

**„we care“ - qualitative Studie zum HCV-bezogenen Gesundheitsverhalten Drogen-
gebrauchender**

Abschlussbericht | Willehad Rensmann | Juli 2020

Studienkonzept und Leitung: Willehad Rensmann

Mitarbeit: Matthias Seng

beratende Experten: Dr. Stefan Christensen, Prof. Dr. Jens Reimer, Dirk
Schäffer

Inhalt

1. Studie	3
1.1 Problemstellung	3
1.2 Fragestellung und Zielsetzung	4
1.3 Theoretischer Bezugsrahmen	4
1.4. Forschungsdesign.....	6
1.4.1 Ansatz	6
1.4.2 Literaturrecherche	7
1.4.3 Befragung	7
1.4.3.1 Instrument.....	7
1.4.3.2 Stichprobe	8
1.4.3.3 Durchführung.....	9
1.4.4 Auswertung	9
1.4.4.1 Transkription.....	9
1.4.4.2 Analyse	9
1.4.4.3 Diskussion	10
2. Ergebnisse	11
2.1 Typenbildung.....	11
2.1.1 Typ 1: „Getestet“	12
2.1.2 Typ 2: „Behandelt“	12
2.1.3 Typ 3: „Ungetestet“	15
2.1.4 Typ 4: „Unbehandelt“	17
2.2 Fall- und typenübergreifende Auswertung	23
2.2.1 Lebenssituation und Konsumverhalten.....	23
2.2.2 Wissen	24
2.2.3 Gesundheitsorientierungen	26
2.2.4 Umgang der Szene mit HCV	26
2.2.5 Zugang zu Beratung, Test und Behandlung	27
2.2.6 Gesundheitsverhalten	27
3. Diskussion.....	30
3.1 Entwicklung integrierter, vernetzter und community-orientierter Modelle..	31
3.1.1 Hilfesystem: Öffnung und Prioritätenverschiebung	31
3.1.1.1 ambulante Drogenhilfe	31
3.1.1.2 medizinisches Hilfesystem	32
3.2 Einrichtungsebene: grundsätzliche Prinzipien	33
3.2.1 Integration	33
3.2.2 Vernetzung	34
3.2.3 community-Orientierung	34
3.3 Aufbau und Weiterentwicklung von Angeboten in der ambulanten Drogen-	
hilfe	36
3.3.1 Zielgruppen und Ansprache	36
3.3.1.1 Adressaten	36
3.3.1.2 Kommunikation	37
3.3.1.3 Anreizsysteme	39
3.3.2 Beratung und Test	39
3.3.2.1 Form des Tests.....	39
3.3.2.2 Qualitätsentwicklung	40
3.3.2.3 Post-Test-Beratung	40
3.3.3 Behandlungsinitiierung	41
3.3.3.1 verbindliche Kooperation	41
3.3.3.2 case management/individuelle Begleitung	42
3.4 Fazit: „health first“	44

Anhang

1. Studie

1.1 Problemstellung

Schon in 2014 hat das Robert Koch-Institut (RKI) in Bezug auf HIV-positive Drogengebraucher konstatiert, „dass der Zugang zum medizinischen Versorgungsangebot teilweise unzureichend auf die besonderen Bedarfe dieser spezifischen Patientengruppe zugeschnitten ist [...]“. Weitere Untersuchungen wären sinnvoll, um genauer zu klären, ob und wenn mit welchen Maßnahmen die medizinische Versorgung verbessert werden kann.“ (RKI, 2015).

Diverse Studien belegen, dass die Situation im Bereich der Hepatitis-Infektionen ebenso problematisch ist - immerhin sind je nach Studienlage zwischen 50 und 80% der Drogengebrauchenden mit einer Hepatitis C infiziert.

Die „DRUCK-Studie“ etwa wies bereits in 2015 nach:

- Die „HCV-RNA-Prävalenz [beträgt] 23 – 54%. Somit sind bis zu 54% der teilnehmenden IVD von einer aktiven, potenziell behandlungsbedürftigen Hepatitis C betroffen, die infektiös und auf andere Personen übertragbar ist. [...]
- Bei einem hohen Anteil der Teilnehmenden besteht Unklarheit über den eigenen HIV- und HCV-Infektionsstatus [...].
- Schließlich konnte dargestellt werden, dass die Anteile von Personen, die gegen HIV und insbesondere HCV behandelt werden oder wurden, nicht ausreichend sind. Entsprechend besteht Bedarf der Ausweitung des Zugangs zur Therapie insbesondere von HCV.“ (RKI, 2015. S. 194 – 196)

Die HCV-Neuinfektionen bewegen sich dabei seit 2009 auf diesem stabil hohen Niveau, „es wird demnach trotz großer Verbesserungen bei der HCV-Behandlung keine Abnahme der HCV-Übertragungen beobachtet“ (RKI, 2019. S.284).

Auch Deutschland hat die von der WHO vorgegebenen Ziele – Eliminierung der HCV bis 2030 – ratifiziert. Von diesen allerdings sind wir aktuell deutlich entfernt und geben weitere Trends wenig Anlass zur Hoffnung:

Nach Modellberechnungen (vgl. The European Union HCV Collaborators, 2017) werden in Deutschland im Jahr 2030 noch immer mehr als 110.000 Menschen mit HCV nicht diagnostiziert sein – etwa 80% davon sind Drogengebraucher*innen.

Spezifische Testprojekte für Drogengebrauchende, etwa das von der BZgA koordinierte Modellprojekt "HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!", funktionieren grundsätzlich gut, bleiben aber angesichts der Dimension der Gesamtproblematik grundsätzlich in ihren positiven Auswirkungen viel zu begrenzt und bedürfen der Verstärkung und Ausweitung (vgl. BZgA, 2020).

Bundesweit sind die HCV-Behandlungszahlen trotz des rasanten medizinischen Fortschritts faktisch sogar rückläufig: So „zeigen Analysen des RKI, dass die Zahl der mit DAAs behandelten Personen seit 2016 deutlich gesunken ist.“ (RKI, 2019. S.284).

Die eingangs vom RKI konstatierte Forschungslücke zu den Problemen bei der gesundheitlichen Versorgung von Drogenkonsument*innen existiert dabei nach wie vor, insbesondere fehlt es an qualitativen, sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen.

1.2 Fragestellung und Zielsetzung

Noch immer existieren also massive Hürden bei der Nutzung von Testangeboten sowie bei der Inanspruchnahme einer HCV-Behandlung – die genauen Hintergründe und Einflussfaktoren sind gleichwohl unbekannt.

Die vorliegende Studie soll genau diese Lücke füllen und dezidiert erheben, welche gesundheitsrelevanten Barrieren und Ressourcen existieren: auf individueller, sozialer und struktureller Ebene.

Insgesamt wird zunächst das aktuelle Gesundheitsverhalten Drogenabhängiger im Hinblick auf HCV differenziert analysiert, um darauf basierende Ansatzpunkte für eine Reduzierung von Hemmschwellen und eine bessere Nutzung vorhandener Ressourcen zu ermitteln.

Insgesamt sollen damit zentrale Elemente eines Rahmenmodells für eine vernetzte, lebensweltorientierte und inklusive Beratung, Testung sowie Versorgung Drogenabhängiger entwickelt werden.

1.3 Theoretischer Bezugsrahmen

Bei der Analyse HCV-bezogenen Gesundheitsverhaltens greifen wir auf ein ganzheitliches und mehrdimensionales Verständnis von Krankheit und Gesundheit zurück, das sich an das maßgeblich von Antonovsky geprägte Konzept der Salutogenese anschließt:

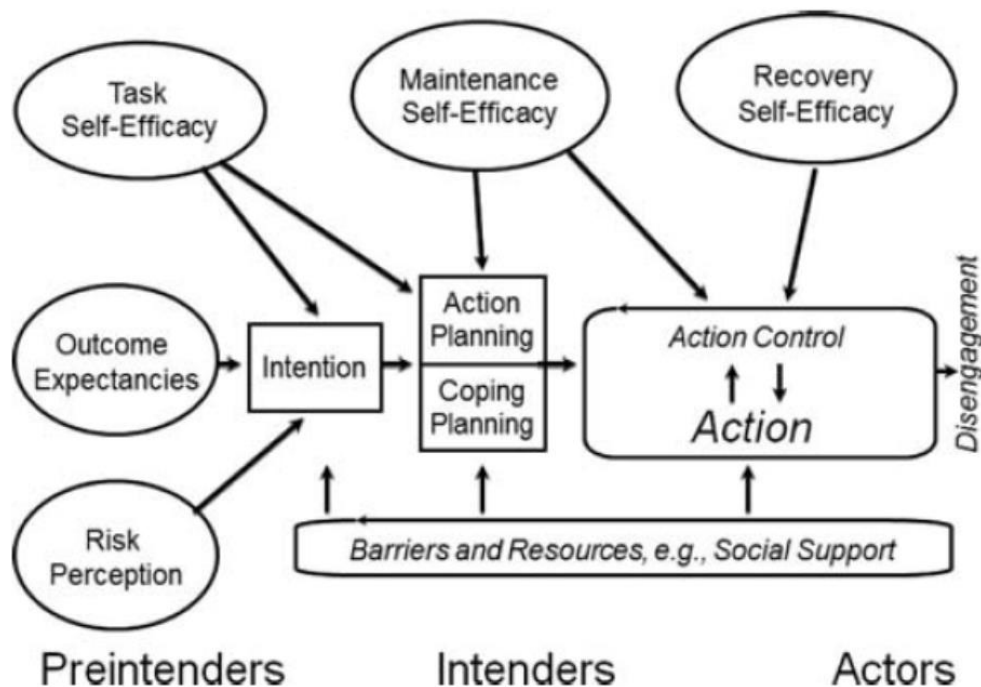
„Gesundheit wird hier als ein dynamischer Prozess verstanden, bei dem sich der Mensch ständig zwischen den beiden Polen eines Kontinuums bewegt. Auf der einen Seite dieses Kontinuums liegen vollständiges Wohlbefinden und umfassende Leistungs- und Entwicklungsfähigkeit, auf der anderen Seite weitestgehende Einschränkungen“ (Egger et al, 2018. S. 167).

Dieser Wechselwirkungsprozess wird permanent durch Belastungsfaktoren oder Risiken (pathogene Faktoren) sowie Ressourcen (salutogene Faktoren) beeinflusst, der Gesundheitszustand jedes Menschen verändert sich auf diesem Kontinuum ständig.

Äußere Stressoren erfordern also permanente Anpassungsleistungen, die mit Hilfe von Widerstandsressourcen überwunden werden. Dazu zählen wiederum sowohl individuelle als auch gesellschaftliche Ressourcen.

Dieses Grundverständnis lässt sich für unsere Studie mit dem „health action approach“ (HAPA) als sozial-kognitivem Prozessmodell gesundheitlichen Handelns weiterentwickeln und als „Folie“ auf die Untersuchung anwenden.

Indem bestimmte Einflussfaktoren über unsere Studie identifiziert werden, ermöglicht es auch die zielgerichtete Konzipierung von Maßnahmen und Instrumenten der Gesundheitsförderung.



(aus: Schwarzer et al., 2011. S.162)

Das „HAPA-Modell“ entwickelt die traditionellen Prozessmodelle gesundheitlichen Verhaltens weiter, die wegen des „intention-behaviour gap“ kritisiert werden, um genau dieses Defizit zu überwinden:

In der initiierenden Motivationsphase wird zunächst ein grundlegendes Risiko wahrgenommen, das dann einen weitergehenden Prozess der Auseinandersetzung über Konsequenzen und Ressourcen oder Kompetenzen auslöst (Risikoeinschätzung).

Darüber hinaus sind in dieser Phase positive Ergebniserwartungen wichtig, wenn die Vor- und Nachteile eines möglichen Gesundheitsverhaltens gegeneinander abgewogen werden (Handlungsergebniserwartung). Schließlich, und das hat einen sehr entscheidenden Einfluss, muss der Betreffende subjektiv überzeugt sein, das entsprechende Verhalten auch tatsächlich und trotz auftretender Hürden umsetzen zu können (Selbstwirksamkeitserwartungen; dieses ähnelt im Übrigen Konstrukten wie Handlungsmächtigkeit/Handlungsfähigkeit, die im Kontext von Agency-Konzepten zunehmend an Bedeutung gewinnen). Dies speist sich wiederum u. a. aus stellvertretenden oder eigenen Erfahrungen.

Beide Aspekte (die Erwartung eines positiven „outcomes“ sowie die Annahme, über die nötige Handlungsfähigkeit zu verfügen) sind nötig, um die Intention für ein neues Verhalten auszubilden.

Erst dann tritt man in die Volitionsphase ein, in der sich ein „switch of mindsets“ (Schwarzer 2011, S. 163) vollzieht, und die diejenigen Prozesse der Selbstregulation und -kontrolle umfasst, mit deren Hilfe eine gefasste Absicht auch dann in die Tat umgesetzt werden kann, wenn Hürden und Hindernisse auftreten. Zunächst müssen die „guten Absichten“ in konkrete Handlungspläne „übersetzt“ werden, dabei sind alte Gewohnheiten kritisch zu hinterfragen und neue Routinen zu entwickeln.

Bei der dann folgenden Initiierung, Umsetzung und Aufrechterhaltung des neuen Verhaltens gilt es u. a., Rückschläge zu überwinden und Umwelteinflüsse zu berücksichtigen, es braucht selbstregulierende, planende Fähigkeiten und Strategien. Auch in der Volitionsphase spielt die Selbstwirksamkeit eine zentrale Rolle.

Eine der konkreteren Forschungsfragen ist also u. a., in welcher Weise diese subjektiven Selbsteinschätzungen (z. B. „ich bin in der Lage, eine medizinische Behandlung durchzustehen; ich schaffe das“) bei Drogengebraucher*innen ausgeprägt sind bzw. gefördert werden können.

Kritisch zum „HAPA-Modell“ anzumerken ist, dass es wie viele andere Erklärungsansätze gesundheitlichen Verhaltens tendenziell auf individuellen Kosten-Nutzen-Abwägungen basiert. In der Realität greift ein solches eher mechanistisches Modell natürlich viel zu kurz, existieren z. B. viele unbewusste und spontan wirkende Einflussfaktoren. U. E. lassen sich aber auch derartige Prozesse integrieren (s. S. 30); gleichwohl bleibt zu betonen, dass das Modell auch in unserer Fassung nicht als eindimensionales Konzept im Sinne linearer Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge missverstanden werden darf.

1.4. Forschungsdesign

1.4.1 Ansatz

Die Forschungsfrage legte einen qualitativen Forschungsansatz nahe, da gesundheitsbezogene Verhaltensweisen detailliert und aus der subjektiven Sicht der Drogenkonsumenten „in die Tiefe gehend“ analysiert werden sollen. Zudem sollte über die offene Herangehensweise eine zu frühe Verengung auf einzelne Aspekte verhindert werden.

Insofern kann die vorliegende Studie, das ist auch nicht der Ansatz qualitativer Forschung, keinen Anspruch auf Repräsentativität formulieren, sondern zielt auf Repräsentanz („das Typische“). Da aber Erkenntnisse aus der ausführlichen Analyse der Einzelfälle an zahlreichen Stellen in Bezug zu den Studienergebnissen aus der Literaturanalyse gesetzt werden, sind teils durchaus verallgemeinerbare Aussagen möglich.

Die Studie wurde von der aidshilfe dortmund konzipiert und durchgeführt, und von einem externen Expertengremium begleitet, bestehend aus Dr. Stefan Christensen (Centrum für Interdisziplinäre Medizin, Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin, Vorstand DAGNÄ), Prof. Dr. Jens Reimer (Universität Hamburg, Direktor des Zentrums für interdisziplinäre

Suchtforschung) und Dirk Schäffer (Deutsche Aidshilfe, Referent für Drogen und Strafvollzug).

Das Expertengremium stand beratend bei der Gestaltung von Studiendesign und Leitfaden zur Seite, insbesondere wurden die Ergebnisse der Befragung sowie die Ableitung von Empfehlungen gemeinsam erörtert und fanden Eingang in die Darstellung.

1.4.2 Literaturrecherche

Vorgeschaltet zur Hypothesenbildung (die sich teils im Leitfaden wiederfinden), aber im weiteren Verlauf auch zur Plausibilisierung der Einzelfallanalysen sowie zur Ableitung von Empfehlungen wurde eine umfängliche Literaturrecherche durchgeführt. Über den Zeitraum von November 2018 bis März 2020 wurde diese fortlaufend ergänzt.

Folgende Datenbanken wurden genutzt:

Wiso Sozialwissenschaften, SocINDEX with Full Text, Fis Bildung Literaturdatenbank, OECD Library, BASE: Bielefeld AcademicSearch Engine, ScienceDirect, Google Scholar, European Legal Database on Drugs, EMCDDA, DHS, Livio, medline, PsycInfo, Academix Search Premier, ERIC, Opac der TU Dortmund.

Insgesamt wurden dabei über 370.000 Treffer erzielt, von denen wiederum ca. 12.000 über die Durchsicht der Titel und Abstracts auf Relevanz geprüft wurden. Von Relevanz war die Literatur dann, wenn sie etwas über das Risikoverhalten, die HCV-Therapie, den Zugang zu Testung und Therapie oder Grundsätzliches über das Gesundheitsverhalten von Drogengebraucher*innen aussagten. Aus der relevanten Literatur wurden dann die zentralen Publikationen ausgewählt, um nochmals die Datenmenge in Bezug auf die Einbettung in die Arbeit handhabbar zu gestalten. Schließlich fanden Erkenntnisse aus insgesamt 37 Arbeiten Eingang in die vorliegende Studie.

1.4.3 Befragung

1.4.3.1 Instrument

Zur Anwendung kamen problemzentrierte Interviews, um die beschriebene Offenheit gegenüber den Deutungen der Befragten zu gewährleisten, gleichwohl aber einen thematischen Kern definieren zu können.

Die Interviews wurden insofern mit Hilfe von Leitfäden (s. Anhang) geführt, die aber entsprechend dieser Bedingungen nur allgemeine Themenfelder benannten und über Kontrollfragen für den Interviewer gewährleisteten, dass trotz nur geringer strukturierender Eingriffe möglichst alle relevanten Aspekte thematisiert werden.

Inhaltlich orientierte er sich an den Dimensionen des beschriebenen „HAPA-Modells“.

Der Leitfaden wurde auf Basis des „SPSS-Verfahrens“ entwickelt und vor der endgültigen Finalisierung getestet, durch das externe Expertengremium geprüft und im Anschluss nochmals modifiziert.

1.4.3.2 Stichprobe

Entsprechend des Prinzips des theoretical sampling wurde die Stichprobe von den oben skizzierten Vorannahmen und Forschungsfragen abgeleitet und sollte von einer möglichst großen Heterogenität gekennzeichnet sein (was allerdings angesichts der geringen Stichprobengröße nur begrenzt möglich war).

Im Sinne der theoretischen Sättigung sollte auf die Einbeziehung weiterer Personen verzichtet werden, sobald die Befragungen keine grundlegend neuen Erkenntnisse produzieren, wobei insbesondere aus forschungspraktischen Gründen zunächst die Durchführung von maximal 10 Interviews geplant war.

Vorgesehen war konkret eine Stichprobe von mindestens

- 3 Personen, die auf HCV positiv getestet wurden und sich behandeln lassen (haben),
- 3 Personen mit einem aktuellen, positiven Testergebnis, die sich bislang noch nicht haben behandeln lassen,
- 3 auf HCV ungetestete Personen.

Diese Zahl wurde schließlich deutlich überschritten, um im Sinne der o.g. theoretischen Sättigung über eine ausreichende Datenbasis zurückgreifen zu können (u. a. wurden auch Drogengebraucher*innen befragt, die negativ auf HCV getestet wurden).

Befragt wurden schließlich insgesamt 16 Personen, ein Interview war dabei aufgrund mangelhafter Sprachqualität (es handelte sich um einen Drogengebraucher, der stark nuschelte) nicht auszuwerten.

Die Rekrutierung erfolgte vor Ort durch den Interviewer in Zusammenarbeit mit Mitarbeiter*innen der kooperierenden Einrichtungen nach folgenden Kriterien:

- Die Befragten sind mindestens 18 Jahre alt, zum Zeitpunkt des Interviews sollten die Teilnehmer nicht intoxikiert sein.
- Drogenkonsum: Die Befragten haben nach eigener Aussage in den letzten 6 Monaten intravenös illegale Drogen konsumiert, das durchschnittlich an mindestens 10 von 30 Tagen im Monat. Die Teilnahme an einer Substitutionsbehandlung ist kein Ausschlusskriterium.
- bestätigte HCV-Infektion: Bei den „Nicht-Behandelten“ ist das Vorliegen eines reaktiven Antikörpertests als Einschlusskriterium ausreichend, die Durchführung darf nicht länger als 12 Monate zurückliegen.

Im Laufe einiger Interviews zeigte sich, dass einzelne Kriterien (etwa hinsichtlich des Drogenkonsums) entgegen der ersten Äußerungen der Befragten nicht in Gänze zutrafen; da die Interviews gleichwohl valide Erkenntnisse zuließen, wurden auch sie in die Studie eingeschlossen (entsprechend in der Auswertung kenntlich gemacht).

Ein Interview war aufgrund sprachlicher Probleme nicht auswertbar, so dass schließlich insgesamt 15 Interviews mit 3 Frauen und 12 Männern zwischen 20 und 65 Jahren in die Studie einfließen.

1.4.3.3 Durchführung

Die Interviews wurden in zwei niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen durchgeführt, der von der aidshilfe dortmund e. v. betriebenen „Drogenhilfeeinrichtung kick“ sowie dem Kontaktladen von Vision e. V. in Köln, um ein möglichst alltagsnahes Setting zu ermöglichen.

Geführt wurden sie von einem Projektmitarbeiter, die Gespräche wurden per Audiogerät aufgenommen. Aufzeichnungen und sämtliche Auswertungen wurden anonymisiert und Vertraulichkeit zugesichert, die Teilnehmer*innen erklärten schriftlich ihr Einverständnis.

Die Befragten erhielt eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 30 €.

Die Interviews dauerten mit Vor- und Nachbesprechung zwischen 45 Minuten und zwei Stunden. Die Vorbesprechungen dienten zur Erläuterung des Studienvorhabens und des Datenschutzes, während die Nachbesprechungen häufig dazu genutzt wurden, die Befragten zu weitergehenden Fragen im Kontext HCV, die im Laufe der Interviews aufkamen, zu beraten.

Die Interviews fanden zwischen dem 26.02.2019 und dem 19.09.2019 statt.

1.4.4 Auswertung

1.4.4.1 Transkription

Sämtliche Interviews wurden vollständig mit der Software „f4“ transkribiert.

Die Transkriptionen wurden vom Interviewer auf Basis definierter Transkriptionsregeln vorgenommen (s. Anhang).

1.4.4.2 Analyse

Die Interviews wurden danach von der Studienleitung inhaltsanalytisch ausgewertet. Insofern handelte es sich im Wesentlichen um ein zirkuläres, deduktives und reduktives Verfahren, wobei an unterschiedlichen Stellen auch induktiv gearbeitet wurde, indem z. B. – sowohl einzelfallbezogen als auch fallübergreifend – implizite Muster aus der Art und Weise der Darstellung bestimmter Themen durch die Interviewten herausgearbeitet wurden.

Die Interviews wurden dabei zunächst in jeweils mehreren Durchgängen kodiert, wobei die Kategorien v. a. am Anfang in erster Linie deduktiv aus Literatur, Forschungsfragen und Leitfaden abgeleitet wurden, später aber induktiv um aus dem Material entwickelten Kategorien ergänzt. Schon in diesem Stadium wurden zudem fortlaufend an wichtig erscheinenden Stellen Memos erstellt.

Auf Basis dieses reduzierten Materials wurden für jeden Befragten umfangreiche Einzelfallanalysen erstellt, um die Fälle in ihrer Komplexität darstellen, Zusammenhänge erkennen und später auch mit anderen Fällen vergleichen zu können. Im Laufe dieses Prozesses wurden die Einzelfallanalysen mehrfach mit dem Projektmitarbeiter zurückgekoppelt, diskutiert und modifiziert, um die Interpretationen zu kontrollieren. Für diese Explikation wurde auch die Literaturanalyse hinzugezogen, um einzelne Textstellen oder fallbezogene Zusammenhänge auszudeuten.

Die Erarbeitung einer fallübergreifenden Thementabelle stand dann am Beginn der sich anschließenden generalisierenden Analyse. Wiederum wurden die zentralen Aspekte aus den Einzelfällen anhand der erarbeiteten Kategorien vergleichend nebeneinander gestellt, um so erste allgemeinere Zusammenhänge, Auffälligkeiten, Handlungsmuster, Gemeinsamkeiten und Unterschiede extrahieren zu können.

Auf dieser Basis wurden dann zum einen vier zentrale Typen gebildet, die hinsichtlich ihres HCV-bezogenen Gesundheitsverhaltens ähnlich waren, und zentrale Aspekte dieser Typen – auch in gegenseitiger Kontrastierung – herausgearbeitet.

Zum anderen wurden fall- und typenübergreifend und bezogen auf die zentralen Themen weitere Zusammenhänge und Erklärungsansätze entwickelt.

Auch bei dieser generalisierenden Analyse wurde zum einen zur „Validierung“ und Erklärung auf die Literaturanalyse zurückgegriffen, zum anderen war der Forschungsprozess weiterhin zirkulär angelegt: So wurden zur Plausibilisierung immer wieder die Originalinterviews und die Inhaltstabelle herangezogen, um Fehlinterpretationen zu vermeiden. Zudem wurden die Befunde und Interpretationen mehrfach zwischen Projektleitung und -mitarbeiter, teils auch mit Mitarbeitenden aus den Testprojekten vor Ort diskutiert und modifiziert.

Die Analyse wurde darüber hinaus in einer Sitzung mit dem Expertengremium erörtert.

1.4.4.3 Diskussion

Die zentralen Ergebnisse der Studie wurden schließlich nochmals vor der „Folie“ des „HAPA-Modells“ zusammengefasst, und auf dieser Basis und unter Einbeziehung der Literaturanalyse Schlussfolgerungen formuliert.

In einem sektorenübergreifenden Rahmenmodell sind für unterschiedliche Handlungsebenen Empfehlungen abgeleitet und konkretisiert worden, die einen verbesserten Zugang Drogengebrauchender zu HCV-Test- und -Behandlungsangeboten ermöglichen.

Auch diese wurden in einer abschließenden Sitzung nochmals mit dem Expertengremium diskutiert.

2. Ergebnisse

2.1 Typenbildung

Die im Folgenden dargestellte Typenbildung basiert weniger auf den empirischen Ergebnissen, sondern wurde theoretisch aus der Forschungsfrage und der entsprechend formierten Stichprobe abgeleitet.

Grundsätzlich wurde normativ unterschieden zwischen adäquatem und problematischem Gesundheitsverhalten, jeweils bezogen auf die Dimensionen Test sowie Behandlung.

Daraus ergeben sich vier theoretische Typen, wie aus der Tabelle ersichtlich wurden ihnen jeweils Befragte zugeordnet.

Da darüber hinaus empirisch Überschneidungen existieren (z. B. haben sich ja auch die „Behandelten“ testen lassen oder haben aktuell „Behandelte“ sich teilweise viele Jahre mit einem positiven Testergebnis gelebt und sich nicht therapieren lassen), wurden übergreifend weitere Erkenntnisse aus anderen Gruppen hinzugezogen, um die idealtypischen Gruppen zu charakterisieren und Erkenntnisse zu validieren.

Die konkrete Umsetzung ist aus der folgenden Tabelle ersichtlich, wird aber in der ausführlichen Erläuterung der Typen auch jeweils benannt.

Die Erkenntnisse werden zudem wie erläutert an zahlreichen Stellen in einen Kontext mit existierenden Studien gesetzt.

	adäquates HCV-Gesundheitsverhalten	problematisches HCV-Gesundheitsverhalten
Test	Typ 1: „Getestet“ <u>Datenbasis:</u> - Gruppe „negativ Getestet“ (10, 11, 12) - + Erkenntnisse von allen „jemals Getesteten“ (alle Befragten außer Typ 3)	Typ 3: „Ungetestet“ <u>Datenbasis:</u> - Gruppe „Ungetestet“ (1, 3, 8) - + Erkenntnisse aus den übrigen Gruppen (5, 7, 10, 13, 14)
Behandlung	Typ 2: „Behandelt“ <u>Datenbasis:</u> - Gruppe „Behandelt“ (4, 14, 16) - + Erkenntnisse aus Gruppe „Unbehandelt“ – bezogen auf den (späten) Entschluss zur Behandlung (5, 9, 13)	Typ 4: „Unbehandelt“ <u>Datenbasis:</u> - Gruppe „Unbehandelt“ (2, 5, 7, 9, 15, 13) - + Erkenntnisse aus Gruppe „Behandelt“ – bezogen auf den Zeitraum, in dem sie noch unbehandelt waren (14, 16)

2.1.1 Typ 1: „Getestet“

Die Gruppe der „Getesteten“ bildet sich aus all denjenigen Drogenkonsument*innen, die jemals einen HCV-Test haben durchführen lassen.

Das sind zum einen drei Befragte, die negativ getestet wurden (I 10, I 11, I 12).

Zwei von ihnen weisen einen guten Wissensstand hinsichtlich HCV auf, insgesamt sind die Befragten aber höchstens in einzelnen Aspekten geringfügig besser informiert als die übrigen.

Alle kennen ihre Konsum- und Infektionsrisiken und haben eine gute Risikoeinschätzung, sie praktizierten weitgehend „safer use“ bzw. sind sich der „Lücken“ bewusst und ließen sich auch daher häufiger testen. Der Test ist also angesichts fortwährender Infektionsrisiken eine pragmatische Option, Gewissheit zu bekommen und negative Folgen für sich und Dritte zu reduzieren. Dennoch praktiziert de facto nur ein Befragter einen regelmäßigen Routinetest.

Aus den weiteren Interviews mit Drogenkonsument*innen, die sich jemals haben testen lassen (das sind letztlich alle Befragten bis auf Typ 3), leiten sich ergänzende Erkenntnisse ab:

So werden Tests zumeist eher zufällig und nicht auf der Grundlage einer bewussten Entscheidung des Betroffenen durchgeführt – in 5 Fällen im Krankenhaus (einschl. Therapieeinrichtung), je zwei Mal in der JVA sowie im Rahmen einer Substitutionsbehandlung (einschl. Diamorphin-Ambulanz Köln; anzumerken ist, dass sich über 80% der Befragten aktuell in einer Substitutionsbehandlung befinden).

Regelmäßige Routinetests sind also eher die Ausnahme, wobei sich immerhin I 2, I 4 (als Standardverfahren in der Diamorphinambulanz) und I 16 regelmäßig testen lassen.

Diese Erkenntnis wird u. a. durch die Druck-Studie bestätigt, nach der der häufigste Test-Ort das Krankenhaus ist (vgl. RKI 2015, S. 195) und Tests anscheinend „häufig situationsbedingt (im Krankenhaus und in Haft) und nicht ausreichend regelmäßig durchgeführt [...] werden“ (RKI 2015, S. 196).

2.1.2 Typ 2: „Behandelt“

Die Gruppe der „Behandelten“ bildet sich zum einen aus befragten Drogengebraucher*innen, deren HCV-Infektion aktuell behandelt wird (I 4, I 14, I 16). Eingeschlossen wurden zum anderen Befragte aus Gruppe 4, deren HCV-Infektion zunächst längere Zeit unbehandelt geblieben war, die sich dann aber zu einem bestimmten Zeitpunkt zur Therapie entschlossen hatten (I 5, I 9, I 13).

Grundsätzlich weisen die „Behandelten“ nicht per se besser einen besseren Wissensstand auf als die „Unbehandelten“.

Der individuelle Entschluss zur Aufnahme einer HCV-Therapie steht vielmehr häufig im Kontext eines *generellen* Wunsches zur Entwicklung von Lebensperspektiven: Die HCV-

Therapie soll ein erster Schritt und eine motivierende „Initialzündung“ sein, das eigene Leben insgesamt oder die eigene Gesundheit bzw. Sucht wieder selbstbestimmt gestalten zu können.

Ein Therapieerfolg, so die Hoffnung, könnte dann auch ein Beleg dafür sein, trotz des Drogenkonsums handlungsfähig zu sein.

„ist ja auch für die Psyche ganz anders, wenn ich weiß - Ich hab kein Hepatitis mehr -, ne. Das wär wunderbar. Wär ich froh drüber, wenn das klappt.“ (I 9, 96).

„Das wär ja wunderbar, ne. Das wär das Beste, was mir passieren kann, wenn ich weiß, ich hab keine Hepatitis mehr, ne. Dann würd ich auch ganz anders mit meinem Körper umgehen dann.“ (I 9, 159).

„Und dass ich das auch wirklich will, ja. (-) Dass ich, eh, die Chance hab, wieder gesund zu werden.“ (I 5, 108).

Eine HCV-Therapie, so die implizite und teils explizite Hoffnung, könnte also einen Anstoß geben, auch in anderen Lebensbereichen Veränderungen anzugehen.

I 13 zur Entscheidung, eine HCV-Behandlung aufzunehmen:

„Und im Rahmen von ne Therapie hab ich dann aber einmal reinen Tisch machen wollen.“ (I 13, 77).

I 16 hofft, neben einer Substitutionsbehandlung und dem Betreuten Wohnen könnte auch die HCV-Behandlung ein weiterer Schritt sein in Richtung „ordentliche Lebensstruktur. [...] dass man wirklich anfängt, irgendwo wieder ne Regelung und ne Struktur reinzukriegen.“ (I 16, 120).

I 9 möchte durch die Behandlung zusätzliche Motivation zur Reduzierung seines Beikonsums gewinnen: „Nur, ich versuch natürlich, den Beikonsum, ne, total einzuschränken, oder ganz damit aufzuhören. Wenn es geht, wenn ich merke, ich schaff das, ne.“ (I 9, 159).

Bei I 5 steht die HCV-Therapie insgesamt im Kontext positiverer Lebensperspektiven: Neben dem Überwinden der Obdachlosigkeit stabilisieren sich soziale Beziehungen und geht es „eigentlich so ein bisschen bergauf“ (I 5, 66).

Studien bestätigen tatsächlich positive „Nebeneffekte“ der HCV-Behandlung, etwa hinsichtlich sinkendem Alkohol- und Drogenkonsum oder steigender Substitutionsraten (vgl. Midgard, 2017).

Die psychosoziale Situation der „Behandelten“ ist sehr unterschiedlich: Zum Beispiel sind die meisten (fünf von sechs Befragten) substituiert, drei davon aber mit intensiverem Beigebrauch, zwei sind obdachlos, einer berichtet von sich aus von einer psychischen Erkrankung.

Ein zentraler Faktor für die Aufnahme einer HCV-Therapie ist die zielgerichtete Unterstützung durch Mitarbeiter*innen des Hilfesystems. Alle Behandelten können auf eine solche bei der Initiierung und teils Begleitung der Behandlung zurückgreifen: I 4 im Rahmen einer Diamorphinsubstitution, I 5 und I 9 über spezielle Testprojekte, I 14 und I 16 über ihre Betreuer*innen beim ambulant betreuten Wohnen, I 13 im Rahmen der Nachsorge.

„Ja, gut. Den gestern muss ich sagen, haben wir verschoben weils dem < Name, Freund > schlecht ging, aber wir haben einen neuen Termin schon, die < Name, Mitarbeiterin > die, die ist super einfach, ne. Die hat, mir war das so peinlich gestern, dass das passiert ist, ne, ja aber dem < Name, Freund > gings so schlecht da, wegen diesen Tabletten, ne.“ (I 9, 110).

Die Begleitung sei hilfreich, „um nicht hier wieder das Handtuch ins (-) eh Korn zu werfen, ja. Sag ich mal so. Eh, und es ist, ist halt ne Unterstützung und auch moralisch ist das halt ne Unterstützung.“ (I 5, 96).

„Also die Unterstützung hol ich mir, eh, dadurch, dass ich in der freiwilligen ambulanten Betreuung bin, such ich Hilfe, tu ich mir die Unterstützung durch meine Betreuerin mit zu suchen, dass die eben auch mit mir die Arztgänge mit begleiten tut. [...] Und die mich auch anhält oder die Termine mich erinnert oder sonstige was.“ (I 16, 78 - 80).

Neben der praktischen Unterstützung erhofft man sich von der Betreuerin – quasi als „Gegengewicht“ zum Arzt und als Ersatz für den Austausch mit Menschen aus seinem nahen Umfeld – das „Offene, das Reden. Einmal das offene Reden mit der Betreuung, das zweite ist, dass die Betreuung, eh, manchmal auch schon einige, vielleicht ne Vorkenntnis hat, wo ich mir Informationen holen kann separat vom Arzt her. Und eben das offene Sprechen, das befreite Sprechen. Dass man ne Person hat, womit, eh, mit der man dann offen sprechen kann, ohne dass die Person auch Vorurteile hat oder sonstige was. Das ist eigentlich die seelische, die Begleitung, die seelische Begleitung.“ (I 16, 90)

Weitere, jeweils von mindestens zwei Befragten thematisierte, die Therapieaufnahme fördernde Faktoren sind:

- die Angst vor dem Infizieren von Familienangehörigen (vgl. auch Typ 1)
„Zum Beispiel ich selber hab ich mit mein, mit meine eigene Kinder, eh, wo ich in Türkeiurlaub war, hab ich immer Abstand gehalten, weil ich Angst gehabt habe, die anstecke und so weiter.“ (I 4, 170)
- eine aktuell stabilere psychosoziale Gesamtsituation als Voraussetzung, sich überhaupt mit einer HCV-Therapie beschäftigen zu können (vgl. I 4, 78; I 5, 60, 66)
- positive Therapieerfahrungen von Bekannten (vgl. I 9, 259 - 253; I 14, 114)

- die Möglichkeit, die Therapie gemeinsam mit einem mit engem Freund oder Partner beginnen zu können (vgl. I 9, 102 - 104)

2.1.3 Typ 3: „Ungetestet“

Die Gruppe umfasst Drogengebraucher*innen, die sich noch nie auf HCV haben testen lassen (I 1, I 3, I 8).

Verbreitet bei diesen ist eine Abwehr oder Negierung einer eigenen, potenziellen Betroffenheit bzw. eines eigenen Risikos.

Dabei wird das eigene Infektionsrisiko bei zwei der Befragten unterschätzt, was wiederum *auch* auf mangelhaftes Wissen bzw. Fehlinformationen zurückzuführen ist.

„Hab ich mir halt alles Mögliche durchgelesen, worauf ich achten muss, was für Symptome es gibt, wenn man (-) Dings, ehm, es haben könnte. Und da ich bisher auf keins der Merkmale irgendwie () (-) da sich was bemerkbar bei mir gemacht hat [...] hab ich bisher keinen Grund gesehen.“ (I 3, 50 - 52).

Insgesamt ist das Wissen in dieser Gruppe schlechter als in den übrigen ausgeprägt.

Aus Studien ist in diesem Zusammenhang bekannt, dass

- *bei der individuellen Interpretation des HCV-Risikos nicht rationale Risikokalkulationen vorgenommen werden, sondern „symbolische Wissenssysteme“ und „Erzählungen“ in der Szene bzw. peer-group die wesentliche Rolle spielen (vgl. Rhodes und Treloar, 2008),*
- *zu optimistische Risikoeinschätzungen u. a. auf mangelhaften HCV-Kenntnissen, Missverständnissen oder Fehlinformationen beruhen (vgl. Harris et al., 2014),*
- *das Infektionsrisiko insbesondere beim gemeinsamen Konsum mit Dritten unterschätzt wird und gerade bei intensiveren Beziehungen ein vermeintliches Gefühl der Sicherheit entsteht (vgl. Jackson et al., 2010).*

HCV-Testmöglichkeiten sind allen Ungetesteten bekannt, zwei der Befragten nehmen in der Szene aber eine teils deutliche Tabuisierung des Themas und die Ausgrenzung Betroffener wahr.

„Eh, und ich sag dir auch ganz ehrlich, das ist auch eh, wenn du nicht in den Café mit den Kranken sitzt, zusammen sitzt, wo ab und zu gesprochen wird über das Thema, eh, die andern die wollen sich gar nicht darüber unterhalten. Es ist irgendwie so ein Schwarz-Thema. Da haben die keinen Bock drauf.“ (I 1, 74).

„So und () wie wir halt, wollen ja auch nicht unbedingt ausgegrenzt werden, deswegen reden die meisten da auch kaum drüber“ (I 8, 200).

Auch aus den übrigen Befragungen lassen sich weitere Anhaltspunkte ermitteln, warum akut Drogengebrauchende sich nicht auf HCV testen lassen – denn auch viele der „jemals Getesteten“ ließen sich vor und/oder nach diesem Testereignis viele Jahre nicht testen. Entsprechend wurden spezifische Erkenntnisse aus den Interviews I 5, I 7, I 10, I 13 und I 14 in die Formulierung zentraler Merkmale des Typs 3 integriert.

*Die Evaluation von Testprojekten bestätigt in diesem Zusammenhang, dass sich die Teilnehmer*innen zwar vielfach schon einmal haben testen lassen, der letzte Test aber durchschnittlich vier Jahre zurücklag (vgl. BZgA, 2020).*

Analog zu den o. g. Befunden zeigt sich, dass die meisten Befragten die einschlägigen Testangebote v. a. in den niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen zwar durchaus kennen, eine aktive Ansprache aber abseits von diesen darüber hinaus kaum erfolgt.

„für Aids wird mehr, mehr eh Werbung gemacht, ja, als für Hepatitis C oder so was. Oder A oder B. [...] Von Aufmerksam machen, ja. So mal testen lassen oder, dass A und B, dass man sich gegen die A und B impfen lassen kann, zum Beispiel, dat wusst ich zum Beispiel auch alles nicht bis vor kurzem, ja.“ (I 5, 237 – 241).

Dem Thema HCV wird zudem entweder subjektiv keine Relevanz beigemessen, oder aber es wird angesichts des schwierigen „Drogenalltags“ verdrängt.

„Ja, meistens, eh, die Beschaffung, ne. Was, was klau ich jetzt, wo verkauf ich das, wo hol ich mir die Drogen? Wo mach ich mir den nächsten Schuss?“ (I 7, 152).

Eine weitere Hemmschwelle zeigt sich bei I 7 und I 10: Die Ablehnung eines Tests resultiert hier aus der Angst vor einem positiven Ergebnis bzw. dessen weiteren Konsequenzen, wie

- der substituierende Arzt würde vom Beikonsum (vermeintliche Infektionsursache) erfahren

„Vor allem, wenn man dann bei seinem substituierenden Arzt sowas machen soll, der aber nicht von seinen Rückfällen erfahren darf, ehm, dann denkt man, eh, denkt man ‚Ne. Hm. Dann sieht der da ein Einstich und sieht da was, ne, und das geht gar nicht.‘ Und, ehm, gerade in meiner Situation als Mutter, muss ich sowieso so viel verstecken wie möglich.“ (I 10, 78).

- Abstinenz als (vermeintliche) Voraussetzung für eine Behandlung wäre schwer einlösbar

„wenn du Konsument bist, musst du ja erst mal den Arzt davon überzeugen, ob du clean bist, um so ne Möglichkeit zu bekommen und, eh, ja, da

musse ja schon mit Tricks arbeiten. Ansonsten musst du clean werden, und das schaffen nicht viele.“ (I 10, 184).

- einer grundsätzlichen Unsicherheit über die Folgeschritte

„Und wie das läuft und dann irgendwie (-). der erste Schritt ist ja immer so schwer, ne. [...] Und ja halt Unwissenheit. Ich wusste nicht, wie man das hier machen kann. Ich wusste, dass das angeboten wird, aber ich hatte keine konkrete Vorstellung, wie das dann ablaufen würde. (-) Und man hat ja auch Angst vor dem Ergebnis so ein bisschen, ne.“ (I 7, 52 - 54).

- befürchtete Ablehnung durch Ärzte aufgrund vorheriger negativer Erfahrungen

Dieser Aspekt findet sich auch bei I 3:

„So beim normalen Arzt geht man halt (-) ungerne so hin, (-) (weil) man Drogen genommen hat und dann irgendwelche Probleme hat [...]. Und beim normalen Hausarzt, sag ich mal, der nix damit zu tun hat und so (-) würde ich wahrscheinlich irgendwie, entweder gar nicht hingehen, oder irgendwie ne andere Geschichte erzählen, so, weil, (--) ehm, es, ich weiß nicht so. (Kommt halt scheiße) beim normalen Arzt an“ (I 3, 240).

Eine breit angelegte Studie aus Großbritannien bestätigt, dass Bedenken hinsichtlich Diskriminierung im Gesundheitssystem und die Angst vor einem positivem Ergebnis zentrale Testbarrieren sind (vgl. Harris et al., 2010).

2.1.4 Typ 4: „Unbehandelt“

Der Typ 4 bildet sich aus denjenigen Befragten, deren diagnostizierte HCV-Infektion unbehandelt ist (I 2, I 5, I 7, I 9, I 13, I 15) oder längere Zeit unbehandelt geblieben war (I 14, I 16).

Das Informationsniveau der Unbehandelten unterscheidet sich nicht grundsätzlich von dem der Behandelten.

Von vielen wird die Infektion als psychisch (teils sehr) belastend erlebt, neben den möglichen Langzeitfolgen vielfach auch wegen der potenziellen Ansteckung Dritter.

„Ich hab echt Höllenqualen gelitten mit meiner Tochter und als mir das erstmal dann, als ich clean war, bewusst geworden bin: ‚Mensch du hättest die zwölf Jahre lang anstecken können.‘“ (I 13, 149).

„Also ich will lieber, ich gebe kein, dann bau ich lieber selber eigene Joint, damit ich keinen anstecke, ne. Ich, da bin ich sehr, sehr vorsichtig, dass keiner von mir dieses HepC bekommt, ne. (...) Und, eh, ich hab keinen, die also ich will die ja auf jeden Fall um Gottes Willen gar nicht anstecken, ne.“ (I 14, 50).

Dies wirkt nun aber nicht als „Motivator“ für eine Behandlung, sondern führt – möglicherweise angesichts subjektiv zu hoher „Hürden“ – zur weitest möglichen Verdrängung der Infektion im Alltag:

Fünf der acht Befragten negieren oder verharmlosen die Risiken einer Nicht-Behandlung, wobei dies teils auch auf Fehlinformationen in der Beratung beruhen könnte.

„So lange ich noch keine Beschwerden hab, brauch ich´s nicht behandeln lassen. [...] So lange ich nicht gelb werde oder meine Wundheilung rapide schlechter wird oder sonst dergleichen. (-) Seh ich da keinen Handlungsbedarf.“ (I 15, 56 - 58).

„Und dann hab, hat der Arzt mich ein bisschen beruhigt und hat gesagt, so schlimm ist es nicht, ne. Es ist nicht, nicht gerade gut, aber es ist auch nicht so schlimm, dass jetzt Angst haben musst, dass du die nächste Zeit stirbst daran“ (I 9, 76).

„Beispiel mit, eh, der Leberzirrhose. Der eine sagt zu mir, das ist nicht fortgeschritten. Der andere sagt wiederum, ja, ist fortgeschritten, ich muss schwer aufpassen. Ja und da hab ich wiederum meinen Eindruck, ja, wem soll ich jetzt glauben? Welchem Arzt soll ich glauben dann?“ (I 14, 150).

„Aber im Moment merk ich da gar nichts von. Ich geh aber auch mal davon aus, dass ich eingekapselt bin.“ (I 13, 53).

Wie schon erwähnt zeigt sich hier, dass einerseits häufig keine rationale Risikoeinschätzung stattfindet (vgl. Rhodes et al., 2008) und andererseits das Wissen um safer-use- und Gesundheitsstrategien nur bedingt zum entsprechenden Verhalten führt (vgl. Spiess, 2019). Verstärkt werden diese Verdrängungsprozesse durch die Tatsache, dass die Infektion zunächst symptomlos bleibt.

Auffällig ist zudem, dass aus Sicht aller Befragten außer I 15 eine offene und sachliche Ver- und Bearbeitung des Themas HCV in der Szene eher wenig vorkommt, sondern in der Auseinandersetzung Gleichgültigkeit, Verdrängung bis hin zu Ablehnung und Ausgrenzung HCV-Infizierter dominieren.

„Es gibt das schon, ne, so Sachen, wenn man mitkriegt, dass das viele Vorurteile sind, dass man das dann besser zurücklasst, weil´s (-) (ganz einfach) Probleme, ehm, entstehen, und man sich irgendwie rechtfertigen muss, ne. Das (-) gibt eben viele Leute, die nur (-) mit Vorurteilen denken. Kein Wissen davon haben, aber, ne, eben ihre Vorurteile.“ (I 2, 74).

„Eh, manche wissen gar nicht, was Hepatitis C ist.“ (I 5, 205).

„Ja ich weiß nicht, ich hab meistens das Gefühl, dass den Leuten das schon scheiß egal ist, ob die krank sind oder nicht.“ „Aber jetzt (-) empfinde ich das gar nicht mehr so, dass die Leute so viel darüber reden, ne.“ (I 7, 142, 162).

Auf die Frage, ob in der Szene darüber gesprochen wird:

„Ganz selten, ganz selten. Fast gar nicht“.

„Also da sind ganz selten Leute, die sich testen lassen, geschweige denn irgendwas dagegen unternehmen, ne.“

„Manche haben da schon ein Problem mit, ne. Die wollen da nicht unbedingt, eh, eh, ne. Die schämen sich, oder, oder ja wollen nicht, wollen's nicht, weil, weil nicht jeder wissen soll, dass sie krank sind, ne“ (I 9, 203, 219, 291).

„Und auf der Platte oder unter den Drogenleuten hab ich vielmehr das Gefühl, das gehört schon zum Status dazu. [...] Aber es ist auch irgendwie den Leuten nicht so bewusst, was das eigentlich für ne heftige Krankheit ist.“

„Also das ist den Leuten schon bewusst, dass die sich anstecken können, aber Hep ist halt so ein Ding, ‚ja dann hab ich's halt‘. [...] Die Hep ist halt wie so ne, ja so ne unangenehme Nebenerscheinung, ist aber nicht so schlimm. [...] Ist halt so ne unliebsame Begleiterscheinung, aber darauf zu achten, das tut man dann nicht.“ (I 13, 211 - 219, 229 - 239).

„Und, eh, also ich sag auch den Leuten, dass ich HepC habe, ne, und, eh, manche kommen damit gut um, manche ham Freundschaft, eh, Freundschaft gekündigt deswegen, ne. Haben gedacht, ja, ich würde die anstecken oder so.“

„Manche Leute, eh, reagieren ganz normal, manche Leute sind negativ, die wollen gar nichts mit mir zu tun haben, stehn auf und gehen dann einfach, ne, und dann grüßen die mich gar nicht mehr, ne, ob ich Aids hätte oder so, ne.“

„Es gibt viele Leute, die, eh, die tun sich, also die tun das heimlich halten, ne. Die sagen nicht die Wahrheit, was sie haben, ne. [...] Also gibt, eh, eh, wirklich Leute, die sagen, die reden Tabu das, ne, Tabu für die, ne. (-) Die sagen gar nichts davon.“ (I 14, 52, 126, 128).

„Ich bin aber nie offen, bis auf meiner Mutter, nie offen zu jemanden, eh, gegangen oder gesagt ‚Hör mal, ich bin Hepatitis C positiv‘. Weil da, weil ich das aus der Vergangenheit kenne von Leuten, so dass man direkt inne Schulbade reingeschoben wird, und das wollte ich vermeiden. Dass die Menschen weiterhin trotzdem mich so nehmen, wie ich bin, und versuche das, ja klingt komisch, aber zum größten Teil [...] heimlich oder nicht so offen, eh, zu behandeln zu lassen.“

„Das hat ne große Auswirkung in der Hinsicht, weil man, es wird einfach, eh, (-) eh, verharmlost, verschleiert, (-) aufgrund daher. Weil jeder dass so, man kann das behandeln lassen, aber keiner tut mal sich wirklich n Kopf dadrum machen.“ (I 16, 50, 189 - 191).

Einige Drogengebraucher*innen haben subjektiv, das könnte mit der gerade beschriebenen Wahrnehmung bezüglich der Szene zusammenhängen und fördert die individuelle Verdrängung, nur sehr eingeschränkt Ansprechpartner*innen, mit denen sie die eigene Infektion offen und konstruktiv besprechen können, um sich auf diese Weise Unterstützung, Feedback etc. zu organisieren.

„Wir haben auch nicht so oft darüber gesprochen, wie es mir vielleicht lieb gewesen wäre, ne. Ich wollt dann auch hören, ob er Angst hat.“

„So konservativ sind die, ne. Und das wär, wenn ich meiner Mutter erzählen würde ich hab ne ansteckende Krankheit, ich weiß nicht. Ich glaub das wär der Weltuntergang für sie. Auch zu der Zeit, als ich dachte, ich hätte Hepatitis. Oder als ich Hepatitis C hatte, besser gesagt, hab ich das auch nicht meiner Familie erzählt. Obwohl ich auch ne Schwester hab, die Ärztin ist und die informiert ist.“ (I 7, 62, 194).

„die haben überhaupt keine Ahnung, so, im Sauerland, was da wirklich los ist.“ (I 13, 252).

„Ich hab mich, nachdem das passiert, eh, erfahren hab, hab ich mich bei vielen Punkten zurückgezogen. Hab ich mich von vielen immer (-) ausgeschlossen. [...] Aber wirklich so war ich in dem Augenblick zum größten Teil auch alleine gelassen.“ (I 61, 104 - 106).

In den Selbstbeschreibungen dominieren andere Alltagsprobleme – beispielsweise psychische Erkrankungen, die prekäre Wohnsituation oder exzessive Konsumphasen. Insgesamt ist die Grundhaltung eher resignativ und fehlt eine positive Lebensperspektive.

„Eh (-) sprich irgendwann auch mal (-) wieder in Arbeit zu kommen, ja (-). Eh nur momentan gelingt's mir halt (-) psychisch halt auch nicht so, ja.“ (I 5, 62).

„Man hat ja so seinen täglichen Trott, den man machen muss, um Geld und Drogen zu kriegen. Dann fällt das irgendwie runter.“ (I 13, 199 - 201).

„Ja ich sag mal, ja Hepatitis C ist auch herbe wichtig, so, ne. Aber ich sag mal, dass man nicht affig ist, ist auch herbe wichtig, dass ist, ich sag mal beides gleich so für mich, so, ne.“ (I 12; 98)

„Also zu den, ehrlich gesagt HepC zurzeit, klar beschäftigt mich, aber, ehm, es sind doch andere Sachen, die mich am meisten beschäftigen zurzeit, ne. Und, eh, sind viel, sind viele Sachen dabei natürlich, ne, leider.“ (I 14, 84).

„Nein, das steht für mich an erster Stelle. Drogen bekommen und Geld machen.“ (I 15, 76).

„Und irgendwann, ja irgendwann geht das so (-), man akzeptiert das, das geht in einen über so, ne. Man, man weiß, dass man's hat, aber man verdrängt es auch ein bisschen. Und so war das bei mir. Ich wusste, dass ich's hab, aber ich

hab damit einfach gelebt, ne. Und auch nicht darüber nachgedacht, jetzt ne Behandlung anzustreben, ne. [...] und eh dazu dem Zeitpunkt, da hat ich da einfach keine, keine Kraft für“ (I 9, 66).

Es mangelt an positiven Selbstwirksamkeitserfahrungen und demzufolge -erwartungen, teils verstärkt durch subjektiv unklare und kaum einzulösende Anforderungen an die Compliance.

„Ja, ehm, das Problem ist, ich hab gehört, ehm, also, wenn ich das, eh, mache, ich darf nichts anfassen, auch kein Alkohol und so. Und das ist bei mir das allergrößte Problem, Bier trinken und so.“ (I 14, 62).

„Ich glaub auch nicht, dass ich, wenn ich jetzt aktuell so spritzen würde wie ich’s schon mal gemacht habe, dass ich überhaupt die Kraft zusammen nehmen könnte, zum Arzt zu gehen mit dem darüber zu reden, Medikamente bla, bla, bla.“ (I 7, 142).

„Hmm, dass man unbedingt vermeiden sollte, ja was jeder Arzt dann auch predigt, kein Alkohol trinken, nicht konsumieren.“ (I 15, 130).

Die Einbindung in das Gesundheitssystem abseits von niedrigschwelliger Drogenhilfe ist in der Regel eher schlecht, sieben der acht Befragten berichten zudem von unterschiedlichsten negativen Erfahrungen (bis hin zu Diskriminierung).

„Und ich hab auch so im Gefühl, dass viele Ärzte gar nicht bereit sind, ehm, Junkies halt zu betreuen, was das angeht [...] Trotz dessen, dass die substituiert sind, weil das läuft immer ‚Ich schaffs ja eh nicht‘, ne. ‚Bevor ich da so viel Geld für Medikamente für dich ausgeben‘.“ (I 13, 286 - 288).

„Meine Auffassung ist eben so, dadurch, dass ich Suchtpatient bin, eh, krieg ich das anders rübergebracht vom Arzt, wie einer, der nicht suchtabhängig ist. So mit strafferen Ansagen, ‚und lohnt sich denn überhaupt die Behandlung, weil du kannst jederzeit dir die Krankheit wieder einfangen, und die kostet ja so und so viel, und bringt es denn überhaupt was. Willst denn über‘, so. Ich saß da wie (-).“ (I 16, 267).

*Wie schon angedeutet bestätigt die Forschung (vgl. Harris et al., 2014) die Angst vor Diskriminierung als zentrale Barriere bei der Inanspruchnahme von HCV-Gesundheitsangeboten, beruhend auf früheren Erfahrungen mit ärztlicher Behandlung, die bei Drogengebrauchern faktisch überwiegend negativ sind (vgl. Thieme et al., 2011). Dass der subjektive Eindruck vieler Drogenkonsument*innen, viele Suchtmediziner stünden einer HCV-Behandlung skeptisch gegenüber, tatsächlich der Realität entspricht, belegen u. a. Meyer et al. mit ihrer Übersichtsstudie. Sie bestätigen, dass viele Suchtmediziner – auch*

aufgrund stabiler Stigmata – große Vorbehalte haben, aktiv Konsumierende zu behandeln (vgl. Meyer et al., 2015).

Entsprechend wird HCV von den substituierenden Ärzten (sechs der acht Befragten geben an, sich aktuell in einer Substitutionsbehandlung zu befinden) kaum thematisiert, eine Substitutions- und HCV-Behandlung „aus einer Hand“ findet nicht statt.

„Mein Arzt der mich substituiert, der will diese Behandlung nicht durchführen. Also da würde ich mir schon wünschen, ne (--) ja, (-) dass das nicht so gefährdet wird, dass man da jetzt, ne zwei Ärzte für braucht oder, ne. Das ist halt, ne, hier Substitution und die Behandlung beim gleichen Arzt gemacht wird. (--) Was aber ja im Moment (-) eben nicht der Fall ist. Ich muss, ne zu zwei Ärzten gehen, wenn ich mich behandeln lassen will.“ (I 2, 88).

Auch dieser Befund ist nicht neu; schon die Druck-Studie betonte, dass „diese Möglichkeiten bei den untersuchten aktuell Drogen Injizierenden teilweise nicht ausgeschöpft werden“ (RKI 2015, S. 196).

Eine weiteres Problemfeld: Eine angemessene „Post-Test-Beratung“ bei positivem oder reaktivem Ergebnis, die über die reine Ergebnismitteilung hinausgeht, findet zumeist entweder gar nicht statt, oder ist suboptimal.

„Das war kurz und knapp. ‚Sie haben Hepatitis C. (-) HIV ham sie nicht.‘ Und Tschüss. Das ist ja dann auch so ein bisschen, ja kann sich ja nicht so viel Zeit für einen nehmen, weil da sind ja zig Tausend Patienten, ne.“ (I 7, 288).

Teils werden gar keine oder widersprüchliche Informationen vermittelt und kann so in mehreren Fällen nicht verhindert werden, dass sich (tendenziell verharmlosendes) „Falschwissen“ hinsichtlich der Behandlungsbedürftigkeit ausbildet.

Zumeist wird die direkte Überleitung in eine Behandlung weder angesprochen noch initiiert – in Institutionen wie Kliniken oder JVAen ist dies vermutlich auch überhaupt nicht intendiert.

Die Forschung (vgl. RKI, 2015; Harris, 2014) bestätigt die häufig inadäquate Vermittlung der Testergebnisse.

Nicht durchgängig, aber mehrfach benannt wurden zudem folgende hemmende Faktoren:

- Hemmungen vor dem Arztkontakt – insbesondere bei Ärzt*innen, die eben nicht explizit der Suchtmedizin zugeordnet werden, wie (einige) HCV-Behandler

„Weil man traut sich ja doch nicht immer zum Arzt. Dann muss man da rein, da rein. Dann dauert das wieder ne Ewigkeit.“

„Wenn ich jetzt n ganz normalen Allgemeinmediziner hingehen würde, ich glaub, ich weiß es nicht, ja.“ (I 5, 88, 259).

„Bei ein paar Ärzten, wenn man sieht ‚oh Suchtkranke, oh, noch infiziert‘, ja da wird man teilweise von Ärzten, die nicht unbedingt substituieren, [...], wird man schon komisch angeguckt, halt, und man wird auch komisch behandelt“ (I 15, 208).

- fehlende Transparenz der Therapie-Rahmenbedingungen
 - Anforderungen an Compliance (Alkohol- und/oder Drogenkonsum und vermeintliche Überforderung; s.o.)
 - Kostenübernahme (Angst vor Zuzahlungen, z. B. nach Therapieabbruch)

„Da sind ja auch Kosten, die ich aufbringen muss an Medikamenten und so weiter. Also das eben, ja. Weil ich keine Befreiung hab. Da muss ich auch immer gucken, wie ist das, dass ich die Medikamente auch bezahlen kann.“ (I 16, 211).

„Und, eh, eh, wenn ich das, eh, jetzt, eh, eh, breche, diesen Vertrag, ne. Dann muss ich das ganze Summe selber bezahlen.“ (I 14, 62).

- praktische Umsetzung/Ablauf

„Dass man ne Liste hat, dass man, eh, welche Symptome, welche Wege gibt es, ruhige Wege zur Behandlung und so. Das man auch mal wirklich ne ordentliche Ausschlüsselung hat und sich nicht alles so nach und nach irgendwie erarbeiten muss, sein Wissen.“ (I 16, 297).

- HCV-Therapie offenbart fortgesetzten Drogenkonsum gegenüber substituierendem Arzt oder der Familie

„Ja das würd ja gleich bedeuten, wenn ich das jetzt sagen würde bei meiner Tochter, dass die denken würde, ich hätt mir das wieder beim Konsumieren eingefangen.“ (I 13, 264).

2.2 Fall- und typenübergreifende Auswertung

Ergänzend zu den formulierten Typen lassen sich typen- und fallübergreifende Erkenntnisse und Erklärungsansätze zu unterschiedlichen Themenbereichen ableiten bzw. zusammenfassen.

2.2.1 Lebenssituation und Konsumverhalten

Die psychosoziale Lebenssituation der Drogengebraucher*innen hat selbstverständlich einen Einfluss auf das HCV-Gesundheitsverhalten, ist aber nicht ausschlaggebend bei dessen Entstehung. Eine relativ stabile Situation kann ein positiver Faktor sein, ist aber weder hinreichende, noch nötige Bedingung. Wie eingangs erläutert sind z. B. die psychosozialen Hintergründe der Behandelten sehr unterschiedlich und gelingt eine Behandlung auch unter problematischen Rahmenbedingungen.

Die Motivation zu Gesundheitsverhalten ist eher abhängig von den subjektiv wahrgenommenen, positiven Lebensperspektiven insgesamt.

Gleiches trifft auf den Zusammenhang zwischen Konsum- und Gesundheitsverhalten zu: Auch dieser ist nicht eindeutig bzw. eher nachrangig – so prägen z. B. akut Konsumierende durchaus ein adäquates HCV-Gesundheitsverhalten aus.

Die mehrfach von den Befragten implizit oder explizit formulierte Dominanz von Grundbedürfnissen (z. B. nach Wohnen), insbesondere aber kurzfristige Anforderungen des Drogenalltags (Beschaffung, Geld) sind dann weniger als tatsächliche Barriere, sondern eher als Selbst-Legitimation inadäquaten Gesundheitsverhaltens einzuordnen und, im Sinne sozial-kognitiver Verhaltensmodelle oder auch Agency-Ansätze, Anzeichen fehlender Selbstwirksamkeitserwartung oder subjektiver Handlungsmacht.

Das Hilfesystem wirkt dabei positiv-unterstützend, wenn wie beschrieben trotz schwieriger Bedingungen Gesundheitsangebote aktiv vermittelt werden.

Häufig aber wirkt es eher negativ-verstärkend, indem Drogengebraucher*innen von Professionellen direkt und indirekt kommuniziert und signalisiert wird, dass man ihnen ein adäquates und konsequentes Gesundheitsverhalten (z. B. das Durchstehen einer Therapie) per se nicht zutraut. Das drückt sich dann etwa darin aus, dass das Thema gar nicht angesprochen wird oder positiv Getesteten keine weiterführenden Angebote zur Initiierung einer Behandlung gemacht werden.

Insgesamt also ist es weniger entscheidend, ob die Lebens- und aktuelle Konsumsituation „problematisch“ sind, sondern ob subjektiv beim Drogengebraucher zum einen eine positive „Gesamt-Ergebniserwartung“ (Heilung, Gesundheit, „besseres Leben“, Stabilisierung) überwiegt, und man sich zum anderen das Durchstehen der Therapie zutraut (wozu wiederum die Unterstützung von Außen maßgeblich beiträgt).

2.2.2. Wissen

Trotz vielfach langjährigen Drogenkonsums ist das Wissen der Befragten grundsätzlich durchaus hinreichend, das Gesamt-Niveau unterscheidet sich aber teilweise bei einzelnen Aspekten (z. B. ist das Wissen um die Folgen der „Nicht-Behandlung“ einer HCV-Infektion zwar zumeist in den wesentlichen Aspekten vorhanden, aber insgesamt im Vergleich der Dimensionen am schlechtesten ausgeprägt).

Lokale Testangebote, die Infektionswege und neuen Therapiemöglichkeiten sind allgemein zumeist bekannt, wobei sich selbst bei den relativ gut Informierten einige Falsch-Informationen teils „hartnäckig halten“.

Am häufigsten genannt werden „Verkapselungen“, oder dass man während der HCV-Therapie beigebrauchsfrei sein müsse.

„Aber im Moment merk ich da gar nichts von. Ich geh aber auch mal davon aus, dass ich eingekapselt bin. Also, dass das verkapselt ist und ich nicht ansteckbar bin.“ (I 13, 53).

„Die war halt nie verkapselt bei mir und von daher wusst ich ja die bleibt.“ (I 5, 301).

„Mein Kumpel musste noch vorweisen, dass er irgendwie ((Einatmen)), eh, ich glaub ein halbes oder n Jahr glaub ich irgendwie clean ist oder so. (...) So zumindest beikonsumfrei.“ (I 12, 158).

„Ja ich muss dazu, ich muss zugeben, dass ich während beider Therapien durchweg, ehm, (-) rückfällig war. Was man ja nicht sein sollte. Also es war ja die Voraussetzung eigentlich, dass man Beikonsum frei ist, um das überhaupt zu bekommen.“ (I10, 108).

Schon die DRUCK-Studie wies nach, dass das Wissen Drogengebrauchender generell relativ gut ist, es zwischen einzelnen Themenbereichen aber deutliche Unterschiede gibt. So ist das Wissen zu HCV tendenziell etwas schlechter als zu HIV.

Das Risiko der Infektion über den Austausch von Blut ist gut bekannt, andere Risiken hingegen werden tendenziell eher vernachlässigt (vgl. RKI, 2015).

Weitere Studien bestätigen, dass die wesentlichen Übertragungsrisiken (Spritzen/Nadeln, Blut) gut bekannt sind, spezifischeres Wissen zu Übertragungsmöglichkeiten beim Drogenkonsum aber weniger verbreitet ist (v. a. Risiken beim Sniefen oder gemeinsamem Nutzen von Filtern oder Wasser).

Auch in der Drogenhilfe würde das „indirekte Teilen“ etwa von Wasser, Snief Röhrchen o.ä. nicht ausreichend berücksichtigt (vgl. Andía et al., 2008; Cominetti et al., 2015).

Letzteres bekommt vor dem Hintergrund der Tatsache, dass viele Drogengebraucher*innen neben dem intravenösen Konsum auch sniefen (vgl. BZgA, 2019), eine umso größere Relevanz.

Das Informationsniveau zwischen den unterschiedlichen Gruppen (adäquates vs. problematisches Gesundheitsverhalten) unterscheidet sich bei allem aber nicht grundsätzlich – erklärt also Verhaltensunterschiede nicht.

Allerdings fehlt es mehreren Befragten an konkreten, alltagsnahen Informationen dazu, wie eine HCV-Behandlung abläuft (Regeln, Konsum, Kosten, Ablauf und konkrete Schritte etc.).

„Dass man ne Liste hat, dass man, eh, welche Symptome, welche Wege gibt es, ruhige Wege zur Behandlung und so.“

„Weil, weil ich eben kein, kein Heft oder so wie verhalt ich mich oder so. (-) ich war im Endeffekt irgendwo in n Loch gefallen und musste, hab mich zwar wieder raus gezogen, aber wusste eben nicht genau wie, was, wohin?“ (I 16, 297, 108).

„ich weiß ja nicht, wie der Arzt das machen, ob der dann Vorgespräche macht bevor das, ne, starten oder ob der sofort das Programm anfängt.“ (I 9, 116).

Die Informationsquellen sind sehr unterschiedlich; nur wenige geben an, einen erfolgreich Behandelten zu kennen, wobei das dann jedoch weder einen direkten Einfluss auf das individuelle Wissensniveau hat, noch auf das tatsächliche Gesundheitsverhalten.

Nur sehr wenige der befragten Drogengebraucher*innen kennen die Testempfehlung der Fachverbände zur regelmäßigen Testung.

2.2.3 Gesundheitsorientierungen

Ein grundsätzliches Bewusstsein für das Thema HCV und die Notwendigkeit von Schutzmaßnahmen ist durchaus verbreitet und präsent (vgl. de Teixeira, 2015).

Entsprechend halten fast alle Befragten HCV-Beratungs- und Testangebote grundsätzlich für sinnvoll und nötig, alle plädieren zudem für die Behandlung einer akuten Infektion, die meisten schätzen die neuen Therapiemöglichkeiten als gut und sinnvoll ein.

Gleichzeitig wird eine eigene Betroffenheit wie erläutert vielfach negiert. Das Risiko z. B., beim gemeinsamen Konsum auf einen HCV-Positiven „zu treffen“, wird angesichts der epidemiologisch relativ großen Wahrscheinlichkeit von einer Reihe Befragter unterbewertet, teils resultiert das in problematischen Risikoreduktionsstrategien.

„Ja ich hab einfach drauf geachtet, dass ich kaum mit Leuten zu (-) eh, mit offenen Wunden weniger in Kontakt komme, [...] oder (-) mich vorher informiere, ob die Person jetzt krank ist oder nicht.“ (I 8, 152).

Auffällig ist schließlich, dass viele Drogengebraucher*innen den Schutz Dritter vor Ansteckung als sehr zentralen Aspekt betonen – was individuell unterschiedlich sowohl motivierend, vor allem aber belastend wirkt, bis hin zur Ausbildung irrationaler Ängste (vgl. Ausführungen zu den Typen 1, 2 und 4).

2.2.4 Umgang der Szene mit HCV

Sicherlich gibt es nicht „die“ Szene, sind also die individuellen Einschätzungen per se unterschiedlich, zudem existieren vielfältige „Sub-Szenen“, die jeweils von spezifischen Kennzeichen, Normen, Tabus etc. geprägt sind.

Gleichwohl sind die jeweiligen Szenen in der Einschätzung fast aller Befragten – unabhängig von den o.g. Gruppen und vom Gesundheitsverhalten und teils „quer zu“ anderen Aspekten wie der Dominanz des Konsums – überwiegend geprägt von Gleichgültigkeit, Verschweigen (v. a. seitens der Infizierten), Ab- und teils auch Ausgrenzung.

Aus Sicht der meisten Befragten ist der Alltag in der Szene nur in geringem Maße von einer offenen Kommunikation über HCV gekennzeichnet, gleichzeitig ist die Infektion für viele ein

derart weit verbreitetes Phänomen, dass es nahezu als schicksalhaft und unvermeidbar erscheint (vgl. Rhodes und Treloar, 2008).

Wie beschrieben weisen dabei fast alle Befragten (auch die akut Konsumierenden) ein grundlegendes Bewusstsein für das Thema auf – sie finden es generell wichtig, wissen zumindest allgemein Bescheid und erachten Tests und Behandlung als sinnvoll. HCV ist also durchaus und insofern präsent, als es vielfach „mitschwingt“, aber zumeist eben nur individualisiert. Viele Drogengebraucher*innen beschäftigt die Problematik HCV in unterschiedlicher Form (teils enorm belastend), dies wird aber wie erläutert nur wenig untereinander kommuniziert.

Insgesamt verstärkt und begünstigt der eher geringe offen-konstruktive Austausch über HCV in der Szene bzw. peer-group somit individuelle Isolations- und Verdrängungstendenzen (s. u.), es scheint eine Dominanz individueller gegenüber kollektiver Bearbeitung und Verantwortung vorzuherrschen.

Einzelne Mythen und Fehlinformationen halten sich zudem in der Szene „hartnäckig“ (s.o.). Angesichts der kaum vorhandenen offenen Kommunikation in der Szene und eines anscheinend eher „trägen Informationsflusses“ ist anzuzweifeln, dass sich dies rasch ändert und sich die nötigen Informationen u. a. bezüglich der neuen Behandlungsmöglichkeiten in der Szene rasch und „einfach so“ verbreiten. Die rückläufigen Behandlungsquoten könnten dafür ein Indiz sein.

2.2.5 Zugang zu Beratung, Test und Behandlung

Wie erläutert sind den Befragten die existierenden Angebote grundsätzlich relativ gut bekannt – wobei zu berücksichtigen ist, dass für die vorliegende Studie Besucher*innen zweier niedrigschwelliger Einrichtungen befragt wurden, in denen spezifische HCV-Projekte realisiert wurden und das Thema im Alltag einen vergleichsweise hohen Stellenwert hat.

Dennoch wird deutlich, dass im Hilfesystem eine aktive Ansprache auf den HCV-Test kaum stattfindet und das Thema insgesamt in Drogenhilfe und Suchtmedizin nur wenig präsent ist. Fast alle Befragten berichten von negativen Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem, fast alle haben Diskriminierungserfahrungen gemacht.

Eine fehlende Krankenversicherung stellte bei keinem der Befragten ein Problem dar.

*Auch die Evaluation des Bundesmodellprojektes „HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!“ bestätigt, dass – allerdings mit deutlichen regionalen Unterschieden – insgesamt nur 13% der Drogengebraucher*innen nicht über eine Krankenversicherung verfügten (vgl. BZgA, 2020).*

2.2.6 Gesundheitsverhalten

Zusammenfassend lässt sich also zunächst konstatieren, dass das HCV-bezogene Gesundheitsverhalten (sowohl angemessenes als auch unangemessenes) nie direkte Folge bestimmter Einzelfaktoren und damit „zwangsläufig“ ist. Gesundheitsverhalten ist z. B. auch

unter ungünstigen Bedingungen möglich – ausschlaggebend ist eher, ob ein gutes Unterstützungsnetzwerk vorhanden ist. Angesichts der recht verbreiteten Tabuisierung und Gleichgültigkeit im informellen Bereich ist dies bei den Befragten vor allem die professionelle Drogenhilfe.

*Diverse Studien verweisen in diesem Zusammenhang grundsätzlich darauf, dass das Verhalten von Drogengebraucher*innen maßgeblich von sozialen Faktoren beeinflusst wird – die es dann natürlich entsprechend zu berücksichtigen gilt. Beispielhaft sind dies*

- *Gruppennormen (durch deren „Befolgung“ ein Zugehörigkeitsgefühl erlangt werden kann) (vgl. Andía et al., 2008),*
- *die unterschiedlichen Funktionen von Risikoverhalten im direktem Umfeld und in engen Beziehungen, das hier sehr viel häufiger vorkommt (Bailey et al., 2007),*
- *die unmittelbare Konsumsituation (vgl. Bailey et al., 2007; Ivsins et al., 2013).*

Viele der Befragten kennen die HCV-Infektionsrisiken grundsätzlich und praktizieren safer-use, allerdings nicht immer durchgängig.

„Beziehungsweise, wenn ich die teile, wasch ich die auch vorher kurz ab (-) und halt auch nur bei Leuten, die ich kenne und wo ich weiß, dass die halt auch nichts haben (-). Bei Fremden gar nicht.“ (I 3, 40).

„Ich nehm, benutz mein eigenes Besteck und alles genauso wie die anderen auch, aber was eben öfters mal ist, eh: Man hat ein Glas Wasser stehen und dann geht der eine mit der Spritze, der andere geht mit der Spritze rein.“ (I 16, 130).

Auch das entspricht der Studienlage (vgl. u. a. de Teixeira, 2015).

*Erklärend kann auf die Erkenntnisse von Pilar et al. 2001 verwiesen werden, nach der Drogenkonsum kontinuierlich zwischen den Polen „Abstinenz“ und „exzessiv“ variiert und Drogengebraucher*innen an jedem Punkt dieses Kontinuums über unterschiedliche Maße von Selbstschutz verfügen.*

Das individuelle Infektionsrisiko, auch das wurde bereits erwähnt, wird tendenziell immer wieder als zu gering eingeschätzt. Die Tatsache, dass sich viele der positiv Getesteten im Nachhinein nicht erklären können, wie sie sich infiziert haben, stützt diese Annahme.

Die Entscheidung gegen einen Test ist also unter anderem bedingt durch eine individuell mangelhafte Risikobewertung – und weniger durch fehlendes Wissen über Infektionswege, fehlende Testangebote o.ä.

Positive Rückmeldungen von erfolgreich Behandelten werden zwar als motivierend geschildert, sind aber (s.o.) eher selten; ein direkter Einfluss auf das Gesundheitsverhalten ist zudem nicht zu erkennen.

Dem fehlenden offenen Austausch über HCV in der Szene entsprechen auf individueller Ebene die beschriebenen Reaktionsmuster „Verdrängung/Leugnung“ bis hin zu „Resignation/Kapitulation“, die wiederum ein Nicht-Handeln (Testung, Therapie) begünstigen.

„Ursächlich“ dafür ist ein Gefühl der Überforderung, das sich aus unterschiedlichen Quellen speist, wie etwa

- eine Behandlung wird als utopisch eingeschätzt – angesichts der vorherrschenden Alltagsprobleme, bisherigen Versagens, der hohen Hürden, und verstärkt durch Reaktionen von Ärzten u. ä.,
- eine HCV-Infektion erscheint allgemein als kaum vermeidbar,
- ein hoher Erwartungsdruck des gesamten sozialen Umfelds: Familie/Freunde, Szene bis hin zu „die Gesellschaft“ erwarten rationales, gesundheitsbewusstes Verhalten – einschließlich und insbesondere den Schutz „unschuldiger Dritter“. Eine eigene Infektion etwa ruft dann Gefühle wie Scham hervor.

Die daraus resultierenden Verhaltensmuster der Verdrängung, Leugnung oder Kapitulation zeigen sich dann z. B. in

- offensiver Abgrenzung von HCV-Infizierten (Etikettierungen von „die armen Hunde“ über „die unkontrolliert Süchtigen“ bis hin zu „die Verantwortungslosen“, denen man nicht trauen kann), was dann auch die eigene „Erhöhung“ ermöglicht (vgl. Rhodes et al., 2008)
- defensivem Nicht-Besprechen des Themas mit anderen;
- Negierung oder Abschwächung eigener (potenzieller) Betroffenheit;

„Vielleicht mach ich da irgendwas falsch, dass ich die Sache nicht richtig angehe oder so, aber ich meine, ich bin von sowas nicht betroffen“ (I 11, 106).

- Verschweigen der eigenen Infektion gegenüber Dritten.

„Aber ich hab immer geschaut, dass ich eben Kondome benutzte. Aber eben mit meiner Lebensgefährtin, das ist, dass wir auch ohne Kondome schlafen. Zurzeit wundert sie sich, wenn wir miteinander, dass ich ein Kondom benutzte. Dann tu ich das immer so ab, wegen ().“ (I 16, 144).

Insgesamt entsteht so ein „Teufelskreis“, bei dem die fehlende Kommunikation über das Thema individuelle Verdrängungsprozesse verstärkt.

Schon Jackson et al wiesen nach, dass negative Erfahrungen z. B. in der Familie eine wesentliche Barriere bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten sind. Die Probleme werden verschleiert und verschwiegen, die Scham wiederum reduziert die Selbstwirksamkeit und führt zu noch höherer Vulnerabilität (vgl. Jackson et al., 2010).

3. Diskussion

(HCV-bezogenes) Gesundheitsverhalten, das ist eine der wesentlichen Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit, hängt von unterschiedlichsten Faktoren ab. Die Existenz ausreichender Testangebote oder ein ausgeprägtes Risikobewusstsein etwa sind wichtige Voraussetzungen, aber isoliert nie „hinreichende“ Bedingungen für die Entwicklung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen.

Das eingangs beschriebene „HAPA-Modell“ entspricht dieser Erkenntnis, daher werden zentrale Ergebnisse unserer Studie an dieser Stelle nochmals zusammenfassend dargestellt, bevor die entsprechenden Folgerungen abgeleitet werden:

Einflussfaktoren gesundheitlichen Handelns Drogengebrauchender im Kontext von Hepatitis C | Modell WR in Anlehnung an Schwarzer 2011



Auf Basis der vorliegenden Studie sowie unter Berücksichtigung der analysierten Literatur lassen sich nun eine Reihe von Ansatzpunkten für eine Optimierung des Zugangs Drogengebrauchender zu HCV-bezogenen Test- und Behandlungsangeboten identifizieren.

Im Fokus steht dabei im Folgenden die Drogenhilfe, weitere Bereiche können angesichts der Komplexität der Problematik hier nur kurz benannt werden. Zudem sei angemerkt, dass im Rahmen dieser Arbeit lediglich zentrale Aspekte angerissen werden können. Die Vorschläge werden dabei zunehmend konkret, wobei aufgrund des Aufbaus an einigen Stellen Wiederholungen vorkommen.

Grundsätzlich ist außerdem darauf hinzuweisen:

Die vorliegende Studie sowie die daraus abgeleiteten potenziellen Maßnahmen orientieren sich an dem Ziel, Drogengebraucher*innen bessere Zugänge zu gesundheitsfördernden Leistungen zu ermöglichen. Wir wollen also die Verwirklichung individueller Grundrechte auf Gesundheit fördern, wenn dies denn von den Adressat*innen gewünscht ist; public health-orientierte Ziel sind in dieser Perspektive eher nachrangig.

Insofern müssen – sowohl konzeptionell als auch in der individuellen Beratung – stets die Belange des/der Einzelnen handlungsleitend sein. Zentrale Prinzipien wie der „informed consent“ dürfen nicht zu Gunsten (berechtigter) gesundheitspolitischer Eliminierungsziele in den Hintergrund gerückt werden.

3.1 Entwicklung integrierter, vernetzter und community-orientierter Modelle

Angesichts der vielfältigen Hürden wird eine nachhaltige Verbesserung der aktuellen Versorgungssituation und die Realisierung der auch von Deutschland ratifizierten WHO-Eliminierungsziele (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2016) nur mit einer konzertierten Aktion möglichst vieler relevanter Akteure vor Ort gelingen.

Insofern ist jeweils auf lokaler Ebene zu prüfen, welche Maßnahmen nötig sind – die folgende Auflistung beruht dabei auf den Erkenntnissen der vorliegenden Studie und bezieht darüber hinaus an zahlreichen Stellen weitere Ergebnisse aus der empirischen Forschung ein. Dies ist jeweils kenntlich gemacht.

3.1.1 Hilfesystem: Öffnung und Prioritätenverschiebung

3.1.1.1 ambulante Drogenhilfe

Drogenhilfe muss die Gesundheitsförderung insbesondere mit dem Fokus HCV sehr viel stärker als Querschnittsthema integrieren.

Die Erhebung und Analyse der ambulanten Suchthilfestrukturen in NRW weist nach, dass dies bislang nicht die Regel ist: 39% der in der Suchthilfe Betreuten wurde bei Betreuungsbeginn 2016 nicht auf HCV getestet, diese Quote hat sich zudem zwischen 2008 und 2016 kaum verändert. Nur 15% der Einrichtungen bieten HCV-Beratungen und Tests an – auch dieser Anteil hat sich seit 2011 nur geringfügig erhöht (MAGS 2019, S.145).

Unsere Studie bestätigt, dass eine aktive Ansprache Drogengebrauchender auf HCV eher die Ausnahme ist (Harris weist in seiner Studie darauf hin, dass eine zögerliche Ansprache von Fachkräften teils aus eigenen Wissensdefiziten resultiert; vgl. Harris 2014).

Die aktive und differenzierte Ansprache auf das Thema HCV muss also verbindlicher in die alltäglichen Prozesse integriert werden – in Drogenberatungsstellen und beim Ambulant betreuten Wohnen zum Beispiel beim Erstkontakt, in Drogenkonsumräumen und Drogen-therapeutischen Ambulanzen bei der Anamnese, in Kontaktläden integriert in die Beziehungsarbeit.

Das setzt natürlich eine entsprechende Personalentwicklung voraus, und grundsätzlich ist zunächst die Leitungsebene gefordert, den nötigen Perspektivenwechsel strukturell zu initiieren und voranzutreiben.

Vor dem Hintergrund der inzwischen deutlich verbesserten rechtlichen Rahmenbedingungen (Nutzen von Selbsttests, Wegfall des „Arztvorbehalts“) sollten Beratungs- und Testangebote in niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen, aber auch in Drogenberatungsstellen künftig zum Regelangebot zählen.

Zu ergänzen ist dies durch eine verbindliche Vernetzung mit HCV-Behandlern (ausführlicher dazu unter 3.2.2).

Nur wenn integrierte, eigene Angebote trotz entsprechender Prioritätenverlagerungen aufgrund fehlender Ressourcen überhaupt nicht realisierbar ist, sollten feste Kooperations- und Weiterverweisungsstrukturen zu externen Testangeboten aufgebaut werden.

3.1.1.2 medizinisches Hilfesystem

Unsere Untersuchung weist bei einer nicht unbedeutenden Zahl von Drogengebraucher*innen Hemmungen nach, sich an niedergelassene Ärzt*innen (v. a. abseits von Suchtmedizin) zu wenden – vielfach gespeist aus negativen Vorerfahrungen.

Die Literatur bestätigt diesen Befund (vgl. Harris et al., 2014; Meyer et al., 2015; Thieme et al., 2011) und verweist damit auf die Notwendigkeit, dass sich die Akteure diesem Befund stellen und Drogengebraucher*innen als Patient*innen vorurteilsfreier „behandelt“ werden.

Spürbare Veränderungen sind gleichwohl allenfalls langfristig zu erwarten, so dass den Beratungs- und Testangeboten in der Drogenhilfe weiterhin eine zentrale Rolle zukommen wird – insbesondere für diejenigen, die kaum an das medizinische Hilfesystem angebunden sind.

Das gilt ausdrücklich nicht für Substituierte: Hier ist der substituierende Arzt prädestiniert und letztlich schon heute fachlich verpflichtet (vgl. Bundesärztekammer 2017, S.8 f.), allen Patient*innen standard- und regelmäßig ein Test- (und auch Behandlungs-)angebot zu offerieren. HCV-positive Patient*innen müssen also auch entweder unmittelbar in der Substitutionspraxis behandelt werden (was mit den neuen Behandlungsmöglichkeiten letztlich auch für Substitutionsärzte mit bislang eher geringen Kenntnissen und Erfahrungen im Bereich HCV möglich ist), oder aber direkt an entsprechende Kolleg*innen überwiesen werden.

Grundsätzlich sollte jedem/jeder HCV-infizierten Drogengebraucher*in eine Therapie angeboten werden, auch bei fortgesetztem Konsum (vgl. Grebely et al., 2015. Auch die aktuelle Übersichtsstudie von Graf et al. weist nach, dass Erfolgsraten und Adhärenz bei akut Konsumierenden ebenso gut sind wie bei Substituierten und Patienten ohne Drogenkonsum; vgl. Graf et al., 2019).

Insgesamt scheint noch viel Lobby- und Überzeugungsarbeit nötig, um die nach wie vor massiven Vorbehalte von Ärzt*innen gegen die Behandlung akut Drogenkonsumierender

abzubauen (vgl. Meyer et al 2015, die ebenfalls darauf hinweisen, dass mit den heute zur Verfügung stehenden DAA's eine HCV-Therapie auch in nicht-spezialisierten Institutionen und Praxen möglich ist).

Dass dies unverständlicherweise viel zu selten der Fall ist, wurde nicht nur in der vorliegenden Arbeit, sondern wie erwähnt auch in zahlreichen anderen Studien gezeigt.

Nur in Kürze sei an dieser Stelle auf weitere Institutionen wie JVAen, Krankenhäuser, Entzugseinrichtungen etc. verwiesen, die vielfach dieselben Handlungsbedarfe eint: Die Beratungsqualität muss deutlich verbessert werden, Behandlungsangebote sind vorzuhalten, mindestens aber ist eine Überleitung zu initiieren.

3.2 Einrichtungsebene: grundsätzliche Prinzipien

3.2.1 Integration

Tatsächliche Veränderungen im HCV-Gesundheitsverhalten Drogengebrauchender sind nur zu erwarten, wenn das Thema im Hilfesystem kontinuierlich kommuniziert wird und bedarfsorientierte Angebote verlässlich vorgehalten werden.

Eine veränderte Haltung „der“ Szene und der einzelnen Drogengebraucher*innen zu HCV als Voraussetzung nachhaltiger Verbesserungen setzt dabei voraus, dass dem Thema in den Einrichtungen und Diensten eine viel höhere Bedeutung beigemessen wird.

HCV darf dabei nicht nur einzelnen Spezialist*innen in den Teams aufgebürdet werden, sondern muss als Querschnittaufgabe von der obersten Leitung implementiert und breit in Team, Strukturen und Prozessen verankert werden (vgl. Harris et al., 2014). Die bloße Umsetzung einzelner Maßnahmen, wie sie weiter unten skizziert werden, wird ohne eine solch umfassende Integration „Stückwerk“ und ineffizient bleiben.

Die Forschung bestätigt, dass gute HCV-Therapieerfolge insbesondere dann erzielt werden, wenn in multidisziplinären Settings medizinische, suchtmmedizinische und soziale Unterstützung miteinander kombiniert werden (vgl. Moghini et al., 2015).

Letztlich ist es notwendig, Gesundheitsförderung als übergreifendes und zentrales Ziel deutlich stärker in den Fokus jeglichen professionellen Handelns mit Drogengebrauchenden zu stellen.

HCV spielt in diesem Kontext angesichts der epidemiologischen Situation eine hervorgehobene Rolle. Zudem erscheint die Bearbeitung individueller Gesundheitsziele im Bereich HCV prädestiniert, da individuelle Therapie-Erfolge, das ist durch unsere Studie und zahlreiche weitere Arbeiten belegt, auch für akut Konsumierende durchaus realistisch sind (vgl. Graf et al., 2019; Bruggmann et al., 2017; Moghini et al., 2015).

Damit entsteht dann die zusätzliche Chance, positive Selbstwirksamkeitserfahrungen für weitergehende Stabilisierungsprozesse im gesamten Gesundheitsverhalten zu nutzen.

3.2.2 Vernetzung

Eine wesentliche strukturelle Herausforderung, das ist sicherlich keine neue Erkenntnis, ist die Entwicklung verbindlicher Kooperationen auf lokaler Ebene.

Die vorliegende Arbeit bestätigt dabei zahlreiche Studien (vgl. Bruggmann et al., 2017; Harris et al., 2014; Pilar et al., 2001) und Projekte (vgl. O'Flynn et al., 2019; Barnett et al., 2019; Andreoni et al., 2019; Dalgard und Ulstein, 2019), die die Wirksamkeit niedrigschwelliger, alltagsorientierter Modelle hervorheben.

Maßnahmen sind also insbesondere dann erfolgreich, wenn möglichst viele Leistungen von der Beratung bis zur Behandlung niedrigschwellig und „unter einem Dach“ verfügbar sind – der „Königsweg“ ist dabei sicherlich eine „one-stop-strategy“ (vgl. Bourgeois et al. 2018; Bregenzer et al., 2017; Harris 2014; Meyer et al 2015; Bruggmann, 2017) von der Beratung und Testung bis zur Behandlungsinitiierung.

Angesichts der existierenden Strukturen im deutschen Gesundheitssystem erscheint Letzteres zumindest mittelfristig kaum realisierbar, in jedem Fall aber müssen die Übergänge an den – möglichst wenigen – Schnittstellen besser gestaltet werden (ausführlicher s. u.).

3.2.3 community-Orientierung

Unsere Studie hat gezeigt, dass kollektive Prozesse (z. B. Tabuisierungen) das Thema HCV und dessen individuelle Wahrnehmung und Bearbeitung maßgeblich beeinflussen. Zahlreiche Studien belegen auch in anderen Bereichen des Gesundheitsverhaltens den großen Einfluss sozialer Normen in der Szene auf das individuelle Verhalten (vgl. Andia et al., 2008; Pilar et al., 2001; Bailey, 2007; Ivsins, 2013; Rhodes et al., 2001).

Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, den Fokus von individuumszentrierten Interventionen zu community-basierten Ansätzen zu verschieben: Nicht nur der/die Einzelne, sondern „die“ Szene oder die peer-group sollten verstärkt Adressat*in von Maßnahmen sein. Ziel muss es perspektivisch sein, im Sinne einer Normalisierungsstrategie die aus unterschiedlichen Gründen fehlende offene und konstruktive Auseinandersetzung in der Szene über HCV aufzubrechen und die Entwicklung „positiver Gruppennormen“ (vgl. Andia et al., 2008) zu fördern. Auch lassen sich individuelle Abwehrmechanismen auf diese Weise eher überwinden oder vermeiden.

Für die Kommunikation und Ansprache des Themas bedeutet das, künftig eher das „kollektive“, epidemiologisch begründete Infektionsrisiko zu betonen, anstatt das individuelle. Damit würde man nicht zuletzt die verbreitete Wahrnehmung von HCV als quasi „schicksalhaftem Phänomen“ aufgreifen.

In der Konsequenz sollte weniger der individuelle Risikocheck kommuniziert und propagiert werden, sondern ein regelmäßiger Routinetest – eher unabhängig von konkreten, individuellen Risikosituationen. Eine möglichst bundesweite, „intelligente“ und Stigmatisierungen vermeidende Kampagne wäre dabei sicherlich hilfreich (vgl. auch 3.3.1.2).

Dieser im Sinne einer Normalisierungsstrategie zu vollziehende Perspektivenwechsel sollte sich neben den entsprechenden Medien auch in der Form der personalkommunikativen Ansprache wiederfinden. Methodisch kommt offenen, gruppenbezogenen Interventionen (etwa in Form von „lockeren“ Aktionen in Kontaktcafés) damit eine wachsende Bedeutung zu.

Ergänzt werden könnte das durch die Schaffung geschützter „Räume“ für Betroffene oder Interessierte, in denen ein vertrauensvoller Austausch möglich ist.

Die konsequentere Integration von peer-to-peer-Ansätzen schließlich ist ein zentraler Schlüssel, die noch immer großen Hürden bei der Inanspruchnahme von HCV-bezogenen Gesundheitsangeboten zu reduzieren und eine neue, offenere „Kultur“ der Auseinandersetzung mit HCV in der Szene zu fördern.

Die Wirksamkeit partizipativer Ansätze ist vielfach belegt – auch im Kontext von HCV (vgl. Gilchrist, 2017; Bailey et al., 2007; Weeks, 2010; Harris et al, 2014; Meyer et al, 2014).

Flick weist in einer Studie zum Gesundheitsverhalten obdachloser Jugendlicher bestätigend darauf hin, dass die Einbeziehung der Betroffenen ein zentraler Aspekt ist, „sollen nicht die ohnehin schon bestehenden Gefühle der Handlungslosigkeit noch verstärkt werden“ (Flick, 2010, S. 201).

Die Integration von Drogengebraucher*innen findet in unterschiedlicher Weise schon in mehreren HCV-Projekten statt und wird dort als sehr hilfreich erachtet. Denkbar wäre beispielsweise die Einbindung

- von schon behandelten Drogengebraucher*innen als „role models“ (vgl. Davey-Rothwell et al., 2010),
- auf HCV getesteter bzw. behandelter Drogengebraucher*innen als Multiplikatoren (vgl. Daikos et al., 2019),
- von Schlüsselpersonen oder Multiplikatoren aus der Szene als feste Projektmitarbeiter*in (vgl. Vision e.V.; Fraser et al., 2019; Kalamitsis et al, 2019; Bourgeois et al., 2018; Davey-Rothwell et al., 2010; Knorr et al., 2019).

Die Integration partizipativer Elemente erfordert, das sollte nicht unterschätzt werden und spielt eine zentrale Rolle, eine entsprechende Haltung der Professionellen. Auch diese kann weder von Oben verordnet, noch bei einzelnen Mitarbeiter*innen gebündelt werden: Nachhaltige Ansätze setzen eine offene, breite und differenzierte Auseinandersetzung im gesamten Team und die Unterstützung durch Leitung voraus (vgl. Aidshilfe NRW e.V, 2020).

Diverse Studien haben darüber hinaus verdeutlicht – und auch in der vorliegenden Arbeit hat sich das gezeigt –, dass es nicht „die“ homogene Szene gibt, sondern die Strukturen in unterschiedlichen Orten voneinander abweichen und zudem vor Ort sehr differenziert zu betrachten sind. Das erfordert jeweils einen sehr genauen Blick auf die örtlichen Verhältnisse sowie möglichst spezifische Ansätze für unterschiedliche „Subgruppen“, mit denen auf

unterschiedliche „peer norms“, Hemmschwellen, Risiken etc. reagiert wird (vgl. Andia et al., 2008; Lovell 2002; Bailey 2007).

Auch Stöver et al. weisen darauf hin, dass es im Vergleich zur HIV-Prävention komplexerer und differenzierterer Präventionsmaßnahmen bedarf: „Die Botschaften zur Ansteckungsvermeidung von HCV-Infektionen müssen entsprechend situations-, individual-, alters-, kultur- und geschlechtsspezifisch angepasst werden.“ (Stöver et al., 2008, S.1211). Beispielhaft sind das Frauen, Drogengebraucher*innen mit Migrationshintergrund, Jüngere, Drogengebraucher*innen in festen Partnerschaften oder Haftentlassene (vgl. auch Janulis, 2015; Stone et al., 2018).

Schließlich sind soziale Normen und individuelle Vorstellungen sehr veränderungsresistent – das hat sich in unserer Studie gezeigt und spiegelt sich möglicherweise auch in den sinkenden HCV-Behandlungsraten Drogengebrauchender insofern wider, als trotz der neuen medizinischen Möglichkeiten der „Nach-Interferon-Ära“ die Inanspruchnahme eben nicht „automatisch“ steigt. Hier scheinen zumindest partiell ältere „Mythen“ noch immer zu wirken.

Umso wichtiger ist es daher, bei und nach der Implementierung entsprechender Maßnahmen einen „langen Atem“ zu beweisen, sich von kurzfristig ausbleibenden Erfolgen nicht entmutigen zu lassen und nachhaltige Strukturen aufzubauen. Auch Pilar et al. weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Interventionen als langfristige Prozesse konzipiert werden sollten, und nicht als kurzfristige Kampagnen (vgl. Pilar et al., 2001).

3.3 Aufbau und Weiterentwicklung HCV-bezogener Angebote in der ambulanten Drogenhilfe

Die vorgenannten Grundsätze werden im Folgenden, wiederum mit dem Fokus auf die ambulante Drogenhilfe, nochmals konkretisiert.

3.3.1 Zielgruppen und Ansprache

3.3.1.1 Adressaten

Grundsätzlich dürfen sämtliche Angebote nicht nur auf eher „stabile“ Drogengebraucher*innen beschränkt bleiben, was angesichts der erwarteten besseren Compliance sicherlich ein von vielen Professionellen – möglicherweise auch unbewusst – praktizierter Mechanismus ist. Ganz im Gegenteil sollten die Ressourcen und Bemühungen insbesondere den besonders Vulnerablen gelten, zumal unsere Untersuchung sowie zahlreiche andere Studien verdeutlichen, dass auch diese zu einem adäquaten HCV-Gesundheitsverhalten in der Lage sind (vgl. u. a. Graf et al., 2019).

Auch schon hingewiesen wurde auf die Notwendigkeit, möglichst spezifische Zugänge und Maßnahmen für einzelne „Subgruppen“ zu entwickeln.

3.3.1.2 Kommunikation

Exkurs: Abwehrmechanismen und Kommunikation

Mit der vorliegenden Studie konnte nachgewiesen werden, dass die befragten Drogengebraucher*innen häufig mit unterschiedlichen Abwehrmechanismen auf das Thema HCV reagieren.

Diese unbewussten Prozesse sind gerade im Zusammenhang mit Krankheit völlig „normale“ Verhaltensmuster zum Schutz vor Angst und Gefahren, um emotionale Konflikte und äußere Belastungen zu regulieren – umso mehr, als eine vollständige Vermeidung der Risiken im Zusammenhang mit HCV aufwändig bis unmöglich ist.

Die in unserer Studie herausgearbeiteten Abwehrmechanismen lassen sich nicht grundsätzlich verhindern, durch eine angemessene Kommunikation aber immerhin reduzieren.

In Anlehnung an Erkenntnisse und Empfehlungen aus dem Gesundheitsmarketing (vgl. Hastall, 2012) werden daher an dieser Stelle zunächst einige zentrale Prinzipien auf das Thema der vorliegenden Arbeit bezogen, um dann konkrete Ableitungen vorzunehmen.

Im Sinne einer „dualen Strategie“ sollten einerseits bedrohliche Reize minimiert, andererseits positive und bestärkende Elemente maximiert werden:

Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass ein HCV-Test oder eine Behandlung bei Drogenkonsument*innen negative Gefühle oder Kognitionen hervorrufen können – die für den/die Beratende*n möglicherweise zunächst nicht nachvollziehbar und irrational erscheinen. Das sind z. B. Scham, Unsicherheiten hinsichtlich der eigenen Selbstwirksamkeit, Angst vor der Auseinandersetzung mit Krankheit und Tod, Angst vor dem Verlust von sozialem Status oder dem Offenbaren-Müssen eines Risikoverhaltens gegenüber Bezugspersonen, substituierendem Arzt u. ä.

Wichtig ist es daher zum einen, in der Kommunikation (sowohl gegenüber Szene, als auch individuell) zu *positivem* Gesundheitsverhalten zu ermutigen und *positive* Effekte und Alternativen herauszustellen, anstatt den Fokus auf Fehler, unangemessene Verhaltensweisen und negative Folgen zu legen (vgl. auch Andia et al., 2008; Alavi et al., 2015).

Um die Bedrohlichkeit der Botschaften zu reduzieren und Abwehrreaktionen zu vermeiden, sollte zum anderen von Dramatisierungen und einer „Todesbetonung“ abgesehen werden, sind Dissonanzen (z. B. der Eindruck bisherigen Fehlverhaltens) abzuschwächen und der Eindruck, vom Beratenden manipuliert zu werden, zu vermeiden.

All das erfordert von den Professionellen neben dem entsprechenden Fachwissen zu HCV ein hohes Maß an kommunikativer Kompetenz sowie die entsprechenden Ressourcen (u. a. zeitlich).

Es muss gelingen, „gleichzeitig ein Bewusstsein der Klienten und Klientinnen für von ihnen eingegangene Risiken zu schaffen sowie ein Erleben des Gesprächs durch den Klientel als Eingriff in die Autonomie oder als moralische Intervention zu vermeiden. Für ein gelingen-

des Gespräch ist hohe Sensibilität und Erfahrung der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter notwendig, da angemessenes Handeln in hohem Maße von der Reaktion des Klienten in der konkreten Interaktion abhängt. Deshalb ist eine wichtige Bedingung für die Ermöglichung eines erfolgreichen Gesprächs [...] eine Beziehung zwischen Sozialarbeiter oder Sozialarbeiterin und Klient“ (Unterkofler, 2010, S. 144).

Dass eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Mitarbeiter*in und Drogengebraucher*in auch für derartige gesundheitsbezogenen Maßnahmen enorm wichtig und förderlich ist, hat schon das von uns entwickelte Modellprojekt „test it“ (vgl. Michel 2010) gezeigt und spricht wiederum für die Integration derartiger Angebote in die ambulante bzw. niedrigschwellige Drogenhilfe.

Die Studie bietet vor dem Hintergrund dieser Prinzipien eine Reihe konkreter Ansatzpunkte, um positive, aus der Lebenswirklichkeit resultierende Effekte einer Auseinandersetzung mit dem Thema HCV zu nutzen.

So kann die Hoffnung auf eine „Initialzündung“ durch eine HCV-Behandlung – als ersten Schritt, das eigene Leben wieder „besser in den Griff zu bekommen“ – bewusst aufgegriffen werden.

Dabei kann darauf verwiesen werden, dass eine HCV-Behandlung tatsächlich für viele Behandelte positive Nebeneffekte hat, etwa eine allgemeine Stabilisierung oder einen reduzierten Drogenkonsum (vgl. Midgard, 2017).

Ebenso könnte die bei vielen Befragten vorhandene, massive Angst vor dem Infizieren von Familienangehörigen oder Partner*innen proaktiv angesprochen werden: Ein Test und bei Bedarf eine Behandlung können hier ja Gewissheit und Entlastung verschaffen.

Wichtig erscheint es hinsichtlich der HCV-Behandlung und bezogen auf die vielfach nicht vorhandene Selbstwirksamkeitserwartung zudem, sehr konkret, transparent und nachvollziehbar den gesamten Behandlungsverlauf einschließlich aller Voruntersuchungen, Voraussetzungen, Rahmenbedingungen etc. darzulegen. Entsprechende Medien (Infolyer o.ä.) könnten dabei hilfreich sein.

„Dass man ne Liste hat, dass man, eh, welche Symptome, welche Wege gibt es, ruhige Wege zur Behandlung und so, dass man auch mal wirklich ne ordentliche Ausschlüsselung hat und sich nicht alles so nach und nach irgendwie erarbeiten muss sein Wissen. (...) Eben das ist die neue Behandlung und so. (...) oder wo geht man dann hin so? (...) Welche Ärzte machen das zum Beispiel? (...) Also sollte in der Broschüre, wie verhalte ich mich in den ersten sechs Monaten nach positiv, eh, was, welche Schritte kann ich tun oder wie kann ich schon mal vorarbeiten in den sechs Monaten, wenn ich den zweiten Test mache und so weiter und sofort“ (I 15, 297 - 299).

Wie erwähnt sollte dabei betont werden, dass es sich um eine auch für akut Drogengebrauchende durchaus zu bewältigende Herausforderung handelt. Vorhandene Studien (aktuell z. B. die Metaanalyse von Graf et al., 2019) zu den hohen Erfolgsraten können als Beleg herangezogen werden.

Zur Stützung dessen sollte möglichst eine nahtlose und kontinuierliche Unterstützung angeboten werden (vgl. Bruggmann, 2017; Bruggmann et al., 2017).

3.3.1.3 Anreizsysteme

Einige Praxisprojekte belegen die Wirksamkeit von „Incentives“ bei der Ausbildung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen (vgl. Kalamitsis et al., 2019).

Anreizsysteme wie Bonusprogramme oder Bonusleistungen (z. B. im Kontext von Zahnprophylaxe oder allgemeinpräventiven Maßnahmen wie Ernährungs-, Bewegungs-, Antistress- oder Nichtraucherkursen) sind dabei in der Gesundheitsförderung durchaus verbreitet, in der Drogenhilfe scheinen Diskussionen darüber aber häufig noch immer noch eher ideologisch und ablehnend geführt zu werden.

Die Studienergebnisse legen hier eine sehr viel pragmatischere Haltung nahe, derartige Instrumente sind letztlich auch aus einer epidemiologischen Perspektive (sich selbst schützende Drogenkonsument*innen schützen auch Dritte und leisten einen Beitrag zur Unterbrechung von Infektionsketten und damit zur public health) gerechtfertigt (vgl. auch Harris et al, 2014).

Nicht zuletzt wird gerade für die Zielgruppe Drogengebrauchender immer wieder in Praxis und Forschung das eher kurzfristig motivierte und ausgerichtete Handeln betont. Vielfach wird darauf verwiesen, dass bei vielen Drogenkonsument*innen kurzfristige Bedürfnisse die langfristigen überwiegen und diese damit einen größeren Einfluss auf das Verhalten haben, somit Incentives also zur Schaffung kurzfristiger Motivation sehr hilfreich sein könnten: „Current research in this and other fields has identified the effectiveness of appealing to pragmatic short-term concerns over long-term health impacts when trying to effect behaviour change“ (Harris et al., 2014, S. 340).

3.3.2 Beratung und Test

3.3.2.1 Form des Tests

Konzeptionell ist vor Ort zu entscheiden, ob das HCV-Test- und Beratungsangebot in Kombination mit einem entsprechenden HIV-Angebot realisiert wird, oder explizit nicht:

Einerseits wird in Studien eine Entkoppelung aufgrund der Gefahr einer „institutionellen Trivialisierung von HCV“ (vgl. Rhodes und Reloar, 2008) empfohlen und könnte die ggf. noch stärkere Tabuisierung von HIV in der Szene eine indirekte Barriere bei der Nutzung eines kombinierten Testangebotes sein (vgl. Harris et al., 2014; Rhodes et al. folgern ebenfalls grundsätzlich, dass spezifisch auf HCV fokussierte Interventionen angezeigt seien, die

von HIV und anderen Risiken abgekoppelt sind und die Vermeidbarkeit von HCV betonen; Rhodes et al., 2008).

Andererseits bietet eine Kombination von HIV und HCV sicherlich Synergiemöglichkeiten und wird in der Praxis daher vielfach bevorzugt. Dann wird es wichtig sein, in der Beratung die HCV-spezifischen Aspekte angemessen hervorzuheben.

Im Sinne eines niedrighschwelligigen Angebotes sollten in jedem Fall Schnelltests zum Einsatz kommen, zudem die Anwendung durch nicht-ärztliches Fachpersonal nach dem Wegfall des Arztvorbehalts ja inzwischen möglich ist.

Ideal wäre zudem die Möglichkeit eines sich bei Bedarf unmittelbar anschließenden PCR-Tests.

3.3.2.2 Qualitätsentwicklung

Die Qualität der Beratung hat einen zentralen, in vielen Einrichtungen möglicherweise unterschätzten Einfluss auf das Gesundheitsverhalten – und ist, das ist sowohl in unserer Studie deutlich geworden als auch durch andere Arbeiten belegt (vgl. RKI, 2015; Harris 2014), grundsätzlich vielfach verbesserungswürdig.

Die Beratung ist einer der wesentlichen Schlüssel bei der Förderung von HCV-bezogenem Gesundheitsverhalten und trägt unabhängig von der Durchführung eines Tests oder einer Behandlung zu einer individuellen Auseinandersetzung mit Risikoverhalten bei.

Entsprechend der beschriebenen Kommunikationsaspekte ist ein individuelles Eingehen auf die subjektiv bedeutsamen Fragen, Ängste etc. angezeigt, dennoch bzw. umso mehr sollte ein standardisierter Ablauf einen unterstützenden, hilfreichen Rahmen bilden.

Dazu existieren bereits qualitätssichernde Handreichungen wie etwa das Praxishandbuch „HIV, Hepatitis und STI: Beratung und Test für drogengebrauchende Menschen in niederschwelligen Einrichtungen“ (Aidshilfe NRW, 2019), das auf dem „Training Manual on HIV and HCV rapid testing in low threshold settings for PUWD“ (Chiaradia et al., 2018) basiert. Diese können relativ unkompliziert genutzt und die entsprechenden Verfahren implementiert werden.

Hinsichtlich der Thematik „indirekten Teilens“ ist ggf. nochmals zu prüfen, ob dies in Materialien und Praxis ausreichend Berücksichtigung findet.

3.3.2.3 Post-Test-Beratung

Wesentliche Ziele der Beratung nach einem reaktiven oder auch positiven Testergebnis, das ist bereits verdeutlicht worden, sind Transparenz und die Entwicklung einer „positiven Grundhaltung“.

Ähnlich der aus dem change-management stammenden „Veränderungsformel“ (nach der entsteht individuelle Handlungsbereitschaft, wenn die Unzufriedenheit mit der aktuellen Situation größer ist als die subjektiven „Kosten“, und wenn das Ziel attraktiv und der Weg

dorthin transparent ist und realistisch erscheint) muss dem Beratenden insbesondere deutlich werden,

- welche konkreten Anforderungen an ihn/sie (nicht) gestellt werden und wie diesen – ggf. mit Unterstützung – entsprochen werden kann (das Thema „Alkohol- und teils Drogenkonsum“ scheint dabei eine große Relevanz zu haben) ,
- welcher individuelle Benefit einschließlich der erwähnten „Nebeneffekte“ möglich ist,
- welche konkreten weiteren Schritte bis zum Beginn der Behandlung folgen und wie sich der genaue Ablauf und die Organisation der Therapie darstellen,
- dass bei den weiteren Schritten (möglichst) eine Unterstützung gewährt werden kann.

Falls eine durchgehende Begleitung nicht möglich ist, sollte beim Wunsch nach Therapie mindestens eine direkte Weitervermittlung an einen HCV-Behandler stattfinden – oder aber das Hinzuziehen eines weiteren Dienstes, falls der Drogengebrauchende darauf zurückgreifen kann und möchte (ambulant betreutes Wohnen, psychosozialer Berater o.ä.).

3.3.3 Behandlungsinitiierung

Die zweite, neben der Testung wesentliche problematische Schwelle ist, wie ausführlich dargelegt, der Übergang vom Test(-Projekt) zur tatsächlichen Behandlung bei einem (in der Regel) niedergelassenen HCV-Behandle*in.

3.3.3.1 verbindliche Kooperation

Um positiv oder reaktiv getesteten Drogengebraucher*innen eine niedrigschwellige, für die Betroffenen unkomplizierte Überleitung in die Behandlung zu ermöglichen, sind nach Möglichkeit verbindliche Absprachen und Verfahren zwischen Testanbietern/-projekten und HCV-Behandler*innen zu treffen.

Dies umfasst im Idealfall Vereinbarungen über

- konkrete Ansprechpartner*innen und Erreichbarkeiten
- einen möglichst sofortigen, mit geringen Wartezeiten verbundenen Erst-Termin (vgl. O’Flynn et al., 2019; Barnett et al., 2019; Andreoni et al., 2019; Dalgard und Ulstein, 2019),
- eine standardisierte Übergabe (festgelegte Aufgaben [z. B.: welche „Vorarbeiten“ können im Testprojekt schon erledigt werden], einheitliche und den Ablauf und Aufwand v. a. für den/die Arzt*in vereinfachende Dokumentation etc.),
- die Unterstützung der compliance (psychosoziale Begleitung durch Drogenhilfe, abgestimmte Kommunikationswege aller Beteiligten etc.).

Dabei sind natürlich die Datenschutzbestimmungen zu berücksichtigen und ist die Zustimmung des Drogengebrauchenden absolute Bedingung.

3.3.3.2 case management/individuelle Begleitung

Unsere Untersuchung, aber auch andere Studien (vgl. Bruggmann et al., 2017) haben gezeigt, dass selbst bei akut Konsumierenden und unter schwierigen psychosozialen Bedingungen die Aufnahme und das Durchhalten einer HCV-Behandlung möglich sind.

Der wesentliche Erfolgsfaktor ist dabei die möglichst umfassende, „sektorenübergreifende“ Begleitung und Unterstützung durch vertraute Fachkräfte im Sinne eines ganzheitlichen case managements.

Eine solche psychosoziale Begleitung kann über die PSB im Rahmen einer Substitutionsbehandlung, bei einer Drogenberatungsstelle, durch einen gesetzliche*n Betreuer*in etc. erfolgen, optimal ist allerdings die unmittelbare Integration in die Testangebote. So können Schnittstellen reduziert und optimiert werden und ist aus Sicht des Drogengebrauchenden eine kontinuierliche, verlässliche und unkomplizierte Begleitung sichergestellt.

Abhängig von den Ressourcen und Strukturen in den Organisationen sollte also im Rahmen der Post-Test-Beratung und beim Wunsch des Getesteten nach Behandlung entweder direkt eine weitere Fachkraft hinzugezogen werden, oder aber ein*e Mitarbeiter*in des Testprojektes die weitere Begleitung übernehmen.

Die Beratung und Begleitung ist ganzheitlich (vgl. Grebeley et al., 2015) und vernetzt auszurichten, neben dem Fokus HCV sind also auch andere psychosoziale Aspekte anzusprechen – nicht zuletzt, um bei Bedarf weitere Behandlungshürden wie z. B. eine fehlende Krankenversicherung, Wohnungslosigkeit o.ä. bearbeiten zu können.

Die wesentliche Hürde für viele Drogenkonsument*innen scheint der Erstkontakt beim HCV-Behandler zu sein – darauf verweisen sowohl unsere Studie, als auch unsere Praxiserfahrungen im „checkpoint“:



checkpoint

Modellprojekt der aidshilfe dortmund e. v. in der niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtung „kick“ in den Jahren 2018 und 2019

- ➔ phasenweise gefördert u. a. vom Gesundheitsministerium NRW im Rahmen von „das check ich“

Ziele

- ➔ Aufbau/Weiterentwicklung eines niedrigschwelligen HIV- und HCV-Test- und Beratungsangebotes für Drogengebraucher*innen
- ➔ Implementierung eines case-managements zur schnellstmöglichen Überleitung in die medizinische Behandlung (Vernetzung mit Schwerpunktärzten)

Hintergrund und Bedarf

- ➔ bis zu 80% der IVD sind mit HCV infiziert, Behandlungsraten trotz neuer DAA's rückläufig
- ➔ HIV-Neuinfektionsraten bei Drogengebrauchenden steigen seit 2012 gegen den Trend wieder an
- ➔ hohe Raten unbehandelter HIV- und HCV-Infektionen bei IVD sowie bei HIV überproportional hoher Anteil Nicht-Diagnostizierter sowie late-presenter
- ➔ trotz eines wöchentlichen Testangebotes im kick waren die Testraten im kick – wie auch bundesweit – eher gering (die Einrichtung wird alljährlich von rund 1.000 Drogenkonsument*innen aufgesucht)

Umsetzung

- ➔ Ausbau des Test- und Beratungsangebots auf zwei Tage in der Woche, durchgeführt von geschulten Sozialarbeiter*innen
- ➔ Information/Ansprache über Flyer, Aufsteller, Aktionen und v. a. persönliche Ansprache
- ➔ ausführliche, leitfadengestützte Prä-Testberatung und ggf. individuelle Post-Testberatung mit unmittelbarer Klärung weiterer Schritte
- ➔ individuelle Begleitung zu behandelnden Ärzten inkl. psychosozialer Betreuung rund um die Therapie

Ablauf



Teilnehmer-
akquise



indiv. Risikocheck
und Testberatung;
Dauer 20 - 45 Min.



HIV- und/oder
HCV-Schnelltest



Ergebnismitteilung
nach 30 Min.; bei
Bedarf PCR-Test

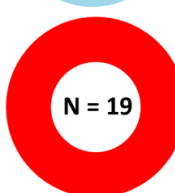


bei Bedarf direkte Vereinba-
rung v. Arzttermin & weiterer
Schritte

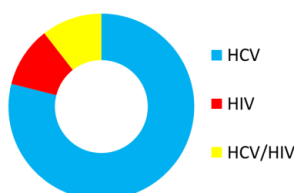
Ergebnisse



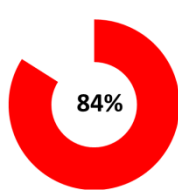
- ➔ 128 HCV Tests; Steigerung um über 85% gegenüber 2016/2017
- ➔ 241 HIV Tests; Steigerung um über 55% gegenüber 2016/2017



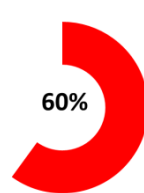
19 TN wurden positiv getestet:
15 waren HCV-infiziert, 2 HIV-infiziert,
2 hatten eine HIV-/HCV-Koinfektion.



■ HCV
■ HIV
■ HCV/HIV



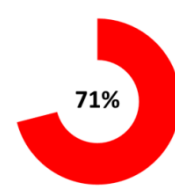
Bei 16 TN wurde
ein Arzttermin
vereinbart.



9 TN haben die-
sen wahrge-
nommen (ein
Todesfall).



8 TN haben die Be-
handlung begonnen
(1 wurde inhaftiert).



5 TN haben die Be-
handlung beendet
(1 weiterer Todesfall).

Die direkte Unterstützung eines/ einer case managers*in schafft hier Abhilfe, indem z. B. Termine beim Arzt organisiert und begleitet werden. Darüber hinaus kann Hilfestellung etwa beim Einlösen des Rezeptes, durch Terminerinnerungen oder auch bei der Medikamentenvergabe (beispielsweise durch eine tägliche, in der Einrichtung organisierte Abgabe) geleistet werden.

Zudem können auf diese Weise während der Behandlung die Themen harm reduction (einschließlich Alkoholkonsum) und Reinfektionsprophylaxe angesprochen werden.

Einige Projekte (vgl. Vision e.V.) haben bei der psychosozialen Begleitung erfolgreich auf peer-worker zurückgegriffen. Wie erläutert kann dies eine sehr hilfreiche und wirksame Ressource sein und neue Zugänge eröffnen, allerdings ist ein solcher Ansatz durchaus aufwändig und mit einer Reihe von Hürden verbunden (vgl. Al Katheeb et al., 2020, S.35 f.) Nicht zuletzt ist in testenden Einrichtungen organisatorisch sicherzustellen, dass zu den positiv getesteten Drogenkonsument*innen, die aktuell keine Behandlung aufnehmen möchten, der Kontakt nicht abreißt. Hier sollten, die individuellen, situativen Bedürfnisse akzeptierend und ohne Druck aufzubauen, immer wieder Angebote gemacht und stabilere Phasen abgewartet werden. Auch das erfordert natürlich personelle Ressourcen, die Einbindung des gesamten Teams sowie eine entsprechende Dokumentation.

3.4 Fazit: „health first“

Die noch immer hohen Raten HCV-positiver und unbehandelter Drogengebraucher*innen sind kein medizinisches, sondern ein strukturelles Problem.

Insbesondere mangelt es am nötigen Bewusstsein in Drogenhilfe und Suchtmedizin, das Thema HCV adäquat anzusprechen und anzugehen, und so den bislang Unversorgten lebensweltorientierte Zugänge zu den entsprechenden Angeboten und damit die Realisierung ihres Grundrechts auf Versorgung zu ermöglichen.

Auch sind die bereichsübergreifende Kooperation sowie partizipative Ansätze nur schwach ausgeprägt, obwohl gerade dort enorme Potenziale liegen.

Selbstkritisch ist auch heute noch insgesamt zu konstatieren, dass Suchtmedizin und Drogenhilfe, und das betrifft auch die niedrigschwellige und akzeptanzorientierte, „mit der konzeptionellen Entwicklung und praktischen Ausgestaltung von Gesundheitsförderungs- und Infektionsprophylaxemaßnahmen nach wie vor erhebliche Probleme haben. Das moderne Verständnis von Public Health und Prävention ist in der Drogenhilfe nicht allgemein bekannt und verankert. Das Phänomen ‚Drogenkonsum‘ und ‚Suchterkrankung‘ wird auf allen anderen Ebenen (psychologisch, sozial und juristisch) bearbeitet, aber in der Regel nicht im Kontext einer umfassenden und zielgerichteten Gesundheitsförderung.“ (Schulte et al., 2008, S.1213).

Letztlich braucht es einen grundsätzlichen Paradigmenwechsel von der *Drogenhilfe* und *Drogenberatung* zur *Gesundheitsförderung* und *Gesundheitsberatung*.

Gesundheit im ganzheitlichen Verständnis der WHO umfasst ja nicht zufällig das gesamte psychische, physische und soziale Wohlbefinden, und damit natürlich auch ein potenziell abhängiges Verhalten – aber eben nicht nur und nicht prioritär.

Im Sinne von „health first“ sollten also nicht das Konsum- oder Abhängigkeitsverhalten isoliert als erstes adressiert werden, sondern ist die Perspektive zu öffnen und gemeinsam mit dem Drogengebrauchenden zu eruieren, wo die individuellen Prioritäten einer bedürfnisorientierten Gesundheitsförderung liegen.

Das ist dann möglicherweise (aus der klassisch abstinenzorientierten Perspektive) nicht die Abstinenz, aber vielleicht auch nicht (aus der Perspektive akzeptanzorientierter Drogenhilfe) der verkürzte Blick auf die „harm reduction“.

Lebenspraktische, überlebenssichernde und risikominimierende Angebote sind – trotz aller Einschränkungen und Handlungsbedarfe – in vielen Kommunen inzwischen relativ gut ausgebaut, diese müssen nun in Richtung einer Gesundheitsförderung als Basis- und Querschnittsaufgabe ausgebaut werden.

Ein solcher Perspektivenwechsel bzw. eine Perspektivenerweiterung von der drogenkonsumfixierten Überlebenshilfe zur aktivierenden Gesundheitsförderung beinhaltet dann auch, die „serviceorientierten Gesundheitshilfen“ weiterzuentwickeln und Drogengebraucher*innen wieder stärker als Akteure wahrzunehmen. Unsere Arbeit muss auch im Bereich der Gesundheit wieder deutlicher partizipativ ausgerichtet sein und vorhandene (individuelle und kollektive) Ressourcen stärken und nutzen; „Suppenküchen“, Spritzenvergabe oder Abszessversorgung sollten beispielsweise durch peer-to-peer-Ansätze, Gesundheitstrainings zu Themen wie Ernährung o.ä. ergänzt werden.

Bei einem solchen Ansinnen kann der Auseinandersetzung mit dem Thema HCV wie beschreiben eine „Katalysatorfunktion“ zukommen.

Literaturverzeichnis

Abbot, S., Abramovitz, M.S., Aitken, C., Aladashvili, M., Alary, M., Altice, F.L., Azim, T., Bruneau, J., Desai, M., Dietze, P.M., Fraser, H., Garfein, R.S., Havens, J.R., Heinsbroek, E., Hellard, M.E., Hickman, M., Hope, V.D., Hutchinson, S.J., Iversen, J., Lim, A.G., MacGregor, L., Maher, L., Martin, N.K., McAuley, A., Mravcik, V., Metha, S.H., Millory, M.-J., Palmateer, N.E., Platt, L., Roy, E., Sazonova, Y., Stone, J., Sacks-Davis, R., Strathdee, S.A., Smyrnov, P., Trickey, A., Tsertsvadze, T., Vickerman, P., Walker, J.G., Ward, Z., Yen, Y.-F., Young, M., Zang, G. (2018). Incarceration history and risk of HIV and hepatitis C virus acquisition among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Disease*, Volume 18, 1289-1410.

Ackle, P., Bregenzer, A., Conen, A., Eigenmann, F., Friedl, A., Fux, C.A., Knuchel, J., Näf, M., Roth, M. (2017). Management of hepatitis c in decentralised versus centralised drug substitution. *Swiss medical weekly*, 2017 Nov, 1-15.

Aghemo, A., Backmund, M., Bruggmann, P., Bruneau, J., Byrne, J., Dalgard, O., Dore, G.J., Feld, J.J., Grebely, J., Hellard, M., Hickman, M., Kautz, A., Litwin, A., Lloyd, A.R., Mauss, S., Prins, M., Schaefer, M., Swan, T., Taylor, L.E., Robaey, G. (2015). Recommendations for the management of hepatitis C virus infection among people who inject drugs. *The international journal on drug policy*, 2015 Oct, 1028-1038.

Aidshilfe NRW (2019). HIV, Hepatitis und STI: Beratung und Test für drogengebrauchende Menschen in niederschweligen Einrichtungen. Ein Fortbildungs- und Praxishandbuch.

Alavi, M., Bruneau, J., Day, C., Dolan, K., Dore, G.J., Grebely, J., Haber, P.S., Kaldor, J.M., Matthews, G.V., Petoumenos, K., Spelman, T., van Beek, I., Yeung, B. (2015). Injecting risk behaviours following treatment for hepatitis C virus infection among people who inject drugs: The Australian Trial in Acute Hepatitis C. *The international Journal on Drug Policy*, October 2015, 976-983.

Alves de Teixeira, A., Bastos Ferreira, G., do Espirito Santo, M. O., Prado Kantorski, L., Zaffalon Ferreira, R. (2015). Crack users – developing strategies to face the risks of the consumption. *Journal of Research Fundamenta Care Online*, 2015, 2393-2404.

Amin, J., Backmund, Bourgeois, S., M., Bruggmann, P., Brunneau, J., Conway, B., Cunningham, E.B., Dore, G.J., Dunlop, A., Foster, G.R., Geert, R., Grebely, J., Hajarizadeh, B., Hellard, M., Marks, P.S., Midgard, H., Quine, S., Robaey, G., Thurnheer, M.C., Weltman, M. (2017). *International Journal of Drug Policy*, September 2017, 230-238.

Andía J.F., Colón, H.M., Deren, S., Robles, R.R., Kang, S.Y. (2008). Peer norms and sharing of injection paraphernalia among Puerto Rican injection drug users in New York an Puerto Rico. *AIDS Education Prevention*, 2008 June, 249-257.

Albertín-Carbó, P., Domingo-Salvany, A., Hartnoll, R.L. (2001). Psychosocial considerations for the prevention of HIV infection in injecting Drug users. *Qualitative health research*, 2001 Jan, 26-39.

Altice, F.L., Lim, J.K., Litwin, A.H., Marcus, R., Meyer, J.P., Moghimi, Y. (2015). Evidence-Based Interventions to Enhance Assessment, Treatment, and Adherence in the Chronic Hepatitis C Care Continuum. *International Journal of Drug Policy*, 2015 October, 922-935.

Avilés, N.R., Barnard, M., Fountain, J., Hariga, F., Rhodes, T., Vicente, J., Weber, U. (2001). Verfügbar unter:
http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/195/Insight4_64344.pdf

Bailey, S.L., Gao, W., Garfein, R.S., Golub, E.T., Hagan, H., Hudson, S.M., Latka, S.M., Macjesy-Amiti, M., E., Ouellet, L.J. (2007). Perceived risk, peer influences, and injection partner type predict receptive syringe sharing among young adult injection drug users in five U.S. cities. *Drug Alcohol Dependence*, 2007 Nov, 18-29.

Barnett, T., Drost, A., Fraser, C., Guarasci, K., Lundgren, K. (2019). Cool Aid Community Health Centre nurse-led model of HCV care. Gilead Sciences: Screening and Linkage to Care, 2019.

Benoit, C., Fischer, B., Ivsins, A., Roth, E. (2013) Crack pipe sharing in context: How socio-structural factors shape risk practices among noninjection drug users. *Volume 40*, 481-503.

Bremer, V., Chai, W., Gassowski, M., Haußig, J., Marcus, U., Nielsen, S., Zimmermann, R. (2016). Verfügbar: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Studien/DRUCK-Studie/Abschlussbericht.pdf?__blob=publicationFile

Böker, K.H.W., Buggisch, P., Christensen, S., Klinker, H., Mauss, S., Reimer, J., Schott, E., Serfert, Y., Weber, B., Wedemeyer, H., Zimmermann, T. (2018). Direct-acting antiviral treatment of chronic HCV-infected patients on opioid substitution: Still a concern in clinical practice? *Addiction*, May 2018, 868-882.

Bourgeois, S., Bratovanov, S., Windelinckx, T. (2018). Antwerp Free Clinic. Gilead Sciences: Screening and Linage to Care, 2018.

Bruggmann, P., Brunner, N., Scherz, N. (2018). Direct-acting antivirals for hepatitis C in patient in opioid substitution treatment and heroin assisted treatment: real-life data. *International journal on drug policy*, 2018 Dec, 74-77.

Bruggmann, P. (2017). Versorgungslücken bei Hepatitis-C-infizierten Drogenkonsumierenden. *Praxis*, 106, 359-363.

Bundesärztekammer (2017). Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger. Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Substitution.pdf aufgerufen am: 18.02.2020.

Bundesministerium für Gesundheit (2016). Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuellen übertragbaren Infektionen.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2020). Abschlussbericht zum Projekt „HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!“. Köln.

Chiaradia, G., Cosmaro, L., Gurinove, A., Kivimets, K., Wiessner, P. (2018). Training Manual on HIV and HCV rapid testing in low threshold settings for PUWD. Berlin: HA-REACT.

Clark, D., Craine, N., Davies, S., Lyons, M., Martin, A., Rhodes, Smith, J., T., Watts, L. (2007). Risk, shame and the public injector: a qualitative study of drug injecting in South Wales. *Social science & medicine*, 2007 Aug, 572-585.

Cominetti, F., Simonson, T., Dubois-Arber, F., Gervasoni, J.-P., Schaub, M., Monnat, M. (2015). Analyse der Hepatitis-C-Situation bei den drogenkonsumierenden Personen in der Schweiz. Lausanne: UNIL.

Dabrowska, K., Di Furia, L., Fischer, G., Giammarchi, C., Gilchrist, G., Köchl, B., Moskalewicz, J., Munro, A., Shaw, A., Taylor, A., Tirado-Munoz, J., Torres, M. (2016). An uncontrolled, feasibility study of a group intervention to reduce hepatitis C transmission risk behaviours and increase transmission knowledge among women who inject drugs. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, Volume 24, 179-188.

Daikos, G., Hatzakis, A., Kalamitsis, G., Papatheodoridis, G., Psychogioi, M., Sypsa, V. (2019). ARISTOTLE HCV-HIV project: peer support. Gilead Sciences: Screening and Linkage to Care, 2019.

Davey-Rothwell, M. A., Latkin, C. A., and Tobin, K. E. (2010). Longitudinal Analysis of the Relationship Between Perceived Norms and Sharing Injection Paraphernalia. *AIDS and behavior*, Volume 14, 878-884.

Degkwitz, P., Kalke, J., Martens, M.-S., Neuman-Runde, E., Schütze, C., Reichenwald, J., Verthein, U. (2019). Hamburg: Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung.

Dykeman, M., Gahagan, J., Karabanow, J., Jackson, L., Parker, J. (2010). The power of relationships: Implications for safer and unsafe practices among injection drug users. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, Volume 17, 189-204.

Egger, M., Razum, O., Rieder, A. (2018). *Public Health kompakt*. Berlin: de Gruyter.

Graf, C, Mücke, M., Dultz, D., Peiffer, K., 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. Frankfurt.

Harris, M., McDonald, B., Rhodes, T. (2014). Hepatitis C testing for people who inject drugs in the United Kingdom: Why is uptake so low? *Drugs: Education, Prevention and Policy*, Volume 21, 333-342.

Janulis, P. (2016). The micro-social risk environment for injection drug use: An event specific analysis of dyadic, situational, and network predictors of injection risk behavior. *International Journal of Drug Policy*, Jan 2016, 56-64.

Jones, S., Kearns, G., Power, R., Ward, J. (1996). An ethnography of risk management amongst illicit drug injectors and its implications for the development of community-based interventions. *Sociology of Health & Illness*, Volume 18, 86-106.

Knorr, B., Schäffer, D., Stöver, H. (2019). Kann Deutschland die WHO Ziele in Bezug auf Hepatitis C und HIV erreichen? In akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe (Hg.). *Alternativer Drogenbericht 2019*. 150-156.

Lamnek, S. und Krell, C. (2010). *Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch*. Weinheim: BELTZ.

Leicht, A., Reimer, J., Schulte, B., Schnackenberg, K., Stöver, H. (2008). Prävention der Hepatitis C bei Drogenkonsumenten. Verfügbar unter: http://www.fixpunkt-berlin.de/fileadmin/user_upload/PDF/Hepatitis/BuGel656_Hepatitis.pdf

Lovell, A.M. (2002). Risking risk: the influence of types of capital and social networks on the injection practices of drug users. *Social Science & Medicine*, Volume 55, 803-821.

Michel, S. (2010). *Evaluationsbericht zum test-it Projekt*.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2019). *Erhebung und Analyse der ambulanten Suchthilfestruckturen in Nordrhein-Westfalen*.

Rester, D., Seeberger, B., Thieme, K. (2011). Zur Lebenssituation alternder Drogenabhängiger in Deutschland. Ein Überblick zur Datenlage. *Sozialer Fortschritt*, November 2011, 257-264.

Rhodes, T., Treloar, C. (2008). The social production of hepatitis C risk among injecting drug users: a qualitative synthesis. *Addiction*, 2008 Oct, 1593-1603.

Rhodes, T. (2002). The 'risk environment': a framework for understanding and reducing drug-related harm. *International Journal of Drug Policy*, 2002, Volume 13, 85-94.

Rhodes, T. (2008). Risky theory in epidemic times: sex, drugs and the social organization of 'risk behaviour'. *Sociology of Health*, Volume 19, 208-227.

Schwarzer, R., Lippke, S., Luszczynska, A. (2011). Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: the Health Action Process Approach (HAPA). *Rehabilitation Psychology* Vo. 56, No 3, 161-170.

Spiess, M. (2019). *Begleitung und Evaluation des Drug Checkings bei Besuchenden der Kontakt- und Anlaufstellen*. Evaluationsbericht.

Stöver, H. (2008). *Prävention der Hepatitis C bei Drogenkonsumenten*.

Stöver, H. (2016). Umdenken in Drogenpolitik und Drogenhilfe: mehr Menschen mit Substanzstörungen früher erreichen und besser versorgen. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit*, Heft 01/2016, 26-38.

The European Union HCV Collaborators (2017). Hepatitis C virus prevalence and level of intervention required to achieve the WHO targets for elimination in the European Union by

2030: a modelling study. The Lancet Gastroenterology & Hepatology, 2017, Volume 5, 325-336.

Vision e.V. Buddy-Projekt. Verfügbar auf: <https://www.vision-ev.de/projekte/gegen-hep-c/>. aufgerufen am: 18.02.2020.

WHO (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Verfügbar auf: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, aufgerufen am: 02.03.2020.

Weeks, M.R. (2010). Changing Drug Users' Risk Environments: Peer Health Advocates as Multi-level Community Change Agents. American Journal of Community Psychology, 2009 Jun, 330-344.

Leitfaden

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Inhaltliche Aspekte	Konkrete (Nach-)Fragen	Aufrechterhaltungs-/Steuerungsfragen
Es geht ja um das Thema „Hepatitis C-Testung und -Behandlung“. Kannst du 'mal erzählen, wie du damit in deinem Alltag ganz konkret umgehst?	- Eigenes bisheriges Verhalten - o Testung - o Behandlung - Einflussfaktoren - o Hürden/Hemmschwellen - o unterstützende Faktoren	<u>Grundsätzlich bei allen:</u> - Wie würdest du die Lebenssituation (Konsum, Umfeld etc.) beschreiben, in der du dich [zum Zeitpunkt der entscheidenden Entscheidung] befunden hast? 1. <u>Nicht-Getestet</u> - Warum hast du nicht noch nicht testen lassen? - Kennst du das Angebot im Kick? Ist dir der Zugang anonym genug (auch vor den anderen BesucherInnen)? - Hast du dich vor längerer Zeit schon einmal testen lassen und mit welchem Resultat? 2. <u>Getestet</u> - Was hat dich dazu bewogen, dich testen zu lassen? 3. <u>Positiv-Getestet + behandelt</u> - Was hat es dir besonders leicht/schwer gemacht, eine Behandlung zu beginnen? - Was hat dir während der Therapie geholfen/war schwierig? - Falls von HA begleitet: Hättest du dir auch eine Begleitung durch einen peer vorstellen können? 4. <u>Positiv-Getestet + unbehandelt</u> - Wann war der erste positive Test? - Aus welchen Gründen hast du dich bislang noch nicht behandeln lassen? - Traust du dir grundsätzlich zu, eine Behandlung durchzuführen? [...sehr direkt!] - Falls Behandlung „eigentlich“ gewünscht: Bräuchtest du Unterstützung; was würde dir helfen, eine Behandlung aufzunehmen und durchzuführen? - Ist HCV für dich überhaupt ein Thema, das dich beschäftigt (z. B. im Vergleich zu anderen ganz alltäglichen „Herausforderungen“ (Geld, Wohnen, Drogenbeschaffung, Gefahren wie einer Überdosierung etc.)? - Wie schätzt du dein Risiko ein, dich zu infizieren? - Wie bewertest du für dich die Risiken einer unerkannten oder unbehandelten Infektion? - Lohnt sich eine Behandlung von HCV aus deiner Sicht? <u>Negativ Getestete:</u> - Was würdest du machen, wenn du einen positiven Test hast? Aus welchen Gründen?	- nonverbale Aufrechterhaltung - kannst du dazu noch mehr erzählen? - Hast du dafür ein Beispiel? - Wie ist das mit...? - Spielt ... hier eine Rolle? - Was bringst du mit ... noch in Verbindung? - Wie ging es weiter?
Wie wichtig ist das Thema Hepatitis C für dich in deinem Alltag?	Haltung zu - eigenem Infektionsrisiko - Behandlung (Ertrag vs. Aufwand) - Relevanz des Themas im Vergleich zu anderen Fragen		

		- Was hast du gemacht, um dich nicht zu infizieren?	
Wie gut fühlst du dich informiert?	Wissen zu - Testmöglichkeiten/Häufigkeit - Behandlungsmöglichkeiten	- Weißt du, wo du dich testen oder behandeln lassen kannst? - Kennst du das Testangebot im KICK - Kennst du die Empfehlung zur halbjährlichen Testung? - Was weist du zu den neuen Therapiemöglichkeiten? - Woher hast du dein Wissen zu HCV?	
Wie erlebst du die Szene und dein persönliches Umfeld im Hinblick auf HCV?	- Haltung zum Thema HCV in Szene/ Familien-/Freundeskreis (Relevanz, Offenheit vs. Tabu) - konkrete Erfahrungen Anderer/im Umfeld mit HCV (Test-/Behandlungserfahrungen)	- Wie wird in der Szene (Familie/Freundeskreis) über das Thema gesprochen? - Gibt es so etwas wie „unausgesprochene Regeln“ (z. B. zu regelmäßigen Tests oder dass man über das Thema nicht spricht)? - Was glaubst du, wie würde dein Umfeld reagieren, wenn du eine Behandlung aufnehmen würdest (Ablehnung vs. Unterstützung)? - Kennst du jemanden, der sich hat testen oder behandeln lassen? Was erzählen die darüber? - Getestete: Hast du über das Ergebnis mit jemandem gesprochen?	
Wie erlebst du das „Hilfesystem“ beim Thema Hepatitis C (Drogenhilfe, Ärzte)?	- Einschätzung zur Rolle von Ärzten (substituierende und andere) - o genereller Umgang mit DK als „Patient“ - o Wissensvermittlung (Testmöglichkeiten/-notwendigkeiten, Behandlungsmöglichkeiten etc.) - o Anbieten konkreter Leistungen - Einschätzung zur Rolle von Drogenhilfe bei Test und Behandlung	- Wie kommst du mit Ärzten / im Gesundheitssystem klar? Welche generellen Erfahrungen hast du gemacht (Zutrauen vs. Misstrauen, Offenheit etc.)? - Welche Erfahrung hast du mit Ärzten hinsichtlich HCV gemacht? - Bist du irgendwo „angebunden“ und schon einmal auf einen Test angesprochen worden, z. B. in der Substitution/im Bewohnen Betreiber o.ä.? - Willst du überhaupt auf das Thema angesprochen werden?	
Gibt es noch etwas, das dir wichtig ist?			

Transkriptionsregeln

(-)	Ganz kurze Pause, Absetzen
(--)	Mittlere Pause (bis ca. 2 Sek.)
(---)	Lange Pause (bis 4 Sek.)
(30s)	Besonders lange Pause (ab ca. 4 Sek.) mit Angabe der ungefähren Dauer in Sekunden
BEISPIEL	Betonung
A: Text Text [Textüberschneidung. B: Textüberschneidung] Text Text.	Kennzeichnung von besonders deutlichen Überschneidung bei gleichzeitigem Sprechen
()	Unverständlich, Länge in Abhängigkeit von Dauer der unverständlichen Passage
(Beispiel)	Vermuteter Wortlaut
(Beispiel/Brettspiel)	Alternative Möglichkeiten bei Unsicherheit über genauen Wortlaut
((lacht))	Paraverbale Kommunikation
[Telefon klingelt]	Vom Interview unabhängige Ereignisse
Mhm	Bejahung
Mhmh	Ablehnung
Hm	Füllwort, Zustimmung
Eh, ehm etc.	Verzögerungssignal
<Name>	Anonymisierung

Angelehnt an: LAMNEK, Siegfried u. KRELL, Claudia (2010): Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch.