzig die geringste HCV-Prävalenz aufwies, war dies auch die Stadt mit dem höchsten Anteil an Neuinfektionen. 5,4 % der Leipziger Studienteilnehmenden hatten eine frische HCV-Infektion (Prävalenz der Gesamtstudienpopulation: 2,3 %).

Die Forscher_innen stellten fest, dass 44 %, in einzelnen Städten sogar bis zu 54 % der Teilnehmer_innen eine aktive, behandlungsbedürftige Hepatitis-C-Infektion haben, die auf andere übertragen werden kann.

Je länger die Menschen Drogen spritzen, desto wahrscheinlicher, dass sie von HCV betroffen sind.

Bei denjenigen, die seit bis zu zwei Jahren Drogen spritzen, lag die HCV-Prävalenz bei 29 %. Bei einer Konsumdauer von mehr als zwei bis zu zehn Jahren lag die HCV-Prävalenz bei 53 %, und bei den Studienteilnehmer_innen mit einem intravenösen Konsum von mehr als zehn Jahren bei 72 %.

Studienteilnehmer_innen, die häufig mehrere Stoffe (insbesondere Heroin und Kokain als Cocktail) injizieren, sind von HCV am meisten betroffen (80 %).

Hepatitis B Die meisten Infektionen ausgeheilt

Jeder vierte Teilnehmer hatte eine Hepatitis-B-Infektion; allerdings war der überwiegende Teil der Infektionen ausgeheilt. Je nach Stadt hatten 0,3 bis 2,5 % der Befragten eine chronische Hepatitis B.

Wie gut sind Drogen-User vor HIV und Hepatitis geschützt?

Die Forscher_innen befragten alle Personen, die in den letzten 30 Tagen intravenös Drogen konsumiert hatten, ob und wie sie sich und andere vor einer HIV/HCV-Übertragung geschützt hatten.

Risikosituationen in den letzten 30 Tagen

- Nutzung und Weitergabe gebrauchter Nadeln und Spritzen: jeweils 9 % der Studienteilnehmer_innen
- Nutzung von Löffeln und Filtern: 19 % der Befragten; 21 % hatten welche weitergegeben.
- Nutzung von Wasser aus einem Gefäß, dem schon jemand anderes Wasser entnommen hatte: 21 % der Befragten

Wissen und Zugang zu Konsumutensilien schützt

Die Studie zeigt, dass ungenügender Zugang zu sterilen Nadeln und Spritzen das Teilen von Nadeln und Spritzen fördert.

Wichtig für die Prävention von Hepatitis C das Ergebnis, dass Konsument_innen, die um die Übertragungsrisiken beim Teilen von Filtern, Löffeln und Wasser wussten, diese Utensilien dann scheinbar auch seltener teilten.

Allgemeinere Faktoren wie Geschlecht, Migrationsstatus oder Bildungsniveau scheinen keinen bedeutsamen Einfluss auf das Schutz- und Risikoverhalten zu haben.

Wer häufig konsumiert, hat nicht immer genügend sterile Spritzen zu Verfügung

Im Fragebogen wurde erhoben, wie häufig die Konsument_innen intravenös spritzen und wie viele sterile Spritzen sie im letzten Monat verwendet hatten. **Gut die Hälfte aller Befragten war im letzten Monat nicht ausreichend versorgt, um jede Injektion mit einer sterilen Spritze vorzunehmen.**

Dies betrifft insbesondere diejenigen, die häufiger konsumieren. Die Forscher_innen haben berechnet, dass bei mehr als etwa 30 Injektionen pro Monat die Versorgung mit Nadeln und bei mehr als 25 Injektionen pro Monat die Versorgung mit Spritzen nicht mehr ausreicht.

Hinweis: Da nur das Teilen von Spritzen abgefragt wurde, nicht aber, ob die Konsument_innen ihre Spritzen selbst mehrmals verwendet hatten, kann es sein, dass trotz Mehrfachnutzung nicht immer ein unsicherer Konsum vorlag. Diese Zahlen sind deshalb mit etwas Vorsicht zu betrachten.

Impfschutz (Hepatitis B)

Von den Teilnehmer_innen gaben 45 % an, jemals gegen HBV geimpft worden zu sein. Allerdings zeigten die Blutuntersuchungen, dass knapp die Hälfte falschlag, also entweder nicht geimpft waren, obwohl sie dies dachten, oder geimpft waren, es aber nicht wussten.

Den stärksten Einfluss auf den HBV-Impfstatus hatte die Studienstadt. So hatten z. B. in Hannover 77 % der Teilnehmer_innen nachweisbare HBV-Impfantikörper, in Berlin hingegen lediglich knapp 20 %.

Über die Gründe können die Studienautor_innen nur spekulieren. Sie vermuten, dass es in Städten mit hoher Impfprävalenz ein auf die Betroffenen besonders gut zugeschnittenes Impfangebot gibt.

Safer Sex

Etwa zwei Drittel der Studienteilnehmer_innen gaben an, in den letzten zwölf Monaten sexuell aktiv gewesen zu sein. Insgesamt 41 % teilten mit, beim letzten Kontakt vor der Befragung Kondome verwendet zu haben. Männer und Frauen unterschieden sich hier etwas voneinander.

- Beim letzten Sex mit der/dem festen Partner_in benutzten 30 % der Männer und 20 % der Frauen ein Kondom.
- Beim letzten Sex mit einer/einem Gelegenheitspartner_in schützten sich 57 % der Männer und 62 % der Frauen mit einem Kondom.

Zum Vergleich: In der Studie „Schwule Männer und HIV/AIDS 2013“ (SMHA 2013) gaben 66 % der Männer an, beim Kontakt mit dem letzten (nicht-festen) Analverkehrspartner ein Kondom verwendet zu haben“.¹

Wenn Kondome verwendet wurden, hatten Frauen diese am häufigsten von Drogenberatungsstellen bezogen; Männer tendierten eher dazu, die Kondome zu kaufen. Streetworker, Aidsberatungsstellen, Partner_innen, Gesundheitsämter oder andere Bezugsquellen spielten bei Frauen und Männern nur eine geringe Rolle. Ein knappes Drittel der Teilnehmer_innen gab an, keine Kondome zu benutzen.

Menschen in Haft

Mit 81 % berichtete eine große Mehrheit der Teilnehmenden von Hafterfahrungen. 32 % von ihnen waren innerhalb der letzten zwölf Monate in Haft.

30 % der jemals Inhaftierten gaben an, in der Haft Drogen gespritzt zu haben.

Je häufiger und je länger die Menschen inhaftiert waren, desto wahrscheinlicher wa-

ren sie mit Hepatitis C infiziert. Dies gilt interessanterweise auch unabhängig von intravenösem Drogenkonsum und unprofessionellen Piercings/Tattoos während der Haft. Möglicherweise gibt es bei Menschen, die einen häufigen Wechsel zwischen Freiheit und Haft haben, noch weitere Risiken, z. B. unterbrochene Substitutionsverläufe, die einen unsicheren Konsum fördern.

Haft und Haftkrankenhaus wurden von den Studienteilnehmer_innen zwar häufig als Ort eines HIV-Tests, nicht aber eines HCV-Tests genannt.

[Empfehlungen](#)

K o m m e n t a r

Prävention in Haftanstalten, seit Jahren eine Herausforderung

Die DRUCK-Studie zeigt, dass die meisten Drogengebraucher_innen viele und lange Haftzeiten verbüßen. Auch, dass die Haftzeit an sich ein Risikofaktor darstellt. Je häufiger und länger jemand inhaftiert ist, desto größer die Wahrscheinlichkeit einer HIV- oder HCV-Infektion.

Zudem hatte jeder 30. Drogenkonsument mit Hafterfahrung seinen ersten i.v. Konsum in einer JA. Die Abstimmung von Präventions- und Behandlungsmaßnahmen innerhalb und außerhalb des Vollzugs ist von enormer Bedeutung, wenn wir die Prävention und Behandlung der Hepatitis C nicht ad absurdum führen wollen.

Die Studie weist darauf hin, dass nicht nur Spritzen und Nadeln an Konsument_innen zu vergeben sind, sondern auch weitere Konsumutensilien, um eine HCV-Infektion zu vermeiden. –

Davon sind die Justizvollzugsanstalten in Deutschland weit entfernt, nur in einer von 183 Justizvollzugsanstalten erhalten Gefangene Zugang zu sterilen Spritzen und Nadeln.

Bärbel Knorr, Deutsche AIDSHilfe

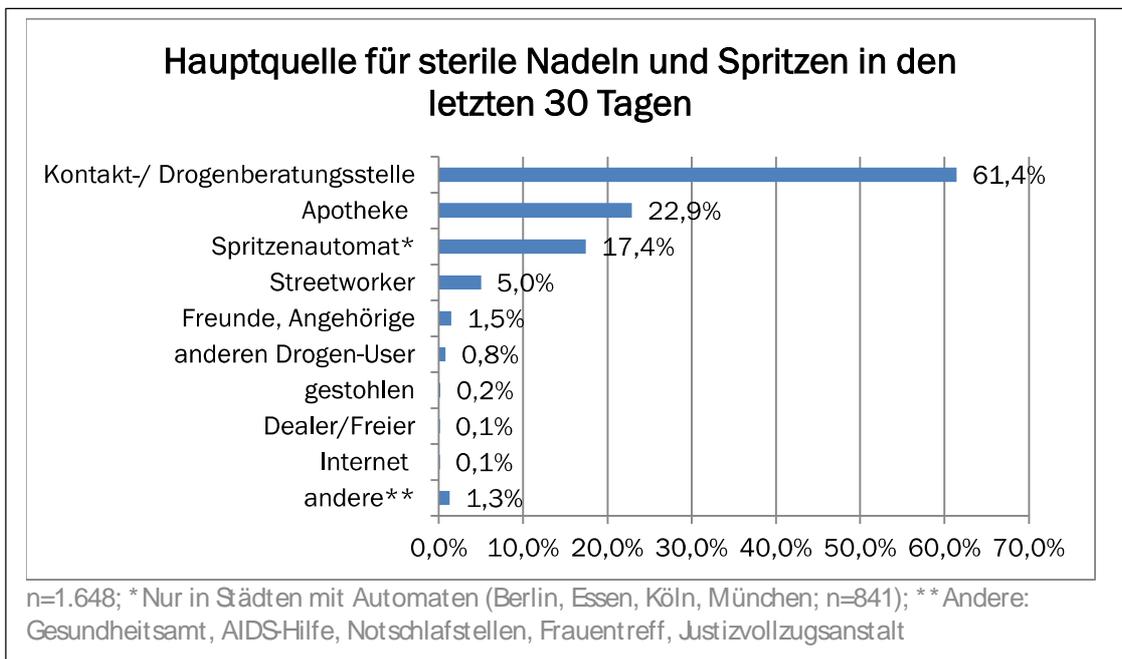
¹ Neuberechnung der Studien-Daten der SMHA zur dieser Frage durch Marcus, U (RKI) für diesen HIVreport 9/2016. Veröffentlichung der Gesamtstudie durch Drewes und Kruspe (2016), siehe Quellenverzeichnis

Bedeutung von Drogenhilfeeinrichtungen

Hauptquelle für sterile Spritzen und Nadeln

Drogenhilfeeinrichtungen scheinen für die Befragten eine große Bedeutung zu haben. Von einem Besuch in einer dieser Einrichtungen innerhalb der letzten 30 Tage berichteten 86 %, Männer tendenziell häufiger als Frauen. So wurden die Kontakt- und Drogenberatungsstellen auch als Haupt-

Die meisten gaben an, im Krankenhaus getestet zu werden (HIV: 38 %, HCV: 37 %), gefolgt von Substitutionsambulanzen und -praxen (HIV: 29 %, HCV: 34 %). Die Testmöglichkeiten in Drogenberatungsstellen spielten für die Befragten kaum eine Rolle. Nur 4 % der Befragten hatten sich in den letzten zwölf Monaten dort testen lassen. Dies bildet ab, dass Testmöglichkeiten in Drogenhilfeeinrichtungen derzeit nur an wenigen Orten bestehen.



quellen für sterile Spritzen angegeben, gefolgt von Apotheken und Spritzenautomaten.

HIV/HCV-Testseher in Krankenhäusern und Substitutionspraxen

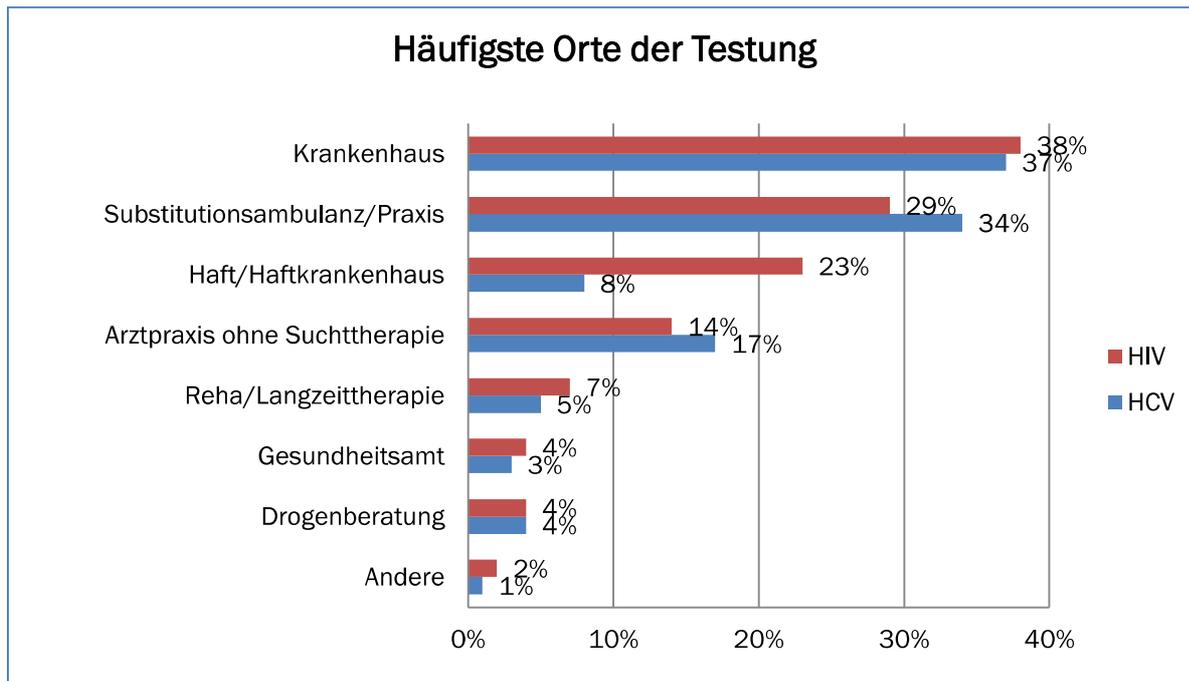
Der überwiegende Teil der HIV/HCV-negativen Studienteilnehmer_innen wurde in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung auf HIV (51 %) oder HCV (64 %) getestet. Die geringsten Anteile jemals Getesteter wies die relativ junge Studienpopulation in Leipzig auf.

Wenn man davon ausgeht, dass es sinnvoll ist, sich als Angehörige_r einer HIV/HCV-Risikogruppe jährlich testen zu lassen, gibt es hier eine Unterdiagnostik.

Niedrigschwelliges HIV-Schnelltest-Angebot

Während der Studie wurde getestet, ob ein niedrigschwelliges Schnelltestangebot in einer Drogenhilfeeinrichtung ein zusätzlicher Gewinn sein könnte.

1 bis 46 % (je nach Studienstadt) der Teilnehmer_innen nutzten dieses Angebot. Die Akzeptanz war in jenen Städten hoch, wo das Angebot niedrigschwellig zugänglich und sofort verfügbar war und während der Studienzeiten stattfand, sodass die Studienteilnehmer_innen für den Schnelltest nicht noch einmal extra anreisen mussten.



HCV-Testung, n=1.472; HIV-Testung, n=1.830

Wissen über HIV/Hepatitis

In der Erhebung wurden die folgenden Kategorien abgefragt:

- Wissen über HIV, Hepatitis B und Hepatitis C
- Wissen zu Übertragungsrisiken
- Wissen zu Schutzmöglichkeiten

Das allgemeine Wissen über HIV, Hepatitis B und Hepatitis C war relativ groß. Relativ gut bekannt waren in allen Städten die HCV-Übertragungswege, die sich auf Spritzen, Nadeln und Blut bezogen.

Weniger gut bekannt war, dass Hepatitis C auch durch das Teilen von Filtern, Wasser oder Schnupfröhrchen übertragen werden kann.

Noch weniger ausgeprägt war das Wissen über Hepatitis B, speziell über die Möglichkeit, sich durch Impfungen davor zu schützen. Jüngere Studienteilnehmer_innen waren besonders schlecht informiert.

Am wenigsten bekannt war das Thema „HIV-Postexpositionsprophylaxe (PEP)“. Weder die Existenz einer PEP noch deren

konkrete Durchführung waren ausreichend bekannt.

HIV/HCV-Therapie

89 % der Studienteilnehmer_innen gaben an, in den letzten zwölf Monaten in medizinischer Behandlung gewesen zu sein. Am häufigsten wurden Substitutionsambulanzen oder -praxen (36 %), Arztpraxen ohne Suchttherapie (27 %) und Krankenhäuser (24 %) aufgesucht.

HIV

Insgesamt 55 % berichteten, zum Zeitpunkt der Studienteilnahme unter antiretroviraler Therapie (ART) zu sein. Dies liegt deutlich unter dem Durchschnitt aller HIV-Positiven in Deutschland. Allerdings gab es bei der Therapiequote sehr große regionale Unterschiede: In München waren alle HIV-positiven Befragten unter Therapie, in Essen nur 44 %.

Zum Vergleich: Das RKI schätzt, dass, bezogen auf die Gesamtheit aller HIV-Positiven, 69 % in Behandlung sind (RKI 2015). In der [ClinSurv-HIV-Kohorte](#) des RKI, in der die Daten von 25 000 Patient_innen aus Klini-

ken und Arztpraxen erfasst wurden, waren es sogar 85 % (RKI 2016).

Hepatitis C

Unter allen Studienteilnehmer_innen lag der Anteil chronischer Infektionen mit Behandlungsindikation bei 41 %. Von den jemals HCV-Behandlungs-Bedürftigen war weniger als ein Fünftel erfolgreich mit interferonbasierter Therapie behandelt worden, und nur bei 14 % konnte in der Labordiagnostik kein Virus mehr festgestellt werden, d.h. die Behandlung war erfolgreich und es hat keine erneute Infektion seitdem stattgefunden. Die Gründe für diesen geringen Anteil Behandelter waren insbesondere die Vorbehalte wegen Nebenwirkungen und Dauer der interferonbasierten Therapie, das eigene Gefühl, für diese lange und belastende Therapie noch nicht bereit zu sein, oder ein fehlendes Therapieangebot.

Die Vorbehalte der Patient_innen bestanden also insbesondere gegen das Interferon. Mit breiter Einführung der direkt wirksamen antiviralen HCV-Medikamente (ohne Interferon) sollte der Anteil Behandelter zukünftig deutlich steigen.



HCV kann auch durch das Mehrfachverwenden von Sniefröhrchen übertragen werden. Berliner Präventionsprojekte verteilen deshalb Einweg Snief-Papier.

Zusammenfassung

Die Studie zeigt, dass es bei der Prävention und Therapie von HIV sowie von Hepatitis B und Hepatitis C in der Gruppe der Drogenkonsument_innen Defizite gibt. Einige der Wesentlichsten sind:

HIV

- ☒ 20 % der mit HIV diagnostizierten Studienteilnehmer_innen gingen von einem negativen HIV-Status aus oder hatten noch nie einen Test durchgeführt.
- ☒ Zwei Drittel der Befragten war die Möglichkeit unbekannt, eine HIV-Infektion durch eine PEP zu verhindern.
- ☒ Nur 55 % der Menschen mit HIV erhielten eine ART.

Hepatitis C

Trotz relativ hoher Testraten wusste ein Drittel aller Teilnehmer_innen nicht, dass sie HCV im Blut hatten. Mitunter wurden die Ergebnisse von Antikörpertest und direkter Virusnachweis (PCR) verwechselt.

Nur bei 14 % der HCV-infizierten Studienteilnehmer_innen zeigten die Laboruntersuchungen eine erfolgreich abgeschlossene Behandlung auf. Als Gründe nannten die Befragten die Angst vor Nebenwirkungen oder der Dauer der Therapie. Die meisten bezogen sich vermutlich auf die Wirkungen des Interferons oder ein fehlendes Therapieangebot..

Hepatitis B

40 % der Teilnehmer_innen waren nicht ausreichend vor HBV geschützt. Viele hatten kein ausreichendes Wissen um den eigenen Hepatitis-B-Impfstatus.

Safer Use

Die meisten Befragten nutzten als Safer-Use-Strategie, das Tauschen von Spritzen und Nadeln zu vermeiden. Bei denjenigen, die dennoch Spritzen und/oder Kanülen

tauschten, stellte eine ungenügende Versorgung mit sterilen Spritzen den Hauptgrund für die unsichere Benutzung dar.

Deutliche Wissenslücken zeigten sich in Bezug auf die Bedeutung von Filtern, Löffeln und dem Teilen von Wasser für die Übertragung von HCV. Die Hälfte der Befragten war sich des Risikos durch die gemeinsame Benutzung von Schnupfröhrchen nicht bewusst.

Jüngere Studienteilnehmer_innen (unter 25) scheinen generell schlechter informiert.

Safer Sex

-  Kondomgebrauch war insbesondere mit der/dem festen Partner_in eher selten.
-  Drogenhilfeeinrichtungen werden als Quelle für Kondome von Frauen stärker als von Männern genutzt.
-  In Drogenhilfeeinrichtungen gibt es noch zu wenig Erfahrungen und Angebote, um zu Sexualität und Safer Sex zu beraten.



Farbige Spritzen können ein Vertauschen von Nadeln beim gemeinsamen Konsum verhindern. Foto: Taubert

Empfohlene Maßnahmen und Strategien

Die Autor_innen der Studie haben die folgenden Maßnahmen formuliert, die ihnen zur Verbesserung der Versorgung und Prävention gegen HIV- und Hepatitisinfektionen bei intravenösen Drogenkonsument_innen sinnvoll scheinen. Um uns politisch darauf beziehen zu können, geben wir die Empfehlungen im Folgenden im Original wieder.²

Niedrigschwellige Drogenhilfe

- Die bedarfsorientierte Ausgabe von Konsumutensilien (wie Spritzen, Nadeln, Filter, Löffel, Wasser zur Injektion) sollte flächendeckend implementiert werden.
- Es sollten gezielte Kurzberatungen insbesondere bei Wissenslücken zu Transmissionswegen, insbesondere zu HCV, zur HBV-Impfung und HIV-Behandlung und PEP implementiert werden.
- HIV-Test-Angebote (z.B. HIV-Schnelltestung) und die Testung auf HCV (Antikörpertest und PCR) sollten als regelmäßiges Angebot implementiert werden.
- Die Testung zu Infektionskrankheiten sollte von qualifizierter Beratung zur Bedeutung des Testergebnisses begleitet werden.
- Es sollte ein regelmäßiges Schulungsangebot zur Qualifizierung von (nicht-med.) Personal in niedrigschwelligen Drogenhilfen als (Test-)Beratende implementiert werden.
- Es sollten nach Möglichkeit HBV-Impfkampagnen oder regelmäßige Impfangebote auch niedrigschwellig implementiert werden, verbunden mit einer Beratung zur Impfung.

² RKI, 2016a, S. 12–14.

- Es sollten je nach lokalen Gegebenheiten Präventionsangebote speziell für Frauen und ggf. für junge und neue ivD implementiert bzw. ausgebaut werden.

Substitutionseinrichtungen & Einrichtungen der Suchthilfe

- Der regelmäßige Kontakt mit ivD sollte besser zur HBV-Impfung genutzt werden, begleitet von einer Beratung zur Sinnhaftigkeit der Impfung.
- Nach der letzten Boosterimpfung sollte entsprechend der STIKO-Empfehlungen der Impftiter gemessen und dokumentiert werden.
- Personen, die fortgesetzt Infektionsrisiken ausgesetzt sind und einer Testung bedürfen, sollten regelmäßig auf HIV (Antikörpertest) und HCV (Antikörpertest und PCR) getestet werden. Das schließt eine Beratung zur Bedeutung des Testergebnisses ein.
- Alle HIV- und HCV-Positiven sollten zur Prüfung einer Therapieindikation und Behandlung zu infektiologisch oder hepatologisch tätigen Ärzten und HIV-Schwerpunkt-Einrichtungen überwiesen werden.
- Substituierte sollten gezielt zur HBV-Impfung, zur HIV-PEP und zur Möglichkeit einer HCV-Übertragung durch das Teilen von Filtern, Löffeln, Wassergefäßen und Snief Röhrchen informiert werden.
- Das Suchtmedizinsystem sollte sich auf lokaler Ebene stärker mit niedrigschwelligem Setting und Infektiologie/ HIV-Schwerpunkt-Einrichtungen/ Hepatologie vernetzen.

Justizvollzugsanstalten und Einrichtungen des Jugend- und Maßregelvollzugs

- Es sollte in diesen Einrichtungen flächendeckend ein HBV-Impfangebot, begleitet von einer Beratung zur Bedeutung der Impfung, implementiert werden.
- Vertrauliche und freiwillige Testung auf HCV sollte ebenso wie die Testung auf HIV allen Inhaftierten angeboten werden, begleitet von einem Beratungsgespräch zur Erläuterung des Testergebnisses und Möglichkeiten der Behandlung
- Inhaftierte mit einer HIV- oder HCV-Infektion sollten der Behandlung zugeführt werden. (Anmerkung der Redaktion: im Sinne von Zugang und Möglichkeit der Behandlung erhalten).
- Inhaftierten ivD sollte der Zugang zu evidenzbasierten Maßnahmen der Prävention von HBV, HCV und HIV gewährt werden. Dazu sollte der Zugang zu einer ausreichend dosierten Opioidsubstitutionstherapie, zu Kondomen und Konsumensilien verbessert werden.
- Das Übergangsmanagement sollte hinsichtlich der Prävention von unsafe use verbessert werden.

Für die Ärzteschaft

- Die Ärzteschaft (Allgemeinärzte, Gynäkologen, Internisten, Infektiologen) insgesamt und die Suchtärzteschaft im Besonderen, sollte darüber informiert werden, dass Ärzte für ivD die wichtigste Informationsquelle zu HBV, HCV und HIV darstellen
- Die Ärzteschaft sollte über das Ausmaß und Art der Wissenslücken von IvD zu HBV, HCV und HIV informiert werden.
- Die Ärzteschaft sollte die HBV-Indikationsimpfung bei den von der STIKO empfohlenen Gruppen (Drogen-

gebrauchende, Inhaftierte, HIV-Infizierte, HCV-Infizierte) besser umsetzen. Nach der letzten Boosterimpfung sollte entsprechend der STIKO-Empfehlungen der Impftiter gemessen und dokumentiert werden.

- Alle Ärzte incl. Suchtärzte, Ärzte in Rettungsstellen und im Krankenhaus, Allgemeinärzte und Hausärzte, die Testungen auf Infektionskrankheiten bei IVD durchführen, sollen dies mit einer ausführlichen Erläuterung des Testergebnisses verknüpfen
- Die Ärzteschaft sollte über den Verbesserungsbedarf der HCV- und HIV-Therapieraten von IVD informiert werden. Die Indikationsstellung und Durchführung der Therapie beider Infektionen soll leitliniengerecht erfolgen

Für alle auf lokaler Ebene:

- Insbesondere Frauen, junge Drogengebrauchende unter 25 Jahren und Personen, die erst kürzlich ihren injizierenden Konsum begonnen haben, sollten auf lokaler Ebene gezielt für Maßnahmen der Prävention erreicht werden.

Angestrebt werden, so die Autoren der Studie, sollte insgesamt eine bessere Vernetzung von Substitutionseinrichtungen, Drogenhilfe, Selbsthilfeorganisationen, HIV/HCV-behandelnden Ärzt_innen und anderen Akteuren.

Interview

Gespräch mit Dr. Ruth Zimmermann, Studienleiterin der DRUCK-Studie vom Robert-Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie.

Red.: Frau Dr. Zimmermann, gab es Studienergebnisse, die Sie persönlich richtig überrascht haben?

Zimmermann: Ja, es gab schon einige Ergebnisse, die uns sehr überrascht haben.

Zum Beispiel, dass trotz der schon lange geltenden Hepatitis-B-Impfindikation für Drogengebrauchende oder Menschen in Haft, diese so nicht umgesetzt wird. Dies erstaunt, da viele ja auch in medizinischer Behandlung sind, es also genug Gelegenheiten dafür geben könnte.

Was uns noch überrascht hat, war, dass „unsafe Use“ auch aktuell noch verbreitet ist, obwohl die meisten Teilnehmenden schon einen sehr langen Konsum haben und zum Teil lange an Einrichtungen angebunden sind. Wir hätten zudem erwartet, dass auch besseres Wissen zu den Schutzmöglichkeiten vorhanden ist.



Die Autoren der Studie sehen in einer besseren Vernetzung der Hilfsangebote einen wichtigen Schlüssel für die HIV/HCV-Prävention

Red.: Wie steht es denn um das Fachwissen der Mitarbeiter_innen der Einrichtungen?

Zimmermann: Das haben wir nicht gemessen. Wir haben aber Schulungen für jene Mitarbeiter_innen der Drogenhilfeeinrichtungen angeboten, die im Zusammenhang der Studie Interviews und HIV/STI-Testberatungen durchführen sollten. Dort zeigte sich, dass einige Mitarbeiter_innen auch selber noch unsicher sind, v.a. bei Fragen zu Hepatitis B und C, deren Übertragung und -Prävention.

Red.: Trotzdem: Die HIV-Neudiagnosen bei Drogenkonsumenten sind nach wie vor relativ niedrig. Einige Safer-Use-Regeln scheinen also zu funktionieren. Liegt das daran, dass bei den Spritzen aufgepasst wird, aber nicht so sehr bei den Konsumutensilien, die ja bei HIV-Übertragung keine so bedeutsame Rolle spielen?

Zimmermann: Das ist auch unsere Annahme, dass tatsächlich die HIV-Prävention ganz gut gegriffen hat. Spritzen-Nadeltausch-programme gibt es in allen Städten, die wir untersucht haben. Weniger verbreitet ist die Ausgabe anderer Utensilien in dem Ausmaß, wie das vielleicht nötig wäre.

Das Wissen, dass mehrfach verwendete Konsumutensilien (wie das Teilen von Filtern, Löffeln, Wasser) eine Hepatitis C übertragen können, war nicht sehr verbreitet. Dazu sollte gezielt Beratung stattfinden, gepaart mit der konsumorientierten Ausgabe dieser Utensilien.

Red.: Viele Studienteilnehmer waren nicht gut über ihren HIV/HCV-Status informiert. In der Druck-Studie wurden niederschwellige Testangebote nur von wenigen Menschen genutzt. Wie sollten diese Angebote aussehen, damit sie genutzt werden?

Zimmermann: Wir haben in sieben Studienstädten ein HIV-Schnelltest-Angebot gemacht, zusätzlich zu den Testungen im Rahmen der Studie. Die Akzeptanz des

Schnelltestangebotes war abhängig davon, wie niedrigschwellig es implementiert ist. Wenn der HIV-Schnelltest mit der Beratung immer während der Studienzeiten angeboten wurde, sofort verfügbar war und geeignete Räumlichkeiten für die Beratung da waren, dann wurde das sehr gut angenommen.

Wenn das Angebot höherschwelliger ist, z.B. kompliziert durch Terminvereinbarung und einem "Komm doch mal nächste Woche zum Test wieder", dann ist es schwieriger.

Red.: Würden Sie denken, dass das niederschwellige Testangebot noch ausbaufähig ist?

Zimmermann: Ich denke schon, ja. Ich hatte auch den Eindruck, dass die Einrichtungen, mit denen wir kooperiert haben, sehr offen für die Angebote sind, und dass da bestimmt auch noch mehr umgesetzt werden könnte.

Red.: In der Studie zeigte sich, dass auch Menschen, die getestet wurden, nicht immer genau wussten, wie ihr Serostatus ist. Woran kann das liegen?

Zimmermann: Ja, dies fiel vor allen bei den Hepatitiden auf. Da gab es manchmal Antworten, wie "Meine Hepatitis C ist verkapselt." Oder teilweise auch eben eine falsche Annahme, eine Infektion zu haben, obwohl nur Antikörper aber keine Viren im Blut nachweisbar sind."

Das liegt sicher nicht daran, dass die Leute das nicht verstehen können, sondern das auch daran, dass es irgendwie auf eine unzureichende Art kommuniziert wird, nehme ich an.

Red: 44 Prozent der Befragten hatten eine aktive Hepatitis-C-Infektion, viele waren nicht in Therapie. Woran liegt das?

Zimmermann: Diese Studie haben wir durchgeführt, als die Interferon-Therapie noch Standard war. Das war eine sehr be-

lastende, nebenwirkungsreiche Therapie, die oft nicht von Erfolg gekrönt war. Das könnte ein Grund sein, weshalb auf Therapie verzichtet wurde. Diese Gründe gibt es jetzt so nicht mehr. Es mag natürlich auch heute noch Ausschlussgründe für eine Therapie geben, wenn jemand zum Beispiel sehr instabil ist. Aber es wird mit Sicherheit zu wenig behandelt. Eine Antwort, wie "Die Therapie wurde mir nie angeboten" dürfte es zukünftig nicht mehr geben.

Red.: Sollten auch Drogen-User stärker motiviert werden für die Therapie?

Zimmermann: Ich denke, es wäre wichtig, bei Drogengebrauchenden die Information zu verbreiten, dass eine Heilung der Hepatitis C jetzt mit nebenwirkungsarmen Tabletten möglich ist.

Red.: Anderes Thema: Sie haben auch gefragt, wie verbreitet Safer Sex ist und wie das Wissen dazu ist. Gibt es hier noch Lücken in der Prävention?

Zimmermann: Also ich glaube, es gibt da vor allen Dingen einen Gesprächsbedarf. Bei den Schulungen der Interviewer haben wir gemerkt, dass auch die Professionellen hier oft Vorbehalte und Unsicherheit spüren.

Wir haben deshalb auch in den Interviewleitfaden geschrieben, dass diese Fragen, wenn Studienteilnehmer das nicht beantworten wollen, übersprungen werden können.

Tatsächlich haben dann aber nur sehr wenige Leute abgelehnt, darüber zu sprechen. Aber wenn Sexualkontakte und Safer Sex auf eine normale Art und Weise angesprochen werden, dann ist es auch möglich, darüber zu reden so. Dies sollte vermittelt werden.

Red.: Am Ende der Studie werden auch Handlungsempfehlungen an Politik, und Gesundheitswesen formuliert. Gibt es Ein-

schränkungen der Aussagekraft ihrer Studienergebnisse?

Zimmermann: Leider können wir zu wenig zur Situation von Migrant_innen sagen. Wir haben zwar den Fragebogen auch auf Russisch übersetzt und in jeder Stadt vorher die Notwendigkeit der Übersetzung in weitere Sprachen abgefragt. Aber es gab nur zwei Städte, die eine Notwendigkeit für russischsprachige Interviewer und Fragebögen gesehen haben, keine weiteren. Es kann sein, dass andere Migrantengruppen, zum Beispiel arabische Drogengebraucher, niedrigschwellige Einrichtungen weniger aufsuchen und wir diese nicht repräsentativ eingeschlossen haben. Wir haben uns zwar durch das Schneeball-Rekrutierungsverfahren bemüht, auch an Leute heranzukommen, die keine Einrichtungen besuchen, und das ist in geringem Ausmaß auch gelungen. Wir haben aber vor allem Menschen erreicht, die an Drogenhilfe-Einrichtungen angebunden sind. Es kann sein, dass da eine Lücke besteht, die die Studie nicht beantworten kann.

Dazu bräuchte es weitere Untersuchungen, am besten auf regionaler Ebene.

Red.: Frau Zimmermann, danke für das Interview.

tau

Quellen

Drewes J., Kruspe M. (2016). Schwule Männer und HIV/AIDS 2013: Schutzverhalten und Risikomanagement in den Zeiten der Behandelbarkeit von HIV. Deutsche AIDS-Hilfe, AIDS-Forum DAH, 2016; Band 61; 23.

Robert-Koch-Institut (2016a). Abschlussbericht der Studie „Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland“ (DRUCK-Studie), Berlin 2016. DOI: 10.17886/rkipubl-2016-007.

Robert-Koch-Institut (2016b). Klinische Aspekte der HIV-Versorgung. Die ClinSurv-HIV-Kohorte. Epidemiologisches Bulletin, 18.07.2016; Nr. 28.

Robert-Koch-Institut (2015). Schätzung der Prävalenz und Inzidenz von HIV-Infektionen in Deutschland, Stand Ende 2014. Epidemiologisches Bulletin, 09.11.2015; Nr. 45.

Poethko-Müller C. et al. (2013). Die Seroepidemiologie der Hepatitis A, B und C in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2013; Band 56 (5–6); 710–711.

Impressum

Herausgeber

Deutsche AIDS-Hilfe e. V., Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin
Fon: 030 690087-0, Fax: 030 690087-42, www.aidshilfe.de

V. i. S. d. P.

Steffen Taubert (tau), Armin Schafberger (sch)
hivreport@dah.aidshilfe.de

Texte

Bärbel Knorr, Armin Schafberger, Dirk Schäffer, Steffen Taubert

Lektorat

Kirsten Nies

Bestellung

www.hivreport.de

Spendenkonto der Deutschen AIDS-Hilfe e. V.

IBAN: DE27 1005 0000 0220 2202 20 – BIC: BELADEBEXX

Hinweis

Die genannten Verfahren, Medikamente, Inhaltsstoffe und Generika werden ohne Rücksicht auf die bestehende Patentsituation mitgeteilt. Geschützte Warennamen (Marken) sind nicht immer als solche gekennzeichnet; es darf daher nicht angenommen werden, dass es sich bei den verwendeten Bezeichnungen um freie Warennamen handelt.

Die Deutsche AIDS-Hilfe übernimmt keine Gewähr für die Richtigkeit der Angaben und haftet nicht für Schäden durch etwaige Irrtümer. Wir raten unseren Leserinnen und Lesern, auf die Fachinformationen und Beipackzettel der Hersteller zurückzugreifen.