Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Bundesmodellprojektes

„Frühintervention als Maßnahme der Hepatitis-C-Prävention“

Endbericht

August 2011

Dr. Heike Zurhold

Christiane Schmidt

Priv.Doz. Dr. Jens Reimer

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg

Prof. Dr. Heino Stöver

Fachhochschule Frankfurt am Main, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit

Bericht an die

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz des Landes Berlin

(Vergabe Nr. 006-2008 / I B 34)

Korrespondenz: PD Dr Jens Reimer
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)
c/o Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Tel 040-74105-7900 Fax 040-74105-9125 Email reimer@uke.de

Inhaltsverzeichnis

1 Vorwort 5

2 Fragestellung und Zielsetzung der Evaluation 8

3 Methoden der Evaluation 11
3.1 Manualisierung und Dokumentation der Interventionen 11
3.2 Ziele und Zielkriterien des Modellprojektes 12
3.2.1 Umsetzbarkeit 13
3.2.2 Zielgruppenerreichung 14
3.2.3 Akzeptanz 14
3.2.4 Wirkung der Interventionen 15
3.3 Datengrundlage für die Evaluation 16
3.3.1 Standardisierte Erhebung quantitativer Daten 16
3.3.2 Analyse von Sekundärdaten zu den Projekt-Teilnehmenden 18
3.3.3 Interviews mit Pflegekräften und Teilnehmenden 20
3.4 Auswertung der erfassten Daten 21
3.4.1 Umsetzbarkeit 21
3.4.2 Zielgruppenerreichung 22
3.4.3 Akzeptanz 23
3.4.4 Wirkung der Interventionen 24
3.4.5 Datenbereinigung und statistische Auswertung 27

4 Interventionen des Modellprojektes zur Hepatitis-C Prävention 29
4.1 Erstkontaktgespräch 31
4.2 Zielgruppengespräch 32
4.3 Prophylaktische Impulse 33
4.4 Testberatung, HCV-Bluttest und Mitteilung des Testergebnisses 36

5 Veränderungen seit dem Zwischenbericht und zukünftige Planungen 39

6 Ergebnisse der Evaluation 42
6.1 Umsetzbarkeit der Interventionen 42
6.2 Zielgruppenerreichung 48
6.3 Akzeptanz 57
6.4. Wirkung der Interventionen 61
6.4.1 Auswertung des Wissensquiz 61
6.4.2 Wirkungen auf das Risikoverhalten 67
6.4.3 Wirkungen auf die Verringerung von Neuinfektionen 77
6.5 Umsetzung des Modellprojektes aus Sicht der Pflegekräfte 81
6.5.1 Umsetzbarkeit der Interventionen 81
6.5.2 Interventionen, die sich in der Praxis bewährt haben 85
6.5.3 Zielerreichung bei den Interventionen 90
6.5.4 Akzeptanz der Interventionen 92
6.5.5 Nachhaltigkeit der Interventionen 94
6.6 Akzeptanz und Nutzen der Interventionen aus Sicht der Teilnehmenden 97
6.6.1 Wissen zu Risiken und zur Prävention einer Hepatitis-C Virusinfektion 99

6.6.2 Akzeptanz der Interventionen 101
6.6.3 Subjektive Zufriedenheit mit der Intervention 103
6.6.4 Wirkung der Interventionen auf das Wissen 105
6.6.5 Wirkung der Interventionen auf das Risikoverhalten 106

7 Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse 111
7.1 Implementierung und Durchführung der HCV-spezifischen Interventionen 111
7.2 Erreichung der Zielgruppen 112
7.3 Akzeptanz der Interventionen 113
7.4 Wirkung der Interventionen 114

8 Empfehlungen für die Praxis und Wissenschaft 117

Literaturverzeichnis 124

Anhang 1: Dokumentation der Interventionen 125

Anhang 2: Wissenstest zu Hepatitis-C 126

Anhang 3: Fragebogen zum Risikoverhalten 127

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1. Art und Zeitpunkt der umgesetzten Interventionen 30
Tabelle 2: Umfang, Thematisierung zentraler Inhalte und Dauer der durchgeführten Interventionen (n=587). 43
Tabelle 3: Umfang, zentrale Themen und Dauer der durchgeführten Interventionen (n = 587), getrennt für mobile und „feste“ Einrichtungen 45
Tabelle 4: Verteilung der durchgeführten Interventionen (n= 587) auf mobile und „feste“ Einrichtungen 46
Tabelle 5: Umfang, zentrale Themen und Dauer der Interventionen (n= 587), getrennt für mobile und „feste“ Einrichtungen 47
Tabelle 6: Durchgeführte Interventionen im Evaluationszeitraum (n = 587) 51
Tabelle 7: Soziodemographische Merkmale im Gruppenvergleich 53
Tabelle 8: Drogenkonsummuster von Projektteilnehmenden und Vergleichsgruppe 54
Tabelle 9: Drogenkonsummuster von Projektteilnehmenden und Vergleichsgruppe – Selbstangaben zu den letzten 30 Tagen vor Aufnahme 55
Tabelle 10: Zeitraum und Frequenz der Konsumraumnutzung 68
Tabelle 11: Merkmale der interviewten Teilnehmenden 98

Abbildung 1: Gründe für eine unvollständig durchgeführte Intervention (n = 67) 44
Abbildung 2: Nutzung des Konsumraumangebots und Erreichbarkeit der Zielgruppe im 3-Jahres-Verlauf 49
Abbildung 3: Durchgeführte Interventionen (n = 587) in den Jahren 2009 und 2010 52
Abbildung 4: Anzahl durchgeführter Interventionen pro Teilnehmer 57
Abbildung 5: Anteil der 360 Projektteilnehmenden, die nur an Erstkontaktgesprächen teilnahmen 58
Abbildung 6: Anzahl Kontakte zwischen Erstkontaktgespräch und einer weiteren Intervention für 43 Projektteilnehmende 59
Abbildung 7: Anzahl durchgeführter Interventionen außerhalb des Modellprojekts (n=265) 60
Abbildung 8: Bewertung des vorhandenen Wissens zur Hepatitis-C Virusinfektion anhand der Anzahl richtiger Antworten (n = 199 Projektteilnehmende) 62
Abbildung 9: Anteil der richtig beantworteten Fragen des Wissenstests (n = 199 Projektteilnehmende) 63
Abbildung 10: Fragen des Wissenstests im Verlauf (n = 22 Projektteilnehmende) 65
Abbildung 11: Individuelle Nutzung der Konsumräume im 12-Monats-Verlauf 70
Abbildung 12: Durchschnittliche Anzahl der Konsumvorgänge im 12-Monats-Verlauf 71
Abbildung 13: Anteil intravenöser Konsumvorgänge im 12-Monats-Verlauf 72
Abbildung 14: Fragebogen zum Infektionsrisiko – Nutzung eigener Konsumutensilien und Hände waschen 75
Abbildung 15: Fragebogen zum Infektionsrisiko – Tätowieren und Piercen 76
Abbildung 16: Fragebogen zum Infektionsrisiko – Hepatitis-B Test 78
Abbildung 17: Fragebogen zum Infektionsrisiko – Hepatitis-C Test 78
Abbildung 18: Fragebogen zum Infektionsrisiko – Zeitpunkt letzter Hepatitis Test[1] 79

1 Vorwort

Im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz des Landes Berlin hat das ZIS Hamburg – Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg – die Evaluation des Bundesmodellprojektes zur „Frühintervention als Maßnahme der Hepatitis-C-Prävention“ durchgeführt. Die wissenschaftliche Begleitung des 3-jährigen Modellprojektes erfolgte im Zeitraum vom 1. November 2008 bis zum 30. Juni 2011. Der vorliegende Endbericht stellt die Ergebnisse der Evaluation dar, die auf den Datenerhebungen seit Beginn der ersten Interventionen im Februar 2009 bis Ende Dezember 2010 beruhen.

Das Modellprojekt zur Hepatitis-C-Frühintervention wird von dem freien Berliner Drogenhilfeträger *Fixpunkt e.V.* durchgeführt, der sich seit vielen Jahren mit dem Thema der Infektionsprophylaxe beschäftigt (ausführlichere Informationen zur Organisation finden sich auf der Webseite www.Fixpunkt.org). Das Präventionsprojekt zu Hepatitis-C (HCV) wird in drei Berliner Kontakteinrichtungen umgesetzt.

Dazu zählen

- die Birkenstube; eine Einrichtung der vista gGmbH in Moabit in der Birkenstraße,
- der mobile Drogenkonsumraum SKA[1]; eine Einrichtung der Fixpunkt e.V. mit einem Standort in Kreuzberg am Moritzplatz (Nähe Kottbusser Tor),
- das Drogenkonsummobil (DKM) des Fixpunkt e.V. mit einem Standort am Bahnhof Zoologischer Garten.

Alle Konsumraumangebote befinden sich an den U-Bahnlinien, an denen der Drogenhandel stattfindet. Während sich in der *Birkenstube* ein Rauchraum und ein Druckraum befinden, sind an den beiden mobilen Standorten *SKA* und *DKM* nur Plätze für den intravenösen Drogenkonsum vorhanden. Das Sniefen von Drogen ist jedoch auch in den mobilen Konsumräumen möglich.

Ziel des Modellprojektes ist es, frühzeitig, sprich vor einer Infizierung mit dem Hepatitis-C Virus, durch lebensweltangemessene Interventionen zur Prävention von HCV Infektionen unter Drogenkonsumierenden beizutragen. Gängige Maßnahmen der Drogenhilfe wie Spritzentausch-Programme, Drogenkonsumräume, eine Substitutionsbehandlung und Verhaltenstrainings stellen wirksame Methoden zur Infektionsprophylaxe dar (Wright and

[1] Das SKA war bis zum 13. Juni 2009 eine stationäre Konsumraumeinrichtung. Seit der Schließung dieser Einrichtung wird provisorisch ein mobiler Drogenkonsumraum am Moritzplatz seit dem 21. Juli 2009 eingesetzt. Das SKA befindet sich in einem umgebauten Wohnmobil und das DKM in einem umgebauten Mercedes Sprinter vor Ort.

Tompkins 2006). Jedoch bleibt die Verbreitung von Hepatitis-C unter intravenös konsumierenden Drogengebrauchenden nach wie vor hoch (Cornberg, Razavi et al. 2011).

Die neusten epidemiologischen Daten des Robert Koch-Institutes zur viralen Hepatitis zeigen, dass Personen mit einem intravenösen Drogenkonsum einen großen Teil der Hepatitis-C Erstdiagnosen ausmachen (RKI 2010). Von insgesamt 5.412 Fällen mit der Erstdiagnose einer Hepatitis-C Virusinfektion im Jahr 2009 standen 1.342 Fälle mit intravenösem Drogenkonsum im Zusammenhang. Dies entspricht 34,1 % aller Fälle mit Expositionsangaben. Besonders betroffen von einer HCV Infektion ist die Gruppe der 20- bis 29-jährigen Männer mit intravenösem Drogenkonsum.

Zur Prävalenz von HCV-Infektionen unter Drogenkonsumierenden liegen nur wenige Informationen vor. In einer bundesweiten Szenebefragung aus dem Jahr 2008 wurden 791 regelmäßige Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen befragt. Ihren Angaben zufolge waren 53,4 % von ihnen mit Hepatitis-C Virus infiziert (Thane et al. 2009). Von Klienten und Klientinnen ambulanter Suchthilfeeinrichtungen wird im Rahmen der deutschen Suchthilfestatistik regelmäßig der Hepatitis-Infektionsstatus erhoben. Im Jahr 2009 ergab diese Statistik bei den getesteten Opiatabhängigen eine HCV-Prävalenz von 51,8 %, was 3.866 Personen entspricht (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010).

Die HCV-Infektion als eine typische Folge des riskanten Drogenkonsums wird zumeist bereits zu einem frühen Zeitpunkt in der Konsumkarriere erworben. Demzufolge besteht die Hauptzielgruppe des Modellprojekts in Opiat- und Kokain-Konsumierenden, die diese Substanzen sniefen, inhalieren oder intravenös (i.v.) konsumieren und berichten, HCV-negativ zu sein oder ihren Infektionsstatus nicht zu kennen. Mit dem Projekt ist beabsichtigt, diese Zielgruppe zu Beginn ihrer „Konsumbiographie“ zu erreichen, in der risikoärmere Konsummuster noch stärker aufrechterhalten werden oder in der ein intravenöser Konsum noch nicht länger als zwei Jahre besteht.

Das Modellprojekt zielt darauf ab, den Wissensstand zu Übertragungswegen und zur Prävention von Hepatitis-C Virusinfektionen bei der Zielgruppe zu verbessern und zu einem gesundheitsbewussteren Konsumverhalten anzuregen. Die beabsichtigte Erhöhung des Wissens und Risikobewusstseins soll durch den Einsatz innovativer Methoden der Hepatitis-C Prävention erreicht werden. Im Laufe des Projektes wurden verschiedenartige Kurzinterventionen entwickelt und im Setting der mobilen und stationären Konsumräume erprobt.

Die wissenschaftliche Evaluation des Modellprojektes konzentrierte sich einerseits auf originäre Aufgaben einer Begleitforschung. Dazu gehört, die Umsetzbarkeit der Interventionen und die Erreichbarkeit der Zielgruppe zu untersuchen. Darüber hinaus sollte evaluiert werden, inwieweit die Zielsetzungen des Modellprojekts erreicht werden konnten. Dies umfasst unter anderem die Prüfung der Frage, welche Wirkung die Interventionen haben. Überdies galt es, das Know-how der Forschung einzubringen, um gemeinsam mit den

Beteiligten aus der Praxis Inhalte der Interventionen zu besprechen sowie Evaluationsinstrumente und Dokumentationsverfahren zu entwickeln.

2 Fragestellung und Zielsetzung der Evaluation

In Europa stellt der intravenöse Drogenkonsum nach wie vor den Hauptrisikofaktor für eine Infizierung mit dem Hepatitis-C Virus dar. Drogenkonsumierende[2] mit einem i.v. Konsum sind folglich die am häufigsten von einer HCV-Infektion betroffene Personengruppe; je nach Studienpopulation und Region variieren die Prävalenzraten zwischen 30 % und 98 % (Shepard, Finelli et al. 2005).

Eine neuere Studie aus Sydney, Australien, hat 204 HCV-negative Drogenkonsumierende mit einem i.v. Konsum in niedrigschwelligen Einrichtungen kontaktiert und ihren Hepatitis-C Status untersucht (Wand et al. 2009). Nach sechs Monaten waren 61 Drogenkonsumierende HCV-positiv. Als Hauptrisikofaktoren für eine Serokonversion wurden das Teilen von Nadeln, Spritzen und anderen Konsumutensilien, das Assistieren beim Injizieren, die Häufigkeit des intravenösen Konsums und die Nichtnutzung medizinischer Behandlungen identifiziert. In der Studie waren diese fünf Risiken für die Hälfte der Serokonversionen verantwortlich.

Mit der Implementierung von niedrigschwelligen Angeboten in der Drogen- und Suchthilfe wurden gute strukturelle Rahmenbedingungen geschaffen, um zur Prävention von Infektionskrankheiten beizutragen. Zentrale infektionsprophylaktische Maßnahmen wie z.B. die Aufklärung bei der Vergabe von sterilen Konsumutensilien sind darauf ausgerichtet, das Wissen zu den HCV-Infektionsrisiken zu verbessern und bei Drogenkonsumierenden einen risikoärmeren Konsum zu fördern. Zugleich zeigen die vorhandenen Studien, dass die etablierten Harm Reduction Maßnahmen nicht wirksam genug sind, um die Hepatitis-C Prävalenzraten unter Drogenkonsumierenden deutlich zu senken (Wright and Tompkins 2006). Allerdings scheinen auch nicht alle innovativen Interventionen geeignet zu sein, die Neuinfektionen mit Hepatitis-C Virusinfektion zu reduzieren. In einer randomisierten Studie aus England wurde die Wirksamkeit einer verhaltensbezogenen Intervention im Vergleich mit einer einfachen Aufklärung an 95 i.v. Drogenkonsumierenden untersucht (Abou-Saleh et al. 2008). Die Wirksamkeit für die HCV Prävention wurde anhand der Serokonversionsraten (getestet nach 6 und 12 Monaten), des Alkoholkonsums, des Risikoverhaltens und der Lebensqualität gemessen. Den Untersuchungsergebnissen zufolge lassen sich keine Unterschiede in der Wirksamkeit der beiden Interventionen feststellen.

[2] Im Folgenden werden jeweils die geschlechtsneutralen Begriffe ‚Drogenkonsumierende', ‚Teilnehmende' und ‚Nicht-Teilnehmende' verwendet, um weibliche wie männliche Klienten zu bezeichnen.

Das Bundesmodellprojekt bietet die erforderlichen Rahmenbedingungen, innovative Interventionen zu einer frühzeitigen Infektionsprophylaxe zu erproben. Mit den innovativen Maßnahmen zur HCV-Prävention sollen folgende spezifische Zielgruppen erreicht werden:

- Drogenabhängige, die Drogen sniefen oder rauchen und somit eine Risikogruppe für den „Umstieg“ in den intravenösen Konsum darstellen.
- Drogenabhängige, die erst seit 2 Jahren Drogen intravenös konsumieren.

Für alle Gruppen gilt, dass die Personen berichten, nicht mit HCV infiziert zu sein[3].

Ausgehend von den spezifischen Zielsetzungen und Zielgruppen des Bundesmodellprojektes standen bei der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation drei Fragestellungen im Vordergrund:

- Werden die einzelnen Interventionen erfolgreich und in vollem Umfang durchgeführt?
- Werden die HCV Risiko-Zielgruppen mit den jeweilig geplanten Interventionen erreicht?
- Welche Wirkung haben die Interventionen auf den HCV spezifischen Wissensstand und das Risikoverhalten der Interventionsteilnehmenden?

Die ersten beiden Zielsetzungen verweisen darauf, im Rahmen einer Begleitforschung zu überprüfen, ob und wie gut sich die im Modellprojekt konzipierten Interventionen in die Praxis implementieren lassen. Hierbei steht die Machbarkeit und Reichweite der Interventionen im Vordergrund. Die dritte Zielsetzung geht darüber hinaus und beinhaltet den Anspruch, zugleich auch die Wirksamkeit der neu erprobten Interventionen zu untersuchen.

Insgesamt beruhte die Evaluation auf einem partizipativen Vorgehen, das auf die Zusammenarbeit mit dem Träger des Modellprojektes und den an der Umsetzung der Interventionen beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ausgerichtet war. Grundsätzliches Ziel der Evaluation war es, die Umsetzbarkeit, Qualität und Akzeptanz der HCV-Präventionsmaßnahmen sowie die Erreichung der Zielsetzungen anhand von überprüfbaren Erfolgskriterien zu erfassen und zu bewerten. Die Festlegung solcher Zielparameter dient als Bewertungsrahmen, um sowohl die Umsetzung als auch den Nutzen der Interventionen im Hinblick auf ein verbessertes Risikobewusstsein beurteilen zu können. Hierbei ist es von zentraler Bedeutung, dass ein Modellprojekt den Sinn hat, Interventionen zu erproben und durch die Erprobung zu erfahren, welche Interventionen sich in der Praxis gut bewähren und welche weniger.

Vor diesem Hintergrund lassen sich die wesentlichen Zielsetzungen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts wie folgt aufzählen:

[3] Als HCV-negativ gelten alle Drogenkonsumierenden, deren PCR-Testergebnis laut Selbstauskunft negativ ist oder deren HCV-Status eigenen Angaben zufolge unbekannt ist. Ein unbekannter Status liegt vor, wenn die Person nicht glaubhaft von einem Bluttest berichten konnte. Zur ausführlichen Definition der Zielgruppe siehe Fußnote 8 auf Seite 31.

Ziele der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation

a) Evaluation der Umsetzung und Durchführungsqualität der Interventionen
b) Überprüfung der Effektivität der Maßnahmen hinsichtlich ihrer Zielparameter
c) Identifizierung von Barrieren und Förderfaktoren für die Umsetzung der Maßnahmen
d) Optimierung der eingeführten Maßnahmen im Projektverlauf
e) Erarbeitung von Handlungsempfehlungen/“Instrumentenkoffer“ für Einrichtungen der Suchthilfe

Die Methodik der Evaluation war darauf ausgerichtet, sowohl die Implementierung und Durchführung der Einzelmaßnahmen zu begleiten, als auch deren Effekte zu bewerten (Prozess- und Outcome-Evaluation). Dementsprechend war die wissenschaftliche Begleitung auch als formative Evaluation angelegt, da sie darauf abzielte, die Durchführung der Maßnahmen und deren Wirkungen fortlaufend zu analysieren und handlungsrelevantes Wissen an die Praxis zurück zu spiegeln. Ausgehend von den spezifischen Zielsetzungen des Modellprojektes erfolgte die Entwicklung der Evaluationsinstrumente. Diese Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Aufgaben zur wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation

a) Erarbeitung von geeigneten Erhebungsinstrumenten
b) Definition von Erfolgskriterien für die jeweilige Interventionen
c) Prozessevaluation bzw. Begleitforschung zur Umsetzung der Interventionen
d) Abschießende Bewertung der Effektivität der Maßnahmen

Ein zentrales Kriterium für die Erarbeitung der Erhebungsinstrumente bestand darin, klare Standards für die Durchführung der Interventionen sowie deren Dokumentation festzulegen. Standardisierungen haben den Vorteil, dass die Interventionen später auch von anderen Einrichtungen der Suchthilfe durchgeführt werden können. Ein Ziel der Evaluation war, die Ergebnisse in Handlungsempfehlungen umzusetzen, die zu einer nachhaltigen Implementierung in Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in der Bundesrepublik Deutschland dienen können. Zu diesem Zweck wurden auf Basis der Evaluationsergebnisse und im Austausch mit der Praxis Empfehlungen („Instrumentenkoffer“) erarbeitet.

3 Methoden der Evaluation

3.1 Manualisierung und Dokumentation der Interventionen

Jede Intervention wurde manualisiert, indem ein standardisierter Handlungsleitfaden entwickelt worden ist. In Zusammenarbeit mit den Pflegekräften aus der Praxis wurde festgelegt, was die primäre Zielsetzung der jeweiligen Intervention sein soll und über welche Gesprächsinhalte diese Zielsetzung erreicht werden kann. Im Sinne partizipativer Evaluation wurde vereinbart, wie die Intervention durchzuführen ist und welche Aspekte der Gesprächsthemen für die Zielsetzung von zentraler Bedeutung sind. In jedem Manual ist also genau aufgeführt, welche Themen angesprochen werden müssen, damit die Intervention als vollständig durchgeführt gilt.

Um die Handlungsvorgaben für die unterschiedlichen Interventionen zu vereinheitlichen, wurde ein „Master-Manual“ erstellt, das standardisierte Vorgaben für die Durchführung einer HCV-spezifischen Intervention beinhaltet. Zu diesen Vorgaben gehören:

- Definition der Zielgruppe und Zielsetzung
- Zugang zur Zielgruppe und Voraussetzungen für die Teilnahme an der Intervention
- Durchführung der Intervention – Beschreibung des systematischen Ablaufs und der Dauer der Intervention
- Leitfaden zu den Gesprächsthemen – systematisch zu thematisierende Inhalte der Intervention und Benennung der zentralen Inhalte im Hinblick auf die Frage der Vollständigkeit
- Dokumentation der durchgeführten Intervention

Für jede Intervention, die im Rahmen des Modellprojektes implementiert wurde, liegt ein spezifisches Manual vor. Zur Durchführung der Interventionen im Rahmen der Testung auf eine Hepatitis-C Infektion gibt es für die vorherige Testberatung, die Testung selbst sowie die Mitteilung des Testergebnisses jeweils ein eigenes Manual (zur detaillierten Beschreibung der Interventionen siehe Kapitel 4).

Die hauptamtlich beschäftigten Pflegefachkräfte, die in den Drogenkonsumräumen bzw. im Drogenkonsummobil tätig sind, wurden von den Mitarbeiterinnen des Modellprojekts in der Anwendung und Einhaltung der standardisierten Intervention geschult. Mit Ausnahme der Intervention „Testberatung“ und der damit verbundenen Blutentnahme wurden zu einem späteren Zeitpunkt auch die Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen der mobilen Angebote des *Fixpunkt e.V.* in den Interventionen geschult (siehe Kapitel 5).

- Standardisierte Dokumentation der Interventionen

Für die systematische Erfassung und Bewertung der Umsetzung der konzipierten Interventionen ist eine möglichst genaue Dokumentation der durchgeführten Interventionen im Hinblick auf Umfang und Vollständigkeit ihrer Umsetzung von maßgeblicher Bedeutung. Durch die Dokumentation lässt sich auch erfassen, wie viele Drogenkonsumierende mit den Interventionen erreicht wurden und bei wie vielen der Erreichten die Interventionen vollständig durchgeführt wurden.

Zur systematischen Protokollierung der Durchführung der Interventionen wurde ein standardisiertes Dokumentationsverfahren erarbeitet. Die Dokumentation erfolgt personenbezogen durch die Protokollierung des HIV-Codes des jeweiligen Projekt-Teilnehmenden. Die Intervention wird über folgende Variablen erfasst: Ort des Gespräches, thematischer Umfang und Dauer der Intervention, Vollständigkeit der Intervention, Kontaktabbrüche und deren Gründe (siehe Anhang 1). Grundsätzlich ist jede Intervention mit dem gleichen Dokumentationsbogen protokolliert worden Um die Dokumentation der Interventionen an die niedrigschwellige Praxis anzupassen und entsprechend kurz zu halten, beschränken sich die Dokumentationsanforderungen auf zentrale Bereiche, die auf einer DIN-A4–Seite Platz finden.

- Dokumentation der Testergebnisse im Rahmen der Intervention „HCV-Bluttest“

Die Dokumentation im Rahmen der Testberatung und Testdurchführung stellt eine Ergänzung der bestehenden Interventions-Dokumentation dar. Grundsätzlich werden die Testberatung und Testdurchführung zwar ebenfalls auf dem einseitigen Dokumentationsbogen protokolliert. Zusätzlich besteht für die Testberatung und Blutabnahme eine standardisierte Form der Dokumentation, um folgende medizinische Angaben zu dokumentieren:

- Selbstauskunft der Klienten zu ihrem HCV-Status
- Ergebnis des Antikörper-Bluttests
- Ergebnis des PCR-Tests.

3.2 Ziele und Zielkriterien des Modellprojektes

Mit dem Modellprojekt zur „Frühintervention als Maßnahme der Hepatitis-C Prävention“ war die Zielsetzung verbunden, das Risikoverhalten von Drogenkonsumierenden zu reduzieren und eine Infizierung mit einer Hepatitis-C Virusinfektion zu einem frühen Zeitpunkt der Drogenkarriere zu verringern.

Die in Kapitel 2 skizzierten Ziele des Modellprojektes lassen sich in Form von vier zentralen Fragestellungen zusammenfassen:

- *Umsetzbarkeit:* Konnten die Kurzinterventionen in den Konsumräumen wie geplant umgesetzt und vollständig durchgeführt werden?

- *Zielgruppenerreichung:* In welchem Umfang wurden die HCV-Risiko-Zielgruppen mit den Kurzinterventionen erreicht?
- *Akzeptanz:* Wie wurde Sinn und Nutzen der Interventionen von Fachkräften und Klienten beurteilt? Wie viele Klienten haben an mehreren Interventionen teilgenommen?
- *Wirkung der Interventionen:* Konnten die Interventionen dazu beitragen, bei den erreichten Klienten das Wissen über eine Hepatitis-C Infektion zu erhöhen sowie das Risikoverhalten zu minimieren? Zeigen sich beim Vergleich der Projektteilnehmenden mit den übrigen Klienten Unterschiede im Konsumverhalten, insbesondere hinsichtlich eines Wechsels zum i.v. Konsum? Konnte die Rate der HCV-Neuinfektionen bei den Projektteilnehmenden gesenkt werden?

Im Folgenden wird aufgeführt, welche Kriterien bei der Evaluation der einzelnen Ziele angelegt werden. Weiterhin werden alle zusätzlichen Fragestellungen benannt, die sich aus der jeweiligen Thematik ergeben und im Rahmen dieses Berichts ausgewertet wurden. Eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Auswertungsschritte und der jeweils verwendeten Datenquellen erfolgt anschließend in den Kapiteln 3.3 und 3.4.

3.2.1 Umsetzbarkeit

Hierbei steht die Evaluation des Implementierungsprozesses der Kurzinterventionen im Vordergrund. Es geht insbesondere darum, zu ermessen, in welchem Umfang und Ausmaß die Interventionen wie geplant umgesetzt werden konnten.

Eine erfolgreiche Umsetzung der Kurzinterventionen wird anhand der beiden folgenden Kriterien definiert:

- Die jeweilige Intervention wurde vollständig durchgeführt.
- Alle zentralen Themen der Intervention konnten angesprochen werden.

In Zusammenhang mit der Umsetzbarkeit sind zudem folgende Fragestellungen von Bedeutung:

- Was waren die Hauptgründe dafür, wenn eine Intervention nicht im vollen Umfang durchgeführt werden konnte?
- Wie viel Zeit wurde für die vollständige Durchführung der jeweiligen Intervention benötigt?
- Zeigen sich hinsichtlich der Dauer und der Vollständigkeit der Interventionen Unterschiede zwischen den mobilen Einrichtungen (*SKA*, *DKM*) und der „festen“ Einrichtung *Birkenstube*?
- Welche Erfahrungen haben die Pflegekräfte mit der Umsetzbarkeit der Interventionen gemacht? Welche Einschätzungen zu erfolgreich verlaufenen Interventionen sowie zu

Problemen in der Durchführung werden berichtet? Welche Verbesserungsvorschläge wurden genannt?

3.2.2 Zielgruppenerreichung

Zur Bewertung dieser Frage wird überprüft, zu welchem Anteil die zur Zielgruppe gehörenden Konsumraumnutzenden mit den HCV-spezifischen Interventionen erreicht wurden.

Zur **Zielgruppe** des Modellprojektes gehören alle Nutzerinnen und Nutzer der Konsumraumangebote von *Fixpunkt e.V.*, die

- innerhalb des Erhebungszeitraums (vom 1.2.2009 bis 31.12.2010) in einer der drei Einrichtungen präsent waren (das heißt: in der Konsumraumdokumentation und/oder der Interventionsdokumentation verzeichnet sind), und die
- laut Selbstangaben HCV-negativ sind.

Die Erreichungsquote wird auf zwei Arten gemessen:

- *Allgemein:* Wie viele Personen der Zielgruppe wurden im Erhebungszeitraum mit mindestens einer Intervention erreicht?
- *Interventionsspezifisch:* Wurden die zu Projektbeginn formulierten Zielsetzungen hinsichtlich der Anzahl durchgeführter Interventionen erfüllt?

Weiterhin soll überprüft werden, inwieweit speziell diejenigen HCV-negativen Klienten und Klientinnen, die noch nicht länger als 2 Jahre intravenös Drogen konsumierten, mit den Interventionen erreicht wurden.

Um abzuschätzen, ob die Gruppe der Projektteilnehmenden repräsentativ für die Zielgruppe des Modellprojektes ist, soll zudem ein Vergleich zwischen Projektteilnehmenden und „Nicht-Erreichten“ (Vergleichsgruppe) hinsichtlich wichtiger soziodemographischer und drogenkonsumrelevanter Merkmale vorgenommen werden.

Zur Bewertung der Zielgruppenerreichung werden auch die Einschätzungen der interviewten Pflegekräfte berücksichtigt. Welche (positiven wie negativen) Erfahrungen haben sie in der Praxis mit der Erreichbarkeit der Zielgruppen gemacht? Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus der Praxiserfahrung ableiten?

3.2.3 Akzeptanz

Die Akzeptanz der Interventionen soll anhand folgender Kriterien evaluiert werden:

- Wie viele Personen der Zielgruppe konnten mit mehreren Interventionen erreicht werden? Wie viele Personen haben ausschließlich das (obligatorische) Erstkontaktgespräch genutzt?

- Aussagen der Projektteilnehmenden: Wie wurde der Nutzen der Interventionen von den Teilnehmenden beurteilt? Wie hoch ist ihre Motivation, an weiteren Interventionen teilzunehmen? Welche Interventionen wurden besonders gut angenommen?

Zusätzlich wird ermittelt, wie hoch die Anzahl der Kontakte mit den Konsumraumeinrichtungen ist, die zwischen dem Aufnahmegespräch und einer weiteren Intervention liegen. Weiterhin wird zur Bewertung der Akzeptanz betrachtet, in welchem Umfang Interventionen außerhalb des Modellprojekts (z.B. im Streetwork) durchgeführt und angenommen wurden.

3.2.4 Wirkung der Interventionen

Die Wirkung der Interventionen soll anhand der drei zentralen Kriterien ‚Erhöhung des Wissens zur Hepatitis-C-Virusinfektion' ‚Verminderung des Risikoverhaltens' und ‚Verringerung von Neuinfektionen' beurteilt werden.

Erhöhung des Wissens zur Hepatitis-C Virusinfektion

Es soll überprüft werden, ob die Interventionen dazu beitragen konnten, das Wissen der Projektteilnehmenden zu Übertragungswegen, Prävention und Therapie einer Hepatitis-C Infektion zu erhöhen.

Verminderung des Risikoverhaltens

Die Stärkung des Risiko- und Blutbewusstseins ist ein zentrales Zielkriterium der HCV-spezifischen Interventionen. Da sich dieses Kriterium nur schwer direkt ermitteln lässt, erfolgt die Beantwortung dieser Fragestellung auf Grundlage der folgenden Ansätze:

a) Indirekte Bewertung auf Grundlage der Konsumraumnutzung: Eine zentrale Funktion von Drogenkonsumräumen besteht darin, Bedingungen für einen sicheren und hygienischen Drogenkonsum zu schaffen und den Konsum in der Öffentlichkeit zu reduzieren. Vor diesem Hintergrund wird eine häufige Nutzung von Konsumraumangeboten als Indikator für ein risikobewusstes Drogenkonsumverhalten gewertet. Zur Bewertung des Risikoverhaltens wird daher der Zeitraum und die Frequenz der Konsumraumnutzung für die Projektteilnehmenden sowie die übrigen Konsumraumnutzenden betrachtet. In diesem Zusammenhang wird auch der Anteil an intravenösen Konsumvorgängen betrachtet.

b) Veränderungen des intravenösen Konsums als Folge der Intervention: Um eine mögliche direkte Wirkung der Kurzinterventionen zu untersuchen, wird personenbezogen für die Projektteilnehmenden ausgewertet, ob nach der Teilnahme an den Kurzinterventionen eine Verringerung des intravenösen Konsumvorgänge zu beobachten ist.

c) Wechsel zum intravenösen Konsum: Unter dem Gesichtspunkt der HCV-präventiven Frühintervention ist ein Ziel des Modellprojektes, einen Umstieg in den intravenösen Konsum zu verhindern. Zur Beurteilung des Risikoverhaltens wird daher untersucht, ob ein Umstieg in den intravenösen Drogenkonsum bei den Projektteilnehmenden seltener auftrat als bei den übrigen Drogenkonsumierenden.

d) Befragung zum Infektionsrisiko: Wie stellt sich das Risikobewusstsein und -verhalten der Projektteilnehmenden in ihrem Konsum- und Lebensalltag dar? Ändert sich das Risikoverhalten beim Drogenkonsum infolge der Teilnahme an den Interventionen? Die Bewertung dieser Fragestellung soll auf der Grundlage problemzentrierter Einzelinterviews mit den Projektteilnehmenden sowie mit Hilfe eines Fragebogens erfolgen.

Verringerung von Neuinfektionen

Um die Wirkung der Interventionen im Hinblick auf eine Verminderung von HCV-Neuinfektionen zu beurteilen, sind die Ergebnisse der HCV-Bluttests von zentraler Bedeutung. Die Testergebnisse liefern einen validen Nachweis über den HCV-Infektionsstatus der Projektteilnehmenden. Eine Bewertung der Rate an Neuinfektionen kann daher nur auf Grundlage einer ausreichenden Anzahl durchgeführter Bluttests erfolgen.

3.3 Datengrundlage für die Evaluation

Für die Evaluation der HCV-spezifischen Interventionen wird eine Vielzahl von Datenquellen ausgewertet, die im Erhebungszeitraum (1. Februar 2009 bis 31. Dezember 2010) gewonnen wurden. Dies umfasst erstens Daten, die mit Hilfe von Frage- oder Dokumentationsbögen in standardisierter Form erhoben wurden. Des Weiteren wurden die routinemäßig von den Einrichtungen der *Fixpunkt e.V.* erhobenen Daten (Sekundärdaten) analysiert. Als dritte Datengrundlage dienen leitfadengestützte Interviews mit den Pflegekräften der drei Einrichtungen sowie mit insgesamt 30 Projektteilnehmenden. Alle Daten wurden personenbezogen anhand des HIV-Codes erhoben und ausgewertet.

3.3.1 Standardisierte Erhebung quantitativer Daten

a) Interventionsdokumentation

Wie bereits in Kapitel 3.1 erläutert, wurde ein standardisiertes Dokumentationsverfahren zur systematischen Protokollierung der Interventionen erarbeitet. Bei jeder Durchführung einer Intervention erfolgte eine personenbezogene Dokumentation anhand des HIV-Codes. Der Dokumentationsbogen umfasst die folgenden Variablen: Ort (Setting) des Gespräches, Art der Intervention, Vollständigkeit, thematischer Umfang und Dauer der Intervention, sowie Interventionsabbrüche und deren Gründe (siehe Anhang 1).

Überdies liegen Daten zu Interventionen außerhalb des Modellprojekts vor. Hierbei wurden Drogenkonsumierende beispielsweise Rahmen von Streetwork erreicht, die nicht als Projektteilnehmende gelten. Der HCV-Status wurde hierbei nicht erfragt, da sich die Interventionen an alle im jeweiligen Setting erreichbaren Drogenkonsumierenden richteten. Dementsprechend wurde in diesen Fällen keine standardisierte Interventionsdokumentation durchgeführt. Stattdessen wurde die Anzahl und Art der durchgeführten Interventionen sowie das Geschlecht der jeweiligen Person per Strichliste erfasst. Diese Art der Dokumentation umfasst den Zeitraum vom 4. August 2009 bis zum 16. Dezember 2010. Die Daten dieser „Nicht-Teilnehmer“ sind zur Bewertung der Umsetzbarkeit und der Akzeptanz in die Auswertung eingeflossen.

b) Fragebogen zum Infektionsrisiko

Im Rahmen der Intervention „Testberatung, HCV-Bluttest und Mitteilung des Testergebnisses“ wurde ein kurzer, eine DIN-A4-Seite umfassender Fragebogen zur Erhebung des individuellen Risikoverhaltens eingesetzt. Der Fragebogen umfasst Items zur Infektion mit HBV oder HCV (Ist dem Klienten oder der Klientin eine Infektion bekannt? Wurden in der Vergangenheit Hepatitis-Tests durchgeführt? Wie lange liegt der letzte Test zurück?). Weiterhin wurde das Auftreten und die Häufigkeit folgender Verhaltensweisen erfragt: Tätowieren/Piercen im nicht professionellen Rahmen, Händewaschen vor dem Drogenkonsum, Benutzung ausschließlich eigener Konsumutensilien (siehe Anhang 3).

Der Fragebogen zum Risikoverhalten wurde als Leitfaden für die Testberatung verwendet und somit als persönliches Interview geführt. Die Bögen wurden von den Pflegekräften ausgefüllt und liegen für den Zeitraum vom 3. Dezember 2009 bis zum 30. November 2010 vor.

c) Erfassung und Dokumentation des HCV-Status

Um Informationen zum HCV-Status und einer möglichen Serokonversion zu erhalten, wurden von allen Projektteilnehmenden Selbstangaben zum HCV-Status erhoben. Dokumentiert wurde, ob der HCV-Status negativ, akut, chronisch, oder unbekannt ist, ob eine HCV-Therapie erfolgte und ob diese Therapie erfolgreich war. Die Selbstangaben zum HCV-Status wurden personenbezogen anhand des HIV-Codes bei der jeweils ersten Intervention erhoben. Bei weiteren Interventionen erfolgte eine erneute Befragung zum HCV-Status, sofern seit der letzten Erhebung mindestens 6 Monate vergangen waren.

Erfolgte im Rahmen der Testberatung ein HCV-Bluttest, wurden die Ergebnisse des Bluttests (positiv/negativ) sowie die Art des Bluttests (Antikörper/PCR) erfasst.

Die Daten zum HCV-Status wurden zusammen mit der Interventionsdokumentation im Verlauf des gesamten Erhebungszeitraums erfasst. Die Angaben wurden zunächst schrift-

lich auf einer Karteikarte dokumentiert und für die Auswertung in eine Excel-Tabelle übertragen.

d) Wissensquiz - Fragebogen zum HCV-spezifischen Wissen

Die Items des Wissensquiz wurden dem bereits bestehenden Quiz aus dem deutschen Handbuch zu Hepatitis-C und Drogengebrauch (Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch 2006) entnommen. Aus diesem Quiz wurden alle mit ja oder nein beantwortbaren Fragen zum HCV-spezifischen Wissen verwendet. Der hieraus entstandene Fragebogen gliedert sich in drei Teile: Übertragbarkeit des Hepatitis-C Virus, Vermeidung einer Ansteckung mit dem Hepatitis-C Virus und die Behandlung einer Hepatitis-C Infektion. Insgesamt umfasst das Wissensquiz 24 Fragen (siehe Anhang 2).

Das Ausfüllen des Wissensquiz war für die Teilnehmenden freiwillig. Jedoch wurde jede Person, die an einer Intervention teilgenommen hatte, mit Anreizen wie Feuerzeug, Handwaschlotion, oder anderen „Belohnungen“ dazu motiviert, das Quiz auszufüllen.

3.3.2 Analyse von Sekundärdaten zu den Projekt-Teilnehmenden

Die Nutzer und Nutzerinnen der Berliner Drogenkonsumräume werden elektronisch erfasst. Diese Daten werden routinemäßig von den Einrichtungen des *Fixpunkt e.V.* erhoben und somit nicht speziell im Kontext des Modellprojektes. Zu diesen Daten gehören die Erstkontaktdaten sowie die Daten zur Konsumraumnutzung.

Zur Erstellung des Endberichts wurden die beiden Datensätze vom *Fixpunkt e.V.* als unbereinigte Exceltabellen an das Hamburger Forschungsinstitut ZIS übermittelt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der Dokumentationsaufwand in den niedrigschwelligen Einrichtungen sehr hoch ist und die zu dokumentierenden Angaben sehr differenziert sind. Zugleich birgt diese Differenziertheit vielfältige Fehlerquellen, insbesondere was die Richtigkeit des 11-stelligen HIV-Codes angeht. Die zur Verfügung gestellten Datentabellen beziehen sich auf alle drei Einrichtungen – *Birkenstube*, *SKA* und *DKM* – und umfassen die Zeitspanne vom 1. Januar 2008 bis zum 31. Dezember 2010. Für die wissenschaftliche Analyse wurden alle Excel-Tabellen in SPSS-Dateien umgewandelt und fehlerhafte Dateneingaben wurden bereinigt.

a) Erstkontaktdaten

Die Erstkontaktdaten der Klienten und Klientinnen werden in der jetzigen Form seit 2007[4] von allen Drogenkonsumierenden erfasst, die das erste Mal einen Drogenkonsumraum in der entsprechenden Berliner Einrichtung nutzen möchten und dazu einen Vertrag mit dieser Einrichtung abschließen müssen.

Die für die Auswertung herangezogenen Erstkontaktdaten umfassen die folgenden personenbezogenen Angaben: HIV-Code, Datum des Erstvertrags, Geschlecht, Alter, Nationalität, Migrationshintergrund, Wohnstatus am Tag der Aufnahme und in den vorangegangenen 6 Monaten, Angaben zum HIV-, HBV- und HCV-Status, sowie Angaben zum Drogenkonsumverhalten in den letzten 30 Tagen. Die Angaben zum Drogenkonsumverhalten umfassen neben Art und Anzahl der konsumierten Substanzen auch die jeweilige Applikationsform (intravenös, oral, rauchen, sniefen, sonstiges), sowie die Anzahl der Konsumtage pro Substanz innerhalb der letzten 30 Tage. Zusätzlich wurde das Alter bei Erstkonsum erhoben und erfragt, ob zu irgendeinem Zeitpunkt in der Vergangenheit („jemals“) ein intravenöser Drogenkonsum vorlag.

Die Erstkontaktdaten enthalten nur Informationen, die einmalig am Tag des Erstkontaktes erhoben wurden. Sie liefern demzufolge keine Verlaufsdaten zu den Klienten und Klientinnen.

b) Daten zur Konsumraumnutzung

Von allen Drogenkonsumierenden werden Daten zur Häufigkeit und Art der Konsumraumnutzung[5] erhoben. Während die Erstkontaktdaten nur einmalig erfasst werden, werden die Daten zur Konsumraumnutzung fortlaufend bei jedem Konsumvorgang dokumentiert.

Jede Person, die einen der Konsumräume nutzt, teilt den Pflegekräften vor Ort mit welche Substanz sie auf welche Art und Weise konsumieren möchte. Diese Angaben werden für jeden Konsumvorgang personenbezogen erfasst. Die Dokumentation der Konsumraumnutzung liefert somit für jede individuelle Person (Zuordnung anhand des HIV-Codes) Verlaufsdaten zur konsumierten Substanz, zum Konsummuster und zum Datum des Konsumvorgangs.

[4] Die Erstkontaktdaten werden zusätzlich elektronisch mit dem Programm „Patfaq light“ eingegeben und stellen zugleich Teile des Kerndatensatz (KDS) dar, der an das IFT für die bundesweite Auswertung übermittelt wird.

[5] Die Daten zur Konsumraumnutzung erfolgen personenbezogen über den HIV-Code und werden mit dem Programm „Way“ eingegeben.

3.3.3 Interviews mit Pflegekräften und Teilnehmenden

Um eine Einschätzung zur Umsetzbarkeit und Akzeptanz der Interventionen in der Praxis zu erhalten, wurden im Rahmen der Evaluation Interviews mit den Pflegekräften des Modellprojektes sowie mit den Projekt-Teilnehmenden durchgeführt. Bei beiden Gruppen stehen die jeweiligen Erfahrungen mit den Interventionen im Mittelpunkt der problemzentrierten Interviews.

Gruppeninterviews mit den hauptamtlichen Pflegekräften

Im Sinne einer übergreifenden Einschätzung und Bewertung der Interventionen wurden mit den hauptamtlich beschäftigten Pflegekräften, die in den Drogenkonsumräumen der drei Einrichtungen tätig sind, zweimalig Gruppeninterviews geführt. Die ersten Interviews fanden nach einem Jahr Laufzeit des Modellprojektes statt und wurden für den Zwischenbericht ausgewertet[6]. Die zweite Befragung erfolgte nach zwei Jahren der Evaluation, um erneut die Erfahrungen mit der Umsetzung der Interventionen zu erheben. Nur diese Befragung wird für den vorliegenden abschließenden Bericht zur Evaluation des Modellprojektes ausgewertet.

In den Interviews richtete sich ein zentrales Thema auf ihre Erfahrungen der Pflegekräfte mit der Durchführbarkeit der Interventionen und Erreichbarkeit der Zielgruppen. Die Interviews dienten dazu, Einschätzungen zu erfolgreich verlaufenden Interventionen, praktischen Problemen und Verbesserungsvorschläge zu erfassen.

Für die problemzentrierten Interviews wurden Leitfäden entwickelt, die das Gespräch thematisch strukturieren. Bei den Interviews mit den Pflegekräften der drei Einrichtungen standen folgende Themenbereiche im Vordergrund:

- Umsetzbarkeit der Interventionen und Zielerreichung
- Erfahrungen mit der Akzeptanz des Projektes unter den Drogenkonsumierenden
- Empfehlungen für Maßnahmen zur Optimierung der Interventionen.

Problemzentrierte Einzelinterviews mit Interventions-Teilnehmenden

Im Laufe der Evaluation wurden problemzentrierte Einzelinterviews mit insgesamt 30 Drogenkonsumierenden geführt, die an mindestens einer Intervention vollständig teilgenommen haben. Für eine erste Zwischenbilanz wurden die ersten 15 Interviews im Februar 2010 geführt – also nach einem Jahr der Evaluation. Die weiteren 15 Interviews sind nach zwei Jahren der Evaluation durchgeführt worden. Hierbei ist anzumerken, dass

[6] Die erste Befragung wurde im Februar 2010 nach einem Evaluationsjahr durchgeführt, um eine Zwischenbilanz zu ziehen, die für eine Anpassung der Interventionen von Nutzen ist.

es sich bei den zweiten Interviews nicht um dieselben Personen wie beim ersten Interview handelt. Für den vorliegenden Abschlussbericht werden nur diese letzten 15 Interviews berücksichtigt. Für die Teilnahme an einem Interview hat der *Fixpunkt e.V.* eine Aufwandsentschädigung von 10 Euro gezahlt.

Alle problemzentrierten Einzelinterviews wurden von dem wissenschaftlichen Personal des Hamburger Forschungsinstituts ZIS durchgeführt. Bei den Interviews standen die Erfahrungen mit den Interventionen und die subjektiven Bewertungen zur Qualität und zum Nutzen der Interventionen im Vordergrund. Thematisiert wurde auch, inwiefern das HCV-relevante Wissen in den Alltag umgesetzt werden kann.

Der Leitfaden für die Interviews mit den Teilnehmenden des Modellprojektes umfasste folgende Themenbereiche:

- Wissen zu Risiken und Prävention von einer Hepatitis-C Virusinfektion
- Akzeptanz der Interventionen und subjektive Zufriedenheit mit den Interventionen
- Umsetzbarkeit des Wissens zur HCV-Infektionsrisiken in präventives Verhalten
- Vorschläge zur Verbesserung der Interventionen.

Alle Interviews wurden jeweils auf Mikrokassetten aufgenommen und anschließend wörtlich transkribiert. Bei der Transkription wurden sprachliche Unzulänglichkeiten der wörtlichen Rede geglättet.

3.4 Auswertung der erfassten Daten

3.4.1 Umsetzbarkeit

Die quantitative Auswertung zur Frage der Umsetzbarkeit erfolgt auf Grundlage der Daten zur Interventionsdokumentation. Folgende Items des Dokumentationsbogens (siehe Anhang 1) werden deskriptiv ausgewertet:

- „Die HCV-spezifische Intervention wurde in folgendem Umfang durchgeführt:“
- „Die zentralen Themen der Intervention wurden angesprochen.“
- „Falls teilweise oder nein, was waren die Gründe dafür, die Intervention nicht wie geplant umzusetzen?“
- „Die HCV-spezifische Intervention dauerte __ Minuten.“

Dies wird für die Gesamtzahl aller durchgeführten Interventionen sowie getrennt nach Interventionsart betrachtet. Für einen Vergleich der Settings wird dies zudem getrennt für die mobilen Einrichtungen (*SKA*, *DKM*) und die feste Einrichtung *Birkenstube* dargestellt.

In Ergänzung zur quantitativen Auswertung werden die problemzentrierten Interviews mit Fachkräften herangezogen. Diese stellen eine wichtige Datenquelle zur Beurteilung der Umsetzbarkeit dar und werden qualitativ ausgewertet.

3.4.2 Zielgruppenerreichung

Zur Zielgruppe des Modellprojektes gehören alle Nutzerinnen und Nutzer der Konsumraumangebote von *Fixpunkt e.V.* mit negativem oder unbekanntem HCV-Status.

Die **Zielgruppe** wird wie folgt definiert:

- Der Klient oder die Klientin muss innerhalb des Erhebungszeitraums (vom 1. Februar 2009 bis 31. Dezember 2010) in einer der drei Einrichtungen präsent gewesen sein. Es werden daher nur HIV-Codes einbezogen, die innerhalb dieses Zeitraums in den Daten zur Konsumraumnutzung oder der Interventionsdokumentation verzeichnet sind.
- Der HCV-Status des Klienten oder der Klientin muss laut Selbstangaben negativ oder unbekannt sein. Bei den Projektteilnehmenden sind hierfür die Selbstangaben maßgeblich, die im Rahmen der ersten Intervention erfragt wurden. Bei Klienten oder Klientinnen, die nicht an einer Intervention teilgenommen haben, sind die Angaben zum HCV-Status aus den Erstverträgen maßgeblich (siehe Kapitel 3.2.2).

Als **Projektteilnehmende** gelten alle Personen der hier definierten Zielgruppe, die an mindestens einer HCV-spezifischen Intervention teilgenommen haben. Die Rest- oder **Vergleichsgruppe** besteht aus den Personen der Zielgruppe, die an keiner Intervention teilgenommen haben.

Für die *allgemeine* Erreichungsquote wird auf dieser Grundlage bestimmt, wie hoch der Anteil von Projektteilnehmenden an der Zielgruppe ist.

Weiterhin wird geprüft, zu welchem Anteil die folgenden beiden Untergruppen erreicht wurden:

- HCV-negative Klienten und Klientinnen, die intravenös Drogen konsumieren.
- HCV-negative Klienten und Klientinnen, deren Einstieg in den i.v. Konsum maximal zwei Jahre zurückliegt.

Ausgehend von den Angaben im Erstvertrag wird der Umfang dieser beiden Untergruppen bestimmt und der Anteil an erreichten Projektteilnehmenden ermittelt.

Zusätzlich wird im 3-Jahres-Verlauf (1. Januar 2008 bis 31. Dezember 2010) dargestellt, wie viele Personen der Zielgruppe pro Monat in den Konsumräumen vertreten und damit für Interventionen prinzipiell erreichbar sind.

Die *interventionsspezifischen* Zielsetzungen wurden zu Projektbeginn wie folgt definiert:

- *Erstkontaktgespräch:* Pro Jahr werden 500 Drogenkonsumierende erreicht (1500 im Projektverlauf)
- *Zielgruppengespräch*: Pro Jahr werden 150 Drogenkonsumierende erreicht (450 im Projektverlauf).

- *Prophylaktische Impulse*: Pro Jahr erhalten 150 Drogenkonsumierende einen Impuls (450 im Projektverlauf).
- *Testberatung*, HCV-Bluttest und Mitteilung des Testergebnisses: Die Mehrheit der erreichten Zielgruppe wird beraten und Bluttests werden durchgeführt.

Zur Bewertung der *interventionsspezifischen* Zielsetzungen wird die Anzahl der jeweiligen Interventionen im gesamten Erhebungszeitraum sowie getrennt für die Jahre 2009 und 2010 ermittelt.

Weiterhin wird untersucht, ob die Gruppe der Projektteilnehmenden repräsentativ für die gesamte Zielgruppe ist. Als Grundlage hierzu dienen die beim Erstkontaktgespräch dokumentierten Daten. Projektteilnehmende und Vergleichspersonen werden hinsichtlich der folgenden soziodemographischen und konsumbezogenen Merkmale beschrieben und auf signifikante Unterschiede überprüft:

- Soziodemographische Merkmale: Alter, Geschlecht, Nationalität, Wohnsituation.
- Konsumbezogene Merkmale: Anzahl, Art, Konsumhäufigkeit und Applikationsform der konsumierten Substanzen, Alter beim Erstkonsum von Opiaten und Kokain, Dauer des Konsums der Hauptdroge, Prävalenz intravenösen Konsums („jemals intravenös konsumiert“), individuelle Zeitspanne der Konsumraumnutzung.

Die quantitative Auswertung wird vervollständigt durch die Einschätzungen der interviewten Pflegekräfte. Welche (positiven wie negativen) Erfahrungen haben sie in der Praxis hinsichtlich der Erreichbarkeit der Zielgruppen gemacht? Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus der Praxiserfahrung ableiten?

3.4.3 Akzeptanz

Um die Akzeptanz der Kurzinterventionen zu bewerten, erfolgt auf Basis der Daten zur Interventionsdokumentation eine deskriptive Auswertung der folgenden Fragestellungen:

- Wie viele Personen haben an mehreren Interventionen teilgenommen?
- Wie viele Projektteilnehmende nahmen nach dem Erstgespräch noch an weiteren Interventionen teil? Wie viele Personen haben ausschließlich das (obligatorische) Erstkontaktgespräch genutzt?
- Wie viele Kontakte mit den Drogenkonsumeinrichtungen lagen zwischen dem Erstkontaktgespräch und einer weiteren Intervention? Zur Ermittlung der Anzahl an Kontakten wurde die Konsumraumdokumentation herangezogen. Ein „Kontakt“ ist hierbei definiert als ein Tag, an dem eine Person im Konsumraum verzeichnet war (unabhängig von der Anzahl der Konsumvorgänge).

Weiterhin werden zur Beurteilung der Akzeptanz die per „Strichliste“ erhobenen Angaben zu den Interventionen berücksichtigt, die außerhalb des Modellprojektes stattfanden. Hier-

bei wird die Anzahl durchgeführter Interventionen pro Interventionsart dargestellt und eine kurze Betrachtung nach Setting (Streetwork, niedrigschwellige Einrichtungen, etc.) vorgenommen.

Gerade in der Frage der Akzeptanz bieten die Einzelinterviews mit den Projektteilnehmenden eine wichtige Datengrundlage. Hierbei werden Sinn und Nutzen der Interventionen aus Sicht der Teilnehmenden sowie die subjektive Zufriedenheit mit den Interventionen erfragt und qualitativ ausgewertet.

3.4.4 Wirkung der Interventionen

Erhöhung des Wissens zur Hepatitis-C Virusinfektion

Es wird ermittelt, wie viele der 24 Fragen von den teilnehmenden Drogenkonsumierenden richtig beantwortet wurden. Hierbei wird der HCV-bezogene Wissensstand in die folgenden fünf Kategorien eingeteilt.

Beurteilung des Wissenstands

Sehr geringes Wissen: 0-6 Fragen wurden richtig beantwortet
Geringes Wissen: 7-10 Fragen wurden richtig beantwortet
Mittleres Wissen: 11-15 Fragen wurden richtig beantwortet
Gutes Wissen: 16-20 Fragen wurden richtig beantwortet
Sehr gutes Wissen: 21-24 Fragen wurden richtig beantwortet

Die Auswertung erfolgt zunächst als Querschnittanalyse, wobei jeweils der erste Quizbogen jeder Person ausgewertet wird.

Zusätzlich werden die Projektteilnehmenden im Verlauf betrachtet, um einen möglichen Zugewinn an Wissen durch die Teilnahme an den Interventionen zu bestimmen. Hierzu wird für Teilnehmende, die mehrere Quizbögen ausgefüllt haben, das jeweils erste Quiz mit dem jeweils letzten Quiz hinsichtlich der Anzahl korrekter Antworten verglichen.

Verminderung des Risikoverhaltens

a) Indirekte Bewertung auf Grundlage der Konsumraumnutzung:

Zur Bewertung des Risikoverhaltens wird ermittelt, wie sich Zeitraum und Frequenz der Konsumraumnutzung für Projektteilnehmende und Vergleichsgruppe darstellen. Als Datengrundlage dient hierbei die von *Fixpunkt e.V.* erhobene Dokumentation der Konsumvorgänge.

Der Zeitraum der Konsumraumnutzung umfasst die individuelle Zeitspanne zwischen erstem und letztem Konsumtag einer Person.

Die Frequenz der Konsumraumnutzung wird, ausgehend von 26 Öffnungstagen im Monat, in die vier folgenden Kategorien unterteilt:

- 0 - 5 Tage: seltene Nutzung.
- 6 - 13 Tage: gelegentliche Nutzung.
- 14 - 21 Tage: häufige Nutzung.
- mehr als 21 Tage: intensive Nutzung.

Die errechnete Frequenz der Konsumraumnutzung wird aus der Anzahl der Konsumvorgänge einer Person innerhalb ihres individuellen Zeitraums bestimmt.

Um Verlaufsdaten zur Konsumraumnutzung zu erhalten, werden zudem individuelle 12-Monats-Verläufe ermittelt. Hierbei werden diejenigen Klienten und Klientinnen betrachtet, die in dem Zeitraum zwischen dem 1.1.2008 und dem 31.12.2009 einen Erstvertrag zur Nutzung eines Drogenkonsumraumes des *Fixpunkt e.V.* abgeschlossen haben. Von jeder Person wird ein 12-monatiger Beobachtungszeitraum ab dem Datum des Erstvertrags betrachtet. Hat ein Klient beispielsweise den Erstvertrag am 28.11.2008 unterzeichnet, werden die anschließenden 12 Monate seiner Nutzung ab diesem Datum betrachtet. Zur Berechnung der individuellen Nutzungsmonate wird jeder Monat auf 30 Tage festgelegt. Auf Basis der individuellen Nutzungsmonate wird ausgewertet:

- Hat diese Person den Konsumraum in dem jeweiligen Monat (M1, M2 usw.) mindestens einmal genutzt oder nicht?
- Wie viele Konsumvorgänge dieser Person sind für den jeweiligen Monat verzeichnet?
- Wie hoch ist der Anteil an intravenösen Konsumvorgängen dieser Person? Hierzu wird aus der Anzahl aller Konsumvorgänge einer Person der Anteil an intravenösen Konsumvorgängen (in Prozent) errechnet.

Zur Beschreibung des individuellen Anteils intravenöser Konsumvorgänge werden die folgenden Definitionen verwendet:

- „Nie“ bedeutet keine intravenösen Konsumvorgänge.
- „Wechselnd“ umfasst einen Anteil an intravenösen Konsumvorgängen, der zwischen 1 % und 99 % liegt.
- „Immer“ steht für ausschließlich intravenöse Konsumvorgänge.

b) Veränderungen des intravenösen Konsums als Folge der Intervention: Um eine mögliche direkte Wirkung der HCV-spezifischen Interventionen zu untersuchen, wird für die Projektteilnehmenden personenbezogen ausgewertet, ob sich nach der Teilnahme an den Kurzinterventionen der Anteil an intravenösen Konsumvorgänge verringert. In diese Analyse wer-

den nur diejenigen Projektteilnehmenden einbezogen, die nicht lediglich das (obligatorische) Erstkontaktgespräch genutzt haben.

Für die Gruppe dieser Personen wird Folgendes erhoben:

- Der Anteil intravenöser Konsumvorgänge (in Prozent) für den individuellen Zeitraum vor der ersten Intervention und
- der Anteil intravenöser Konsumvorgänge (in Prozent) im individuellen Zeitraum nach der letzten Intervention.

Ein möglicher Unterschied zwischen diesen beiden Zeiträumen wird auf statistische Signifikanz überprüft.

c) Wechsel zum intravenösen Konsum:

Es wird überprüft, ob ein Umstieg in den intravenösen Drogenkonsum bei den Projektteilnehmenden seltener ist als bei den Personen der Vergleichsgruppe.

Als Umsteiger wird eine Person betrachtet, welche die folgenden drei Kriterien erfüllt:

- Zu Beginn der Konsumraumnutzung (ab Erstvertrag) erfolgen die ersten 10 Konsumvorgänge nicht intravenös.
- Nach dieser Zeitspanne findet ein intravenöser Konsumvorgang statt.
- Nach diesem intravenösen Konsumvorgang hat diese Person in den folgenden drei Monaten in mindestens 70 % aller Konsumvorgänge intravenös konsumiert.

d) Fragebogen zum Infektionsrisiko:

In Ergänzung zu den vorherigen Analysen zur Bewertung des Risikoverhaltens wird der Fragebogen zum Infektionsrisiko, der von den Pflegekräften im Rahmen der HCV-Testberatung ausgefüllt wurde (siehe Anhang 3), deskriptiv ausgewertet. werden die problemzentrierten Einzelinterviews mit den Klientinnen und Klienten, die an Interventionen teilgenommen haben, zur Beurteilung dieser Fragestellung berücksichtigt.

Verringerung von Neuinfektionen

Eine Bewertung der Rate an Neuinfektionen kann nur auf Grundlage einer ausreichenden Anzahl durchgeführter Bluttests erfolgen. Die Auswertbarkeit dieser Fragestellung ist im hohen Maße davon abhängig, wie viele HCV-Bluttests durchgeführt wurden und wie viele Drogenkonsumierende sich mehreren HCV-Tests unterzogen haben, damit auswertbare Verlaufsdaten vorliegen.

Unabhängig von dem Vorliegen von Verlaufsdaten wird für die auf eine HCV-Infektion getesteten Drogenkonsumierenden ermittelt, bei wie vielen Personen (die laut Selbstanga-

ben HCV-negativ sind oder ihren Status nicht kennen) ein positives Testergebnis auftritt. Diese Personen werden mit denjenigen Drogenkonsumierenden, die weiterhin HCV-negativ geblieben sind, daraufhin verglichen, wie häufig sie intravenös konsumiert haben und wie lange sie bereits Drogen konsumieren (Dauer des Konsums bis zum Zeitpunkt des Erstvertrags).

3.4.5 Datenbereinigung und statistische Auswertung

Bereinigung der HIV-Codes

Die 11-stelligen HIV-Codes stellen eine Fehlerquelle bei der Dateneingabe dar. So können Schwierigkeiten bei der personenbezogenen Auswertung aus Tippfehlern resultieren und die Zuordnung von HIV-Codes zu Einzelpersonen erschweren. Zudem kann nicht immer zweifelsfrei sichergestellt werden, dass Klienten bei gleichzeitiger Aufnahme in mehreren Einrichtungen denselben HIV-Code erhalten haben. Es wurden daher die folgenden Schritte zur Bereinigung der HIV-Codes vorgenommen:

- Um Personen zu identifizieren, denen mehr als ein HIV-Code zugewiesen wurde, sind die Erstvertragsdaten auf doppelte Fälle in den Variablen Geburtsdatum und Geschlecht überprüft worden. Für die so identifizierten Fälle, die unterschiedliche HIV-Codes, jedoch identische Angaben bei Geburtsdaten und Geschlecht aufwiesen, wurde von *Fixpunkt e.V.* durch einen Abgleich von Geburtsdatum, Geschlecht und Name der Person geprüft, inwieweit es sich um dieselben Personen handelte. Sofern dies der Fall war und eine Person mehrere HIV-Codes aufwies, wurde dieser Person im Rahmen der vorliegenden Auswertung der jeweils alphabetisch erste Code zugewiesen.
- Weiterhin wurden HIV-Codes mit weniger als 11 Ziffern identifiziert und in Absprache mit *Fixpunkt e.V.* um die fehlenden Ziffern ergänzt. Alle HIV-Codes wurden auf Konsistenz mit dem angegebenen Geburtsdatum überprüft und mit den an das ZIS übermittelten Datensätzen (Erstvertragsdaten, Konsumraumdokumentation und Interventionen) abgeglichen. In Absprache mit *Fixpunkt e.V.* wurden Inkonsistenzen von Geburtsjahr und HIV-Code korrigiert.
- Die Bereinigung der HIV-Codes wurde vom ZIS in den vier Datensätzen - Erstvertragsdaten, Interventionsdaten, Konsumraumdokumentation, und Dokumentation des HCV-Status - vorgenommen. Alle statistischen Analysen erfolgen mit den bereinigten Daten.

Weitere Datenbereinigungen

- Inkonsistenzen zwischen der Interventionsdokumentation und dem Wissensquiz (z.B. im Datum), oder inhaltliche Inkonsistenzen (z.B. zwischen Geburtsdatum und Alter bei Erstaufnahme) wurden ebenfalls bereinigt.
- Sofern von einer Person mehrere Erstvertragsdaten vorhanden waren (z.B. bei Aufnahme in mehreren Einrichtungen) wurde folgendermaßen vorgegangen: Wenn alle

Neuaufnahmen einer Person vor dem Startdatum der Interventionen (1. Februar 2009) stattfanden, wurden die jeweils aktuellsten Erstvertragsdaten verwendet. Fand eine der Neuaufnahmen nach dem Startdatum der Interventionen statt, wurden die jeweils ältesten Erstvertragsdaten dieser Person verwendet.

Statistische Methoden

Die statistische Auswertung erfolgte mit Hilfe der Software SPSS für Windows, Version 16.0. Deskriptive Ergebnisdarstellungen erfolgen für kategoriale Daten mit Hilfe von Kreuztabellen; für metrische Daten werden Mittelwerte und Standardabweichungen (SD) errechnet. Zur Prüfung statistischer Signifikanzen wird bei kategorialen Daten der χ^2-Test verwendet, Mittelwertunterschiede bei metrischen Daten werden mit Hilfe von t-Tests untersucht. Sofern Verlaufsdaten auf statistische Signifikanz geprüft werden, wird bei mehr als zwei Messzeitpunkten die Varianzanalyse mit Messwiederholung angewendet. Liegen nur zwei Messzeitpunkte bzw. -zeiträume vor, wird bei metrischen Daten der t-Test für abhängige Stichproben verwendet, bei kategorialen Daten der Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben. Alle Tests auf statistische Signifikanz erfolgen zweiseitig, wobei ein α-Fehler-Niveau von 5 % zugrunde gelegt wird. Ein Wert von $p < ,05$ gilt somit als statistisch signifikant.

4 Interventionen des Modellprojektes zur Hepatitis-C Prävention

Das Bundesmodellprojekt zur Frühintervention als Maßnahme der Hepatitis-C Prävention wurde in den drei Berliner Einrichtungen *Birkenstube*, *SKA* und dem *Drogenkonsummobil* (*DKM*) durchgeführt. Alle drei Einrichtungen sind als niedrigschwellige Drogenhilfeangebote mit einem Konsumraumangebot konzipiert. Die Umsetzung des Modellprojektes innerhalb von Konsumraumangeboten bietet zwei Vorteile: a) der Zugang zu Risikogruppen unter den Drogenkonsumierenden ist vorhanden und b) es stehen medizinisch ausgebildete Pflegekräfte zur Verfügung, die qualifiziert Hygienestandards und Maßnahmen der Infektionsprophylaxe vermitteln können.

Die Tätigkeiten in den Konsumräumen werden von sechs hauptamtlichen Pflegekräften mit einer medizinischen Ausbildung geleistet. Die Pflegekräfte werden durch 10 geringfügig Beschäftigte (auf 400 Euro Basis) mit einer medizinischen Ausbildung oder einer spezifischen Berufserfahrung unterstützt. An jedem der drei Konsumraumstandorte besteht ein Team aus einer hauptamtlichen und einer geringfügig beschäftigten Pflegekraft. Gemäß der Berliner Verordnung über die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen des Landes Berlin vom 10. Dezember 2002 muss neben der medizinischen Versorgung und Beratung auch qualifiziertes Personal für die Vermittlung von weiterführenden Angeboten und ausstiegsorientierten Hilfen zu Verfügung stehen. In der Einrichtung *Birkenstube* wird die Anwesenheit von Fachkräften der Sozialarbeit durch den Träger *Vista gGmbH* (Verbund für integrative soziale und therapeutische Arbeit) gewährleistet. Bei den beiden mobilen Einrichtungen *DKM* und *SKA* sind Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen von *Fixpunkt e.V.* bzw. der *Fixpunkt gGmbH* verfügbar, wobei deren Arbeit jeweils in einem Präventionsmobil stattfindet, die an den gleichen Orten wie die mobilen Konsumräume stehen.

Innerhalb von Drogenkonsumräumen sind HCV-Neuinfektionen aufgrund der geltenden Hygieneregeln beim Konsum eher auszuschließen. Aus diesem Grund sollen die Interventionen im Rahmen des Modellprojektes die Nutzer und Nutzerinnen der Drogenkonsumräume dazu motivieren und befähigen, sich auch außerhalb der Konsumräume vor einer HCV-Infektion zu schützen. Zur Prävention von Hepatitis-C Infektionen wurde die Methode der „Kurzintervention“ gewählt, da sich Kurzinterventionen als effektive Methode zur Verhaltensänderung bei Menschen mit Suchtmittelproblemen erwiesen haben.

Die nachfolgende Tabelle zeigt, welche Interventionen zu welchem Zeitpunkt erstmals in den drei beteiligten Einrichtungen angeboten wurden (Tabelle 4).

Tabelle 1. Art und Zeitpunkt der umgesetzten Interventionen

Intervention zur HCV-Prävention	**Startdatum in den drei Einrichtungen**
Erstkontaktgespräch	06.02.2009 Birkenstube und SKA
	25.02.2009 Drogenkonsummobil (DKM)
Zielgruppengespräch	23.04.2009 Birkenstube
	29.04.2009 SKA
	30.04.2009 DKM
Prophylaktische Impulse	
- *Händewaschtraining*	01.08.2009 Birkenstube und DKM
- *Haushaltsübertragung*	10.02.2010 Birkenstube
	01.03.2010 DKM
	01.04.2010 SKA
- *Tattoo / Piercing*	17.05.2010 Birkenstube, DKM, SKA
Kurze prophylaktische Impulse	
- *Tupfer*	16.06.2110 Birkenstube, DKM, SKA
- *Raucherfolie*	22.09.2010 Birkenstube, DKM, SKA
- *Sniefröhrchen*	27.10.2010 Birkenstube, DKM, SKA
HCV-Testung* und Testberatung	05.11.2009 DKM (jeden Donnerstag)
	10.11.2009 Birkenstube (jeden Dienstag)

* In der Zeit vom 21. Dezember 2009 bis zum 3. Januar 2010 sowie vom 16. Dezember 2010 bis zum 2. Januar 2011 fanden keine Testungen statt, da es organisatorische Einschränkungen bei der Blutanalyse im Landeslabor Berlin-Brandenburg (LLBB) gab.
Seit Januar 2011 wird ein HCV-Antikörper Schnelltest eingesetzt.[7]

Zusätzlich zu den in der Tabelle aufgeführten Interventionen ist ein Mal der Lehrfilm „Einwandfrei“ zur Hepatitis-C Prävention vorgeführt worden (am 28. September 2010 in der Einrichtung *Birkenstube*). Die Filmvorführung fand im Rahmen der prophylaktischen Impulse statt.

Im Verlauf des Modellprojektes sollten sechs unterschiedliche Kurzinterventionen zur HCV-Prävention durchgeführt werden, die sich an Drogenkonsumierende mit negativem

[7] Der HCV-Antikörper-Schnelltest hat den Vorteil, dass keine venöse Blutentnahme nötig ist, sondern Fingerblut für den Test verwendet werden kann. Bei dem oftmals schlechten Venenstatus von i.v. Drogenkonsumierenden wird die Testung somit erleichtert. Zudem liefert der Schnelltest vor Ort innerhalb von 20 Minuten ein Resultat. Das Warten auf einen Laborbefund entfällt somit.

oder unbekanntem HCV-Status richteten[8]. Im Zeitraum der Datenerhebung (Februar 2009 bis Dezember 2010) sind vier der geplanten sechs Kurzinterventionen konzipiert und umgesetzt worden. Die Interventionen „Einsteiger-Fachkunde“ und „Break the Cycle“ wurden im Zeitraum der Evaluation noch nicht umgesetzt. Die „Einsteiger-Fachkunde“ befindet sich zurzeit in der konzeptionellen Entwicklung, während sich die Kampagne „Break the Cycle“ als zu komplex herausgestellt hat, um von den Pflegekräften im Konsumraumsetting durchgeführt zu werden.

Drogenkonsumierende, die an dem Modellprojekt teilnahmen, mussten schriftlich in die Teilnahme einwilligen. Zur Einwilligung gehörte auch die Zustimmung, dass Daten erhoben und in anonymisierter Form an das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) zu wissenschaftlichen Zwecken weitergeleitet wurden. Die Teilnahme an den Maßnahmen des Modellprojektes war freiwillig und die Einwilligungserklärung konnte jederzeit zurückgezogen werden.

4.1 Erstkontaktgespräch

Das Erstkontaktgespräch ist für alle Drogenkonsumierenden obligatorisch, die erstmals einen Berliner Konsumraum nutzen wollen und dafür einen Vertrag abschließen müssen. Seit Beginn des Modellprojektes enthält der Vertrag einen gesonderten Passus, mit dem das Einverständnis zur Teilnahme an dem Projekt „Frühintervention als Maßnahme der Hepatitis-C Prävention“ schriftlich erklärt wird.

Im Rahmen des Vertragsabschlusses erfolgt eine standardisierte Einführung in die Regeln eines risikoarmen und infektionsprophylaktischen Konsumverhaltens. Es ist darauf hinzuweisen, dass sich die HCV-spezifische Intervention „Erstkontaktgespräch“ inhaltlich nicht von der Einführung unterscheidet, die alle neuen Nutzer und Nutzerinnen der Konsumräume erhalten.

[8] Nach Definition des Modellprojektes gilt als der HCV-Status als negativ oder unbekannt, wenn a) noch nie ein HCV-Antikörper-Test durchgeführt wurde oder b) der letzte bekannte HCV-Antikörper-Test negativ ist. Als unbekannter HCV-Status gilt ferner, wenn der letzte negative HCV-Antikörper-Test bei Rauchern und Sniefern länger als 1 Jahr oder bei Injizierenden länger als 6 Monate zurückliegt. Als HCV-negativ gelten außerdem Personen, deren Antikörpertest positiv, deren PCR (polymerase chain reaction) jedoch negativ ist. Personen, die nach einem PCR-Test mit Hepatitis-C infiziert sind, werden von dem Modellprojekt ausgeschlossen. Die HCV-Positiven können jedoch an den Interventionen teilnehmen.

Themen des Erstkontaktgesprächs mit intravenös Drogenkonsumierenden

1. Vor und nach jedem Konsum musst du deine Hände gründlich waschen.
2. Für den Konsum bekommst du von uns sterile Spritzen, Nadeln, keimarme Löffel und Abbinder. Mitgebrachte Spritzen, Nadeln und Löffel darfst du nicht benutzen.
3. Deine mitgebrachten Drogen und die Spritzutensilien darfst du nur für dich verwenden und nicht mit anderen teilen.
4. Beim Konsum darfst du keine Kugeln, Kaugummis oder andere lose Dinge im Mund haben.
5. Es ist wichtig, vor dem Spritzen die Einstichstelle mit Alkoholtupfern zu desinfizieren. Diese bekommst du auch von uns. Wichtig ist, nur einmal in eine Richtung zu wischen.
6. Deine benutzten Spritzen und Nadeln musst du nach Gebrauch gleich in den Abwurfbehälter werfen.
7. Du darfst nicht mit offener Nadel durch den Konsumraum laufen.
8. Nach dem Spritzen musst du alles alleine entsorgen und deinen Platz und Stuhl desinfizieren.

Themen des Erstkontaktgesprächs mit Drogenkonsumierenden, die den Raucherraum nutzen

1. Vor und nach dem Rauchen musst du deine Hände gründlich waschen.
2. Du sollst die bereitgestellte Alufolie benutzen.
3. Deine mitgebrachten Drogen und die Folie darfst du nur für dich alleine verwenden und nicht mit anderen teilen.
4. Nach dem Rauchen musst du alles alleine entsorgen und deinen Platz und deinen Stuhl reinigen.

Die Intervention gilt als vollständig durchgeführt, wenn die zentralen Themen des Erstkontaktgesprächs angesprochen wurden. Zu diesen zentralen Themen gehört die Händehygiene und die Hygiene des Konsumplatzes sowie für i.v. Drogenkonsumierende das sichere Injizieren.

4.2 Zielgruppengespräch

Allen Personen, die HCV-negativ sind und einen Nutzungsvertrag für einen Konsumraum abgeschlossen haben, wird das Zielgruppengespräch angeboten. Ziel dieser Intervention ist es, zum einen über die hohe Ansteckungsgefahr durch soziale Rituale und Routinen beim Drogenkonsum aufzuklären und zum anderen präventive Maßnahmen zu erörtern.

Bei dem Zielgruppengespräch wird dem Klienten oder der Klientin die folgende Eingangsfrage gestellt: „Wo siehst Du dein persönlich größtes Risiko, dich mit Hepatitis-C anzuste-

cken?“. Zur Visualisierung der Risiken und entsprechender Präventionsmaßnahmen werden Risiko- und Präventionskarten eingesetzt.

Als Infektionsrisiken werden die Themen „Tattoo/Piercing“, „Teilen von Nadeln, Spritzen, Zubehör und Sniefutensilien“, „Hygieneartikel wie Zahnbürste, Rasierer und Nagelpflegeset“, „ungeschützter Sex“ und „Injektionshilfe“ angesprochen. Jede teilnehmende Person wird aufgefordert, das in ihrer Lebenswelt wichtigste Risiko auszuwählen. Im nächsten Schritt wird die Person nach den Schutzmaßnahmen gefragt, um das genannte Risiko zu vermeiden. Ausgehend davon wird gemeinsam darüber gesprochen, wie sich die Teilnehmerin oder der Teilnehmer verhalten kann, um sich in der entsprechenden Situation vor einer Ansteckung mit einer Hepatitis-C Infektion zu schützen.

Die Intervention gilt als vollständig abgeschlossen, wenn das persönlich wahrgenommene Infektionsrisiko und eine entsprechende Präventionsmaßnahme angesprochen wurden.

4.3 Prophylaktische Impulse

Die prophylaktischen Impulse waren ursprünglich zur Erinnerung an das Erstkontakt- und Zielgruppengespräch und als Gruppenintervention geplant. In der Praxis hat sich jedoch gezeigt, dass die Intervention besser als Einzelintervention umzusetzen ist. Zudem erwies es sich als sinnvoller, die Intervention allen interessierten Drogenkonsumierenden der Zielgruppe anzubieten – unabhängig davon, ob sie bereits zuvor an einer anderen Intervention teilgenommen haben.

Während des Evaluationszeitraumes sind insgesamt sechs verschiedene prophylaktische Impulse entwickelt und angeboten worden. Drei dieser Impulse – Tupfer, Raucherfolie und Sniefröhrchen – sind als kurze Interventionen von etwa fünf Minuten Dauer konzipiert, wohingegen die anderen drei Impulse - Händewaschtraining, Tattoo/Piercing und Haushaltsübertragung – länger dauern.

<u>a) Händewaschtraining</u>

Um das gründliche und effektive Händewaschen zu schulen, cremen die Teilnehmenden ihre Hände vollständig mit einer fluoreszierenden Testlotion ein. Danach werden sie aufgefordert, sich die Hände gründlich zu waschen. Die Effektivität des Waschvorgangs wird dann unter einer Dermaluxlampe visualisiert, indem Testlotionsreste sichtbar werden, die noch unsaubere Areale deutlich machen. Im Anschluss wird eine effektive Technik des Händewaschens gezeigt. Weiterhin werden im Kontext des Händewaschtrainings Basisinformationen vermittelt, was die Übertragung von Infektionen durch Hände betrifft.

In den mobilen Konsumräumen kann diese Intervention nur draußen durchgeführt werden und ist damit wetterabhängig. In der Einrichtung *Birkenstube* kann diese Intervention unabhängig vom Wetter stattfinden.

Die Intervention gilt als vollständig abgeschlossen, wenn die praktische Übung des Händewaschens erfolgt ist, außerdem die Handwaschtechnik und das Infektionsrisiko „Hände“ erläutert wurden.

b) Übertragung im Haushalt

Bei dieser Intervention geht es um die möglichen Übertragungswege von Hepatitis-C Infektionen im Haushalt und im Zusammenleben. Zur Visualisierung des Übertragungsrisikos dienen 22 kleine Plastikboxen, in denen sich jeweils verschiedene Haushalts- und Hygieneutensilien befinden. Im Einzelnen werden folgende HCV-Infektionsgefahren thematisiert:

- Gemeinsame Benutzung von Nagelschere, Pinzette, Zahnbürste, Rasierklinge, Spritzen/Kanülen oder Messer (Haushalt)
- Ungeschützter vaginaler Sex, ungeschützter Analverkehr
- Blutkontaminierte Gegenstände (Putzlappen, Tampons, Wundverbände).

Die Klienten und Klientinnen werden bei dieser Intervention dazu aufgefordert, die 22 Gegenstände und Situationen nach dem Ausmaß des Übertragungsrisikos zu kategorisieren. Anschließend wird über das jeweilige Übertragungsrisiko sowie über nicht eindeutige Zuordnungen gesprochen.

Die Intervention ist vollständig abgeschlossen, wenn alle Gegenstände sortiert und das jeweilige Infektionsrisiko thematisiert wurde.

c) Tattoo/Piercing

Bei dieser Intervention wird zum einen ein kurzes Gespräch über die Risiken beim Tätowieren und Piercen durchgeführt. Zum anderen werden Möglichkeiten zur Einhaltung der hygienischen Grundregeln in einem nicht-professionellen Setting wie zum Beispiel im Gefängnis oder in Privaträumen aufgezeigt. Die Intervention richtet sich an Personen, die sich entweder selbst tätowieren oder piercen lassen möchten oder die andere Peers dazu informieren wollen.

Zu Beginn des Gesprächs werden vorhandene gesundheitliche Risiken abgeklärt, die gegen ein Tattoo oder Piercing sprechen. Dazu zählen etwa eine aktuelle Thrombosebehandlung, Diabetes, eine Infektionskrankheit etc. Anschließend werden die hygienischen Grundlagen bei der Durchführung eines Tattoos/Piercings verständlich mit Bild und Text dargestellt. Zur Hygiene wird folgendes thematisiert:

- Händehygiene, Benutzung von Einmalhandschuhen
- Richtiges Desinfizieren der Materialien (wenn kein Sterilisator oder keimfreies Einmalmaterial vorhanden ist)
- Benutzung der Farbbehälter und Farbe

- Professionelle und selbstgebaute Tätowiermaschinen
- Improvisierter, sauberer Tätowierarbeitsplatz im Gefängnis/in Privaträumen

Die Intervention ist vollständig abgeschlossen, wenn der Gesundheitscheck durchgeführt und die Hygienemaßnahmen besprochen wurden.

d) Tupfer

Die Kurzintervention „Tupfer“ richtet sich an intravenös Konsumierende. Ziel ist es, durch die Aufklärung zur richtigen Nutzung von Alkoholtupfern (vor dem Spritzen) und von Zellstofftupfern (nach dem Spritzen) das Risiko- und Blutbewusstsein zu stärken.

Zunächst wird ein „Tupfer-Test“ ausgehändigt, in der aus einer Reihe von Aussagen die jeweils richtige Aussage zur Tupferverwendung vor und nach dem intravenösen Konsum angekreuzt werden soll. Dann wird die richtige Benutzung der Tupfer erläutert und zum Abschluss ein „Tupfer-Pack“ ausgehändigt, das aus einer Klarsichthülle mit Alkohol- und Zellstofftupfern samt jeweiligen Informationskarten besteht.

Die Intervention gilt als vollständig abgeschlossen, wenn alle drei Bestandteile der Intervention – Tupfer-Test, Gespräch und Entgegennahme des Tupfer-Packs – durchgeführt wurden.

e) Raucherfolie

Bei dieser Intervention wird das Folienrauchen von Heroin als eine (vorübergehende) Alternative zum intravenösen Drogenkonsum angeregt. Das Folienrauchen bietet sich bei schlechtem Venenstatus, einer Entzugssymptomatik oder in Notsituationen an, in denen z.B. keine sauberen Spritzutensilien vorhanden sind.

Durchgeführt wird die Intervention in drei Schritten: Zum Gesprächseinstieg wird von den Teilnehmenden eine Skala zur Selbsteinschätzung der Raucherfahrung (von „Anfänger“ bis „Experte“) ausgefüllt. Anschließend wird das Folienrauchset vorgestellt, das aus einem verschließbaren Klarsichtbeutel mit vorgefertigten Folien zum Rauchen, Holzrundstäben zum Aufdrehen der Pfeife und einer Infokarte zur Benutzung der Folie besteht. Nach der Erläuterung wird das Folienset an die Teilnehmenden ausgehändigt.

Eine vollständige Durchführung der Intervention umfasst alle drei genannten Schritte.

f) Sniefröhrchen

Ebenso wie die Intervention zur Raucherfolie zielt auch die Intervention zum Sniefröhrchen darauf ab, eine Alternative zum intravenösen Drogenkonsum zu thematisieren.

Zu Beginn der Intervention werden die Teilnehmenden nach ihren Erfahrungen mit dem Sniefen von Heroin und Kokain gefragt. Es folgt eine Darlegung von Situationen, in denen

das Sniefen von Vorteil ist (zur Venenschonung, zur Vermeidung einer Überdosierung etc.). Anhand eines Sniefsets werden Verhaltensregeln zum Sniefen anschaulich erklärt. Das Sniefset umfasst einen verschließbaren Klarsichtbeutel mit zurechtgeschnittenen Strohhalmen, eine Ampulle Kochsalzlösung, eine laminierte Infokarte zur Verwendung als Sniefunterlage, eine Plastikkarte zum Zerkleinern der Droge sowie einen Alkoholtupfer. Zum Abschluss der Intervention wird das Sniefset an den Teilnehmenden ausgehändigt.

Die Intervention gilt als vollständig durchgeführt, wenn alle Botschaften zum Sniefen thematisiert wurden, sowie das Sniefset erläutert und ausgehändigt wurde.

g) Filmvorführung

Dieser prophylaktische Impuls wurde erstmals im September 2010 im Rahmen des Modellprojekts mit zwei Teilnehmern umgesetzt. Der Film „Einwandfrei“ mit einer Dauer von 15 Minuten stand bereits zur Verfügung. Die Vorführung dieses Films ist als Gruppenintervention konzipiert, bei der der Film zunächst vorgeführt und anschließend gemeinsam – unter Moderation der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters – diskutiert wird. Bei dem Film geht es um die Bedeutung der sozialen Interaktion im Kontext des gemeinsamen Drogenkonsums. Durch die anschließende Diskussion sollen persönliche Hürden und Wege bei der Umsetzung eines risikoverminderten Konsumverhaltens zur Sprache gebracht werden. Im Rahmen des Modellprojektes hat sich diese Intervention nicht etabliert, was mehrere Gründe hat. Zum einen muss eine entsprechende Vorführtechnik vorhanden sein. Zum anderen wird ein separater Raum benötigt und schließlich muss auch Personal verfügbar sein.

4.4 Testberatung, HCV-Bluttest und Mitteilung des Testergebnisses

Die Testberatung sowie der Bluttest werden in einer regelmäßigen Sprechstunde einmal wöchentlich in den Einrichtungen *DKM* und *Birkenstube* von examinierten und geschulten Pflegekräften durchgeführt. Die Testberatung erfolgt in Übereinstimmung mit den Standards zur „Test-Vorbesprechung“ wie sie im Handbuch „Hepatitis C und Drogengebrauch“ (Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch 2006) beschrieben sind. Im Rahmen der Testberatung wird der Infektions- bzw. Impfstatus bezüglich Hepatitis A, B und C erfragt. Zudem wird das Risikoverhalten ermittelt. Um den Hepatitis-Status und das Risikoverhalten zu erfassen, wird ein kurzer Fragebogen eingesetzt (siehe Anhang 3).[9]

[9] Ursprünglich war geplant, auch die Kurzversion des BBV-Traq-SV einzusetzen (zum Fragebogen siehe: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/bloodbornevirusriskassessment/en/). In der Praxis erwies sich dieser Fragebogen jedoch als zu aufwändig, um im Rahmen der Testvorbesprechung eingesetzt zu werden.

Themen der Testberatung

1. Aktueller Infektions- und Impfstatus sowie das Risikoverhalten
2. Motivation zum Bluttest
3. Informationen zum Charakter, zum Verlauf und zu den Behandlungsmöglichkeiten von Hepatitis-C Virusinfektionen
4. Information zur Testprozedur: Blutabnahme, Vorliegen des Testergebnisses
5. Bedeutung eines negativen oder positiven Testergebnisses
6. Aufklärung über datenschutzrechtliche Belange und die Meldepflicht
7. Abschlussgespräch

Das Testangebot umfasst ausschließlich einen Bluttest auf HCV-Antikörper und im Einzelfall einen HCV-Nachweis mittels PCR (polymerase chain reaction). Von dem HCV-Antikörpertest sind alle Drogenkonsumierenden ausgeschlossen, die eine erfolgreich therapierte oder ausgeheilte Hepatitis-C Infektion haben, da Antikörper auf Hepatitis-C Viren lebenslang nachweisbar bleiben und somit ein positives Testergebnis vorliegen wird.

Liegt die Indikation für einen HCV-Antikörper-Test vor und stimmt der Klient oder die Klientin einer Blutabnahme zu, wird die venöse Blutabnahme im Anschluss an die Testberatung durchgeführt und dokumentiert. Seit Januar 2011 wird auch ein Schnelltest für die HCV-Testung eingesetzt. Zum Abschluss der Blutabnahme erhalten die Klienten ein Feuerzeug, auf dem sich ein Aufkleber mit Informationen zu den Sprechzeiten befindet.

Die Blutproben werden innerhalb des nächsten Tages beim Gesundheitsamt Kreuzberg abgegeben, um dann an das Landeslabor Berlin-Brandenburg (LLBB) überstellt zu werden. Abhängig vom Testergebnis werden die Testbefunde innerhalb von 2-4 Werktagen an den Träger *Fixpunkt e.V.* übermittelt.

Um den Getesteten das Ergebnis ihres Bluttests mitzuteilen, wurde bis April 2010 einmal wöchentlich im Rahmen der Sprechstunde die „Testnachberatung“ angeboten. Seit April 2010 besteht für die Getesteten die Möglichkeit, ihr Testergebnis in jeder der drei Einrichtungen während der Öffnungszeiten zu erfahren. Die Testnachberatung wird von den hauptamtlichen Pflegekräften durchgeführt und erfolgt ebenfalls analog zu den Empfehlungen zur „Test-Nachberatung“ des Handbuchs „Hepatitis C und Drogengebrauch“ (Aktionsbündnis Hepatitis C und Drogengebrauch, 2006).

Bei einem negativen Testergebnis werden die Bedeutung des Testergebnisses, Maßnahmen zur Risikoreduktion, und der Zugang zu Harm Reduction Angeboten besprochen. Zudem wird ein Zielgruppengespräch durchgeführt. Bei einem positiven Testergebnis wird die Bedeutung dieses Ergebnisses, die vorhandene Unterstützung durch das soziale Umfeld, der Schutz Anderer und die Bedeutung weiterführender Tests thematisiert. Der Klient oder die Klientin erhält überdies Adressen von Ärzten für die weitere Diagnostik und ggf.

Behandlung, sowie ein Schreiben für den (weiter-)behandelnden Arzt über die erfolgte HCV-Antikörpertestung.

Allen getesteten Drogenkonsumierenden wird eine regelmäßige Testung empfohlen. Bei intravenös Konsumierenden wird ein HCV-Test alle 6 Monate, bei nicht i.v. Konsumierenden einmal jährlich angeraten.

5 Veränderungen seit dem Zwischenbericht und zukünftige Planungen

Zehn Monate nach Einführung der Kurzinterventionen wurde eine erste Analyse im Rahmen der Begleitforschung vorgenommen. Die Zwischenergebnisse umfassten den Zeitraum von Anfang Februar 2009 bis Ende Dezember 2009. Basierend auf diesen Ergebnissen wurden erste Empfehlungen formuliert. Einige dieser Empfehlungen sind im weiteren Projektverlauf umgesetzt worden. Die Veränderungen, die seit dem Zwischenbericht in der Organisation und Durchführung des Modellprojektes vorgenommen wurden, werden im Folgenden kurz skizziert.

Organisatorische Veränderungen

Um die Belange des Modellprojektes zu besprechen, wurde ein regelmäßiges Treffen des „Projektkernteams“ eingerichtet, das aus der Geschäftsführerin Astrid Leicht (Diplom-Pädagogin), der stellvertretenden Leiterin Kerstin Dettmer (Ärztin) und der für die Umsetzung des Projektes verantwortliche Mitarbeiterin Susanne Thate (examinierte Krankenschwester) bestand. Das Treffen hat einmal pro Monat stattgefunden. Zudem wurde das reguläre monatliche Treffen der Pflegeteams, die in den Konsumräumen arbeiten, zeitlich ausgedehnt, um sich über die Erfahrungen mit den Interventionen auszutauschen.

Bis zum Zeitpunkt des Zwischenberichtes wurden ausschließlich die hauptamtlichen Pflegekräfte in der Durchführung der Interventionen zur Hepatitis-C Prävention geschult. Um die Reichweite der Interventionen zu erhöhen, besagte eine Empfehlung des Zwischenberichtes, die Schulung auf weitere Fachkräfte auszuweiten. Dieser Empfehlung ist nachgekommen worden, indem auch die Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen der mobilen Konsumraumeinrichtungen *SKA* und *DKM* geschult wurden. Diese Fachkräfte sind in den Bereichen Streetwork und Spritzentausch tätig. Sie begrüßten es, durch die Schulungen ihr Wissen zu HCV zu erhöhen. Zugleich haben sie in diesem Setting keine projektbezogene Dokumentation der Interventionen vorgenommen.

Inhaltliche Veränderungen

Eine wesentliche inhaltliche Änderung betrifft die Ausweitung des Angebotes zur Mitteilung der HCV-Testergebnisse. In dem ersten Evaluationszeitraum wurde die Blutabnahme sowie die Testvor- und Testnachberatung nur von drei hauptamtlichen Pflegekräften an zwei Tagen pro Woche angeboten. In Übereinstimmung mit den Empfehlungen des Zwischenberichtes sind seither alle sechs hauptamtlichen Pflegekräfte in der Blutabnahme und Beratung geschult. Zudem ist sowohl der HCV-Test als auch die Mitteilung des Test-

ergebnisses an jedem Standort und an jedem Öffnungstag möglich. Zu diesem Zweck wurde an allen drei Standorten ein Ordner eingerichtet, der alle Testergebnisse enthält.

Eine zweite inhaltliche Veränderung bezieht sich auf die Erweiterung der Zielgruppe für die Interventionen. Zum einen können nun auch Drogenkonsumierende an den HCV-spezifischen Interventionen teilnehmen, die HCV-positiv sind. Zum anderen können Drogenkonsumierende teilnehmen, die keinen Konsumraum aufsuchen, sondern die Einrichtungen von *Fixpunkt e.V.* wegen anderer Hilfsangebote nutzen.

Diese Erweiterung der Zielgruppe resultiert aus dem Anliegen, nicht den Infektionsstatus in den Vordergrund zu stellen, sondern die Durchführung der HCV-präventiven Interventionen bei möglichst vielen Drogenkonsumierenden in den Mittelpunkt zu rücken. Interventionen mit HCV-positiven Drogenkonsumierenden sowie Drogenkonsumierenden ohne Konsumraumnutzung wurden nicht für die Evaluation dokumentiert. Für diese Gruppen wurden stattdessen Strichlisten geführt, die für jede Person Angaben zur aufgesuchten Einrichtung, zum Geschlecht, zum Infektionsstatus und zur Art der durchgeführten Intervention enthalten. Für die Evaluation relevante personenbezogene Angaben wie der HIV-Code, das Alter und das Konsummuster wurden nicht dokumentiert. Die per Strichliste erhobenen Angaben fließen somit nur bedingt in die Auswertung ein.

Die Anzahl und Art der durchgeführten Interventionen bieten zusätzliche Hinweise zur Umsetzbarkeit und Akzeptanz der Interventionen. Auch wenn die per Stichliste dokumentierten Angaben Doppelzählungen enthalten können, lässt sich ermessen, welche Interventionen besonders gut angenommen werden.

Zukünftige Planungen

Im weiteren Projektzeitraum ist geplant, noch weitere prophylaktische Impulse zu entwickeln. Thematisch soll es hierbei um verschiedene Aspekte des intravenösen Drogenkonsums gehen, wie etwa das „richtige“ Injizieren, Venenkunde und eine Injektionsfachkunde.

Die Injektionsfachkunde ist als Alternative zu der ursprünglich geplanten „Einsteiger-Fachkunde“ vorgesehen. Mit der Intervention sollen alle Neueinsteiger sowie alle Langzeitkonsumenten ohne ausreichende Injektionsfähigkeiten erreicht werden. Eine zentrale Botschaft der Intervention ist: Das Injizieren ist eine anspruchsvolle Tätigkeit, die gelernt und trainiert werden muss. Im Rahmen der Intervention sollen verschiedene Kompetenzen des risikoarmen Injizierens thematisiert werden. Dies umfasst beispielsweise die Venenpflege, das Venenstauen, Informationen zu Venenfunktionen, die richtige Verwendung der Injektionsmaterialien, die Pflege der Einstichstelle etc. Die Grundidee bei dieser Intervention besteht in einem modulhaften Lernen, bei dem das bereits vorhandene Wissen der Klienten überprüft und durch eine Art „Sammlung von Credit Points“ belohnt werden soll.

Des Weiteren ist die Entwicklung folgender Interventionen geplant: Sniefröhrchen für die Partyszene, Injektionstechnik, Stautechnik, und die Impfung gegen Hepatitis A und B.

In der Praxis hat sich herausgestellt, dass der Zeitaufwand von der Idee über die Planung zur Entwicklung und Fertigstellung einer Intervention sehr hoch ist. Bei der Konzipierung des Modellprojektes wurde dieser Zeitaufwand unterschätzt. Hinzu kommt, dass auch die Schulungen der Pflegekräfte bei der Implementierung der Interventionen viel Zeit in Anspruch nehmen.

Kooperation mit anderen Einrichtungen

Um die Umsetzbarkeit der entwickelten Interventionen in anderen Settings und Städten zu überprüfen, ist der Träger *Fixpunkt e.V.* Kooperationen eingegangen mit den beiden Frankfurter Einrichtungen „Eastside“ und „Niddastraße“ der Integrativen Drogenhilfe e.V. sowie dem „Café K!ck“ der Aidshilfe Dortmund. Anfragen zur Kooperation gibt es auch aus Köln mit der Einrichtung „Vision“ und Kiel mit der Einrichtung „Odyssee“.

Den kooperierenden Einrichtungen wurden die Interventionen vorgestellt. Von den entwickelten Interventionen wurden diejenigen ausgewählt, die für das jeweilige Konzept, Setting und die betriebliche Organisation am besten umsetzbar zu sein schienen. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der kooperierenden Einrichtungen wurden in der Durchführung der Interventionen geschult.

6 Ergebnisse der Evaluation

Die im Folgenden präsentierten Ergebnisse basieren auf der Auswertung aller Daten, die im Evaluationszeitraum (1. Februar 2009 bis 31. Dezember 2010) erhoben wurden.

In diesem Kapitel sind die Ergebnisse aus der quantitativen Datenauswertung sowie diejenigen aus den Interviews mit den Pflegekräften und den Interventionsteilnehmenden aufgezeigt. Hierbei werden im Wesentlichen die Evaluationsergebnisse zur Umsetzbarkeit, Zielgruppenerreichung und Akzeptanz der HCV-spezifischen Interventionen darzulegen und diejenigen Interventionen herauszuarbeiten, die sich im Laufe des Modellprojektes besonders in der Praxis bewährt haben.

6.1 Umsetzbarkeit der Interventionen

Im Evaluationszeitraum wurden insgesamt 587 Kurzinterventionen durchgeführt (siehe Tabelle 2). Diese bestanden in

- 310 Erstkontaktgesprächen,
- 75 Zielgruppengesprächen,
- 101 Prophylaktischen Impulsen sowie
- 101 HCV-Testberatungen, -durchführungen und Testergebnismitteilungen (im Folgenden vereinfacht als „HCV-Testberatungen“ bezeichnet).

Nach jeder durchgeführten Intervention wurde von den Fachkräften dokumentiert, ob diese in vollem Umfang durchgeführt wurde und ob die zentralen, im Manual festgelegten Themen angesprochen werden konnten. Zudem wurde die Dauer der Intervention angegeben. In Tabelle 5 sind diese Angaben getrennt nach Interventionsart dargestellt. Es zeigt sich, dass die überwiegende Mehrheit der Interventionen (89 %) vollständig umgesetzt wurde. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Frage, ob die zentralen Themen angesprochen werden konnten. Dies wurde bei 92 % der durchgeführten Interventionen von den Fachkräften bejaht. Einschränkungen in Umfang und Inhalt der Interventionen zeigten sich fast ausschließlich beim Erstkontaktgespräch, welches grundsätzlich bei jeder Neuaufnahme durchgeführt wurde und damit die häufigste Intervention darstellt.

Tabelle 2: Umfang, Thematisierung zentraler Inhalte und Dauer der durchgeführten Interventionen (n=587).

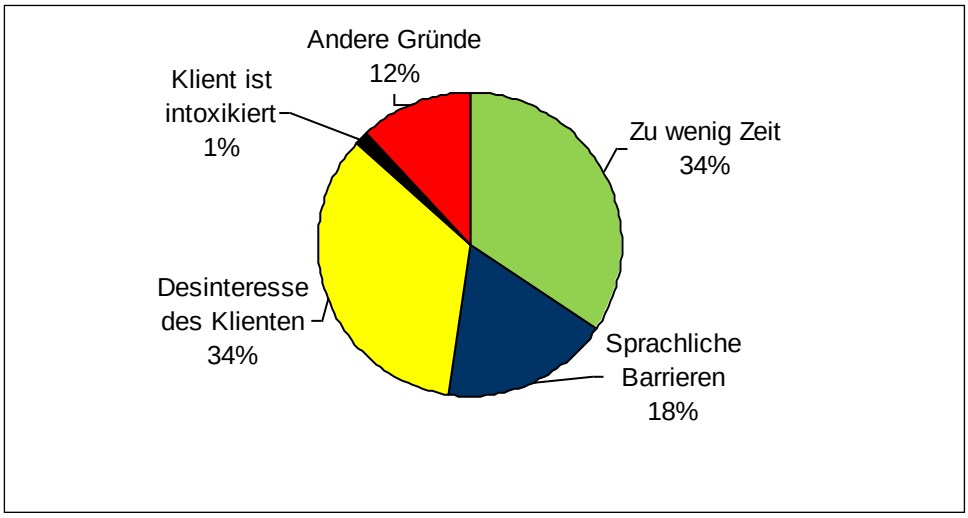
	Gesamt	Erstkontakt-gespräch	Zielgruppen-gespräch	Prophylak-tische Impulse	HCV Testberatung
N[1]	585	308	75	101	101
Umfang					
vollständig	521 (89%)	249 (81%)	75 (100%)	99 (98%)	98 (97%)
teilweise	55 (9%)	50 (16%)		2 (2%)	3 (3%)
begonnen, nicht beendet	9 (2%)	9 (3%)			
N[1]	584	307	75	101	101
Zentrale Themen angesprochen					
ja	538 (92%)	265 (86%)	75 (100%)	100 (99%)	98 (97%)
teilweise	39 (7%)	35 (11%)		1 (1%)	3 (3%)
nein	7 (1%)	7 (2%)			
N[1]	587	310	75	101	101
Dauer (in Minuten)					
0-5	212 (36%)	134 (43%)	12 (16%)	62 (61%)	4 (4%)
6-10	249 (42%)	143 (46%)	41 (55%)	27 (27%)	38 (38%)
11-15	96 (16%)	30 (10%)	17 (23%)	9 (9%)	40 (40%)
mehr als 15	30 (5%)	3 (1%)	5 (7%)	3 (3%)	19 (19%)

1 Bei einem Teil der Analysen reduzieren sich die Fallzahlen aufgrund einzelner fehlender Werte. Daher sind die jeweils zugrunde liegenden Fallzahlen (n) einzeln aufgeführt.

Die Dauer der einzelnen Interventionen war höchst unterschiedlich und hing erwartungsgemäß von der Art der jeweiligen Intervention ab. So dauerte die Mehrheit der prophylaktischen Impulse nicht länger als 5 Minuten, während die übrigen Interventionen in der Regel mehr Zeit in Anspruch nahmen. Dies gilt insbesondere für die Zielgruppengespräche und die HCV-Testberatungen. Diese Unterschiede sind statistisch hoch signifikant ($\chi^2 = 165{,}433$; $p < ,001$).

Sofern die Interventionen nicht in vollem Umfang durchgeführt wurden oder nicht alle zentralen Themen angesprochen werden konnten, wurden die Gründe dafür dokumentiert. Aus Abbildung 1 geht hervor, dass Zeitmangel sowie Desinteresse der angesprochenen Drogenkonsumierenden die Hauptgründe für eine unvollständige Interventionsdurchführung waren. Sprachliche Barrieren sowie andere Gründe spielten jedoch ebenfalls eine Rolle.

Abbildung 1: Gründe für eine unvollständig durchgeführte Intervention (n = 67)



Die bei 8 Personen (12 %) angegebenen „anderen Gründe“ wurden im Dokumentationsbogen spezifiziert und lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- Klient ist entzügig (n=2)
- Abweisung (Kugelweitergabe, Rohypnol aufgekocht) (n=2)
- Klient ist aktuell nicht motiviert/ nicht motiviert für Wissensquiz (n=2)
- Klient ist taubstumm
- Klient ist kognitiv eingeschränkt.

Die meisten der insgesamt 587 Interventionen wurden in der Einrichtung Birkenstube in Moabit durchgeführt. 58 % aller Kurzinterventionen fanden in dieser „festen“ Einrichtung statt. Zur Beurteilung der Frage, ob sich in der Durchführbarkeit der Interventionen Unterschiede zwischen mobilen und festen Einrichtungen zeigen, wurden die Angaben zu Umfang, Ansprache zentraler Themen und Dauer der Interventionen getrennt für die feste Einrichtung *Birkenstube* und die beiden mobilen Einrichtungen *SKA* und *DKM* betrachtet.

Tabelle 3: Umfang, zentrale Themen und Dauer der durchgeführten Interventionen (n = 587), getrennt für mobile und „feste“ Einrichtungen

	Gesamt	**mobil (SKA/DKM)**	**Birkenstube**	**Statistik**
N[1]	585	247	338	
Umfang				n.s.[2]
vollständig	521 (89%)	218 (88%)	303 (90%)	
teilweise	55 (9%)	21 (9%)	34 (10%)	
angefangen, nicht beendet	9 (2%)	8 (3%)	1 (< 1%)	
N[1]	584	246	338	
Zentrale Themen angesprochen				n.s.[3]
ja	538 (92%)	225 (92%)	313 (93%)	
teilweise	39 (7%)	14 (6%)	25 (7%)	
nein	7 (1%)	7 (3%)		
N[1]	587	249	338	
Dauer (in Minuten)				χ^2 = 12,459; p = ,006
0-5	212 (36%)	102 (41%)	110 (33%)	
6-10	249 (42%)	85 (34%)	164 (49%)	
11-15	96 (16%)	46 (19%)	50 (15%)	
mehr als 15	30 (5%)	16 (6%)	14 (4%)	

1 Bei einem Teil der Analysen reduzieren sich die Fallzahlen aufgrund einzelner fehlender Werte. Daher sind die jeweils zugrunde liegenden Fallzahlen (n) einzeln aufgeführt.

2 Zur Signifikanzprüfung wurden die Kategorien „teilweise“ und „angefangen“ zusammengefasst.

3 Zur Signifikanzprüfung wurden die Kategorien „teilweise“ und „nein“ zusammengefasst.

Hinsichtlich der Dauer wird deutlich, dass der Anteil an Interventionen, die innerhalb von 5 Minuten durchgeführt wurden, in den beiden mobilen Einrichtungen höher war als der Einrichtung *Birkenstube*. In dieser „festen“ Einrichtung lag der Schwerpunkt auf Interventionen zwischen 6 und 10 Minuten Dauer, was auf rund die Hälfte (49 %) aller dort durchgeführten Interventionen zutraf. Zur Ergänzung dieser Ergebnisse ist im Folgenden aufgeführt, welche Interventionsarten in welchen Einrichtungen vorwiegend durchgeführt wurden und wie viel Zeit dafür jeweils benötigt wurde.

Tabelle 4: Verteilung der durchgeführten Interventionen (n= 587) auf mobile und „feste“ Einrichtungen

	Gesamt	**mobil (SKA/DKM)**	**Birkenstube**
Gesamt	587	249	338
Erstkontaktgespräche	310 (53%)	134 (54%)	176 (52%)
Zielgruppengespräche	75 (13%)	27 (11%)	48 (14%)
Prohpylaktische Impulse	101 (17%)	47 (19%)	54 (16%)
HCV-Testberatungen	101 (17%)	41 (17%)	60 (18%)

Aus Tabelle 4 wird ersichtlich, dass sich die einzelnen Interventionsarten innerhalb beider Settings gleichmäßig verteilen. So stellen die Erstkontaktgespräche mit über 50 % in den mobilen Einrichtungen ebenso wie in der *Birkenstube* die häufigste Interventionsart dar. Auch für die übrigen Interventionskategorien zeigt sich im mobilen wie im stationären Setting eine ähnliche Verteilung. Es ist eine schwache Tendenz erkennbar, dass in den beiden mobilen Einrichtungen etwas weniger Zielgruppengespräche, dafür etwas mehr prophylaktische Impulse stattfanden. Insgesamt besteht im Anteil der jeweiligen Interventionsarten jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Settings (χ^2= 2,186; $p > 0{,}5$).

Die nachfolgende Tabelle stellt für die einzelnen Interventionskategorien dar, wie viel Zeit im jeweiligen Setting benötigt wurde. Für die Erstkontaktgespräche zeigt sich ein signifikanter Unterschied in der Verteilung: Diese dauerten in der *Birkenstube* vorwiegend zwischen 6 und 10 Minuten, während in den mobilen Einrichtungen knapp die Hälfte der Erstkontaktgespräche 5 Minuten oder weniger Zeit in Anspruch nahm. Es zeigte sich zugleich jedoch auch ein etwas höherer Anteil an Erstkontaktgesprächen über 10 Minuten Dauer. Die Zielgruppengespräche fielen in den mobilen Einrichtungen eher kürzer aus. Somit scheint der in Tabelle 5 dargestellte Unterschied in der Dauer der Interventionen vor allem auf die kürzeren Erstkontakt- und Zielgruppengesprächen in den mobilen Einrichtungen zurückzuführen zu sein. Dies könnte mit den im Vergleich zur *Birkenstube* ungünstigeren räumlichen und zeitlichen Kapazitäten der mobilen Konsumraumeinrichtungen erklärt werden.

Tabelle 5: Umfang, zentrale Themen und Dauer der Interventionen (n= 587), getrennt für mobile und „feste“ Einrichtungen

	mobil (SKA/DKM)	**Birkenstube**	**Statistik**
Erstkontaktgespräche (n = 310)			χ^2 = 8,380; p = ,039
0-5 Minuten	65 (49%)	69 (39%)	
6-10 Minuten	50 (37%)	93 (53%)	
11-15 Minuten	17 (13%)	13 (7%)	
mehr als 15 Minuten	2 (1%)	1 (1%)	
Zielgruppengespräche (n = 75)			n.s.
0-5 Minuten	8 (30%)	4 (8%)	
6-10 Minuten	10 (37%)	31 (65%)	
11-15 Minuten	7 (26%)	10 (21%)	
mehr als 15 Minuten	2 (7%)	3 (6%)	
Prohpylaktische Impulse (n = 101)			n.s.
0-5 Minuten	27 (57%)	35 (65%)	
6-10 Minuten	11 (23%)	16 (13%)	
11-15 Minuten	8 (17%)	1 (2%)	
mehr als 15 Minuten	1 (2%)	2 (4%)	
HCV-Testberatungen (n = 101)			n.s.
0-5 Minuten	2 (5%)	2 (3%)	
6-10 Minuten	14 (34%)	24 (40%)	
11-15 Minuten	14 (34%)	26 (43%)	
mehr als 15 Minuten	11 (27%)	8 (13%)	

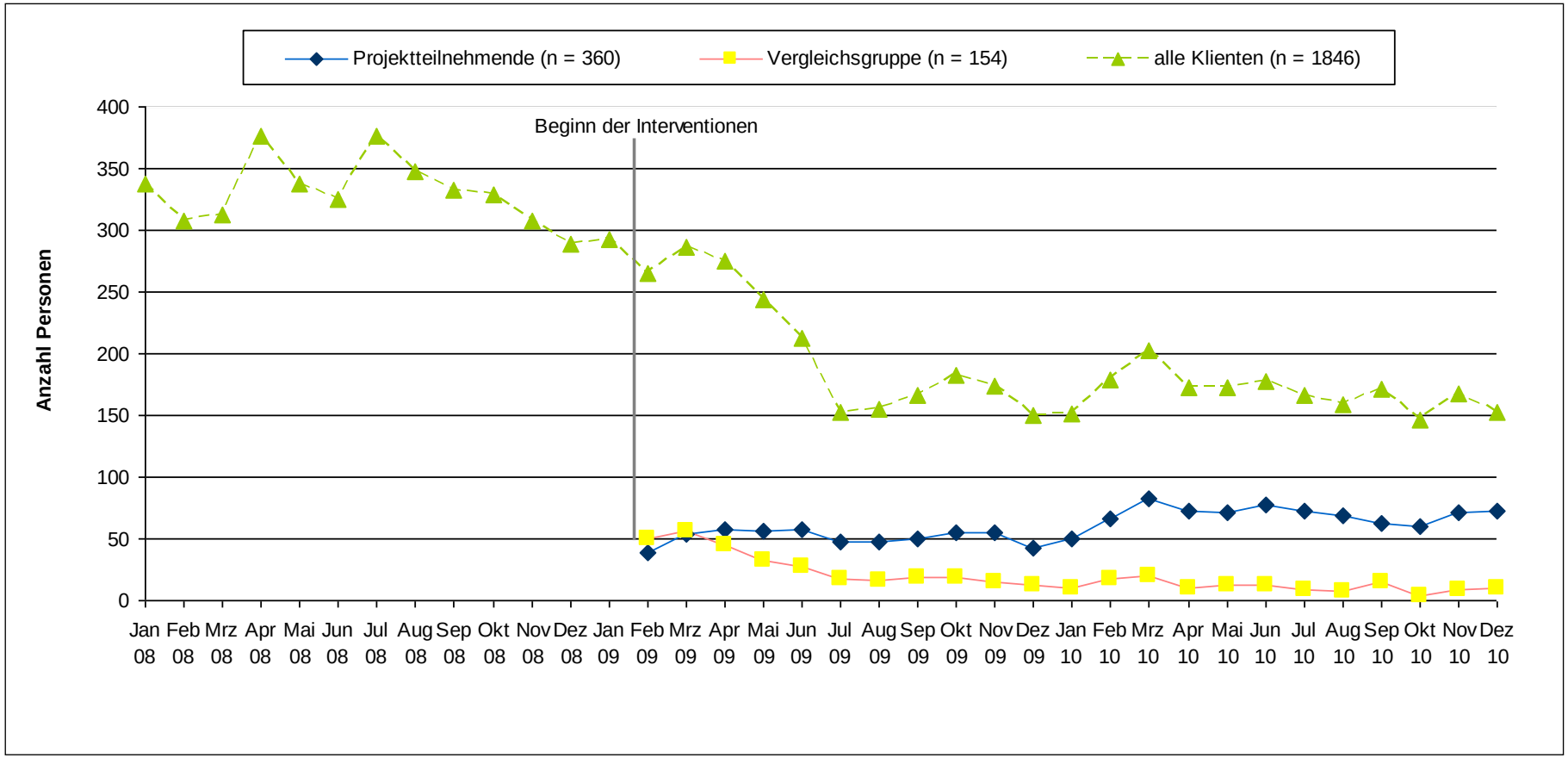
Zusammenfassend lässt die Auswertung der Daten auf eine sehr gute Umsetzbarkeit der HCV-spezifischen Kurzinterventionen in allen drei Einrichtungen schließen. Die überwiegende Mehrheit der Interventionen wurde vollständig umgesetzt und die zentralen Themen wurden angesprochen. Lediglich bei rund 10 % der durchgeführten Interventionen war dies nicht oder nur teilweise der Fall, was hauptsächlich die Erstkontaktgespräche betraf. Hauptgründe für die nicht vollständig umgesetzten Interventionen waren der Zeitmangel der Pflegekräfte sowie das Desinteresse der angesprochenen Drogenkonsumierenden. Je nach Interventionsart war die Dauer der durchgeführten Interventionen sehr unterschiedlich: So wurden die prophylaktischen Impulse als wirkliche „Kurz“-Interventionen häufig in einem Zeitraum von 5 Minuten oder weniger umgesetzt, während die Erstkontakt- und Zielgruppengespräche in der Regel mehr Zeit in Anspruch nahmen.

Rund 60 % aller Interventionen wurden in der „festen“ Einrichtung *Birkenstube* durchgeführt. Ein Vergleich mit den mobilen Einrichtungen *SKA* und *DKM* ergab, dass die und Zielgruppengespräche in den mobilen Einrichtungen tendenziell etwas kürzer ausfielen. In der Vollständigkeit der Durchführung und der angesprochenen Themen zeigten sich jedoch keine Unterschiede zwischen der *Birkenstube* und den mobilen Einrichtungen.

6.2 Zielgruppenerreichung

Von allen Drogenkonsumierenden, die im Erhebungszeitraum (1.2.2009 bis 31.12.2010) die Einrichtungen *Birkenstube*, *DKM* und *SKA* aufgesucht haben, lassen sich 514 Personen der in Kapitel 3.4.2 definierten Zielgruppe zuordnen. Von diesen 514 Personen haben 360 Personen an Interventionen teilgenommen. Dies entspricht einer Erreichungsquote von 70 %.

Abbildung 2: Nutzung des Konsumraumangebots und Erreichbarkeit der Zielgruppe im 3-Jahres-Verlauf



In der vorhergehenden Abbildung ist die Nutzung der Konsumraumangebote des *Fixpunkt e.V.* im Zeitverlauf dargestellt. Hierzu wurden die Daten zur Konsumraumnutzung verwendet, die sich auf den Zeitraum zwischen dem 1.1.2008 und dem 31.12.2010 beziehen. Abgebildet ist die Anzahl der Personen, die im jeweiligen Monat mindestens einen der drei Konsumraumangebote genutzt haben. Zum einen sind alle Konsumraumnutzende – und somit auch die HCV-Positiven, dargestellt. Im Verlaufe von zwei Jahren lässt sich ein deutlicher Rückgang der Klientenzahlen ablesen: Während sich in der ersten Jahreshälfte 2008 die durchschnittliche Anzahl Konsumraumnutzender im Bereich zwischen 300 und 400 Personen pro Monat bewegt, so ist ab der zweiten Jahreshälfte 2008 ein deutlicher Rückgang an Klienten und Klientinnen zu erkennen. Im Zeitraum ab Sommer 2009 bis zum Ende des Evaluationszeitraums haben sich die Klientenzahlen praktisch halbiert und schwanken zwischen 150 und 200 Personen pro Monat. Mit Blick auf die Erreichungsquote ist des Weiteren dargestellt, wie viele Personen der Zielgruppe im jeweiligen Monat das Konsumraumangebot von *Fixpunkt e.V.* nutzten. Beginnend mit der Einführung der Interventionen im Februar 2009 ist dies getrennt für Projektteilnehmende und die Vergleichsgruppe der „Nicht-Erreichten“ abgebildet. Hierbei zeigt sich, dass im Verlauf der Evaluation immer mehr Personen der Zielgruppe am Modellprojekt teilnahmen, und der Anteil an nicht erreichten Personen, die die Konsumräume aufgesucht haben, zunehmend geringer wurde. So lag ab März 2010 die Anzahl der Projektteilnehmenden im Monatsdurchschnitt konstant zwischen 60 und 80 Personen, während der Anteil an Nicht-Teilnehmenden in diesem Zeitraum auf weniger als 20 Personen pro Monat zurückging

Als Teilzielgruppe von besonderem Interesse gelten im Rahmen des Modellprojekts Personen mit intravenösem (i.v.) Drogenkonsum, insbesondere diejenigen, deren Einstieg in den i.v. Konsum nicht länger als 2 Jahre zurückliegt. Um den Anteil dieser Personen in der Zielgruppe zu ermitteln, wurden die Selbstangaben zum Konsumverhalten aus den Erstverträgen herangezogen. Da nur Erstverträge ab dem 1.1.2008 in die Auswertung einbezogen werden, reduziert sich die Stichprobe auf 455 Personen, von denen diese Daten vorliegen. Von diesen 455 Personen gaben 355 Konsumraumnutzende (78 %) an, zu irgendeinem Zeitpunkt vor Aufnahme („jemals“) bereits i.v. Drogen konsumiert zu haben, während 100 Personen (22 %) dies verneinten. Von den 355 Klienten, die laut Selbstauskunft schon einmal intravenös Drogen konsumiert hatten, war dies bei 87 Personen (25 %) erstmals innerhalb der letzten 2 Jahre vor Aufnahme erfolgt, während bei den übrigen 268 Personen (75 %) der erste intravenöse Drogenkonsum bereits länger zurücklag.

Von den 355 Personen mit i.v. Konsum nahmen 231 an mindestens einer Kurzintervention teil. Dies entspricht einer Erreichungsquote von 65 %. Von den 87 Personen, denen erstmaliger i. v. Konsum laut Selbstangaben nicht länger als 2 Jahre zurücklag, nahmen 61 Klienten an Kurzinterventionen teil, was einer Erreichungsquote von 70 % entspricht.

Zu Beginn des Modellprojekts wurden folgende interventionsspezifische Zielsetzungen festgelegt: Pro Jahr sollten 500 Erstkontaktgespräche, 150 Zielgruppengespräche und 150 prophylaktische Impulse stattfinden. Zudem war beabsichtigt, dass HCV-Testberatungen und Testdurchführungen für die Mehrheit aller Projektteilnehmenden erfolgen sollten.

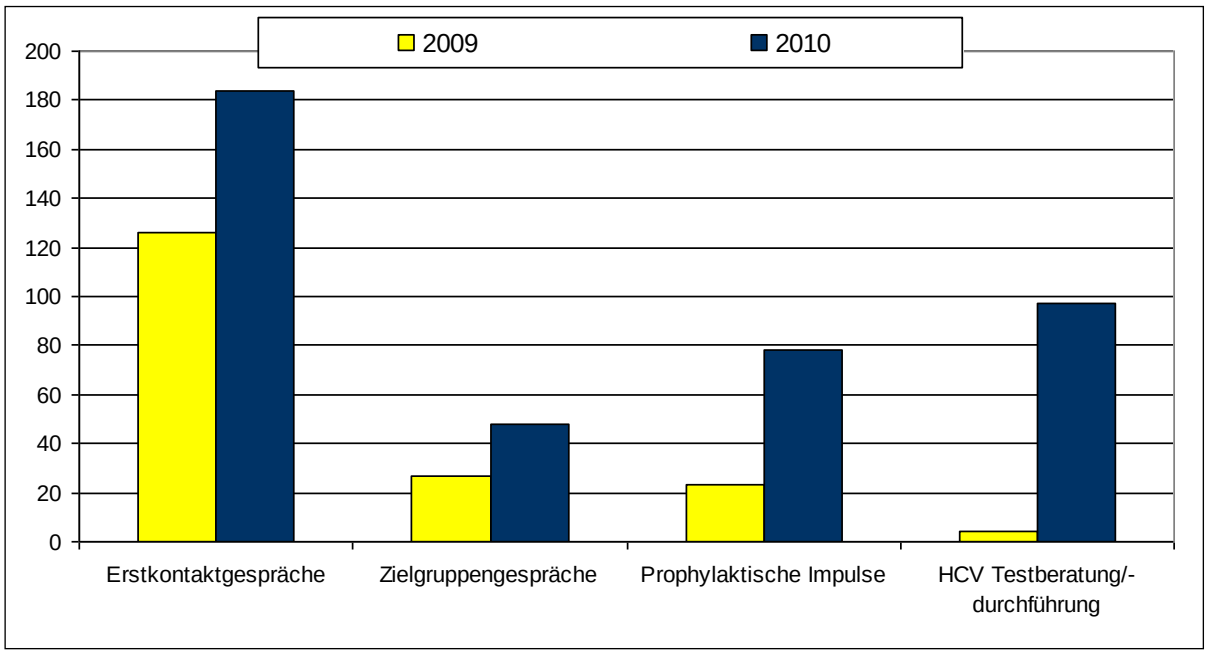
Tabelle 6: Durchgeführte Interventionen im Evaluationszeitraum (n = 587)

	Gesamt	**2009**	**2010**
Erstkontaktgespräch	310	126	184
Zielgruppengespräch	75	27	48
Prophylaktische Impulse	101	23	78
Händewaschtraining	39	22	17
Übertragung im Haushalt	6		6
Tattoo/Piercing	1		1
Tupfer	36		36
Raucherfolie	8		8
Sniefröhrchen	8		8
Filmvorführung	2		2
keine Angabe	1	1	
HCV-Testberatungen	101	4	97
Testberatung und /-durchführung	59	4	55
nur Testberatung	2		2
Mitteilung Testergebnis	40		40

Im gesamten Evaluationszeitraum (1.2.2009 bis 31.12.2010) fanden 587 Kurzinterventionen statt, davon 180 im Jahr 2009 und 407 im Jahr 2010. In der nächsten Tabelle ist dargestellt, um welche Interventionen es sich im Einzelnen handelte. Insgesamt wurden 310 Erstkontaktgespräche, 75 Zielgruppengespräche, 101 Prophylaktische Impulse sowie 101 HCV-Testberatungen durchgeführt.

Abbildung 3 verdeutlicht, dass sich im Jahr 2010 in allen 4 Kategorien die Anzahl durchgeführter Interventionen deutlich erhöht hat. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass einige Interventionen nicht zu Beginn des Evaluationszeitraums, sondern erst schrittweise im Lauf der beiden Jahre eingeführt wurden. Dies betrifft vor allem die HCV-Testberatung, welche erst im Dezember 2009 anlief (zu den Startdaten der einzelnen Interventionen siehe Tabelle 4).

Abbildung 3: Durchgeführte Interventionen (n = 587) in den Jahren 2009 und 2010



Es wurde untersucht, ob sich die 360 Projektteilnehmenden in wichtigen soziodemographischen und drogenkonsumrelevanten Merkmalen von den übrigen 154 Personen der Zielgruppe (im Folgenden als „Vergleichsgruppe“ bezeichnet) unterscheiden. Die hierfür verwendeten Angaben wurden teils den Erstkontaktdaten (siehe Kapitel 3.3.2), teils der Dokumentation der Konsumvorgänge entnommen (siehe Kapitel 3.3.1). Hierbei ist zu beachten, dass sich Projektteilnehmende und Vergleichsgruppe jeweils auf diejenigen Personen reduzieren, von denen die entsprechenden Daten vorliegen. Die hieraus resultierenden Gruppengrößen sind in den folgenden Tabellen angegeben.

Tabelle 7: Soziodemographische Merkmale im Gruppenvergleich

	Gesamt	**Projektteil-nehmende**	**Vergleichs-gruppe**	**Statistik[2]**
N[1]	456	302	154	n.s.
Geschlecht				
männlich	386 (85%)	257 (85%)	129 (84%)	
weiblich	70 (15%)	45 (15%)	25 (16%)	
N[1]	456	302	154	n.s.
Alter				
unter 25 Jahre	136 (30%)	85 (28%)	51 (33%)	
25-34 Jahre	204 (45%)	130 (43%)	74 (48%)	
35-44 Jahre	83 (18%)	64 (21%)	19 (12%)	
über 45 Jahre	33 (7%)	23 (8%)	10 (7%)	
Mittelwert Alter in Jahren (± SD)	29,96 (± 7,98)	30,48 (± 7,98)	29,09 (± 7,90)	n.s.
N[1]	455	301	154	n.s.
Überwiegende Wohnsituation (letzte 6 Monate vor Aufnahme)				
eigene Wohnung	309 (68%)	197 (65%)	112 (73%)	
betreut/JVA	106 (23%)	70 (23%)	36 (23%)	
obdachlos	36 (8%)	30 (10%)	6 (4%)	
sonstiges	4 (1%)	4 (1%)		
N[1]	455	301	154	n.s.
Migrationshintergrund				
selbst migriert	96 (21%)	57 (19%)	39 (25%)	
als Kind von Migranten geboren	24 (5%)	16 (5%)	8 (5%)	
kein Migrationshintergrund	335 (74%)	228 (76%)	107(70%)	
N[1]	454	300	154	n.s.
jemals zuvor Hilfen beansprucht	328 (72%)	222 (74%)	106 (69%)	

[1] Bei einem Teil der Analysen reduzieren sich die Fallzahlen aufgrund einzelner fehlender Werte. Daher sind die jeweils zugrunde liegenden Fallzahlen (n) einzeln aufgeführt.

[2] statistische Verfahren: χ^2-Test (kategoriale Daten), t-Test für unabhängige Stichproben (Mittelwerte). Details zur statistischen Auswertung siehe Kapitel 3.4.5.

Hinsichtlich der Variablen Geschlecht, Alter, Wohnsituation, Migrationshintergrund und vorheriger Inanspruchnahme der Drogenhilfe bestehen keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Projektteilnehmenden und Vergleichsgruppe. Die Konsumraum-nutzenden sind überwiegend männlich und hatten bei Aufnahme ein Durchschnittsalter

von etwa 30 Jahren. Zwar ist in der Gruppe der Projektteilnehmenden ein etwas höherer Anteil an Personen zwischen 35 und 44 Jahren zu beobachten, jedoch zeigt sich insgesamt kein Unterschied in der Altersverteilung von Projektteilnehmenden und Vergleichsgruppe. Die überwiegende Mehrheit der Klientinnen und Klienten (70 %) wohnte vor Aufnahme in einer eigenen Wohnung. Es zeigt sich eine schwache Tendenz, dass Obdachlosigkeit in der Gruppe der Projektteilnehmenden stärker vertreten war, jedoch sind diese Unterschiede statistisch nicht signifikant. Auch hinsichtlich des Migrationshintergrunds und einer vorherigen Inanspruchnahme des Hilfesystems unterscheiden sich die Klienten beider Gruppen nicht. Die Gruppe der Projektteilnehmenden kann somit als repräsentativ für die gesamte Zielgruppe gelten, und es ist nicht von einer Selektion bestimmter Teilnehmer auszugehen.

Tabelle 8: Drogenkonsummuster von Projektteilnehmenden und Vergleichsgruppe

	Gesamt	**Projektteil-nehmende**	**Vergleichs-gruppe**	**Statistik[2]**
Alter bei Erstkonsum der Hauptdroge				
N[1]	419	293	126	
Mittelwert (±SD)		20,86 Jahre (±6,09)	20,16 Jahre (±6,10)	n.s.
Dauer des Konsums der Hauptdroge				
N[1]	419	293	126	
bis 2 Jahre	73 (17%)	49 (17%)	24 (19%)	n.s.
3-9 Jahre	186 (40%)	112 (38%)	56 (44%)	
10-15 Jahre	93 (22%)	71 (24%)	22 (18%)	
über 15 Jahre	85 (20%)	61 (21%)	24 (19%)	
Mittelwert (±SD)		9,75 Jahre (±7,44)	9,11 Jahre (±7,70)	n.s.
Jemals intravenös konsumiert	455	301	154	n.s.
	355 (78%)	231 (77%)	124 (81%)	

1 Bei einem Teil der Analysen reduzieren sich die Fallzahlen aufgrund einzelner fehlender Werte. Daher sind die jeweils zugrunde liegenden Fallzahlen (n) einzeln aufgeführt.

2 statistische Verfahren: χ^2-Test (kategoriale Daten), t-Test für unabhängige Stichproben (Mittelwerte). Details zur statistischen Auswertung siehe Kapitel 3.4.5.

Tabelle 9: Drogenkonsummuster von Projektteilnehmenden und Vergleichsgruppe – Selbstangaben zu den letzten 30 Tagen vor Aufnahme

	Gesamt	**Projektteil-nehmende**	**Vergleichs-gruppe**	**Statistik[4]**
N	456	302	154	
Anzahl der konsumierten Substanzen[1] in den letzten 30 Tagen (n= 456)				
keine	6 (1%)	4 (1%)	2 (1%)	n.s.
eine bis zwei	255 (56%)	167 (55%)	88 (57%)	
drei bis fünf	187 (41%)	128 (42%)	59 (38%)	
über fünf	8 (2%)	3 (1%)	5 (3%)	
Intensiver Konsum in den letzten 30 Tagen von [2]				
Alkohol (n=226)	77 (34%)	49 (32%)	28 (37%)	n.s.
Heroin (n=439)	306 (70%)	206 (71%)	100 (67%)	n.s.
Kokain (n=159)	36 (23%)	21 (21%)	15 (26%)	n.s.
Benzodiazepine (n=76)	13 (17%)	10 (18%)	3 (14%)	n.s.
Methadon (n=76)	6 (8%)	4 (7%)	2 (9%)	n.s.
Intravenöser Konsum von [3]				
Heroin (n=440)	281 (64%)	178 (61%)	103 (69%)	n.s.
Kokain (n=160)	122 (76%)	75 (74%)	47 (81%)	n.s.
Benzodiazepine (n=76)	9 (12%)	9 (16%)		n.s.
Methadon (n=77)	15 (20%)	8 (15%)	7 (32%)	n.s.

1 Zu den erhobenen Substanzen zählen Alkohol, Heroin, Methadon, Buphrenorphin, andere Opiate, Benzodiazepine, Sedativa, Barbiturate, Kokain, Crack, Cannabis, Amphetamine und MDMA.

2 Intensiver Drogenkonsum ist definiert als ein Konsum an mehr als 24 Tagen innerhalb der letzten 30 Tage. Die Prozentwerte zu den konsumierten Substanzen beziehen sich auf diejenigen Personen, die die jeweilige Substanz konsumiert haben.

2 Die Prozentwerte zum intravenösen Konsum beziehen sich auf diejenigen Personen, die die jeweilige Substanz konsumiert haben.

4 statistische Verfahren: χ^2-Test (kategoriale Daten), t-Test für unabhängige Stichproben (Mittelwerte). Details zur statistischen Auswertung siehe Kapitel 3.4.5.

Hinsichtlich des Drogenkonsumverhaltens in den letzten 30 Tagen vor Aufnahme in das Konsumraumangebot zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Projektteilnehmenden und Vergleichsgruppe. In beiden Gruppen wurden laut Selbstangaben vorwiegend eine bis zwei unterschiedliche Substanzen konsumiert (zu denen auch Alkohol und Cannabis gezählt wurden). Polyvalenter Substanzkonsum (definiert als der Konsum von drei bis fünf unterschiedlichen Substanzen innerhalb der letzten 30 Tage) war jedoch zu

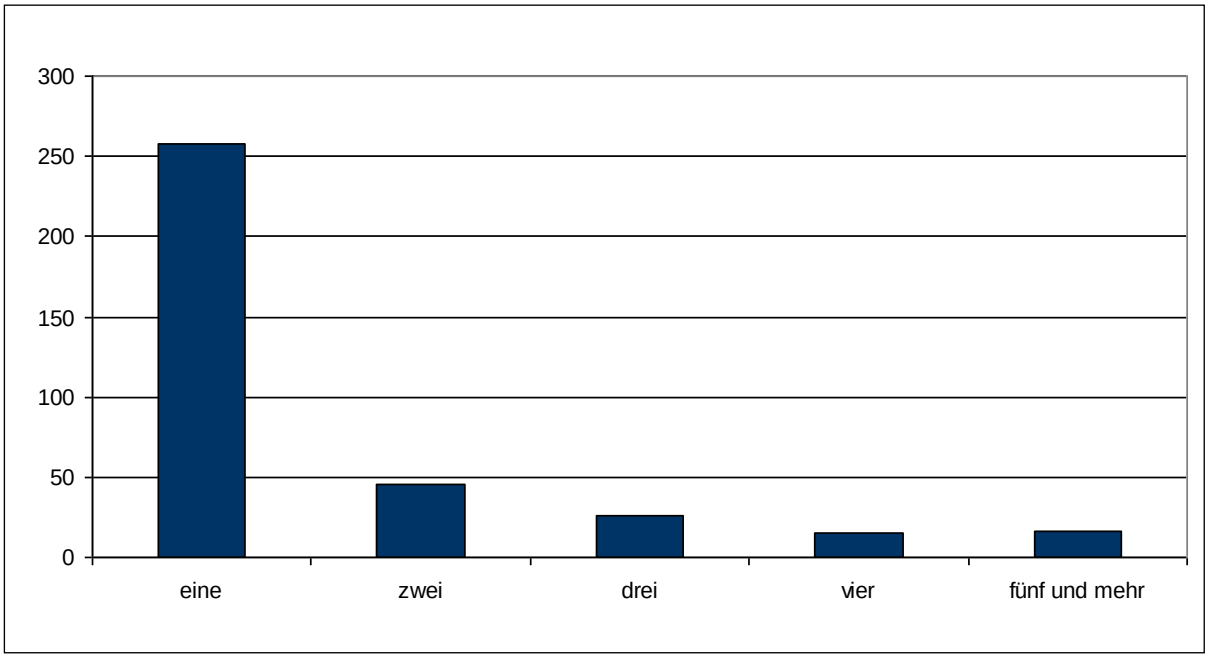
einem fast ebenso großen Anteil vertreten. Bei Aufnahme gaben 94 % aller Personen (439 von 456) an, innerhalb des letzten Monats Heroin konsumiert zu haben, davon rund 70 % fast täglich. 78 % der Konsumraumnutzenden hatten zuvor bereits i.v. Drogen konsumiert.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die zu Beginn des Modellprojekts formulierte Anzahl an Projektteilnehmenden nicht erreicht werden konnte. Ein wesentlicher Grund dafür ist der deutliche Rückgang an Klienten und Klientinnen seit Mitte des Jahres 2008. Zugleich wurde anhand der Auswertung deutlich, dass die überwiegende Mehrheit der Zielgruppe im Projektverlauf mit mindestens einer Kurzintervention erreicht werden konnte. Dies galt auch für die Teilzielgruppe der Personen, die laut Selbstangaben noch nicht länger als zwei Jahre intravenös konsumierten. Die häufigste Intervention war das manualisierte Erstkontaktgespräch, das seit Februar 2009 grundsätzlich bei allen Neuaufnahmen angewandt wurde. Die übrigen Interventionen (Prophylaktische Impulse, Zielgruppengespräche und HCV-Testberatungen), die schrittweise im Verlauf des Jahres 2009 eingeführt wurden, nahmen vor allem zu Beginn eine untergeordnete Rolle ein. Im Jahr 2010 konnte sich die Anzahl dieser Interventionen jedoch deutlich steigern. Beim Vergleich von Projektteilnehmenden mit Nicht-Teilnehmenden zeigen sich keine Unterschiede hinsichtlich soziodemographischer oder drogenkonsumrelevanter Merkmale. Hieraus folgt, dass die Drogenkonsumierenden, die an HCV-spezifischen Interventionen teilnahmen, repräsentativ für die gesamte Zielgruppe sind und dass somit nicht nur ein bestimmter Personenkreis mit den Interventionen erreicht wurde.

6.3 Akzeptanz

Um Aussagen über die Akzeptanz der Kurzinterventionen bei den Konsumraumnutzenden treffen zu können, wurde ausgewertet, wie viele Personen der Zielgruppe mit mehreren Interventionen erreicht wurden.

Abbildung 4: Anzahl durchgeführter Interventionen pro Teilnehmer



Aus Abbildung 4 wird ersichtlich, dass der überwiegende Teil der 360 Projektteilnehmenden (258 Personen, 72 %) an nur einer Intervention teilnahm. Somit beträgt der Anteil der Projektteilnehmenden, die mit mehreren Interventionen erreicht wurden, weniger als ein Drittel (28 %). Bevor hieraus jedoch Aussagen zur Akzeptanz der Interventionen abgeleitet werden können, ist zu ermitteln, welche Interventionen dies im Einzelnen waren und wie häufig außer dem (obligatorischen) Erstkontaktgespräch noch weitere Interventionen wahrgenommen wurden.

Abbildung 5: Anteil der 360 Projektteilnehmenden, die nur an Erstkontaktgesprächen teilnahmen

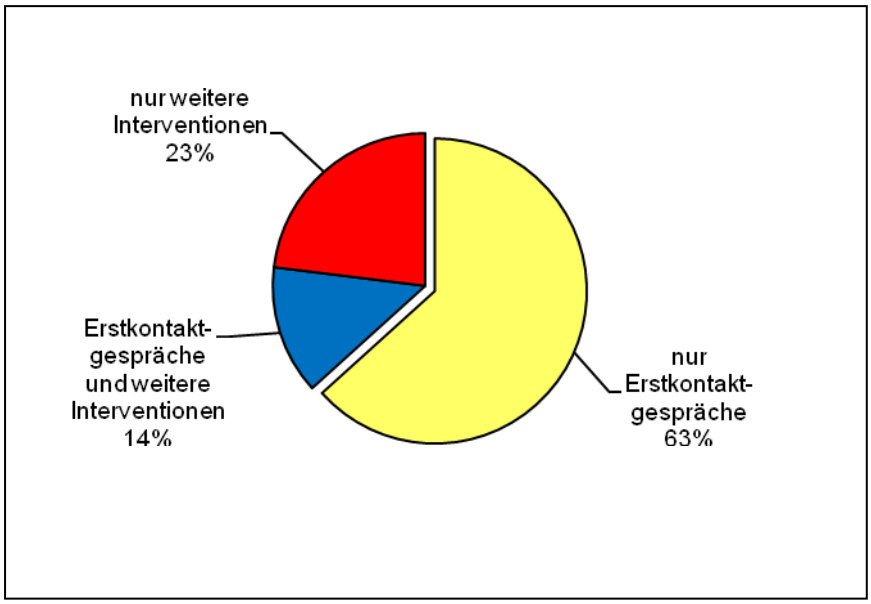
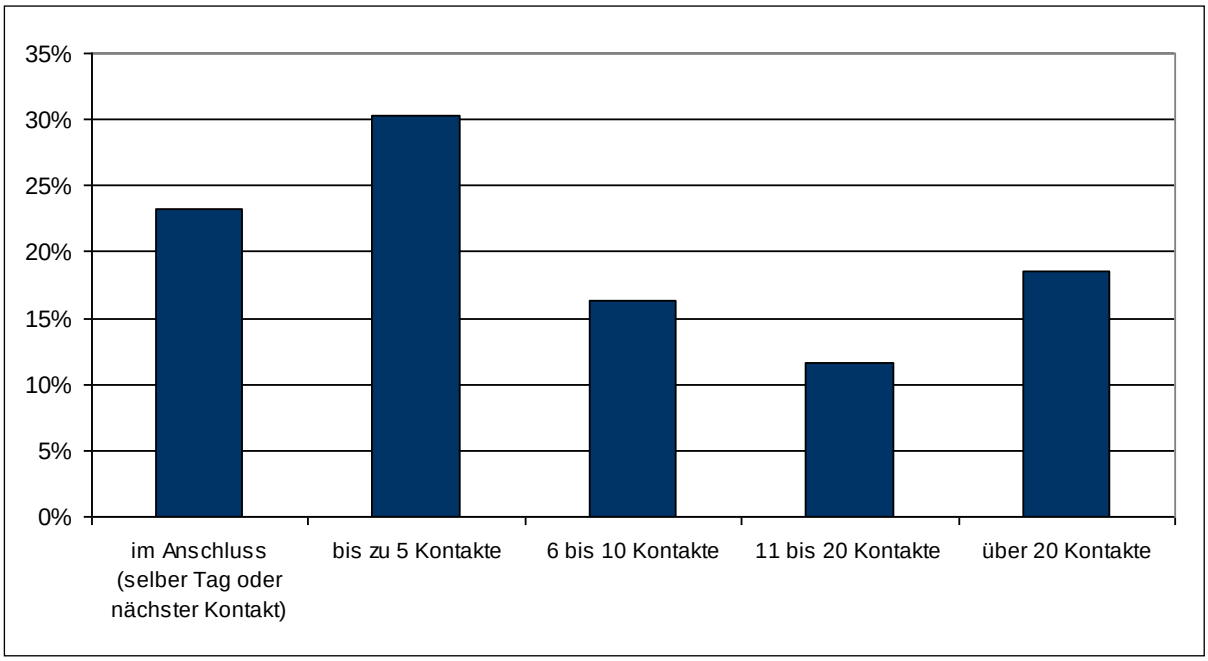


Abbildung 5 zeigt, dass von 360 Projektteilnehmenden 228 Personen (63 %) nur die Intervention „Erstkontaktgespräch“ in Anspruch nahmen. 49 Personen (14 %) nahmen sowohl an Erstkontaktgesprächen als auch an weiteren Interventionen teil. 83 Klienten und Klientinnen (23 %) nutzten den Konsumraum bereits vor Einführung des Modellprojekts und nahmen daher nicht mehr am Erstkontaktgespräch, jedoch an weiteren Interventionen teil.

Für diejenigen 49 Projektteilnehmenden, die nach dem Erstgespräch noch weitere Interventionen nutzten, wurde ermittelt, wie viele Kontakte zwischen dem Erstgespräch und den weiteren Interventionen lagen. Dies konnte für 43 dieser Personen berechnet werden. Bei den übrigen sechs Teilnehmenden stellte das Erstkontaktgespräch nicht die erste Intervention dar, sondern wurde erst nach einer der anderen Interventionen durchgeführt (z.B. aufgrund einer später erfolgten Aufnahme in einer weiteren Einrichtung).

Abbildung 6: Anzahl Kontakte zwischen Erstkontaktgespräch und einer weiteren Intervention für 43 Projektteilnehmende



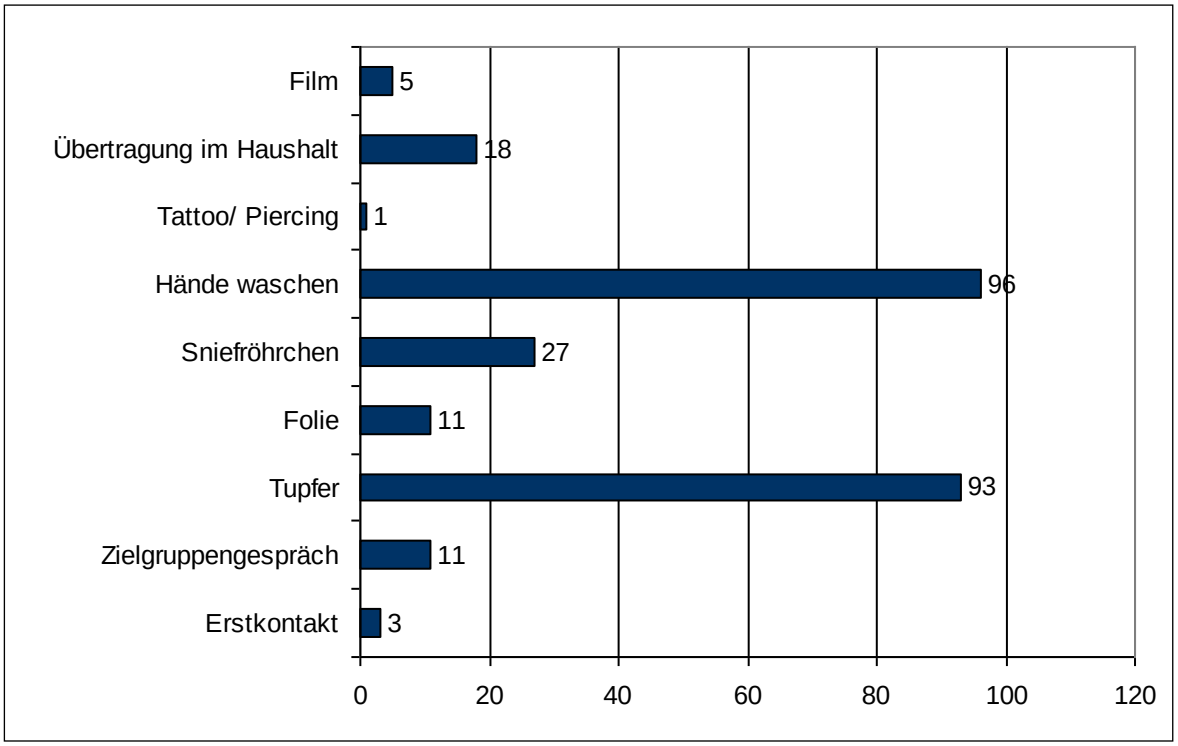
Wie in Abbildung 6 ersichtlich, stellt sich die Anzahl an Kontakten zwischen dem Erstgespräch und einer weiteren Intervention sehr unterschiedlich dar. Bei rund der Hälfte der Teilnehmenden erfolgte die nächste Intervention gleich im Anschluss oder innerhalb der nächsten 5 Kontakte, jedoch lagen bei immerhin 8 Personen (18,6 %) 20 oder mehr Konsumvorgänge dazwischen, woraus ersichtlich wird, dass die Anzahl an Kontakten, bis eine neu aufgenommene Person mit einer weiteren Intervention erreicht wird, individuell recht verschieden ist.

Um weitere Aussagen über die Akzeptanz der Kurzinterventionen treffen zu können, wurde die als „Strichliste“ geführte Dokumentation derjenigen Interventionen betrachtet, die außerhalb des Modellprojekts durchgeführt wurden (zur Erläuterung siehe Kapitel 3.4.3). In dem Zeitraum vom 4. August 2009 bis zum 16.Dezember 2010 wurden insgesamt 265 zusätzliche Interventionen durchgeführt[10]. Hierbei ist zu beachten, dass nur die Anzahl an Interventionen, nicht aber die Anzahl der individuellen Personen erfasst. Somit bleibt offen, wie viele Personen an mehreren Interventionen teilgenommen haben.

[10] Zusätzlich zu den am Modellprojekt beteiligten Konsumraumeinrichtungen Birkenstube, SKA und DKM wurden die Interventionen in den folgenden Einrichtungen durchgeführt: in den niedrigschwelligen Einrichtungen „Druckausgleich“ und „La Vida Frauenladen“, in den mobilen Präventionseinrichtungen „Gesundheitsmobil“ und „Präventionsmobil“ sowie in den Einrichtungen zur Berufshilfe „Treffpunkt Waldstraße“ und „Ausbildungs- und Kulturcentrum e.V. (AKC)“. Weiterhin wurden Interventionen im Rahmen der Streetwork-Einsätze des Fixpunkt e.V. durchgeführt.

Abbildung 7 zeigt, dass die prophylaktischen Impulse „Tupfer“ und „Händewaschtraining“ die beiden am häufigsten durchgeführten Interventionen darstellen.

Abbildung 7: Anzahl durchgeführter Interventionen außerhalb des Modellprojekts (n=265)



Eine genauere Betrachtung der Einrichtungen, in denen die HCV-spezifischen Interventionen durchgeführt worden sind, zeigt: Die kurzen prophylaktischen Impulse „Tupfer“, „Rauchfolie“ und „Sniefröhrchen“ wurden vor allem in den Streetwork-Einsätzen sowie in den mobilen Einrichtungen mit Drogenkonsumräumen durchgeführt. Insbesondere im Rahmen von Streetwork wurden diese offensichtlich gut angenommen (Streetwork: 60-mal Tupfer und 9-mal Sniefröhrchen). Demgegenüber wurde der prophylaktische Impuls „Händewaschtraining“ in einer Vielzahl unterschiedlicher Settings umgesetzt – von niedrigschwelligen Kontaktangeboten, mobile Präventionseinrichtungen über Beschäftigungsprojekten. Das „Händewaschtraining“ wurde zumeist als eine Gruppenintervention durchgeführt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Die überwiegende Mehrheit der erreichten Drogenkonsumierenden nahm lediglich an einer HCV-spezifischen Intervention teil. Knapp zwei Drittel der Projektteilnehmenden nutzten außer dem bei Neuaufnahme obligatorischen Erstkontaktgespräch keine weitere Kurzintervention. Aus diesem Ergebnis lässt sich ableiten, dass ein Großteil der Drogenkonsumierenden wenig motiviert war, an zusätzlichen Interventionen wie prophylaktischen Impulsen, HCV-Testberatungen oder Zielgruppengesprächen teilzunehmen. Zugleich gibt es einen kleinen Anteil an Personen, bei denen

die Akzeptanz gegenüber den angebotenen Interventionen sehr hoch ist, da sie fünf Mal und öfter an den Interventionen teilgenommen haben. Bei denjenigen Drogenkonsumierenden, die an mindestens zwei Interventionen teilgenommen haben, stellte sich die durchschnittliche Anzahl an Kontakten, die zwischen dem Erstkontaktgespräch und der folgenden Intervention lag, individuell zwar unterschiedlich dar. In rund der Hälfte der Fälle fand die zweite Intervention jedoch direkt im Anschluss oder innerhalb der nächsten fünf Kontakte statt.

6.4. Wirkung der Interventionen

6.4.1 Auswertung des Wissensquiz

Nach jeder durchgeführten Intervention wurden die Teilnehmenden motiviert, einen Wissenstest (Anhang 2) auszufüllen. Der Wissenstest besteht aus 24 Fragen, die sich thematisch mit den Übertragungswegen des Hepatitis-C Virus (11 Fragen), dem nötigen Schutzverhalten (7 Fragen) und den Behandlungsmöglichkeiten (6 Fragen) beschäftigen. Es wird evaluiert, wie profund das Wissen zur Übertragung und Vermeidung von HCV bei den Interventions-Teilnehmenden war und ob sich das HCV-spezifische Wissen durch die Teilnahme an mehreren HCV-präventiven Interventionen erhöht hat. Hierzu erfolgte eine Auswertung des jeweils ersten Quiz pro Person, sowie eine Verlaufsbeobachtung für Projektteilnehmende, die mehrere Quizbögen ausgefüllt haben.

Von den insgesamt 360 Projektteilnehmenden haben

- 199 Personen insgesamt 228 Wissenstests ausgefüllt.
- 177 Personen haben den Wissenstest einmal ausgefüllt, 22 Personen mehrmals (davon 17 Personen 2-mal, 4 Personen 3-mal, eine Person 5-mal)
- Von den übrigen 161 Projektteilnehmenden liegt kein Wissenstest vor.

Das Ausfüllen des Tests geschah auf freiwilliger Basis – bei Bedarf boten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an, den Wissenstest nach dem Ausfüllen gemeinsam zu besprechen. Diese anschließende Beratung zum Wissenstest wurde von 115 der 199 Quizteilnehmenden (58%) in Anspruch genommen. Die Auswertung des jeweils ersten Quizbogens pro Teilnehmer offenbart ein ähnliches Bild wie in den Auswertungen des Zwischenberichts. Wie in Abbildung 7 dargestellt, verfügt die überwiegende Mehrheit der Projektteilnehmenden, die das Quiz ausgefüllt hatten, über ein gutes bis sehr gutes HCV-spezifisches Wissen. Abbildung 8 zeigt die Auswertung der einzelnen Items.

Abbildung 8: Bewertung des vorhandenen Wissens zur Hepatitis-C Virusinfektion anhand der Anzahl richtiger Antworten (n = 199 Projektteilnehmende)

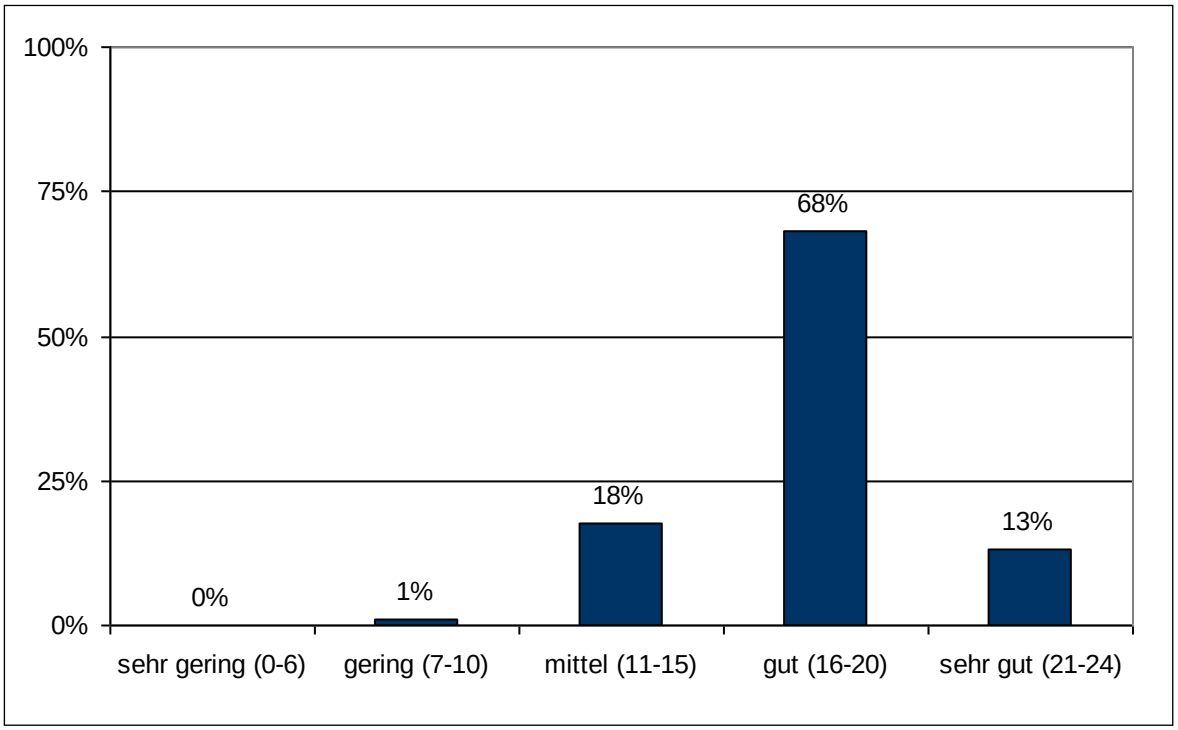
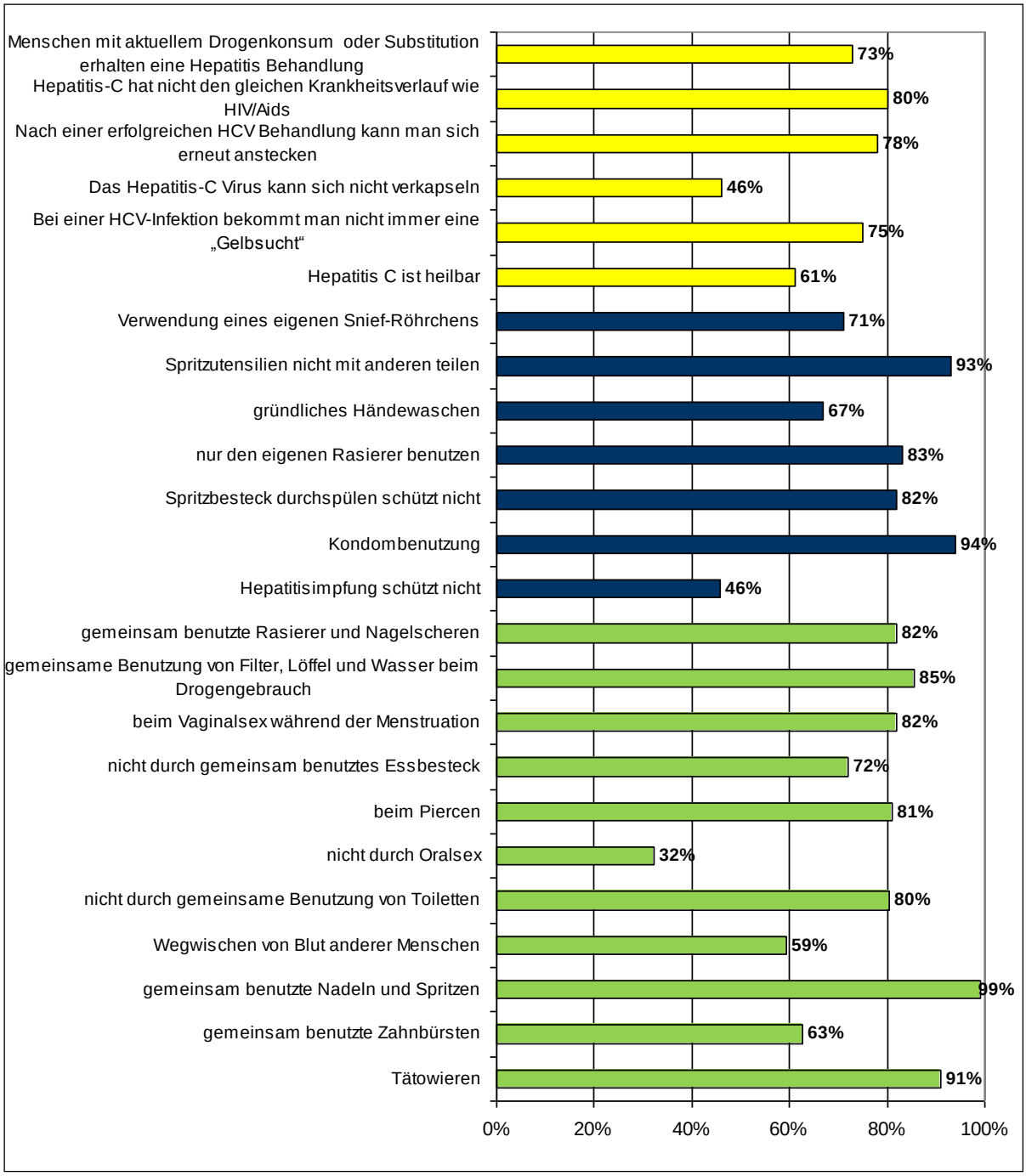


Abbildung 9: Anteil der richtig beantworteten Fragen des Wissenstests (n = 199 Projektteilnehmende)



Über 70 % der befragten 199 Drogenkonsumierenden wussten,

- dass eine Infektion mit dem Hepatitis-C Virus nicht den gleichen Krankheitsverlauf wie HIV und AIDS hat, dass auch aktuelle Drogenkonsumierende oder Substituierte eine Behandlung von HCV erhalten können, dass auch nach einer erfolgreichen Behandlung

das Risiko besteht, sich erneut mit dem Hepatitis-C Virus zu infizieren und dass eine HCV-Infektion nicht immer mit einer „Gelbsucht“ einhergeht.

Über 80 % der 199 Befragten wussten, dass eine Hepatitis-C Virusinfektion übertragbar ist durch

- gemeinsam benutzte Rasierer und Nagelscheren, die gemeinsame Benutzung von Filter, Löffel und Wasser beim Drogengebrauch, beim Vaginalsex während der Menstruation, beim Tätowieren und Piercen sowie durch gemeinsam benutzte Nadeln und Spritzen. 80 % der Befragten war zudem bekannt, dass die gemeinsame Benutzung von Toiletten kein Infektionsrisiko beinhaltet.

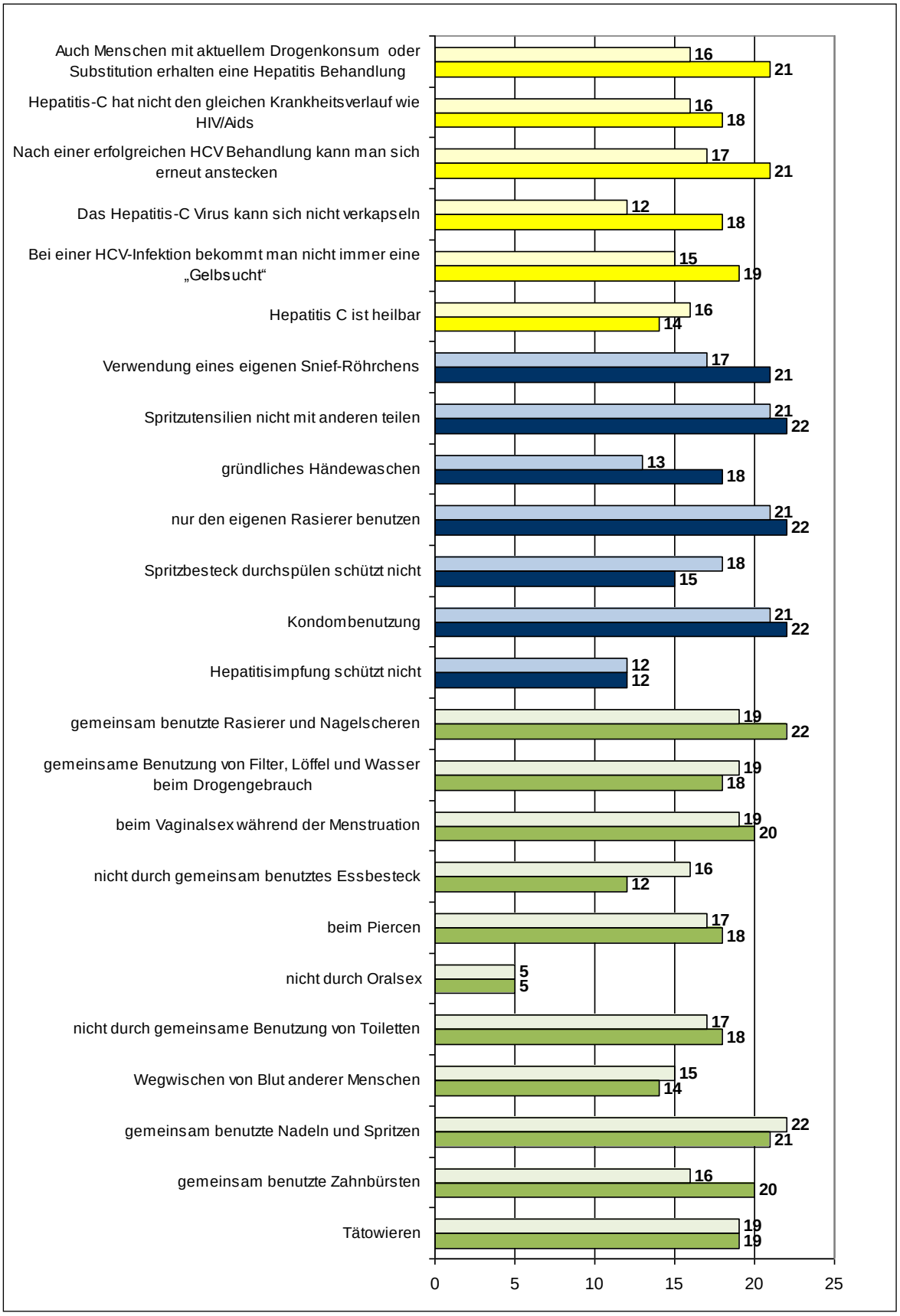
Über 80 % der 199 befragten Drogenkonsumierenden wussten, dass eine Infektion mit einem Hepatitis-C Virus vermieden werden kann,

- indem die Spritzenutensilien nicht mit anderen geteilt werden, durch die Benutzung von Kondomen sowie die ausschließliche Benutzung des eigenen Rasierers. 80 % der Drogenkonsumierenden wissen zudem, dass das Durchspülen des Spritzbestecks keine wirksame Schutzmaßnahme darstellt.

Die Ergebnisse zu den Einzelauswertungen des Wissenstests belegen: In allen drei Bereichen – Übertragung, Prävention und Behandlung – sind die Teilnehmenden über die zentralen Themen gut aufgeklärt.

Es ließen sich einzelne Themen identifizieren, in denen noch Wissensdefizite zur Hepatitis-C Virusinfektion bei den Drogenkonsumierenden bestanden. So war über die Hälfte der Teilnehmenden der Meinung, dass sich das Hepatitis-C Virus „verkapseln“ könne. Überdies glaubten 57 % der Befragten, dass es einen Impfschutz gegen eine Hepatitis-C Infektion gäbe. Dass eine Hepatitis-C Virusinfektion heilbar ist, wussten nur 61 % der Befragten. Im Zusammenhang mit den Übertragungswegen war bei mehr als der Hälfte der Teilnehmenden die Fehlannahme verbreitet, das Hepatitis-C Virus sei auch durch Oralsex übertragbar, während nur 59 % der Befragten wussten, dass das Wegwischen von Blut anderer Menschen ein Infektionsrisiko darstellt.

Abbildung 10: Fragen des Wissenstests im Verlauf (n = 22 Projektteilnehmende)



Zu Beurteilung der Frage, ob sich das HCV-spezifische Wissen der Teilnehmer im Verlauf verändert hat, erfolgte eine vergleichende Betrachtung des jeweils ersten und letzten ausgefüllten Quizbogens pro Person. Aufgrund der geringen Fallzahl von nur 22 Teilnehmern, die mehrere Quizbögen ausgefüllt hatten, sind in Abbildung 10 die Fallzahlen statt der Prozentwerte angegeben. Mit einem Mittelwert von 18,14 richtigen Antworten (Standardabweichung ± 2,17) zum ersten Testzeitpunkt und einem Mittelwert von 19,54 (± 2,36) richtigen Antworten zum zweiten Testzeitpunkt konnte sich das insgesamt gute Wissen der Teilnehmer im Verlauf noch leicht steigern. Dieser Unterschied ist im t-Test für gepaarte Stichproben statistisch signifikant ($T = -2{,}31$, $p = {,}031$). Betrachtet man die Anzahl richtiger Antworten für die einzelnen Items (siehe Abbildung 9), so zeigt sich, dass ein Teil der spezifischen Wissenslücken geschlossen werden konnte. Die einzelnen Items werden im Folgenden deskriptiv verglichen; auf Prüfung statistischer Signifikanz wurde aufgrund der geringen Stichprobengröße von 22 Personen verzichtet.

Wie aus Abbildung 10 ersichtlich, zeigt sich ein Wissenszuwachs vom ersten zum letzten Quiz insbesondere im Bereich der Hepatitis-C Behandlung. So war beim Ausfüllen des letzten Quizbogens 21 von 22 Teilnehmern bekannt, dass auch Menschen mit Drogenkonsum oder in Substitution eine HCV-Behandlung erhalten können, was beim ersten Ausfüllen des Quizbogens nur 16 der 22 Teilnehmer richtig beantworteten. Dies zeigte sich auch bei der Frage, ob das Hepatitis-C Virus sich verkapseln könne, was beim ersten Quiz nur von 12 der 22 Teilnehmenden richtigerweise verneint wurde, beim letzten ausgefüllten Quizbogen jedoch bereits 18 von 22 Personen korrekt beantworteten. Zudem war beim Ausfüllen des letzten Quizbogens mehr Teilnehmern bewusst, dass man sich nach einer erfolgreichen HCV-Behandlung erneut anstecken kann und dass man nach einer HCV-Infektion nicht immer eine „Gelbsucht“ bekommt.

Unterschiede zeigen sich auch hinsichtlich der Themenbereich Prävention und Übertragungswege. Im Bereich Prävention gaben in der ersten Befragung 17 von 22 Personen an, dass die Verwendung eines eigenen Sniefröhrchens zur Vermeidung einer HCV-Infektion beitragen kann, was sich im Verlauf auf 21 Personen steigern konnte. Ein Wissenszuwachs zeigte sich auch beim Thema Händewaschen. So gaben im letzten Quizbogen 18 statt zuvor 13 Befragte an, dass das gründliche Händewaschen vor dem Drogenkonsum eine wirksame Präventionsmaßnahme gegen HCV darstellt. Beim Thema „Spritzbesteck durchspülen“ ist hingegen ein Rückgang korrekter Antworten zu beobachten. Hinsichtlich der Übertragungswege zeigte sich ein Wissenszuwachs in der Frage, dass HCV durch gemeinsam benutzte Rasierer und Nagelscheren, sowie durch gemeinsam benutzte Zahnbürsten übertragen werden kann. Beim Item „Übertragung durch gemeinsam benutztes Essbesteck“ ist wiederum ein Rückgang korrekter Antworten im Sinne einer verstärkten Vorsicht zu beobachten. Dass eine Infektion mit dem Hepatitis-C Virus nicht durch Oralsex übertragen wird, wurde sowohl beim ersten wie auch beim letzten Quiz nur von etwa einem Vierteil der Befragten korrekt beantwortet.

Von den 22 Projektteilnehmenden, die mehrmals ein Quiz ausgefüllt hatten, nutzten 18 Personen (82 %) die angebotene anschließende Beratung. Dies lässt einerseits auf eine höhere Motivation dieser Gruppe schließen und legt zugleich den Schluss nahe, dass die anschließende gemeinsame Besprechung des Wissenstests zu einer Erhöhung des HCV-spezifischen Wissens beitragen konnte. Der Wissenszuwachs hinsichtlich der Präventionsmaßnahmen „Sniefröhrchen“ und „Händewaschen“ kann zudem ein Hinweis dafür sein, dass die Botschaften der entsprechenden Prophylaktischen Impulse von zumindest einem Teil der Projektteilnehmenden aufgenommen wurden.

Zusammenfassend lassen die Analysen zum HCV-spezifischen Wissen Folgendes erkennen: Auf Grundlage des Wissensquiz zeigt sich, dass rund 70 % der Interventionsteilnehmenden über ein gutes bis sehr gutes Wissen zur Hepatitis-C Virusinfektion verfügen. Wissenslücken bestehen vor allem noch im Bereich der HCV-Behandlung. Diejenigen Teilnehmenden, die das Wissensquiz mehr als einmal ausfüllten, konnten ihre Wissenslücken weitgehend schließen. Mehr als die Hälfte der 199 Personen, die das Quiz ausgefüllt haben, nutzten auch das Angebot, das Quiz mit den Pflegekräften zu besprechen.

6.4.2 Wirkungen auf das Risikoverhalten

Die Beurteilung der Fragestellung, ob das Risikoverhalten der Projektteilnehmenden durch die Kurzinterventionen positiv beeinflusst wird, soll über die folgenden drei verschiedenen Ansätze erfolgen:

- Zunächst wird eine eher indirekte Bewertung auf Grundlage der Konsumraumnutzung vorgenommen.
- Zweitens wird betrachtet, wie viele Personen in der Interventionsgruppe und der Vergleichsgruppe zu einem intravenösen Konsum wechseln.
- Drittens wird der Fragebogen zum Infektionsrisiko ausgewertet, der mit Projektteilnehmenden im Rahmen der HCV-Testberatung durchgeführt wurde.

a) Bewertung des Risikoverhaltens auf Grundlage der Konsumraumnutzung

Mit Drogenkonsumräumen als einem wichtigen Bestandteil von Harm Reduction Maßnahmen werden vielfältige Zielsetzungen verknüpft. Durch die Bereitstellung der Möglichkeit zu einem Drogenkonsum unter hygienischen Bedingungen sollen Drogenkonsumräume die Mortalität durch Überdosierungen senken, den Konsum in der Öffentlichkeit reduzieren und den Zugang zu sozialen und gesundheitlichen Hilfeangeboten erleichtern (Rhodes & Hedrich 2010). Eine zentrale Funktion von Konsumräumen besteht somit darin, durch die Schaffung von Bedingungen zu einem sicheren und hygienischen Drogenkonsum das Risikoverhalten von Nutzerinnen und Nutzern zu verringern. Vor diesem Hintergrund wird eine häufige Nutzung von

Konsumraumangeboten als Indikator für eine Risikominderung beim Drogengebrauch gewertet.

Zur Bewertung der Wirkung der HCV-spezifischen Interventionen auf das Risikoverhalten wurden Projektteilnehmende und die Vergleichsgruppe hinsichtlich des Zeitraums und der Frequenz der Konsumraumnutzung verglichen. Der Zeitraum der Konsumraumnutzung umfasst die individuelle Zeitspanne zwischen erstem und letztem Konsumtag der Drogenkonsumierenden.

Tabelle 10: Zeitraum und Frequenz der Konsumraumnutzung

	Gesamt (n = 482)	**Projektteilnehmende (n = 328)**	**Vergleichsgruppe (n = 154)**	**Statistik**
Zeitraum der Konsumraumnutzung				χ^2 = 24,080; p < ,001
nur 1 Tag	145 (30%)	112 (34%)	33 (21%)	
bis 1 Monat	59 (12%)	46 (14%)	13 (8%)	
bis 3 Monate	36 (8%)	30 (9%)	6 (4%)	
bis 6 Monate	30 (6%)	18 (6%)	12 (8%)	
bis 12 Monate	53 (11%)	29 (9%)	24 (16%)	
> 1 Jahr	159 (33%)	93 (28%)	66 (43%)	
Frequenz[1] der Konsumraumnutzung				χ^2 = 40,652; p < ,001
nur 1 Tag	145 (30%)	112 (34%)	33 (21%)	
selten	233 (48%)	127 (39%)	106 (69%)	
gelegentlich	67 (14%)	58 (18%)	9 (6%)	
häufig	19 (4%)	17 (5%)	2 (1%)	
intensiv	18 (4%)	14 (4%)	4 (3%)	

1 Ausgehend von 26 Öffnungstagen im Monat wurden die folgenden Kategorien gewählt. Selten: 0-5 Tage im Monat, gelegentlich: 6-13 Tage im Monat, häufig: 14-21 Tage im Monat, intensiv: mehr als 21 Tage im Monat. Die errechnete Frequenz der Konsumraumnutzung bezieht sich auf die Anzahl der Konsumvorgänge einer Person innerhalb eines individuellen Zeitraums.

Sowohl für die Frequenz als auch für den Zeitraum der Konsumraumnutzung zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Projektteilnehmenden und der Vergleichsgruppe. Während in der Gruppe der Projektteilnehmenden mehr Personen mit einem kürzeren Nutzungszeitraum von bis zu drei Monaten vertreten sind, befindet sich in der Vergleichsgruppe ein höherer Anteil derjenigen, die das Konsumraumangebot länger als ein Jahr genutzt haben (43 % vs. 28 %).

Aus den Ergebnissen zur Dauer der Konsumraumnutzung geht hervor, dass insgesamt etwa 30 % der Drogenkonsumierenden den Konsumraum lediglich an einem einzigen Tag genutzt haben. Hierbei zeigen sich allerdings deutliche Unterschiede zwischen beiden Gruppen: mehr Projektteilnehmende als Personen der Vergleichsgruppe haben einen Konsumraum nur für die Dauer eines Tages aufgesucht (34 % vs. 21 %). Verschiedene Untersuchungen zum Nutzungsverhalten von Drogenkonsumräumen kommen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass ein relevanter Teil der Klientinnen und Klienten diese Angebote lediglich an einem einzigen Tag genutzt hat. Laut einer Schweizer Studie aus Genf zählten 20,4 % der untersuchten Konsumraumnutzenden zu den „1-day visitors“ (Dubois-Arber, Benninghoff & Jeannin 2008). Auch die Auswertung zur Nutzung der vier Frankfurter Konsumräume aus dem Jahr 2009 dokumentiert einen hohen Anteil an 1-Tag-Besuchern; ein Viertel der Klientel hat einen der Frankfurter Konsumräume nur ein einziges Mal genutzt (Simmedinger & Stöver 2011).

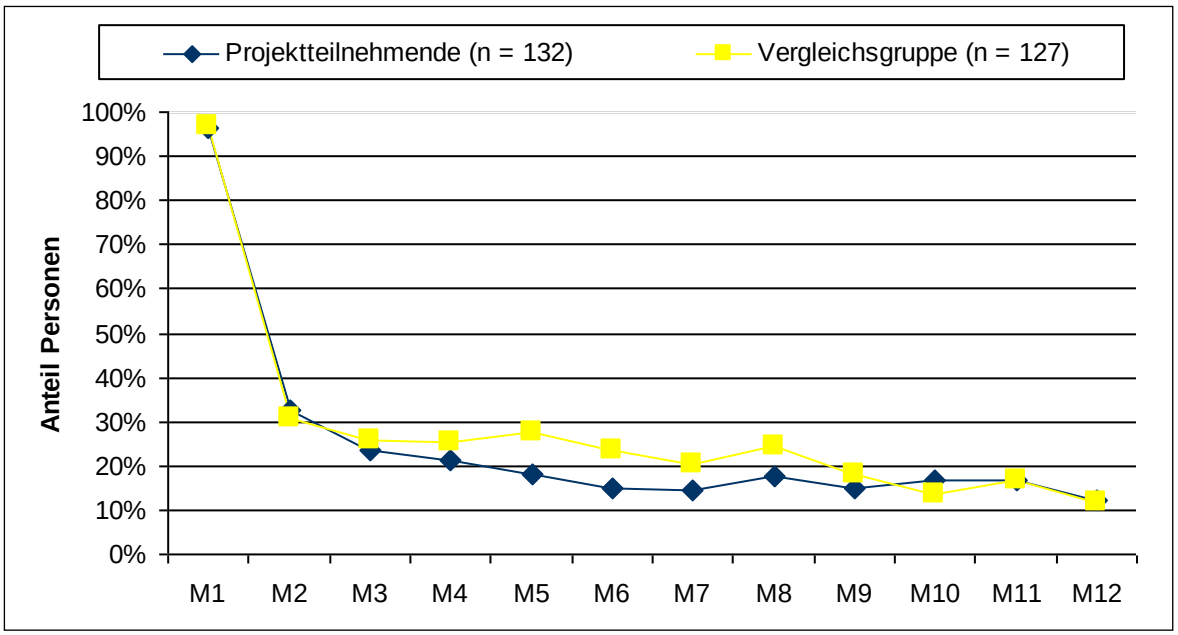
Wird die Frequenz der Konsumraumnutzung betrachtet, zeigt sich Folgendes: Unter den Projektteilnehmenden ist der Anteil derjenigen, die die Konsumräume gelegentlich, häufig und intensiv nutzen, mit 27 % zu 10 % deutlich höher als unter Personen der Vergleichsgruppe. In der Vergleichsgruppe überwiegt demgegenüber der Anteil an seltenen Konsumraumnutzenden (39 % zu 69 %).

Vor dem Hintergrund der oben dargestellten Zeitspanne und Häufigkeit der Konsumraumnutzung wird im Folgenden für eine spezifische Teilgruppe untersucht, wie sich ihr Nutzungsverhalten über einen Zeitraum von 12 Monaten entwickelt. Diese Verläufe bieten eine weitere Annäherung an die Frage, ob sich das Risikoverhalten durch die Interventionsteilnahme verändert.

Um die individuelle Konsumraumnutzung im 12-Monats-Verlauf abzubilden, wurden diejenigen Klienten und Klientinnen betrachtet, die in dem Zeitraum zwischen dem 1.1.2008 und dem 31.12.2009 einen Erstvertrag zur Nutzung der Konsumräume des *Fixpunkt e.V.* abgeschlossen haben. Ab dem individuellen Zeitpunkt des Erstvertrags wurde für jede Person ein individueller 12-Monats-Verlauf bestimmt, wobei der Konsumraum in diesen 12 Monaten mindestens einmal genutzt werden musste.[11] Aufgrund dieser Definition reduzieren sich die Stichproben auf 132 Projektteilnehmende und 127 Personen der Vergleichsgruppe.

[11] Hat ein Klient beispielsweise den Erstvertrag am 28.11.2008 unterzeichnet, werden die anschließenden 12 Monate seiner Nutzung ab diesem Datum betrachtet. Zur Berechnung der individuellen Nutzungsmonate wurde jeder Monat auf 30 Tage festgelegt. Im 12-Monats-Verlauf ist dann abgebildet, ob dieser Klient den Konsumraum in dem jeweiligen Monat (M1, M2 usw.) mindestens einmal genutzt hat oder nicht.

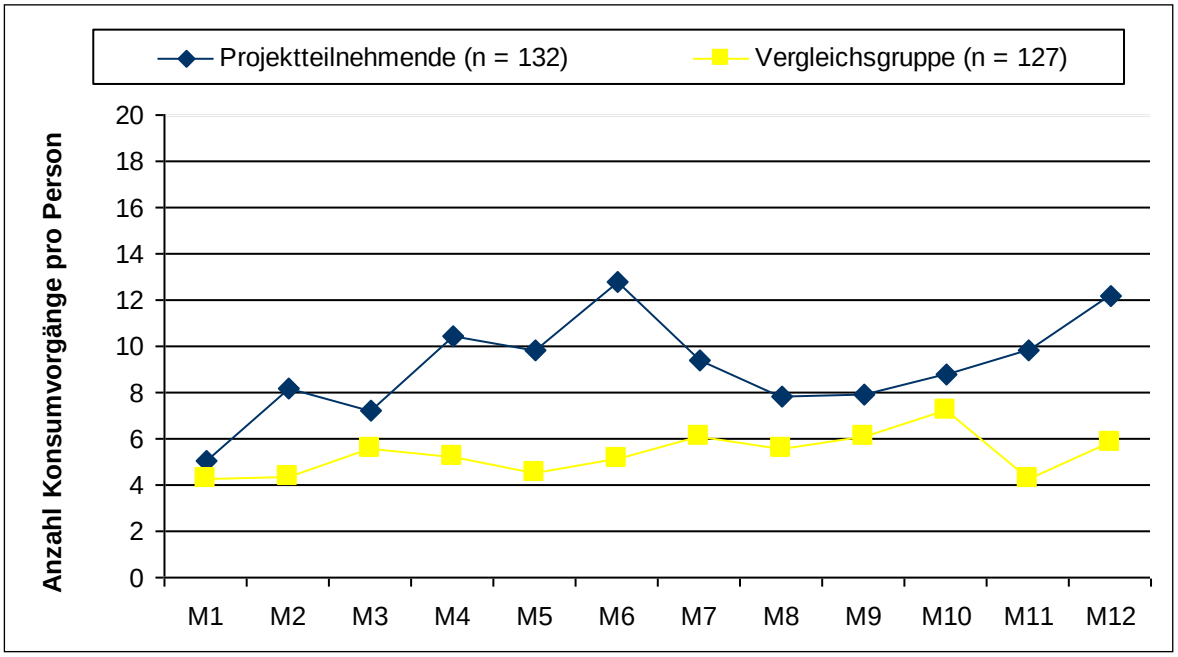
Abbildung 11: Individuelle Nutzung der Konsumräume im 12-Monats-Verlauf



Anhand der individuellen Konsumraumnutzung im 12-Monats-Verlauf wird deutlich, dass unter den in 2008 und 2009 neu aufgenommenen Drogenkonsumierenden die Nutzung des Konsumraumangebots im zweiten Monat nach Aufnahme deutlich zurückgeht. In der Gruppe der Projekteilnehmenden sowie in der Vergleichsgruppe suchen in dem zweiten Monat lediglich etwas mehr als 30% der Personen beider Gruppen einen Konsumraum auf. In den folgenden Monaten reduziert sich dieser Anteil weiter, wobei ab dem Monat 9 der Anteil an Personen mit einer Konsumraumnutzung auf unter 20 % sinkt. Eine längerfristige und regelmäßige Konsumraumnutzung lag somit bei der Mehrzahl der neuaufgenommen Drogenkonsumierenden nicht vor. Projektteilnehmende und Personen der Vergleichsgruppe unterschieden sich in dieser Hinsicht kaum. Angesichts dieser Ergebnisse stellt sich die Frage, warum so viele Drogenkonsumierende die Konsumraumangebote nur kurzzeitig nutzen. Unklar bleibt, inwieweit die Attraktivität des Konsumraumangebots oder die Lebensumstände der Klientinnen und Klientinnen hierfür eine Rolle spielen.

Im Hinblick auf das Risikoverhalten lassen die Ergebnisse keine Aussage darüber zu, ob die „abgesprungenen“ Klientinnen und Klienten wieder vermehrt in der offenen Drogenszene konsumieren, inhaftiert worden sind, oder möglicherweise einen risikobewussten Konsum im privaten Rahmen betreiben.

Abbildung 12: Durchschnittliche Anzahl der Konsumvorgänge im 12-Monats-Verlauf

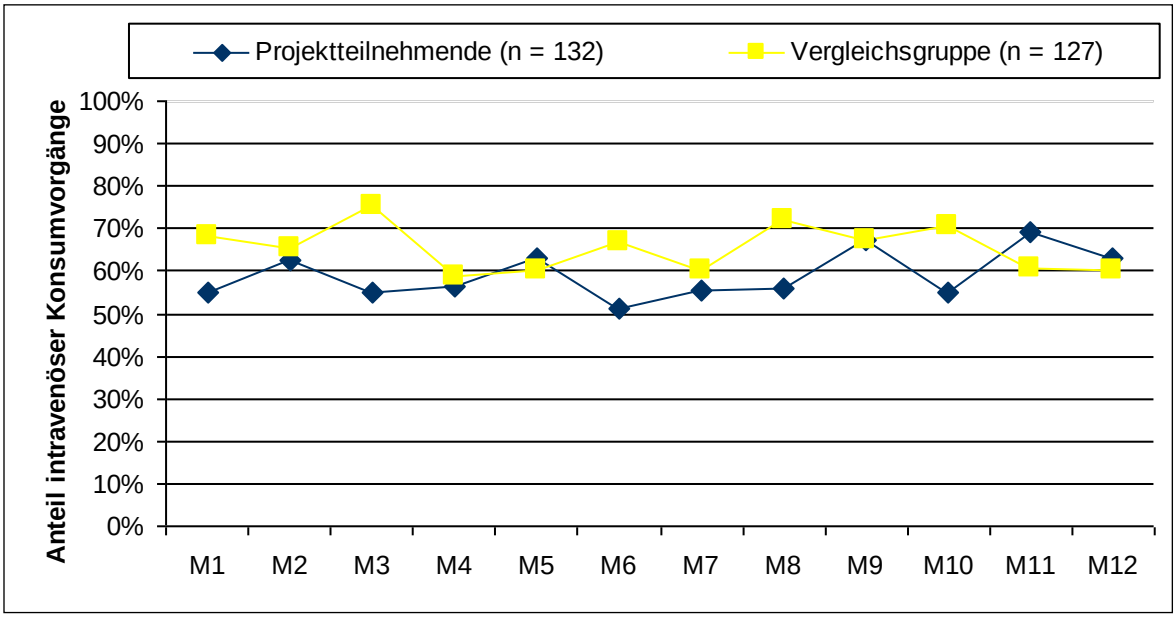


Unter Berücksichtigung der zunehmend geringeren Anzahl an Drogenkonsumierenden, die das Konsumraumangebot im Verlauf ihrer individuellen 12 Monate aufgesucht haben, zeigt Abbildung 12, wie häufig eine Person innerhalb eines Nutzungsmonats durchschnittlich konsumiert hat. Die Anzahl der Konsumvorgänge pro Person wurde jeweils für diejenigen berechnet, die das Konsumraumangebot in dem entsprechenden Monat genutzt haben. Abgebildet sind dann die Mittelwerte an Konsumvorgängen für alle Drogenkonsumierenden, die in dem jeweiligen Monat mindestens einmal im Konsumraum konsumiert haben.

In beiden Gruppen unterliegt die durchschnittliche Anzahl an Konsumvorgängen starken individuellen Schwankungen. So nutzten einzelne Drogenkonsumierende das Konsumraumangebot für bis zu 64 Konsumvorgänge in einem Monat, während für andere Konsumraumnutzende im jeweiligen Monat lediglich ein Konsumvorgang verzeichnet war. Trotz dieser hohen Variabilität wird jedoch deutlich, dass im Mittel die Projektteilnehmenden das Konsumraumangebot tendenziell häufiger nutzten als die Personen der Vergleichsgruppe.

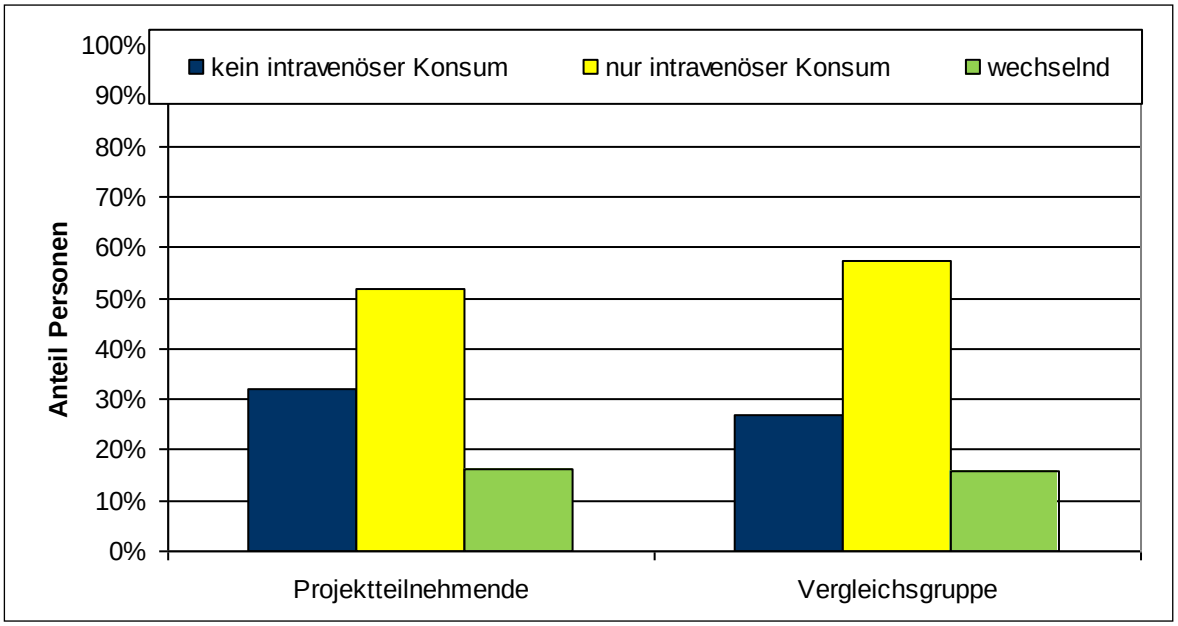
In Abbildung 13 ist der durchschnittliche Anteil intravenöser Konsumvorgänge für die Projektteilnehmenden und die Vergleichsgruppe dargestellt. Hierzu wurde für jede Person der Anteil intravenöser Konsumvorgänge am Gesamtkonsum berechnet. Wie auch in Abbildung 12 ergeben sich die dargestellten Mittelwerte aus denjenigen Personen, die im jeweiligen Monat einen Konsumraum aufgesucht haben.

Abbildung 13: Anteil intravenöser Konsumvorgänge im 12-Monats-Verlauf



Aus den Verlaufsdaten wird deutlich, dass der durchschnittliche Anteil intravenöser Konsumvorgänge in beiden Gruppen im Mittel zwischen 60 % und 70 % liegt. Beide Gruppen unterscheiden sich in der Häufigkeit des intravenösen Konsums nicht wesentlich. Ergänzend wurde ermittelt, bei wie vielen der hier betrachteten Personen der Drogenkonsum ausschließlich intravenös erfolgte, bzw. wie häufig wechselnde Konsumformen praktiziert wurden.

Abbildung 14: Applikationstechniken im gesamten 12-Monats-Zeitraum



Etwa ein Drittel der hier betrachteten Drogenkonsumierenden nutzte den Konsumraum ausschließlich für risikoärmere Konsumformen wie das Sniefen oder Rauchen von Substanzen. Demgegenüber hat die Hälfte der Personen ausschließlich einen intravenösen Konsum praktiziert. Der Anteil an Personen mit wechselnden Applikationsformen war in beiden Gruppen relativ gering. Der Unterschied zwischen Projektteilnehmenden und Vergleichsgruppe in dem jeweiligen Konsummuster ist statistisch nicht signifikant (geprüft mittels χ^2-Test, $p > ,6$).

Zusammenfassend zeigen die Auswertungen, dass ein hoher Anteil von 30 % der Klientinnen und Klienten das Konsumraumangebot nur an einem einzigen Tag genutzt hat. Aus den individuellen 12-Monats-Verläufen der Drogenkonsumierenden mit einem Erstvertrag in 2008 und 2009 geht hervor, dass die Mehrheit der Personen in beiden Gruppen nicht über einen längeren Zeitraum regelmäßig einen Konsumraum nutzt. Wird ein Konsumraum aufgesucht, so ist die durchschnittliche Anzahl der dort getätigten Konsumvorgänge individuell sehr verschieden. Tendenziell weisen die Projektteilnehmenden eine etwas höhere Anzahl an Konsumvorgängen im Konsumraum auf als die Vergleichsgruppe. In beiden Gruppen fanden die Konsumvorgänge bei mehr als der Hälfte der Personen ausschließlich intravenös statt, wohingegen rund 30% der Personen nie intravenös im Konsumraum konsumiert hat. In den Applikationstechniken gib es keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Projektteilnehmenden und der Vergleichsgruppe.

b) Veränderungen des intravenösen Konsums als Folge der Intervention

Um eine mögliche direkte Wirkung der Kurzinterventionen auf den Anteil intravenöser Konsumvorgänge zu untersuchen, wurde eine weitere Analyse innerhalb der Projektteilnehmenden durchgeführt. Für die Gruppe der 132 Projektteilnehmenden, die mindestens eine andere Intervention als das Erstkontaktgespräch erfahren haben, wurde erhoben, ob sich ihr Anteil an intravenösen Konsumvorgängen nach der Interventionsteilnahme verändert hat. Hierzu wurde personenbezogen der Anteil intravenöser Konsumvorgänge im Zeitraum vor der ersten Intervention mit dem Anteil intravenöser Konsumvorgänge im Zeitraum nach der letzten Intervention verglichen. Da nicht von allen Interventionsteilnehmenden in beiden Zeiträumen Konsumvorgänge verzeichnet waren, reduziert sich die Stichprobe für diese Analyse von 132 auf 94 Personen.

In dem Zeitraum vor den Interventionen lag der Anteil intravenöser Konsumvorgänge am Gesamtkonsum einer Person bei durchschnittlich 65 % (± 44,25 Standardabweichung). Im Zeitraum nach der letzten Intervention betrug der durchschnittliche Anteil an intravenösen Konsumvorgängen 69 % (± 42,57 Standardabweichung). Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant (geprüft mit dem t-Test für abhängige Stichproben, $p > ,05$). Die Teilnahme an einer Intervention hat offenbar keinen – unmittelbaren – Effekt auf das Konsummuster.

Werden die intravenösen Konsumvorgänge in die Kategorien

- „nie“ gleich keine intravenösen Konsumvorgänge,
- „wechselnd“ gleich Anteil intravenösen Konsums liegt zwischen 1 % und 99 % und
- „immer“ gleich ausschließlich intravenöse Konsumvorgänge

zusammengefasst, zeigen sich die folgenden Ergebnisse:

Im Zeitraum vor den Interventionen haben 18 % der 94 berücksichtigten Personen Drogen ausschließlich geraucht oder gesnieft. Bei 38 % der Personen traten wechselnde Konsumformen auf, während 44 % die Konsumräume ausschließlich für den i.v. Konsum nutzten. Nach der jeweils letzten Intervention haben 22 % der 94 Projektteilnehmenden nicht intravenös konsumiert, 29 % haben Drogen auf verschiedene Weise zu sich genommen, und 49 % konsumierten ausschließlich intravenös. Es zeigen sich nach der Interventionsteilnahme somit nur geringfügige Änderungen im Anteil intravenöser Konsumvorgänge. Diese Änderungen sind statistisch nicht signifikant (geprüft mit dem Wilcoxon Test für abhängige Stichproben, $p > ,8$). Insgesamt kann kein direkter Effekt der Interventionen auf die Häufigkeit des intravenösen Konsums festgestellt werden.

c) Wechsel zum intravenösen Konsum zur Bewertung des Risikoverhaltens

Zur Beurteilung des Risikoverhaltens wurde des Weiteren untersucht, ob ein Umstieg in den intravenösen Drogenkonsum bei den Projektteilnehmenden seltener zu beobachten ist als bei den Personen der Vergleichsgruppe. Ein Wechsel in den intravenösen Konsum wurde wie folgt definiert: Innerhalb der ersten 10 dokumentierten Konsumvorgänge einer Person müssen ausschließlich nicht-intravenöse Applikationsform vorliegen. Sofern danach ein intravenöser Konsumvorgang auftritt, gilt dieser als ein Umstieg, wenn der intravenöse Konsum in den nachfolgenden drei Monaten mit mindestens 70 % der Konsumvorgänge eine eindeutig dominierende Rolle einnimmt.

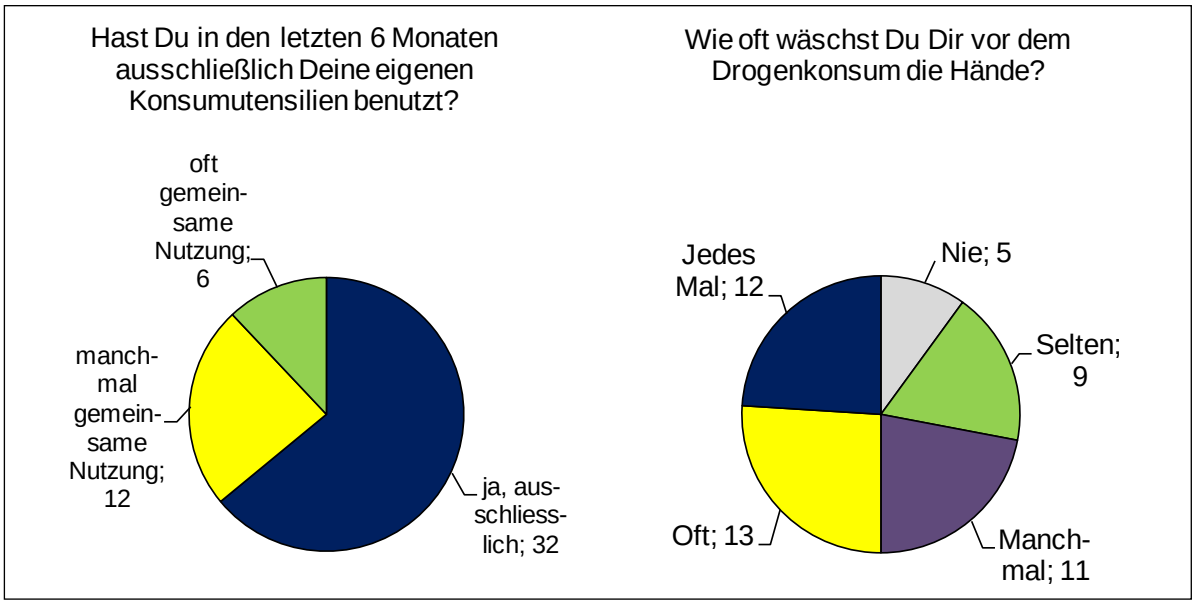
Von allen 1.846 Klientinnen und Klienten, die zwischen dem 1.1.2008 und dem 31.12.2010 die Konsumräume nutzten, war es bei nur 36 Personen der Fall, dass nach mindestens 10 nicht-intravenösen Konsumvorgängen ein intravenöser Konsumvorgang dokumentiert wurde. Von diesen 36 Personen haben lediglich sieben Personen in den nachfolgenden drei Monaten in mindestens 70 % aller Konsumvorgänge intravenös konsumiert. Nur bei diesen sieben Personen kann von einem Wechsel in den intravenösen Konsum gesprochen werden. Angesichts dieser kleinen Zahl lassen sich keine Schlussfolgerungen über eine mögliche Wirkung der HCV-spezifischen Interventionen auf einen Wechsel zu einem intravenösen Konsum ziehen. Es sei trotzdem erwähnt, dass sich unter diesen sieben Umsteigern zwei Projektteilnehmende befanden. Im Wesentlichen dokumentiert das Ergebnis, dass ein Wechsel zu einem intravenösen Konsum unter den Nutzerinnen und Nutzern der

drei Berliner Konsumraumeinrichtungen kein häufiges Ereignis oder gar den Regelfall darstellt.

d) Fragebogen zum Infektionsrisiko

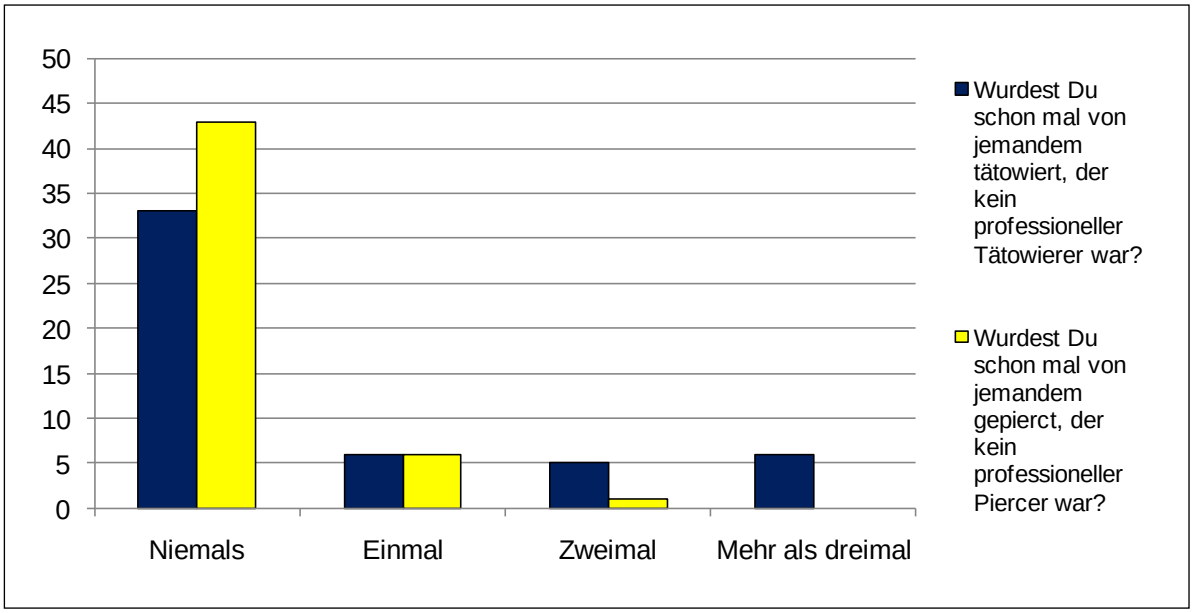
Zur Bewertung des HCV-bezogenen Risikoverhaltens wird abschließend der in Kapitel 3.3.1 beschriebene Fragebogen zum Infektionsrisiko ausgewertet. Dieser diente als Leitfaden für die HCV-Testberatung und wurde von den Pflegekräften im Rahmen der Beratung ausgefüllt. In die Auswertung werden die Daten von 50 Projektteilteilnehmenden einbezogen, die angaben, HCV-negativ zu sein, bzw. ihren Infektionsstatus nicht zu kennen. In den folgenden Abbildungen wird aufgrund der geringen Stichprobengröße jeweils die Anzahl der Personen anstelle von Prozentwerten angegeben.

Abbildung 14: Fragebogen zum Infektionsrisiko – Nutzung eigener Konsumutensilien und Hände waschen



Im Hinblick auf das Risikoverhalten beim Drogenkonsum hatte die Mehrheit der Befragten laut Selbstangaben in den letzten sechs Monaten ausschließlich eigene Konsumutensilien genutzt. Hingegen gab nur rund die Hälfte der befragten Personen an, sich vor dem Drogenkonsum oft oder jedes Mal die Hände zu waschen.

Abbildung 15: Fragebogen zum Infektionsrisiko – Tätowieren und Piercen



Rund ein Drittel der Befragten wurde nach eigenen Angaben schon ein- oder mehrmals von jemandem tätowiert, der kein professioneller Tätowierer war. Beim Thema Piercing traf dies auf nur etwa ein Zehntel der befragten Personen zu.

Insgesamt lassen die Ergebnisse des Fragebogens auf ein größtenteils risikobewusstes Verhalten der befragten Projektteilnehmenden schließen. Es ist anzumerken, dass es sich hierbei um Personen handelt, die im Rahmen der Interventionen eine HCV-Testberatung in Anspruch genommen haben. Diese Gruppe kann daher nicht als repräsentativ für die Gesamtheit der Projektteilnehmenden gelten. Da zum Risikoverhalten insgesamt nur wenig Angaben vorliegen, lässt sich auf Grundlage der Datenauswertung nicht beurteilen, inwieweit die HCV-spezifischen Interventionen einen Einfluss auf die Verringerung des Risikoverhaltens der Projektteilnehmenden haben.

Zur Bewertung der Interventionswirkung auf das Risikoverhalten lassen sich folgende Ergebnisse **festhalten**:

Die Projektteilnehmenden nutzten einen Konsumraum tendenziell häufiger als die Personen der Vergleichsgruppe. Ob dies jedoch Rückschlüsse auf ein verbessertes Risikoverhalten zulässt, ist fraglich, da über das Drogenkonsumverhalten in anderen Settings wie beispielsweise im privaten oder öffentlichen Raum keine Informationen vorliegen. Allerdings ist eine häufigere Konsumraumnutzung ein Indikator dafür, die Zielgruppe besser mit den Interventionen erreichen zu können. Im Hinblick auf den Zeitraum der Konsumraumnutzung ist insgesamt eine starke Schwankung zu beobachten: Rund ein Drittel der Klientinnen und Klienten nutzt die Konsumraumangebote bereits langjährig, wohingegen

ein weiteres Drittel der Klientel einen Konsumraum lediglich für die Dauer eines einzigen Tages aufgesucht hat. Bei den Interventionsteilnehmenden wie auch bei der Vergleichsgruppe waren Änderungen des bevorzugten Konsummusters im 12-Monats-Verlauf kaum zu beobachten. So konnte keine Verstärkung risikoärmerer Konsumformen seit der Teilnahme an den HCV-spezifischen Interventionen belegt werden. Aus der Befragung der Projektteilnehmenden, die eine HCV-Testberatung in Anspruch genommen haben, geht hervor, dass sie bestimmte HCV-präventive Maßnahmen wie die Benutzung ausschließlich eigener Konsumutensilien einhalten. Inwieweit die HCV-spezifischen Interventionen einen Einfluss auf das Risikoverhalten der Teilnehmenden haben, ist auf Grundlage der vorhandenen Daten nicht gesichert zu beurteilen.

6.4.3 Wirkungen auf die Verringerung von Neuinfektionen

Eine zentrale Fragestellung der Evaluation ist, ob die HCV-spezifischen Interventionen dazu beitragen, dass sich Drogenkonsumierende nicht mit dem Hepatitis-C Virus infizieren. Um eine solche Wirkung untersuchen zu können, sind die Ergebnisse des HCV-Antikörpertests von maßgeblicher Bedeutung. Bevor auf die Testergebnisse eingegangen wird, wird zunächst ausgewertet, ob die Projektteilnehmenden bereits zuvor auf eine Hepatitis Infektion getestet worden sind.

Wie bereits erwähnt, wurde im Rahmen der Testberatung ein Risikofragebogen verwendet, mit dem die Projektteilnehmenden auch befragt wurden, ob bei ihnen in der Vergangenheit bereits ein Test auf eine Infektion mit Hepatitis B oder C durchgeführt wurde und wie lange dieser zurücklag. Zu vorherigen Testungen liegen Angaben von 50 der insgesamt 59 im Modellprojekt getesteten Drogenkonsumierenden vor.

Abbildung 16: Fragebogen zum Infektionsrisiko – Hepatitis-B Test

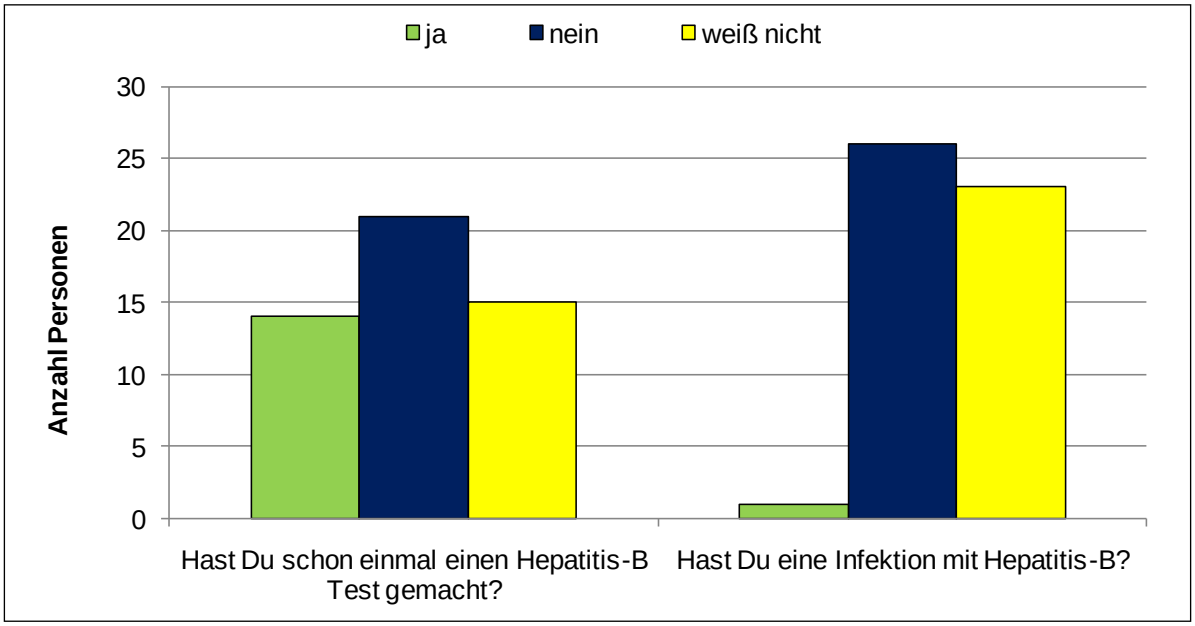


Abbildung 17: Fragebogen zum Infektionsrisiko – Hepatitis-C Test

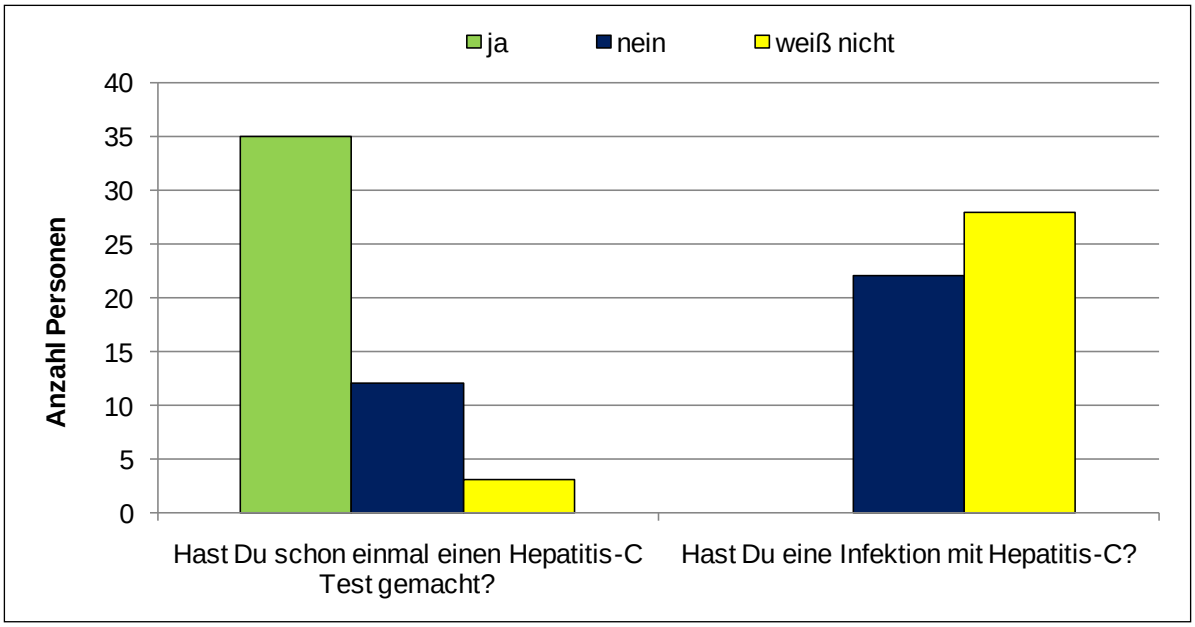
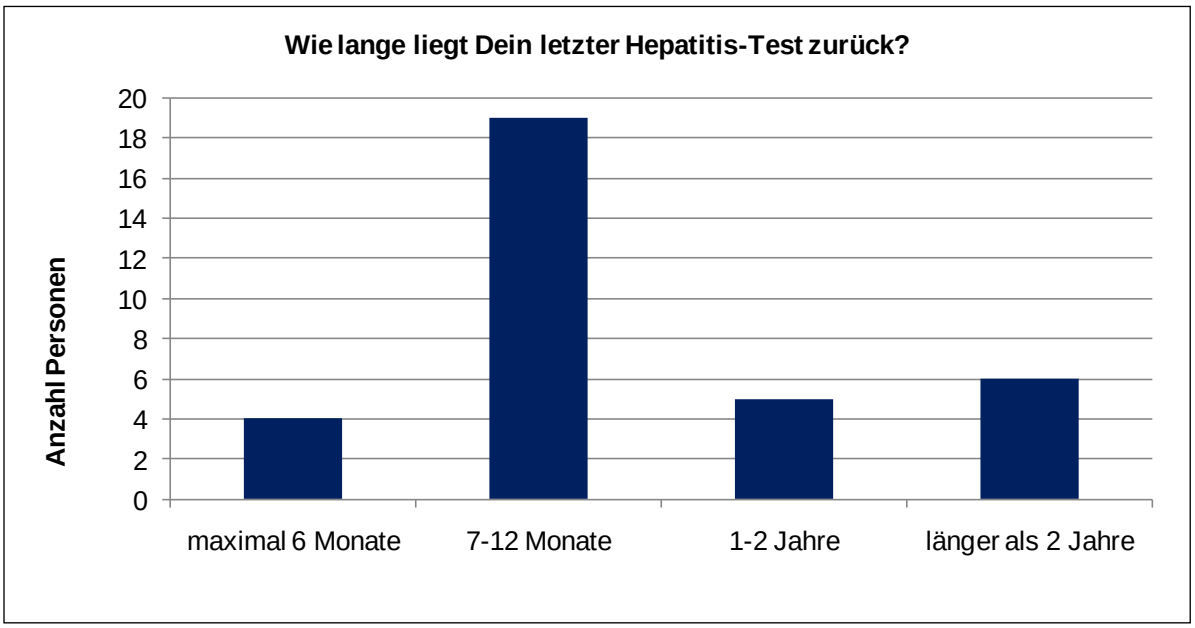


Abbildung 18: Fragebogen zum Infektionsrisiko – Zeitpunkt letzter Hepatitis Test[1]



[1] Um welchen Hepatitis Test es sich handelt, wurde in dem Fragebogen nicht näher spezifiziert. Es bleibt daher unklar, ob es sich um einen Test auf einen HBV- oder eine HCV-Infektion handelt.

Ein Großteil der getesteten Projektteilnehmenden hat sich in der Vergangenheit bereits auf eine mögliche Infektion mit dem Hepatitis-B Virus oder Hepatitis-C Virus testen lassen. So waren über zwei Drittel dieser Personen bereits auf eine Hepatitis-C Virusinfektion getestet worden, während sich rund ein Viertel einem Hepatitis-B Test unterzogen hat. Bei zwei Drittel der Befragten lag der Hepatitis Test nicht länger als 12 Monate zurück. Eine Person gab an, mit Hepatitis-B infiziert zu sein. Da nur Drogenkonsumierende mit negativem oder unbekanntem HCV-Status an den Interventionen teilnehmen konnten, gab keine der befragten Personen an, mit dem Hepatitis-C Virus infiziert zu sein. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Mehrheit der Befragten ihren HCV-Status nicht kannte und somit einige der Befragten potenziell auch HCV-positiv sein könnten. Bei den HCV-Tests, die im Rahmen des Modellprojektes durchgeführt wurden, ist somit zu beachten, dass zwischen dem angegebenen HCV-Status und dem serologisch nachgewiesenem HCV-Status eine Diskrepanz bestehen kann.

Die Ergebnisse der HCV-Antikörpertests sind personenbezogen in einer Excel-Tabelle dokumentiert worden. In dieser Tabelle waren die Ergebnisse von 65 HCV-Antikörper-Tests sowie 2 PCR-Tests verzeichnet, die sich auf insgesamt 62 Personen verteilten. Von den 62 Personen waren 59 Personen Teilnehmende des Modellprojektes. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf diese 59 Personen mit einem HCV-Test.

Der erste HCV-Antikörpertest hat bei 43 Personen ein negatives Testergebnis erbracht, bei 16 Personen ist der Test jedoch positiv ausgefallen. Bei einem der positiv getesteten Teil-

nehmenden erbrachte der PCR-Test ein negatives Ergebnis, so dass von den 59 getesteten Projektteilnehmenden 15 Personen (25 %) als HCV infiziert gelten. Anders gesagt: 44 Personen, sprich 75 %, haben sich offenbar nicht mit dem HC-Virus infiziert. Lediglich sechs der getesteten Personen unterzogen sich einem zweiten HCV-Antikörpertest. Unter diesen sechs Personen befanden sich zwei bereits positiv getestete Projektteilnehmende, die auch beim zweiten Antikörpertest ein positives Ergebnis aufwiesen. Die übrigen vier Personen, deren erster HCV-Test negativ ausgefallen ist, blieben weiterhin HCV-negativ; sie hatten sich im Verlauf also nicht mit dem Hepatitis-C Virus angesteckt.

Ob die HCV-spezifischen Interventionen einen Einfluss auf die Verringerung an Neuinfektionen hatten, ist aufgrund der geringen Anzahl an durchgeführten HCV-Tests nicht zu beurteilen. Da sich überdies nur sechs der 59 getesteten Projektteilnehmenden einem zweiten Test unterzogen, liegen keine aussagekräftigen Verlaufsdaten vor.

Ungeachtet der geringen Anzahl an HCV-Tests wurde ergänzend betrachtet, ob sich die 15 positiv getesteten Projektteilnehmenden im Hinblick auf ihren intravenösen Drogenkonsum sowie in der Dauer ihres Substanzkonsums von den 44 HCV-negativen Projektteilnehmenden unterscheiden. Der Anteil an intravenösen Konsumvorgänge der 15 HCV-positiven Projektteilnehmenden lag mit durchschnittlich 55 % (Standardabweichung (SD) ± 47) etwas unter dem Durchschnittswert der HCV-negativen Projektteilnehmenden (66 %; SD ± 43). Dieser Unterschied ist statistisch jedoch nicht signifikant (t-Test für unabhängige Stichproben: $p > ,3$). Zur Dauer des Substanzkonsums bei Abschluss des Erstvertrages liegen von nur 10 der HCV-positiven und 24 der HCV-negativen Projektteilnehmenden Angaben vor. Demnach konsumierten die HCV-Positiven im Durchschnitt seit 7,4 Jahren (SD ± 5,3) und die HCV-Negativen seit durchschnittlich 6,0 Jahren (SD ± 5,6). Auch hier ist der Unterschied statistisch nicht signifikant (t-Test für unabhängige Stichproben: $p > ,5$). Ein Effekt der Dauer des Drogenkonsums und des Anteils an intravenösen Konsumvorgängen auf die Wahrscheinlichkeit einer HCV-Infektion ist zwar prinzipiell nicht ausgeschlossen, konnte jedoch aufgrund der dürftigen Datenlage nicht nachgewiesen werden.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich von den 59 getesteten Projektteilnehmenden ein Viertel seit Beginn der Interventionen mit dem Hepatitis-C Virus infiziert hat. Zugleich lassen die Ergebnisse keine Aussage darüber zu, ob die Interventionen einen Einfluss auf die Verringerung von Neuinfektionen haben, da insgesamt nur wenige HCV-Antikörpertests bei den Interventionsteilnehmenden durchgeführt wurden und aufgrund geringer Testwiederholungen kaum Verlaufsdaten vorliegen.

6.5 Umsetzung des Modellprojektes aus Sicht der Pflegekräfte

Für den vorliegenden Endbericht wurden die Pflegekräfte der drei Drogenkonsumräume des *Fixpunkt e.V. - SKA, DKM und Birkenstube* – im November 2010 in Berlin ein zweites Mal interviewt[12]. Pro Standort nahmen zwei Pflegefachkräfte an den Interviews teil, so dass alle sechs hauptberuflich beschäftigten Pflegekräfte nach ihren Erfahrungen mit der Umsetzung des Modellprojektes befragt wurden.

Die Interviewten sind hauptberuflich in den Drogenkonsumräumen tätig und werden hierbei von geringfügig beschäftigten Pflegekräften unterstützt. Zwei der sechs hauptberuflich beschäftigten Pflegefachkräfte hatten als „Study Nurses“ ein zusätzliches Stundenkontingent für die Vorbereitung, Durchführung und Begleitung der Modellprojekt-Interventionen.

Die etwa einstündigen Interviews wurden transkribiert und entlang des Interviewleitfadens nach folgenden Kategorien ausgewertet:

- Umsetzbarkeit der Interventionen
- In der Praxis bewährte Interventionen
- Zielerreichung bei den Interventionen
- Akzeptanz der Interventionen
- Zukunftsperspektiven im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der Interventionen.

6.5.1 Umsetzbarkeit der Interventionen

Alle Pflegekräfte sind in der Umsetzung der einzelnen Interventionen des Modellprojektes geschult. Während der Öffnungszeiten der Drogenkonsumräume ist die Anwesenheit einer geschulten Pflegekraft gegeben. Bereits in den erstmaligen Interviews mit den Pflegekräften wurde die Strukturierung der alltäglichen Präventionsarbeit durch die Manualisierung der Interventionen als förderlich empfunden. Diese Einschätzung ist in der zweiten Interviewrunde bestätigt worden.

In dem ersten Jahr des Modellprojektes war die Schulung in den Interventionen auf die Pflegekräfte beschränkt. Im weiteren Verlauf des Projektes – und nach Abschluss einer Zwischenevaluation- wurde die Schulung auch auf die Berufsgruppe der Sozialarbeiter ausgeweitet. Während zuvor ausschließlich die Pflegekräfte in das Modellprojekt involviert waren, hat die Ausweitung der Schulung auf die in der Beratung und im Spritzentausch tätigen Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen den Vorteil, dass diese Fachkräfte nun ebenfalls in die Prozesse des Modellprojekts einbezogen werden.

[12] Ein erstes Interview mit denselben Pflegekräften fand im Rahmen des Zwischenberichtes statt.

> „Dadurch, dass ich regelmäßig am Pflegeteam teilnehme, obwohl ich eigentlich ja nicht im Pflegeteam bin, habe ich da immer alles mitbekommen. Andere Kollegen hatten dieses Privileg nicht, und ich glaube, da wusste kaum jemand was davon. (…) Wenn man sich selber schlau macht, dann kriegt man mit, was da in den unterschiedlichen Teams läuft. Aber mein Sozialarbeiterkollege X hätte jetzt nicht gewusst, was da grade der Stand ist“ (S.)

Der Einbeziehung der Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen wurde anfänglich mit Skepsis seitens der Pflegekräfte begegnet, da das HCV-Projekt als originäre Domäne der Krankenpflege betrachtet wurde. Im Laufe der Zeit wurde die Einbindung des sozialarbeiterischen Personals jedoch als eine positive Entwicklung wahrgenommen, zumal sich dadurch mehr Gelegenheiten ergeben haben, Gesprächskontakte zu Drogenkonsumierenden für eine Interventionsdurchführung zu nutzen.

> „Bisher waren das tatsächlich nur die Krankenschwestern. Und jetzt ist das neu, dass wir sagen, das machen jetzt auch die Sozialarbeiter. (…) Das war auch mein Argument „lass doch diese Domäne Hepatitis-C Projekt bei den Krankenschwestern“, und da wurde ganz richtig gesagt: Ihr seid doch immer in der Nähe. Wenn Rückfragen kommen, können wir Euch ja fragen. (…) Seitdem wir das auch am Spritzentausch machen, also im Sozialarbeiterbus, ist es auf jeden Fall auch eine runde Sache. Ich finde schon, dass oft auch Gespräche entstehen beim Spritzentausch, und dass man da auf jeden Fall auch eine Intervention daraus machen kann“(S).

Zu bemerken ist allerdings, dass die von den Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen durchgeführten Interventionen sich an alle Drogenkonsumierende richten – unabhängig von ihrem HCV-Status. Zudem werden die durchgeführten Interventionen nicht wie im Modellprojekt vorgesehen personenbezogen dokumentiert.

Teachable Moments

Bereits in den erstmaligen Interviews wurde die Schwierigkeit thematisiert, den geeigneten Zeitpunkt für eine Intervention auszumachen. Auch in den zweiten Interviews wurde der „richtige“ Moment für eine Intervention thematisiert.

Die „teachable moments“ sind von mehreren Faktoren abhängig. Dazu zählen a) die Zeit und Bereitschaft eines Klienten, b) der individuelle Wissensbedarf, c) die bereits bei einem Klienten durchgeführten Interventionen und d) der jeweilige Kontakt zu einem Klienten. Um eine Intervention erfolgreich durchführen zu können, müssen also mehrere situative und individuelle Umstände günstig zusammentreffen.

> „Es gibt Klienten, die chronisch unter Zeitdruck und immer unter Strom sind. Die kommen vorbei und machen sich einen Druck und sind sofort wieder weg. Und da ist es gut, kurze schnelle Interventionen zu haben, die jetzt nicht so viel Zeit verbrauchen. (…) Ich persönlich würde immer für verschiedene Interventionen plädieren, mit verschiedener inhaltlicher Breite und verschiedener Komplexität - für verschiedene Situationen und verschiedene Klienten“ (D).

Aus Sicht der Interviewten erfolgen die Interventionen nach dem Grundsatz, diese einerseits in den normalen Alltagsablauf zu integrieren, andererseits individuell auf einen Klienten oder eine Klientin abzustimmen. Zudem sollen die Interventionen auch eine Wirkung für die Teilnehmenden haben. Ihrer Einschätzung nach ist es daher nötig, das Klientel gut zu kennen, um die Interessen der Einzelnen abschätzen zu können und dementsprechend situativ und individuell geeignete Interventionen durchzuführen. Zugleich spricht der Grundsatz einer individuell abgestimmten Intervention dafür, über eine Bandbreite an unterschiedlichen Interventionsarten zu verfügen – so wie sie im Rahmen des Modellprojektes entwickelt worden sind.

Setting

Im Hinblick auf die Umsetzung der Interventionen waren räumlichen Gegebenheiten bereits in den erstmaligen Interviews Thema. Das Setting spielte auch in zweiten Interviews eine Rolle. Problematisiert wurde, dass mit der Schließung des *SKA* im Juli 2009 ein eine wichtige stationäre Einrichtung weggefallen ist und seitdem lediglich ein provisorischer mobiler Konsumraum am Moritzplatz angeboten werden kann. Das mobile Angebot wird von dem Klientel jedoch nicht gut angenommen und hat sich aus Sicht der befragten Pflegekräfte in den letzten beiden Jahren nicht als ein attraktiver Standort etablieren können.

Seit Beginn des Modellprojektes werden die Interventionen in einer festen Einrichtung (*Birkenstube*) und in zwei mobilen Bussen[13] (*DKM* und *SKA*) durchgeführt. Da die Busse räumlich beengt sind, können aufwändige Interventionen wie beispielsweise das Zielgruppengespräch aufgrund des Platzmangels oftmals gar nicht umgesetzt werden. Für das Setting der mobilen Konsumräume sind nach Einschätzung der Befragten vor allem die Kurzinterventionen geeignet, bei denen ein kurzer präventiver Impuls zur Risikominderung beim Injizieren, Sniefen oder Rauchen von Drogen gegeben wird. Die Kurzinterventionen benötigen weder einen Tisch, noch eine ruhige Gesprächssituation und lassen sich gut im Kontext des Konsumvorgangs durchführen.

> „Es ist nicht großartig aufwändig. Du musst nicht für eine Beratung etwas Abgeschlossenes oder eine ruhige Situation haben. Also, das ist eine Intervention, die gut läuft. (…) Das gehört auch mit zum Konsumvorgang und von daher lässt sich das gut integrieren“ (D).

> „Kurzintervention gehen alle. Die machen wir auch. Eher als diese aufwändigeren Interventionen mit Kästchen und Kärtchen“ (S).

[13] Das Konsummobil des DKM verfügt über drei Konsumplätze und das Mobil der SKA über zwei Konsumplätze. In den Bussen ist der intravenöse Konsum und das Sniefen erlaubt, nicht aber das Rauchen von Drogen.

Neben Interventionen, die Platz und Zeit benötigen, stellt auch die HCV-Testberatung und die Blutabnahme in dem Setting der Konsummobile eine besondere Herausforderung dar. Um die HCV-Testung durchführen zu können, hat sich das DKM entschlossen, einmal pro Woche ein weiteres Mobil[14] einzusetzen. Der Einsatz eines weiteren Mobils ist nötig, um die Rahmenbedingungen für eine vertrauliche Testberatung und eine ungestörte Blutentnahme zu gewährleisten.

> „Wir haben jetzt eingeführt, dass wir donnerstags noch ein drittes Mobil mitnehmen zur Testberatung und Blutentnahme. Da könnten natürlich auch Interventionen stattfinden. (…) Die Testung braucht einen abgeschlossenen Raum sowohl für die Blutentnahme als auch für die Beratung und braucht auch ein entsprechendes Zeitbudget“ (D).

Dokumentation der durchgeführten Interventionen

Die Anforderungen an die personenbezogene Dokumentation der durchgeführten Interventionen wurden im ersten wie auch im zweiten Interview als aufwändig empfunden. Insbesondere in den mobilen Einrichtungen gestaltet sich die Dokumentation angesichts des begrenzten Platzes als schwierig und stellt – wie die Schilderung aus dem Interview verdeutlicht - mitunter eine erhebliche Hürde dar.

> „Bei den Neuaufnahmen hast du 2-3 Blätter. Dann gibt es das Beobachtungsprotokoll, das Quiz, dann die Dokumentation für das Quiz, oder diesen Interventionsbogen für die Neuaufnahme. Dann hast du jemand, bei dem du gerade eine Tupfer-Intervention gemacht hast, und der sollte ja auch das Quiz angeboten bekommen. Dann hast wieder ein Papier mit Quiz und hast die Karteikarte, was du bei dem jetzt gemacht hast…Dann hast du vielleicht einen, der ist gar nicht im Projekt drin. Dafür musst du aber erst mal in die Liste gucken, das hab ich ja auch nicht immer alles im Kopf. …Da hast du wieder einen anderen Bogen. Und dann hab ich einen Stapel Papiere, und dann bin ich nur am Blättern. Und dann leg ich mir das dahin, und das dahin… Also es ist im Bus einfach eine Platzgeschichte“ (S).

Für die Evaluation ist gefordert, den HIV-Code der Teilnehmenden sowie den Umfang und die Dauer der jeweils durchgeführten Intervention auf einem einseitigen Standardbogen zu dokumentieren und im Anschluss an die Intervention das Wissensquiz auszuhändigen. Alle weiteren Dokumentationen wie das Beobachtungsprotokoll zum Händewaschen und die Führung von personenbezogenen Karteikarten zu bereits erfolgten Interventionen stellen projektinterne und von der Evaluation unabhängige Anforderungen dar.

Zusammenfassend lässt sich zur Umsetzung der Interventionen festhalten:

Die Umsetzung der HCV-präventiven Interventionen ist in starkem Maße von dem Standort der Einrichtung, den jeweilig räumlichen Gegebenheiten und den real gegebenen

[14] Abgesehen von dem Konsummobil gibt es „Beratungs-Wohnmobile“ mit zwei bis drei Sitzmöglichkeiten für die Klienten. In diesen Wohnmobilen finden vorrangig Beratungen durch die Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen statt. Ein drittes Mobil soll speziell für die Testberatung und Blutentnahme eingesetzt werden.

„teachable moments“ beeinflusst. Der Standort muss attraktiv sein, um die Zielgruppe der HCV-Negativen überhaupt erreichen zu können. Die räumliche Situation wiederum begrenzt die Art der Interventionen, die sich umsetzen lassen. Da die Busse klein und eng sind, eignen sich weniger für aufwändige, als vielmehr für kurze Interventionen, die kein weiteres Equipment wie zum Beispiel einen Koffer benötigen. Unabhängig von den Platzerfordernissen gelingt die erfolgreiche Durchführung einer Intervention nur, wenn ein guter Kontakt zum Klientel besteht und sich ein geeigneter Moment findet, die Klientin oder den Klienten zur Teilnahme an einer Intervention zu motivieren.

6.5.2 Interventionen, die sich in der Praxis bewährt haben

Zum Zeitpunkt der abschließenden Evaluation des Modellprojektes ist ein Großteil der geplanten HCV-präventiven Interventionen umgesetzt worden. Die interviewten Pflegekräfte wurden somit gefragt, wie sich die verschiedenen Interventionen in der Praxis bewähren. Des Weiteren wurden die Interviewten gefragt, welche der Interventionen sich im Hinblick auf die Akzeptanz und Attraktivität für Drogenkonsumierende besonders gut durchführen lassen.

Die Einschätzung der Pflegekräfte dazu, welche Interventionen sich in der Praxis bewährt haben, fällt je nach Art der Intervention unterschiedlich aus. So wird etwa die Erstberatung nicht als eine HCV-spezifische Intervention betrachtet, da die Erstberatung zum einen verpflichtend für alle Neunutzer der Drogenkonsumräume ist und zum anderen nicht wesentlich von dem Beratungsprozedere abweicht, das vor Beginn des Modellprojektes im Rahmen der Erstberatung vorgenommen wurde. Aus Sicht einer Pflegekraft wurde die Erstberatung mit Beginn des Modellprojektes als eine HCV-spezifische Intervention etikettiert, gleichwohl diese bereits zuvor ein integraler Bestandteil des Arbeitsalltags im Drogenkonsumraum war. Zugleich wird darauf hingewiesen, dass die Erstberatung angesichts der damit verbundenen erforderlichen Formalitäten und Datenerfassung kein geeigneter Zeitpunkt für eine anschließende HCV-präventive Intervention darstellt.

> „Die Erstberatung ist eine obligatorische Intervention, die alle machen müssen, die einen Neuvertrag machen. Die als solche sicher weiter existieren wird und sich auch nicht wesentlich von dem unterscheidet, was wir früher gemacht hatten. Das ist sozusagen ein normaler Bestandteil unserer Druckraumarbeit, der jetzt als Intervention gekennzeichnet wird. Ist aber in der Regel kein besonders guter Zeitpunkt für eine Intervention. Weil Klienten beim Erstvertrag eh relativ viel machen müssen; den Vertrag, die Stammdatenbogenerfassung usw. und die meistens relativ ungeduldig sind, zum Konsum zu kommen“ (D).

Die Intervention Zielgruppengespräch wurde in den erstmaligen Interviews als zu zeitintensiv und unattraktiv beurteilt. Diese kritische Einschätzung hat sich in den zweiten Interviews widerholt. Mit zunehmender Erfahrung in der Umsetzung des Zielgruppengesprächs wird die Intervention mit ihrem Einsatz von Risiko- und Präventionskarten nicht nur als zeitaufwändig, sondern als zu pädagogisch, demotivierend und wenig lustvoll empfunden.

> „Also Zielgruppenintervention, die hab ich ja nun öfter gemacht. […] Ich finde, das kommt immer so ein bisschen spaßfremd rüber, so ein bisschen pädagogisch. […] Ich hab von unseren Leuten auch im Nachhinein gehört: Das mit dem Kasten war irgendwie super. Aber immer wenn ich die gemacht habe, war das so ein zähes Ding. Man muss da selber auch mit viel Enthusiasmus rangehen“ (S).

Zum Zeitpunkt des Zwischenberichtes standen für die Intervention „HCV-Testberatung/Blutentnahme“ nur zwei Pflegekräfte zur Verfügung, da die Blutentnahme nicht von jeder Pflegekraft durchgeführt werden kann. Um das Testangebot zu erhöhen wurden im April 2010 alle hauptamtlichen Pflegekräfte, die in den Drogenkonsumräumen arbeiten, in der Durchführung der Testvor- und Testnachberatung geschult. Gegenwärtig besteht das Angebot des HCV-Tests jeden Dienstag in der Einrichtung *Birkenstube* sowie donnerstags in dem mobilen Konsumraum *DKM*. In der mobilen Einrichtung *SKA* am Standort Moritzplatz wird keine Testberatung und Blutentnahme durchgeführt. Das fehlende HCV-Testangebot am Moritzplatz wurde vor allem durch das Testangebot des *DKM* am Standort ZOO aufgefangen. Zur Testberatung und Blutentnahme wird dort seit mehreren Monaten ein weiteres Beratungsmobil eingesetzt. Das Testvorgespräch und Testnachgespräch erfordert eine vertrauliche und persönliche Atmosphäre, so dass für dieses Angebot ein eigener abgeschlossener Raum zur Verfügung stehen muss.

Aus den Interviewaussagen geht hervor, dass die Testberatung und der HCV-Test nicht in dem Umfang wie ursprünglich erwartet durchgeführt werden können. Das Testangebot richtet sich an HCV-negative bzw. ungetestete Drogenkonsumierende. In der Praxis stellt sich jedoch heraus, dass es im Umfeld der Drogenkonsumräume nur wenige Klienten und Klientinnen gibt, die für eine Testung in Frage kommen. Zum einen ist die Zahl der Konsumraumnutzenden in den letzten zwei Jahren rückläufig und zum anderen liegt bei den meisten Klienten bereits ein aktueller HCV-Status vor. Demzufolge sind die Blutabnahmen für einen HCV-Test gering und belaufen sich beispielsweise im Drogenkonsummobil *DKM* auf ein bis zwei Blutabnahmen pro Woche.

> „Und was jetzt die reine Testung anbetrifft, also im Moment ist so: Unsere Klienten sind entweder HCV-positiv oder frisch getestet oder werden von uns getestet. Es gibt fast keine Klienten, wo wir keinen aktuellen HCV-Status haben. Wir haben einfach nicht so viele Klienten. Wir haben im Schnitt ungefähr 1-2 Blutabnahmen pro Woche“ (D).

Die Kosten für einen HCV-Antikörpertest belaufen sich auf 8,90 Euro, wohingegen ein PCR-Test mit 101,24 Euro erheblich teurer ist. Aufgrund der geringen Anzahl an durchgeführten HCV-Antikörpertests bestehen finanzielle Ressourcen, einen PCR-Test bei denjenigen Drogenkonsumierenden durchzuführen, die einen positiven Antikörper-Test aufweisen.

> „Also ursprünglich war nur geplant, einen Antikörpertest zu machen und antikörperpositive Klienten weiter zu verweisen - wohin auch immer. Und weil noch Geld da ist, können wir auch noch einen Virusnachweis anbieten, der ungefähr zehnmal oder zwölfmal so teuer ist“ (D).

Das Testergebnis liegt innerhalb von einer Woche vor und die getesteten Klientinnen und Klienten werden aufgefordert, sich das Testergebnis im Rahmen der Testnachberatung mitteilen zu lassen. Das Angebot der Testnachberatung wurde seit dem Zwischenbericht deutlich verbessert. An jedem der drei Standorte des Modellprojektes kann nunmehr eine Testnachberatung an jedem Öffnungstag in Anspruch genommen werden.

Unter dem Oberbegriff der „prophylaktischen Impulse“ wurde eine Reihe von HCV-präventiven Interventionen entwickelt. Dazu gehören das Händewasch-Training sowie edukative Informationen zum HCV-Risiko durch Haushaltsübertragungen und Tattoo/Piercing und Kurzinterventionen zur richtigen Verwendung von Tupfer, Folie und Sniefröhrchen.

In den erstmaligen Interviews wurde das Händewaschtraining von den interviewten Pflegekräften übereinstimmend als positiv bewertet. Gleichwohl diese Beurteilung auch ein Jahr später bestätigt wird, wurde das Händewaschtraining im Rahmen des Modellprojektes nur noch in der Einrichtung *Birkenstube* durchgeführt.

Im Zusammenhang mit der Intervention zu Tattoo und Piercing äußerten die Interviewten einhellig, dass sich diese Intervention in der Praxis wenig bewährt hat. Diese Intervention wird wenig nachgefragt und scheint für das Klientel im Setting von Konsumräumen von untergeordneter Bedeutung zu sein. Nach Einschätzung einer Befragten spielen Tattoos und Piercings vor allem während der Haftunterbringung eine große Rolle, so dass es im Sinne der HCV-Prävention wirksamer wäre, die Intervention in den Gefängnissen durchzuführen.

> „Also ich komm wieder bei dem Tattoo/Piercing an. Das gehört in den Knast, weil da - glaube ich - brennt das Problem. Weil da machen sie's aus Langeweile. […] Die haben alle irgendwo Piercings oder Tattoos. Aber das ist dann schon gelaufen oder steht gerade nicht an“ (S).
>
> „Die Intervention zu Tattoo/Piercing läuft fast gar nicht“ (B).

Ganz anders wird die Umsetzbarkeit und Attraktivität der Intervention zur Verwendung von Alkohol- und Trockentupfern bewertet. Diese kurze Intervention wird nach Erfahrung aller interviewten Pflegekräfte von den Klientinnen und Klienten sehr gut angenommen und lässt sich gut in das Konsumraumgeschehen einbinden. Nach Einschätzung der Pflegekräfte bewährt sich die „Tupferintervention“ in der Praxis, da hierbei konsumrelevantes Wissen vermittelt wird, das sich unmittelbar auf das konkrete Konsumverhalten bezieht.

> „Wurde auch super von den Klienten angenommen, auch wenn sie wieder in alte Verhaltensmuster hineinrutschen. […] Aber es ist eine Intervention, die super funktioniert hat“ (D).
>
> „Beispielsweise bei der Tupfer-Intervention, wenn du was aufklärst, dann ist es auch gut, dass jemand mithört und auch mitmacht. Ist doch positiv finde ich“ (B).

Auch die Kurzintervention zum Rauchen mitsamt einer Anleitung zum Bauen einer Pfeife aus Alufolie zielt direkt auf das Drogenkonsumverhalten ab. Die Intervention wendet sich insbesondere an Drogenkonsumierende mit einem intravenösen Drogenkonsum. Durch die Intervention sollen sie dazu angeregt werden, in besonders riskanten Situationen wie unter Entzugserscheinungen oder bei einem schlechten Venenstatus ihre Substanzen zunächst zu rauchen und nicht sofort zu injizieren.

Die handliche Infokarte im Scheckkartenformat wird von den Interventions-Teilnehmenden offenbar gerne angenommen. Allerdings zeigt sich in der Praxis, dass der Plastikbeutel, in dem die Infokarte verstaut ist, oftmals zweckentfremdet genutzt wird, beispielsweise zur Aufbewahrung einer Fahrkarte. Dessen ungeachtet gehen die befragten Pflegekräfte davon aus, dass die mit der Infokarte transportierten Botschaften erinnert werden und auf das Konsumverhalten einwirken.

> „Wir geben die Botschaft mit: Ab und zu mal den Venen eine Pause gönnen. Wenn Du so affig bist, dass Du einfach kaum ballern kannst, weil Du so zitterst. Wir geben dann ja die Botschaft mit und sagen: Nimm's auf die Tasche. Und erklären denen das auch. Wir geben das ja nicht so nonverbal raus. Dann packen sie's eigentlich ein. Es ist schön bunt, es ist ne saubere Tüte. Müssen wir mal ganz ehrlich sein: Schon im Drucktraum fangen die an und nehmen dann erst mal alles raus, ihre Fahrkarte rein. Ich find's gut, ich sag dann immer, behalt das Papier drin. Ich denke, sie beschäftigen sich damit und sehen es und werden immer dran erinnert. Das geht so in ihre Lebenswelt mit rein“ (S).

Vor dem Hintergrund der zweijährigen Praxiserfahrungen mit der Umsetzung verschiedenartiger HCV-präventiver Interventionen lassen sich gute Aussagen dazu treffen, welche Interventionen sich in der Praxis von Drogenkonsumräumen besonders gut bewähren. Demzufolge wurden die Pflegekräfte in den Interviews aufgefordert abschließend die „Top 3“ der besonders attraktiven und gut angenommenen Interventionen zu benennen. Auch wenn einschränkend bemerkt wurde, dass jede einzelne Intervention in bestimmten Situationen oder für eine bestimmte Klientel ihre Berechtigung hat, fällt die Beurteilung der Favoriten unter den Interventionen eindeutig aus. Zu den in der Praxis am besten bewährten Interventionen zählen alle drei Kurzinterventionen, d.h. die prophylaktischen Impulse zu Tupfern, Folien rauchen und zum Sniefen. Aus Sicht der Pflegekräfte lassen sich diese Interventionen besonders gut in den Konsumraumalltag integrieren, da sie situativ und am konkreten Konsumvorgang durchgeführt werden können. Überdies wird auch das Quiz zum HCV-spezifischen Wissen als eine gute Möglichkeit bewertet, auf interaktive Weise Wissen zur Prävention und Behandlung von HCV-Infektionen zu vermitteln.

> „Was ich toll finde, oder was gut läuft, sind diese ganzen Kurzinterventionen. Weil die halt wirklich gut umsetzbar sind im täglichen Druckraumablauf und man die auch situativ anbringen kann, ob´s ne Tupfer-Intervention ist oder zum Rauchen oder zum Sniefen. Es ist eine kurze knackige Intervention und Information für die Leute. Und kann man dann, wenn man merkt sie steigen darauf ein, darauf aufbauen. Und das ist perfekt im normalen Druckraumalltag. Wohingegen so Zielgruppengespräche, das geht auch, aber dann kommste mit dem Köfferchen und die Leute gucken komisch“ (B).

> „Ich finde dieses Quiz immer noch eine richtig gute Sache, um interaktiv Wissen zu vermitteln. Und was ich dann öfter noch mache ist z. B. eine Tupferaktion und dazu noch ein Quiz“ (D).

Welche der HCV-präventiven Interventionen sich in der Praxis bewähren, ist nicht nur davon abhängig, ob die Intervention für das Setting der Drogenkonsumräume gut geeignet ist und ob sie von den Drogenkonsumierenden gut angenommen werden. Vielmehr beeinflussen auch die persönlichen Vorlieben der Pflegekräfte bei der Umsetzung der Interventionen die jeweilige Bewährung in der Praxis. Aus den Interviewaussagen geht hervor, dass die persönlich größte Zufriedenheit mit der Durchführung der Kurzinterventionen im Rahmen der prophylaktischen Impulse besteht. Zudem wurde das Händewaschtraining als eine derjenigen HCV-präventiven Interventionen genannt, die von den Pflegekräften gerne durchgeführt worden sind.

> „Also Tupfer fand ich bis jetzt echt gut. Hab ich gerne gemacht. Ich hatte auch mal ne Zeit, da hab ich auch wirklich gerne dieses Zielgruppengespräch gemacht. Also das hat mir auch mal richtig viel Spaß gemacht. Aber ich glaube, mir mehr als den Leuten“ (S).

> „Ich fand die Händewaschgeschichte gut, das hat mir Spaß gemacht. Das hat mir richtig Spaß gemacht, weil man den Leuten das richtig sichtbar mit der UV-Lampe zeigen kann. Und ich muss sagen, mir gefallen diese Röhrchengeschichten auch. Das gefällt mir. Tupfer, da denk ich immer: Och, nicht schon wieder verkehrt“ (S).

Fazit:

Ein wesentlicher Vorteil von Modellprojekten ist, dass verschiedenartige innovative Maßnahmen der HCV-Prävention erprobt werden können, um herauszufinden, welche der Maßnahmen in der niedrigschwelligen Praxis geeignet sind und welche sich in diesem Setting weniger bewähren. Nach zwei Jahren der Erprobung lässt sich relativ zuverlässig die Umsetzbarkeit, Attraktivität und Lebenswelteignung der HCV-präventiven Interventionen beurteilen. Von den insgesamt neun verschiedenen Interventionen kann das obligatorische Erstkontaktgespräch nicht als eine eigenständige Intervention betrachtet werden. Unter den verbleibenden acht Interventionen haben sich insbesondere die kurzen prophylaktischen Interventionen zur Verwendung von Tupfern, Sniefröhrchen und Rauchfolie gut in der Praxis bewährt. Auch das Händewaschtraining gehört zu den bewährten HCV-präventiven Maßnahmen. Demgegenüber hat sich vor allem die Intervention zu Tattoo- und Piercing im Setting von Drogenkonsumräumen nicht bewährt. Als in der Durchführung eher umständlich und aufwändig hat sich die Interventionen „Zielgruppengespräch“ (in Berlin[15]) erwiesen. In den beteiligten Berliner Einrichtungen konnte offenbar auch die HCV-Testung nicht in dem erwarteten Maß umgesetzt werden, was mit der hohen Zahl an

[15] In anderen Städten wie z.B. in Dortmund liegen durchaus positive Erfahrungen mit dieser Intervention vor.

bereits getesteten Drogenkonsumierenden und der Zahl an HCV-Positiven begründet wurde. Da ein HCV-Test jedoch eine der zentralen Maßnahmen der HCV-Prävention darstellt, muss sich zukünftig zeigen, ob sich diese Maßnahme in anderen deutschen Städten in einer größeren Reichweite umsetzen lässt.

6.5.3 Zielerreichung bei den Interventionen

Es gibt drei zentrale Kriterien, an denen gemessen wird, ob die mit den Interventionen verbundenen Ziele erreicht wurden; diese Kriterien sind erstens die Erreichung der Zielgruppe in dem geplanten Umfang, zweitens die Erhöhung des Wissens bei den Teilnehmenden und drittens die Wirkung der Interventionen auf ein risikoärmeres Konsumverhalten.

Die Erreichung der anvisierten Zielgruppe gestaltet sich auch zum Abschluss der Evaluation weiterhin in allen drei Einrichtungen als schwierig. In den ersten Interviews wurde die zu geringe Zielgruppenerreichung damit begründet, dass a) viele Drogenkonsumierende HCV-positiv sind, b) durch die Schließung der Einrichtung *SKA* eine wesentliche Einrichtung zur Umsetzung der Interventionen weggefallen ist und c) seitens der Klientinnen und Klienten zu wenig Interesse an der Projektteilnahme bestehe. In den zweiten Interviews haben alle Pflegekräfte von dem Rückgang der Klientenzahlen berichtet, was die Erreichung der Zielgruppe für die HCV-präventiven Interventionen erheblich begrenzt. Durch die gesunkene Zahl an Konsumraumnutzenden verringert sich naturgemäß auch der Anteil der HCV-Negativen, die zur Zielgruppe des Modellprojektes gehören. Zugleich scheint die mobile Einrichtung am ZOO junge Drogenkonsumierenden zu erreichen, die aufgrund eines Einstiegs in den intravenösen Konsums eine Hochrisikogruppe für eine HCV-Infektion darstellt.

> „Wir hatten ja auch so ein bisschen das Problem, dass wir immer weniger Projektteilnehmerzahlen hatten […] Wir haben sehr viele junge Klienten auch am Zoo. […] Zwischen 18 und 25, die Partydrogen nehmen und gerade so die grobe Richtung Heroin nehmen. […] Eigentlich ist es super. Viele Leute, die noch nie von HCV gehört haben. Und auch einige, die gerade diesen Sprung gemacht haben vom Rauchen zum Spritzen“ (D).

> „Am Moritzplatz ist es so, dass so wenig Klienten ankommen. […] Wir haben regelmäßig nur drei Negative, die zu uns kommen. Also, Projektteilnehmer – fünf wenn wir Glück haben. Aber regelmäßig kommen die drei“ (S).

> „Zur Klientenzahl kann man sagen, wir haben jetzt weniger. Letztes Jahr hatten wir 12, 13 und jetzt haben wir weniger als 10. Jetzt die letzten Monate läuft es etwas besser“ (B).

Um mehr Klienten und Klientinnen mit den Interventionen zu erreichen, wurde angedacht, die Zielgruppe des Modellprojektes um langjährige Nutzerinnen und Nutzer der Konsumräume mit einem unklaren positiven HCV-Status zu erweitern. Insbesondere in Bezug auf die HCV-Testung besteht die Überlegung, einen erneuten HCV-Test für diejenigen anzubieten, die vor längerer Zeit von ihrer HCV-Infektion berichtet haben, sich jedoch nicht an den letzten HCV-Test erinnern können.

> „Wir haben jetzt überlegt, Leute mit reinzunehmen, wo der Status unbekannt ist, die aber vielleicht schon 5-6 Jahre zu uns kommen. Die einfach nicht mehr wissen, ob ihnen schon mal Blut abgenommen wurde. […] Neu drin sind noch mal Leute, die einen unklaren positiven Status haben, also die irgendwann sagten, ich hab ne Hep C. Die aber irgendwie nicht mehr wissen, wann wurde da genau getestet und auf was“ (D).

Während in den ersten Interviews oftmals die Frage thematisiert wurde, wie der Gesprächseinstieg in die Interventionen gestaltet werden kann, stellte sich diese Frage in den zweiten Interviews nicht mehr. Mit den prophylaktischen Kurzinterventionen gelingt der Einstieg in ein Gespräch schnell, da mit diesen Interventionen unmittelbar auf das Konsumverhalten eingegangen wird. Dessen ungeachtet wird der Effekt der Interventionen von den befragten Pflegekräften durchaus kritisch betrachtet. Ihren Erfahrungen nach zeitigen die Interventionen bei den Teilnehmenden einen kurzzeitige, nicht jedoch eine lang anhaltende Wirkung. Das Konsumverhalten unterliegt einer fest verankerten Routine, die nur schwer mittels Aufklärung und Edukation nachhaltig zu durchbrechen ist. Somit gelingen zwar bestimmte risikobewusste Umgangsweisen wie beispielsweise auf die Sauberkeit des Konsumplatzes zu achten, andere Verhaltensregeln etwa bei der richtigen Verwendung von Tupfern werden dagegen jedoch immer wieder missachtet. Nach Aussagen der interviewten Pflegekräfte lässt sich in der Praxis beobachten, dass eine punktuelle Intervention keine anhaltende Änderung des Konsumverhaltens bewirkt. Um das Konsumverhalten langfristig in Richtung eines stärkeren Gesundheitsbewusstseins zu verändern, sind aus Sicht der Pflegekräfte kontinuierliche Wiederholungen der präventiven Botschaften nötig. Die HCV-präventiven Interventionen sind folglich dann effektiv, wenn sie immer wieder erneut durchgeführt werden, so dass sich die immer wiederkehrenden Botschaften schließlich in einer Verhaltensänderung niederschlagen. Erfolgt eine solche Veränderung bei einem Drogenkonsumierenden kann das im Sinne eines Peer-Ansatzes auch Lerneffekte bei weiteren Drogenkonsumierenden befördern.

> „Aber das ist schon so, dass man sagen könnte, die eine Intervention hat so einen Kurzeffekt, der sich aber nicht unbedingt im Konsumverhalten niederschlägt. Also dieses Gefühl, man muss Sachen immer und immer wieder sagen, oder man muss immer wieder so die kleinen kurzen Botschaften mitgeben. Das heißt, es ist nicht eigentlich die Frage der einen Intervention, sondern der Konstanten. […] Also das wurde mir jedenfalls erzählt, dass eben andere auch auf das Konsumverhalten des Nachbarn achten und auch vielleicht mal sagen, hallo ich hab da was gelernt, lern es gefälligst auch mal. Das ist ja auch ein sehr positiver Effekt, weil dadurch funktioniert dieser Peer-to-Peer Ansatz“ (B).

> „Naja, das ist bei den Tupfergeschichten. Man macht was mit ihnen, spricht es durch, und sie ballern und machen’s genau wieder andersherum. […] Und wenn man die so beobachtet, gerade in der Birkenstraße in dem Druckraum, da ist schon strukturiert, und die sind dann auch sauber, und verlassen ihren Platz sauber. Da denke ich mir, das greift schon“ (S).

Im Zusammenhang mit dem Ziel, das HCV-spezifische Wissen der Projektteilnehmenden zu erhöhen, lassen die Interviewaussagen erkennen, dass zentrale Kenntnisse zur Vermeidung von Infektionsrisiken bei den Klientinnen und Klienten vorhanden sind. Durchgesetzt hat sich das Wissen, keine Spritzen und Nadeln zu teilen. Allerdings wird einschrän-

kend bemerkt, dass dieses Wissen in bestimmten Umfeldern wie etwa Gefängnissen nicht stringent in ein entsprechendes Verhalten umgesetzt wird. Den Projektteilnehmenden ist an sich auch die richtige Verwendung der Alkohol- und Trockentupfer bekannt. Doch auch in diesem Fall führt das vorhandene Wissen nicht immer zu einem konsequent richtigen Umgang mit den Tupfern. Nach Einschätzung der befragten Pflegekräfte bedarf es der beständigen Wiederholung von Präventionsbotschaften, damit das Wissen zur HCV-Prävention in ein präventives Verhalten transformiert wird.

> „Also meine Erfahrung ist die, dass ganz viel spezifisches Wissen bei Klienten zur HCV-Übertragung erst mal da ist. Was sich relativ deutlich durchgesetzt hat, ist dieses Nadel und Pumpe - Jedem seins und nicht teilen. Wo es dann trotzdem gemacht wird, im Knast, in der Wohnsituation, wie auch immer. Aber da ist das Wissen relativ da“ (D).

> „Aber an der Tupferaktion kann man merken, dass die Leute wissen schon viel, wie man es richtig machen muss. Vorher desinfizieren, nachher trocken tupfen. Sie kreuzen alles richtig an aber trotzdem, sie machen alles falsch. […] Es funktioniert, aber man muss nicht nur einmal diese Intervention machen. Jedes Mal danach muss man sagen, nein du machst es falsch, das ist richtig. Ja, weiß ich, aber habe ich vergessen, lass mich in Ruhe. Und nach dem 10. Mal wirkt es“ (B).

Zusammenfassend lässt sich zur Zielerreichung festhalten:

Angesichts der gesunkenen Zahl an Klientinnen und Klienten in den drei Berliner Konsumeinrichtungen des *Fixpunkt e.V.* war die Zielgruppe nicht in dem geplanten Umfang erreichbar. Im Hinblick auf die Wirkung der durchgeführten Interventionen besteht in der Praxis die Erfahrung, dass nicht eine einzelne HCV-spezifische Intervention, sondern erst die wiederholte Durchführung der Interventionen zu einem nachhaltigen Effekt führt. Gleichwohl die Projektteilnehmenden bereits gut über die Maßnahmen zur Vermeidung von Infektionsrisiken informiert sind, geht das vorhandene Wissen nach Einschätzung der Befragten erst durch wiederkehrende Präventionsbotschaften in ein entsprechendes Konsumverhalten über.

6.5.4 Akzeptanz der Interventionen

Die Akzeptanz gegenüber den HCV-spezifischen Interventionen ist bei den Klientinnen und Klienten der drei Berliner Konsumraumeinrichtungen im Laufe des Modellprojektes gestiegen. Während in den ersten Interviews noch das zu geringe Interesse der HCV-negativen Klientel an der Projektteilnahme thematisiert wurde, war die Akzeptanz des Modellprojektes in den zweiten Interviews kein zentrales Thema mehr. Stattdessen dominierten Auseinandersetzungen darum, welche HCV-präventiven Interventionen aufgrund ihrer Inhalte, Gestaltung und Prozesse besonders gut akzeptiert werden und welche bei der Klientel auf Desinteresse stoßen.

Desinteresse an den Interventionen besteht, wenn diese kaum Berührungspunkte mit der konkreten Lebenswelt und Alltagspraxis der Drogenkonsumierenden aufweisen wie z.B. die Intervention zu Tattoo und Piercing. Eine eher geringe Akzeptanz wird zudem Interventionen entgegengebracht, die zeitintensiver sind und primär die Wissensebene bei den Projektteilnehmenden ansprechen wie z.B. das Zielgruppengespräch. Bereits in den ersten Interviews haben die Pflegekräfte die Auffassung vertreten, dass die Dauer einer Intervention ein bestimmtes zeitliches Limit von etwa 10 Minuten nicht überschreiten solle, da die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sonst ihr Interesse verlieren würden. Die übereinstimmende Schilderung der Befragten, dass insbesondere die kurzen prophylaktischen Impulse (Tupfer, Sniefröhrchen und Rauchfolie) eine große Akzeptanz bei der Zielgruppe des Modellprojektes erfahren, scheint das zu bestätigen.

> „Ich hatte so ein bisschen das Gefühl, das liegt auch am Inhalt der Intervention. Dass diese Kurzimpulse auch wirklich noch mal mehr mit der Lebensrealität des Klienten zu tun haben. Zum Beispiel, wenn es darum geht: Benutz vorher bitte die Alkoholtupfer, benutz hinterher dann den Trockentupfer. Das ist etwas, was du dem Menschen direkt in dem Moment sagst, denn es geht gleich um den Konsum, und dann ist das jetzt gerade wirklich Thema. Und das macht er halt am Tag mehrere Male, und das hat wirklich etwas mit der Lebensrealität zu tun“ (S).

> „Wenn man diese kleinen Tütchen abgibt mit Folien. So was finden die [Klienten] total toll. Etwas in der Hand zu haben oder die Tupfer mit den kleine Kärtchen, wo man das erklärt und du kannst es dir nachfüllen. Sowas finden die gut. Das können sie sich einfach in die Tasche stecken“ (B).

Die wahrgenommene Akzeptanz der kurzen prophylaktischen Interventionen daraus resultiert auch daraus, dass praktische und ansprechend verpackte Artikel im Anschluss an die Kurzintervention an die Teilnehmenden ausgegeben werden. Diese Artikel stellen eine materielle Belohnung für die Teilnahme an der Kurzintervention dar, über die sich die Klientinnen und Klienten freuen.

Nach Einschätzung der Pflegekräfte haben viele Drogenkonsumierende der Zielgruppe bereits mehrfach an den HCV-spezifischen Interventionen teilgenommen. Je häufiger Projektteilnehmende bereits an Interventionen teilgenommen haben, desto schwieriger sind sie zu weiteren Interventionen zu motivieren. Die Bereitschaft an bestimmten Interventionen zum wiederholten Mal teilzunehmen schwindet. Somit ist die Akzeptanz gegenüber den Interventionen zwar grundsätzlich gegeben, die geringe Zahl an neuen Klienten unter den Konsumraumnutzenden erschwert jedoch die Durchführung der HCV-präventiven Maßnahmen.

> „Mensch, ich bin eigentlich schon alle [Interventionen] mit allen [Klienten] durch. Die winken schon ab. Mir ist es jetzt auch oft so gegangen, […] wenn ich Leute angesprochen habe, sagen die: Hab ich alles schon, hab ich alles schon“ (D).

> Naja, und diese Zielgruppeninterventionen. […] Also letztens hat mir ein Klient gesagt: Schon wieder das mit dem Koffer? Da wollte ich das dritte oder vierte Mal mit ihm diese Zielgruppenintervention machen“ (S).

> Die Klientenzahl macht in der Regel das Stammpublikum aus. Die haben das meiste auch schon durch. Wenn man diejenigen dann anspricht, sieht man oft: Muss ich das jetzt mitmachen?“ (B).

Dessen ungeachtet berichteten die Pflegekräfte, dass sie von den Projektteilnehmenden durchweg positive Rückmeldungen zu den HCV-präventiven Interventionen bekommen.

Fazit:

Die Konzeption und Lebensweltnähe der HCV-spezifischen Intervention ist aus Sicht der Pflegekräfte von maßgeblicher Bedeutung dafür, ob die Intervention auf Interesse und Akzeptanz stößt. Da die kurzen prophylaktischen Impulse das Wissen um Risikominderung beim konkreten Drogenkonsum erhöhen und zudem die Teilnahme mit der Ausgabe von konsumrelevanten Artikeln „belohnt“ wird, ist die Akzeptanz dieser Kurzinterventionen bei der Zielgruppe des Modellprojektes besonders hoch.

6.5.5 Nachhaltigkeit der Interventionen

Damit die Umsetzung von HCV-spezifischen Interventionen nicht mit dem Ende des Modellprojektes eingestellt wird, ist die Auseinandersetzung mit der Nachhaltigkeit der erprobten Interventionen von zentraler Bedeutung. Im Hinblick auf die Nachhaltigkeit geht es um die Frage, wie sich die implementierten Interventionen zur HCV-Prävention auch in Zukunft in der niedrigschwelligen Hilfepraxis sichern lassen.

In den Interviews wurden verschiedene Überlegungen angestellt, wie die Interventionen in Zukunft gestaltet und optimiert werden können. Hierbei wurde deutlich, dass es nicht um eine Begrenzung auf diejenigen Interventionen gehen soll, die sich in der bisherigen Praxis am besten bewährt haben. Vielmehr soll die gesamte Bandbreite an Interventionen, die im Laufe des Modellprojektes entwickelt wurden, weiterhin eingesetzt werden. Da jede Intervention auf spezifische Aspekte der HCV-Übertragungsrisiken eingeht, ist es aus Sicht der Befragten notwendig, alle Interventionen beizubehalten, um auf diese Weise alle konsumrelevanten Infektionsrisiken zu thematisieren.

> „Da sehe ich so ein bisschen die Gefahr, wenn man sich jetzt drei Interventionen rauspickt, wo man denkt, die laufen gut wie z. B. diese Tupfergeschichte, und dann macht man noch was zu Sniefröhrchen und noch ein Händewaschtraining, denn dann hat man dieses Thema nicht „gemeinsam den Löffel aufkochen und nicht gemeinsam den Filter aufkochen“. […] Und deswegen finde ich es schon total wichtig, dass auch solche Sachen wie das Zielgruppengespräch dabei bleiben. Auch wenn es vielleicht nicht für unbedingt für alle Leute gedacht ist“ (D).

Wie auch bereits in den ersten Interviews angesprochen, wird erneut der Wunsch geäußert, das HCV-Quiz als eine Intervention einzusetzen. Offenbar wird das Quiz von den Klientinnen und Klienten nicht nur gut angenommen, sondern dient auch einer umfassenderen

Wissensvermittlung zu den Risiken, zur Prävention und Behandlung von HCV-Infektionen.

Im Zusammenhang mit der Durchführung der Interventionen wurde der Vorschlag gemacht, bei den Teilnehmenden nicht jeweils wieder die gesamte Intervention zu wiederholen, sondern eine Art Auffrischung des bereits vermittelten Wissens um ein HCV-präventives Verhalten vorzunehmen. Für eine solche Auffrischung soll das Verhalten der Teilnehmenden beim Konsumvorgang beobachtet werden, um sie gegebenenfalls auf Fehler aufmerksam zu machen wie beispielsweise im Falle der falschen Verwendung von Tupfern beim intravenösen Konsum.

> „Dass man eine Art Wiederholung macht, ohne die ganze Intervention noch mal zu machen […]. Dass ich es nicht ansage, zeig mir doch mal, ob du das noch im Kopf hast, sondern einfach nur zugucke. Dass man dann mal einfach guckt, wie macht er es denn jetzt, ohne ihn zu fragen. Und dass man dann hingeht und sagt, ok wir hatten das, warum machst du es jetzt anders. Also dass er sich nicht beobachtet fühlt, sondern dass man dann eingreifen kann und sagen, warum hast das vergessen, warum machst du das falsch“ (B).

Eine weitere Änderung, die von den Befragten genannt wurde, betrifft die Ausweitung der Zielgruppe. Im Rahmen des Modellprojektes besteht die Zielgruppe in Konsumraumnutzenden, die entweder HCV-negativ sind oder deren HCV-Status unbekannt ist. Damit richten sich die HCV-präventiven Interventionen nicht an HCV-positive Drogenkonsumierende. Zwar wurde bereits im Laufe des Modellprojektes damit begonnen, die Interventionen auch bei HCV-Positiven durchzuführen, diese Interventionen wurden jedoch nicht standardisiert dokumentiert. Zukünftig sollen die HCV-präventiven Interventionen grundsätzlich allen Klientinnen und Klienten angeboten werden – unabhängig von ihrem HCV-Status. Ein solches Vorgehen ist unter HCV-präventiven Gesichtspunkten sinnvoll, da somit Wissen zu infektionsprophylaktischen Verhaltensweisen vermittelt wird, dass sich auf riskante Konsumpraktiken und nicht auf Risikogruppen bezieht.

Während die Pflegekräfte in den ersten Interviews dafür plädiert haben, die Interventionen ausschließlich im Setting der Konsumräume durchzuführen, hat sich diese Haltung in den zweiten Interviews geändert. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit verschiedenen Interventionsarten sprechen sich die Pflegekräfte nunmehr dafür aus, die kurzen prophylaktischen Interventionen auch in der Straßensozialarbeit einzusetzen. Gerade die drei Kurzinterventionen zu Tupfern, Sniefröhrchen und Rauchfolie eignen aus ihrer Sicht gut für das Setting Streetwork, da sie sich mit wenigen Mitteln und Aufwand auch auf der Straße umsetzen lassen.

> „Es ist auf jeden Fall angedacht, dass z.B. die Tupfer-Intervention auch mit auf die Straße genommen wird, und Sniefröhrchen und Folie auch. Sollten eigentlich alle drei sein. Auf jeden Fall wurde es schon mit der Tupferintervention gemacht, dass die mitgenommen wurde auf Streetwork und dort auch vorgestellt wurde […] Das Präventionsmobil steht am Cottbusser Tor, und die machen dort einmal die Sozialarbeit. Dann steht da auch noch mit das Gesundheitsmobil, das ist ein reines Streetwork-Projekt […] mit einer Krankenschwester und Honorarärzten. Aber sind in dem Projekt bisher nie so richtig mit drin gewesen“ (S).

Von einem Interviewpartner wurde das Anliegen geäußert, eine Broschüre zur Prävention von Hepatitis-C Infektionen zu erstellen, die spezifische mit dem Drogenkonsum verbundene und typische Infektionsrisiken behandelt. Seiner Vorstellung nach sollte sich eine solche Broschüre inhaltlich auf die HCV-Übertragungswege beim Drogenkonsum fokussieren, und nicht zudem – wie in anderen Broschüren zur Infektion mit dem Hepatitis-C Virus – auf eher medizinische Aspekte eingehen.

> „Was mir eher vorschweben würde, wäre so eine kleine Broschüre, wo diese ganzen Ansteckungsrisiken noch mal thematisiert werden. Was ist mit dem Löffel, was ist mit dem Filter und was ist mit dem gemeinsamen Wasser. Und so was kommt z.B. in diesen DAH-Broschüren zu kurz. So was wird nur im Nebensatz abgehandelt. Und ich glaube, dass es in einer solchen Broschüre, die jetzt präventiv sein möchte, dass es vielleicht gar nicht notwendig ist, so viel über Virustypen und Therapiemöglichkeiten und ähnliches zu reden“ (D).

Für die Einrichtung *SKA* besteht eine wesentliche zukünftige Orientierung darin, wieder eine feste Einrichtung zu werden. Ursprünglich war geplant, dass die Einrichtung bereits zu Beginn des Jahres 2011 in die Reichenberger Straße 131 einziehen wird. Nach aktueller Information soll der Umzug allerdings noch innerhalb des Jahres 2011 stattfinden.

Zusammenfassend wurden folgende Vorschläge zur Nachhaltigkeit der HCV-präventiven Interventionen genannt:

1. Die gesamte Bandbreite der während des Modellprojektes entwickelten Interventionen soll auch zukünftig in der Praxis Anwendung finden.
2. Da das HCV-Quiz positiv bewertet wird, soll das Quiz als eine weitere Intervention eingesetzt werden. Hierbei wird das vorhandene Wissen der Klientinnen und Klienten zur Übertragung, Prävention und Behandlung von HCV-Infektionen geprüft und anschließend Lücken im Wissen gemeinsam mit den Pflegekräften besprochen.
3. Eine der wichtigsten Anregungen bezieht sich auf die Änderung des Zielgruppen-Kriteriums. Die Interventionen sollen sich zukünftig an alle Klientinnen und Klientinnen des *Fixpunkt e.V.* richten, unabhängig von deren HCV-Status. Damit werden die Interventionen auch auf diejenigen Drogenkonsumierenden ausgeweitet, die HCV-positiv sind.
4. Geeignete Interventionen sollen zukünftig nicht nur im Setting der Konsumräume stattfinden, sondern auch im Rahmen von Streetwork durchgeführt werden.
5. Überlegt wird, eine Broschüre zu den HCV-Risiken zu erstellen, in der die Übertragungswege von HCV und entsprechende Schutzmaßnahmen thematisiert werden, die in konkreten Konsumsituationen auftreten.

6.6 Akzeptanz und Nutzen der Interventionen aus Sicht der Teilnehmenden

Um die subjektiven Erfahrungen mit den Interventionen des Modellprojektes aus Sicht der Nutzer und Nutzerinnen zu erfassen, wurden zum Abschluss der Evaluation erneut 15 leitfadengestützte Interviews mit Teilnehmenden durchgeführt[16]. Die zweiten Interviews fanden vom 23. - 24. November 2010 in den Einrichtungen *Birkenstube*, *DKM* (Drogenkonsummobil am ZOO) und dem *SKA* (Drogenkonsummobil am Moritzplatz) statt und wurden auf Tonband aufgenommen Nach der Transkription wurden die Interviews anhand der im Gesprächsleitfaden vorgegebenen Kategorien strukturiert und analysiert. Die Ergebnisse gliedern sich in die folgenden Kategorien:

- Wissen zu Risiken und zur Prävention einer Hepatitis-C Virusinfektion
- Akzeptanz und Zufriedenheit mit den Interventionen
- Subjektive Einschätzung zur Wirkung der Interventionsteilnahme
- Vorschläge zur Verbesserung der Interventionen.

Sechs Interviews wurden im *DKM* am ZOO, fünf Interviews in der Einrichtung *Birkenstube* und weitere vier Interviews im *SKA* durchgeführt. Unter den 15 Befragten befand sich lediglich eine weibliche Interventions-Teilnehmende. Die Interviewpartner waren im Durchschnitt 31,07 Jahre alt, wobei das Alter zwischen 25 und 46 Jahren lag.

Bei der Analyse der Interviews ist zu berücksichtigen, dass jeder Interviewte von dem Träger *Fixpunkt e.V.* 10 Euro erhalten hat, was die Bereitschaft zu einem Interview sicherlich mit beeinflusst hat. Des Weiteren handelt es sich bei den 15 Interviewpersonen zwangsläufig um eine selektive Subgruppe der Interventions-Teilnehmenden. Einschätzungen derjenigen Drogenkonsumierenden, die zur Zielgruppe des Modellprojektes gehören, jedoch keine Bereitschaft zur Projektteilnahme hatten, sind im Rahmen der Evaluation nicht erfasst worden.

In der nachfolgenden Tabelle ist dargestellt, an welchen Interventionen die 15 Befragten teilgenommen haben und welche Konsummuster sie in den letzten 30 Tagen vor dem Interview praktiziert haben.

Deutlich wird, dass die Interviewpartner an einer Vielzahl an unterschiedlichen HCV-präventiven Interventionen teilgenommen haben. Die weitaus meisten der Befragten haben ein Zielgruppengespräch und die HCV-Testberatung und Testdurchführung durchlaufen. Wie aus der Anzahl an unterschiedlichen Interventionen hervorgeht, hat jeder Interview-

[16] Erstmals wurden Interviews mit 15 Interventionsteilnehmenden am 17. und 18. Februar 2010 in den drei beteiligten Einrichtungen *Birkenstube*, *SKA* und *DKM* geführt.

partner mindestens an zwei Interventionen teilgenommen; bei den meisten Befragten sind jedoch Erfahrungen mit mehr als zwei Interventionen vorhanden. Sie verfügen folglich über gute Kenntnis zu den Interventionen, um die Akzeptanz und Wirkung der HCV-präventiven Maßnahmen des Modellprojektes einschätzen zu können.

Tabelle 11: Merkmale der interviewten Teilnehmenden

	Anzahl der Interviewten
Teilnahme an Interventionen	15
Erstkontaktgespräch	*7*
Zielgruppengespräch	*11*
HCV-Test Beratung und Durchführung	*11*
Prophylaktische Impulse	
- *Händewaschtraining*	*5*
- *Tatto/Piercing/Haushaltsübertragung*	*2*
- *Tupfer, Folie, Sniefröhrchen*	*9*
Anzahl an Interventionen pro Person	
Zwei	4
Drei	4
Vier	4
Fünf bis sechs	2
Mehr als sechs	1
Konsumierte Substanzen in letzten 30 Tagen	
Heroin	*6*
Heroin plus Kokain	*4*
Heroin plus Amphetamin	*5*
Intravenöser Konsum	12

Alle Interviewpartner konsumierten in den 30 Tagen vor dem Interview Heroin und 12 von 15 Personen haben intravenös konsumiert. Im Durschnitt konsumieren die Befragten seit 6,2 Jahren intravenös, wobei die Dauer des i.v. Konsums individuell allerdings stark variiert. So sind zwei Befragte erst zwei Wochen vor dem Interviewtermin zum intravenösen Drogenkonsum übergegangen, während ein anderer Befragter bereits seit 20 Jahren intravenös konsumiert.

Sieben der 15 Interviewteilnehmer haben sich auf eine HCV-Infektion in einer Arztpraxis testen lassen. Im Zusammenhang mit dem Bluttest wurde bemängelt, dass kein aufklärendes Beratungsgespräch mit dem Arzt oder der Ärztin zur HCV-Testung erfolgt ist. Drei der getesteten Interviewpartner haben sich im Laufe des Modellprojektes mit Hepatitis-C

Virus infiziert. Das positive HCV-Testergebnis ist für sie ein Schock, gleichwohl sich alle drei Personen ein Ereignis benennen, bei dem sie sich mit dem Hepatitis-C Virus angesteckt haben.

> „Ich muss sagen, ich hab mich während dieses Programms in diesem Jahr noch mit Hepatitis-C angesteckt. Es ist wirklich nach jahrelangem Konsum zum Kotzen, ist aber nun einmal so. […] Ich bin einer, der vorsichtig ist und mir ist es passiert. Einfach mal im Vollrausch auf einer großen Party. Da hat es einfach mal geknallt“ (I7).

> „Den Test habe ich schon gemacht und leider bin Hepatitis-C-positiv. Ich habe mich damals damit angesteckt bei Tätowieren im Knast. Man kann halt leider die Tätowiernadeln nicht abbrennen, das geht nicht. Entweder man benutzt sein eigenes Zeug oder man lässt es komplett bleiben“ (I1).

6.6.1 Wissen zu Risiken und zur Prävention einer Hepatitis-C Virusinfektion

Wie auch in den erstmaligen Interviews wurde nach dem vorhandenen Wissen zur HCV-Infektion gefragt, das vor der Teilnahme an den HCV-spezifischen Interventionen bestand. In den erstmaligen Interviews verfügten die meisten Befragten über ein Grundwissen zu den Infektionsrisiken und der Schutzmaßnahmen zur Verhinderung einer HCV-Infektion, bevor sie an den Interventionen teilgenommen haben. Demgegenüber stellt sich das vorhandene Wissen unter den in den zweiten Interviews befragten Klienten als insgesamt schlechter dar. Von den 15 Befragten, gaben 11 Personen an, über die Vermeidung einer HCV-Infektion informiert zu sein, während bei vier Befragten massive Wissenslücken zum Vorschein kamen.

Diejenigen Interviewpartner, die angaben über die Risiken einer HCV-Infektion informiert zu sein, wissen, dass sie sich durch Blutkontakt infizieren können und insbesondere der intravenöse Konsum mit Infektionsrisiken verbunden ist. Einigen Klienten ist auch bekannt, dass sich das Hepatitis-C Virus nicht „verkapseln“ kann und dass es verschiedene Hepatitis-C-Genotypen gibt. Zur Verhinderung einer Infektion mit Hepatitis-C wird vor allem darauf geachtet, einen Blutkontakt beim Drogenkonsum zu vermeiden und nur eigene Konsumutensilien wie Spitzen, Nadeln, Löffel und Filter zu verwenden. Darüber hinaus ist den meisten Befragten bewusst, dass Infektionsrisiken auch bei Sexualkontakten bestehen können und die Benutzung von Kondomen die adäquate Schutzmaßnahme ist.

> „Ja, schützen kann man sich, wenn man sein eigens Besteck nimmt […]. Also das eigene nicht mit den anderen tauschen. Hepatitis-C ist auch nicht verkapselbar oder so. Man kann sich auch schützen durch Kondome. Ist übertragbar von Blut halt, nicht jetzt durch Speichel oder so was“ (I2).

> „Dass man sich schützt, indem man nie mit anderen sein Besteck tauscht oder hin und her teilt. Dann natürlich auch auf Körperkontakt achten und sich nicht an anderen Gegenständen anzustecken. Wenn man z.B. offene Wunden hat oder vielleicht auch Wunden hat, von denen man gar nicht weiß. Blutkantakt ist halt immer schlecht. Und, ja beim Sex gilt genau das gleiche im Grunde. Das ist auch so ein bisschen mein Manko, dass ich da mit meiner festen Partnerin nicht immer 100% drauf geachtet hab, dass wir verhüten. Es geht ja eher um das schützen. Weil wir da noch der Meinung waren, also meine Ex-Freundin auch, dass

> wir das gleiche Hepatitis-C haben und da kann dann ja nichts passieren. Und dass es da noch mal verschiedene Untergruppen gibt und man sich da auch noch mal extra anstecken kann, habe ich erst später erfahren“ (I6).

Das vorhandene Wissen zur Übertragung und Prävention von HCV speist sich aus unterschiedlichen Quellen. Gespräche mit anderen Drogenkonsumierenden und die Aufklärung durch Drogenberatungseinrichtungen und Kontaktläden sowie durch Ärzte werden als zentrale Informationsquellen genannt. Des Weiteren berichten einige Befragte davon, ihr Wissen aus der Literatur zu haben, wobei unklar bleibt, ob es sich hierbei um Informationsbroschüren, Medienberichten oder anderen Informationsschriften handelt. Eine untergeordnete Rolle nimmt das Wissen zur Hepatitis-C Infektion im Rahmen einer Ausbildung z.B. zum Sanitäter ein.

> „Gelesen. Und viele Sachen haben die hier mir erzählt. Also z.B. mit dem Übertragungsrisiko beim Sniefen wusste ich nicht. Und sonst halt auch von irgendwelchen Junkies“ (I5).

> „Auf der Szene. Dann hab ich natürlich auch den Weg gefunden, […] sich Hilfe zu holen oder Kontaktläden zu besuchen. Alles was ich quasi in dieser Zeit aufgeschnappt habe. Zum einen habe ich ein ziemlich gutes Gedächtnis und merk mir ziemlich viel - auch für manche Leute unwichtige Nebensachen. Die ganzen gesammelten Werke hab ich dann zum Beispiel, wenn sie ein Thema betreffen, einfach mal bei Fachleuten auf den Tisch gepackt, wenn die mir dann irgendwie unklar erschienen. Wenn man auf der Straße einfach zu ein- und demselben Thema unzählige verschiedene Ausführungen hört, dann hab ich einfach mal gefragt, sag mal, was hältst Du denn davon“ (I9).

Bei vier der Befragten liegt ein mangelndes Wissen zur Übertragung und Behandlung einer Hepatitis-C Virusinfektion vor. Sie bestätigten, so gut wie nichts über HCV zu wissen und stellten Vermutungen über diese Infektionskrankheit an, die von Fehlannahmen und Desinformation zeugen. So wird etwa davon ausgegangen, dass die Virushepatitis durch das Essen von Eiern oder verdorbenen Nahrungsmitteln ausgelöst werden kann. Zwei Befragte gaben an, dass eine Infektion mit Hepatitis-C tödlich verläuft, während ein Befragter immerhin wusste, dass die Infektion heilbar ist. Da den Befragten durchaus ihr mangelndes Wissen bewusst ist, äußerten sie übereinstimmend den Bedarf, über HCV ausgeklärt zu werden.

> „Meine Schwester hat Hepatitis, aber ich weiß nicht so viel über Hepatitis. Es ist eine gefährliche Krankheit. Das kann man übertragen durch Blutkontakt. Ich glaube auch von Spucke, oder? […] Sie [Interviewerin] können mir das sagen, wenn sie Zeit haben ein paar Minuten. Dann kann ich das verstehen, also besser verstehen. Könnten sie? Aber Moment mal, ich weiß, dass die Hepatitis auch kommt, wenn man Eier isst. Wenn die sehr alt sind. Wenn du altes Essen isst, kannst du Hepatitis bekommen“ (I15)

> „Nein. Auch nichts über AIDS oder so. Ich wusste schon was über Hepatitis, mein Bekannter hat Hepatitis-C, glaub ich. Ich weiß es nicht. Dann hat man gehört, dass es heilbar ist. Aber wie? Keine Ahnung. […] Das gibt ja so vieles, das man nicht weiß. Aber ist besser wenn man darüber ein bisschen Bescheid wüsste“ (I13).

Zusammenfassend lassen die Interviewaussagen erkennen, dass die meisten der Befragten bereits über ein relevantes Vorwissen zur Hepatitis-C Virusinfektion und die damit

verbundenen Schutzmaßnahmen verfügen. Dieses Wissen rekrutiert sich aus mehreren Quellen wie Gesprächen mit anderen Drogenkonsumierenden, Ärzten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Drogenhilfeeinrichtungen sowie aus der nicht näher spezifizierten Literatur. Bei immerhin vier Befragten bestehen immense Wissenslücken, so dass in diesen Fällen ein enormer Bedarf nach Aufklärung zu HCV besteht.

6.6.2 Akzeptanz der Interventionen

Die meisten der interviewten Projektteilnehmenden bestätigten, dass sie nicht zur Teilnahme an den HCV-spezifischen Interventionen überredet werden mussten, sondern aus eigenem Interesse an dem Thema an dem Modellprojekt teilgenommen haben. Lediglich ein Interviewpartner gab an, durch die Pflegekräfte zur Teilnahme überredet worden zu sein.

> „Das wurde mir hier am Mobil erst richtig erklärt, dass das ein Modellprojekt ist und dass da mehrere Sachen zugehören, z.B. auch die Aktion mit dem Händewaschen. Aber da habe ich noch nicht mitgemacht. Aber bei allem anderen habe ich bis jetzt mitgemacht, weil ich es auch interessant fand“ (I7).

Die Bereitschaft zur Teilnahme an einer Intervention ist nicht per se zu jedem Zeitpunkt gegeben. In den Schilderungen der Befragten spiegelt sich auch die Erfahrung der Pflegekräfte wider, dass die Akzeptanz einer HCV-spezifischen Intervention den „richtigen“ Zeitpunkt erfordert. Offenbar ist es den Pflegekräften gelungen, einen geeigneten Moment abzupassen, zu dem die Klienten und Klientinnen bereit sind, an einer Intervention teilzunehmen. Die Teilnehmenden begrüßen, dass die Pflegekräfte akzeptieren, eine Intervention erst nach den Drogenkonsum, oder erst am nächsten Tag oder gar schrittweise durchzuführen. Durch diese Flexibilität in der Interventionsdurchführung wird echtes Interesse geweckt, sich mit der Thematik einer HCV-Prävention zu beschäftigen. Die Aufmerksamkeit auf die Risiken einer Hepatitis-C Infektion zu lenken, wird von den Interviewpartnern als positiv erlebt.

> „Also ich hab das ganz freiwillig gemacht und wenn ich jetzt keinen Bock hatte - weil das ja oft wiederholt wurde - dann hab ich gesagt: Ich hab heute keinen Bock drauf. Aber wenn ich es mitgemacht habe, dann weil ich es selber wollte“ (I10).

> „Nee, das hat eigentlich gepasst. Also das wurde immer so eingebaut, dass wir erstens nicht entzügig sind. Also wenn wir dann das Mobil genutzt haben, hatten wir erst Konsum. Und danach hatte man immer noch eine viertel Stunde oder zwanzig Minuten, um da was zu machen. Von daher hat das mit Zeit immer gut hingehauen. Wenn nicht, dann hat man es halt mal am nächsten Tag gemacht. Von daher war das zeitlich o.k., weil man es nicht alles hintereinander, sonder Schritt für Schritt gemacht hat“ (I7).

Neben dem Interesse an dem Thema Hepatitis-C Virusinfektion war die Teilnahme an den Interventionen des Modellprojektes durch individuell verschiedene Gründe motiviert. So haben drei der Befragten geäußert, dass insbesondere die Möglichkeit zu einem HCV-Test ein zentraler Beweggrund war. Bei einem anderen Befragten resultierte die Teilnahme an

den HCV-spezifischen Interventionen daraus, über die hohe HCV-Infektionsrate zu Beginn des Drogenkonsums gelesen zu haben und selbst bereits seit vielen Jahren Drogen zu konsumieren. Das Wissen um die Zughörigkeit zur Risikogruppe für eine HCV-Infektion gab den Ausschlag, sich näher über die Risiken und Schutzmöglichkeiten informieren zu wollen.

> „Also, ich finde es gut, dass man sich hier testen lassen kann, weil man ja auch nicht immer die Möglichkeit hat zum Arzt zu gehen. Und das finde ich halt extrem gut. Und dass auch immer mal wieder so Fragen mit einem gemacht werden, wo man dann sein Wissen ein bisschen auffrischen kann. Wie man sich schützt und so was halt. Das finde ich gut, dass sie [Pflegekräfte] einem so was immer wieder ins Gedächtnis zurückrufen“ (I4).

> „Aber dieses Mal bin ich reingegangen, weil ich schon lange auf der Straße Drogen nehme. Da hab ich ein Buch gelesen in einem Meeting, gar nicht mit Absicht. Und da stand dann drin, dass 71,4% derer die Drogen konsumieren, Hepatitis-C im ersten Jahr haben. Da hab ich gedacht, Scheiße, ich mache das schon sieben Jahre“ (I14).

Die Testberatung und insbesondere die Testung stellen aus Sicht der Befragten eine wichtige Intervention des Modellprojektes dar. Das Angebot eines Antikörper-Tests erhält einen zentralen Stellenwert, da der Test Auskunft über den eigenen HCV-Status gibt und somit Rückschlüsse auf das bisherige Verhalten zulässt. Zudem kann durch das gesicherte Wissen Fremdverantwortung übernommen werden, wenn das Ergebnis des HCV-Tests positiv ausfällt.

Für die Akzeptanz einer Intervention spielt die zu investierende Zeit laut Aussagen der Befragten keine Rolle. Ist das Interesse für eine Intervention geweckt, ist die jeweilige Dauer der Intervention unerheblich. Gemessen an den Interventionsinhalten wird der Zeitrahmen für die Durchführung als angemessen beurteilt. Mehrere Befragte äußerten, dass es die Beschäftigung mit HCV für sie so bedeutsam ist, dass sie sich selbst dafür ausreichend Zeit genommen haben.

> „Schwer zu sagen, weil das eine subjektive Sache ist. Und da ich ja eh Interesse hatte, spielte die Zeit weniger eine Rolle. Also ich fand das passend in dem Rahmen“ (I3).

> „Ne, war gar nicht so lang. Also wenn man so was macht, sollte man sich auch die Zeit nehmen. Da spielt Zeit keine Rolle. Denn wenn man sich damit auseinandersetzen möchte, dann nimmt man sich die Zeit dafür. So sehe ich das ich das zumindest“ (I1).

Bis auf zwei Ausnahmen bestätigten alle Teilnehmenden ihre Bereitschaft, auch zukünftig an weiteren Interventionen teilnehmen zu wollen. Bei den beiden Befragten, die nicht mehr an weiteren Interventionen partizipieren wollen, handelt es sich um diejenigen, die bereits an mehr als fünf Interventionen teilgenommen haben. Ihr Bedarf an Aufklärung zu den Risiken und zur Prävention einer HCV-Infektion ist damit gedeckt. Einige der Befragten, die planen an weiteren Interventionen teilzunehmen, haben Vorschläge genannt, wie sich die Interventionen aus ihrer Sicht optimieren lassen. So wird beispielsweise der Wunsch nach einem regelmäßigen Angebot zur HCV-Prävention geäußert, um das Wissen

aufzufrischen. Des Weiteren wird gewünscht zukünftig die Themeninhalte um die Aufklärung über Folgeschäden einer HCV-Infektion zu erweitern.

> „Ja sicher, klar! Man sollte jede Hilfe in Anspruch nehmen, die man bekommen kann. Man sollte nicht immer alles abschlagen. Gerade weil in der heutigen Zeit so viel passieren kann. Weil ich ja auch betroffen bin, und würde schon auf jeden Fall so was nutzen“ (I1).

> „Ich weiß jetzt nicht, wie oft die Aktionen hier gemacht werden. Aber ich fände es gut, wenn man das vielleicht alle 2 Wochen machen könnte. So ne kleinen Fragebögen […]. Man muss ja auch nicht gleich Geld dafür kriegen. Das macht man ja auch gerne, sag ich jetzt mal so. Vielleicht auch mal so was über Folgeschäden, das wäre auch nicht schlecht. Was ja auch schwer ist, weil's nicht so viele Studien gibt, das weiß ich ja auch. Aber so was wäre z.B. auch interessant. Also auch neben dem Hepatitis, was es sonst noch für Folgeschäden gibt, sone Aufklärungssachen. […] Wenn ich da bin und was angeboten wird, mach ich immer mit“ (I4).

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Akzeptanz der HCV-spezifischen Interventionen sehr hoch ist und auf ein generell starkes Interesse stößt. Die Befragten haben bereits an mehreren Interventionen teilgenommen, was an sich schon ein wesentlicher Indikator für die Akzeptanz ist. Die konkrete Bereitschaft zur Teilnahme an einer Intervention ist von dem „richtigen“ Zeitpunkt abhängig. In diesem Zusammenhang wird die flexible Handhabung seitens der Pflegekräfte gelobt. Bei den weitaus meisten Interviewteilnehmern besteht auch weiterhin das Interesse, an den Interventionen teilzunehmen, da die Aufklärung zu HCV subjektiv als sinnvoll erachtet wird.

6.6.3 Subjektive Zufriedenheit mit der Intervention

Die Qualität der Interventionen wird von den befragten Projektteilnehmenden mehrheitlich positiv bewertet. Die Interventionen selbst werden als hilfreich und interessant und die Inhalte als gut vermittelt beurteilt. Sie sind mit der qualifizierten und verständlichen Art der Aufklärung sehr zufrieden sind. Aus ihrer Sicht konnten sie von dem Fachwissen der Pflegekräfte profitieren.

> „Die waren alle umfangreich aufklärend. Die, die das vorher noch nicht wussten, worauf sie zu achten haben. Im Großen und Ganzen gut. […] Auf alle Fälle, hier hat jeder dazugelernt, jeder“ (I11).

Vor dem Hintergrund der Erfahrung mit den verschiedenen HCV-spezifischen Interventionen werden die einzelnen Interventionen unterschiedlich beurteilt. Insbesondere zu dem Zielgruppengespräch äußerten sich drei Befragten kritisch. War in den erstmaligen Interviews noch die Umsetzung der Intervention (z.B. nicht zu viele Informationen auf einmal vermitteln) wichtiger als ihre Konzeption, so ist es in den zweiten Interviews umgekehrt. Das Zielgruppengespräch wird als „undurchsichtig“ und konzeptionell unstrukturiert wahrgenommen, dessen Ziel nicht nachvollziehbar erscheint. Bei dem Zielgruppengespräch werden Risiko- und Präventionskarten eingesetzt, so dass es von den Teilnehmenden als „Kartenspiel“ erinnert wird, dass die Wissensvermittlung aus Sicht der Befragten unnötig verkompliziert.

„Also ich weiß nicht mehr genau, wie es war. Aber mit den Karten ist das so ein bisschen undurchsichtig. Weil das ist irgendwie in die eine Richtung und in die andere Richtung, und das müsste man vielleicht ein bisschen anders strukturieren. Da müsste ich mich auch selber mal ein bisschen reinfuchsen, um genau durchblicken. Weil man nur eine Seite gesehen hat, aber man hat nicht alle Karten gesehen. Und ich wusste nicht, wenn ich jetzt gesagt hätte: Ne, davon habe ich keine Ahnung. Was wäre dann passiert, das weiß man nicht. Und das wäre mal interessant“ (I7).

„Ist schwer drauf zu antworten. Ja, aber es war o.k. Es ist ja nun nichts Anspruchsvolles. Und das mit den Karten ist ja im Grund auch nur eine Abfrage über das Thema. Und hätte ich jetzt auch nicht dieses Kartenspiel gebraucht“ (I6).

Abgesehen von dem Zielgruppengespräch wurden die anderen Interventionen als positiv bewertet. So wurden vor allem das Quiz[17] zu HCV und die prophylaktischen Impulse als Interventionen wahrgenommen, an denen die Befragten gerne teilgenommen haben.

„Also das Quiz z.B. war echt ganz o.k. Habe ich auch öfter gemacht und war gut“ (I8).

Im Zusammenhang mit der subjektiven Zufriedenheit ist zu berücksichtigen, dass die Befragten sich nicht zu allen Interventionen geäußert haben, sondern zu denjenigen, an denen sie vor kurzer Zeit teilgenommen haben und die daher in ihrem Erleben noch besonders präsent sind. Demzufolge haben insbesondere die Kurzinterventionen zu „Tupfer, „Sniefröhrchen“ und „Rauchfolie“ im Rahmen der prophylaktische Impulse einen nachhaltigen Eindruck hinterlassen. Zu diesen Interventionen wurden von den Interviewpartnern auch einige Anregungen zur besseren Gestaltung genannt. Insgesamt wurde die Vergabe von Konsumutensilien in einer Plastikhülle im Scheckkartenformat als eine gut gestaltete Intervention begrüßt. Zugleich wird die Ausfertigung des Präventionsmaterials als zu klein und damit als zu unpraktisch bewertet, um weitere Konsumutensilien zu verstauen. Einer den Befragten bot sich explizit an, sich an der Verbesserung der Materialen zu beteiligen und seine Ideen mit einfließen zu lassen.

„Also jetzt diesen Kunststoff-Kuvert mit den Pads und den Alkohol-Tupfern drinne, das ist jetzt ein bisschen wenig. Es ist gut so was, überhaupt so eine Idee dazu – die find ich klasse. Nur das Teil an sich ist leider so unpraktisch, dass ich das nicht überall dabei habe, wo ich die anderen Utensilien auch brauche. Weil dann hab ich irgendwann immer eine noch größere Tupperdose, wo ich immer mein Besteck drinnen habe. Was ich dem als Idee hinzuzufügen habe ist, dass mal so was verteilt wird wie eine Federmappe oder ne Tupperware. Die flach ist, die man in eine Tasche kriegt, die ein gutes Format hat. Oder sogar aus Stoff vielleicht mit verschiedenen Fächern und Schachteln oder Laschen drin, wo man eben Utensilien wie Pumpen, Nadeln oder Filter oder Löffel, Wasser und so was alles unterbringen kann ohne Probleme. Aber solche Dinge baue ich mir selber zusammen. Aber ich sehe viele, die das immer irgendwo rumfliegen haben und wenn so eine Spritze mit der Pumpe auf den Boden fällt oder in einem dreckigen Tabakbeutel irgendwie drin liegt, wird die dann trotzdem noch verwendet. Da würd ich dann bei der Konzipierung auch noch mithelfen“ (I9).

[17] Das Quiz wurde zur Evaluation des Wissens eingesetzt. Von den Projektteilnehmenden wurde das Quiz dennoch als eine Intervention wahrgenommen, zumal über die einzelnen Fragen ein Gespräch mit den Pflegekräften bei Bedarf geführt werden konnte.

Im Hinblick auf die subjektive Zufriedenheit mit den HCV-spezifischen Interventionen lässt sich **festhalten**: Bis auf das Zielgruppengespräch, das als zu kompliziert und unstrukturiert wahrgenommen wurde, sind alle anderen Interventionen als hilfreich, interessant und aufklärend erlebt worden. Die Teilnehmenden waren folglich mit der Gestaltung, Konzeption und Durchführung der meisten Interventionen zufrieden. Die Tatsache, dass eigene Verbesserungsvorschläge geäußert wurden, illustriert das Interesse der Klienten und Klientinnen an dem Modellprojekt.

6.6.4 Wirkung der Interventionen auf das Wissen

Ein wesentliches Ziel des Modellprojektes zur HCV-Frühintervention besteht darin, bei Drogenkonsumierenden das Wissen zur Hepatitis-C Virusinfektion zu erhöhen und das Schutzverhalten zu verbessern. Aus diesem Grund wurden die Interviewpartner danach befragt, welche Wirkung die Interventionen aus subjektiver Sicht haben.

Nach Aussagen der Befragten hat die Teilnahme an einer Intervention zur Erhöhung des spezifischen Wissens zur Hepatitis-C Virusinfektion und des eigenen Risikobewusstseins beigetragen. Lediglich ein Befragter beklagte, durch die Interventionen nichts Neues zu HCV erfahren zu haben, da ein paar Fragen von den Pflegekräften nicht beantwortet worden wären. Alle anderen Interviewpartner bestätigten, an Wissen zu den Risiken einer HCV-Infektion hinzugewonnen zu haben und insbesondere über Infektionsgefahren aufgeklärt worden zu sein, die ihnen zuvor nicht bewusst waren. Mehrere Befragte berichteten, speziell durch die Intervention zu den Sniefröhrchen über Infektionsrisiken wie die Übertragung von HCV über Wunden in der Schleimhaut aufgeklärt worden zu sein; ein Übertragungsrisiko, dass ihnen zuvor nicht bekannt war.

> „Aufgrund des Hepatitis-C Tests und darauf folgend Befragung bzw. dem Gespräch .also Sensibilisierung nenne ich das jetzt mal. Da ist einiges hängen geblieben. […] Das wusste ich bis dahin noch gar nicht, dass wenn man z.B. den Schein nach dem Sniefen weiter gibt, dass man damit auch Krankheiten übertragen kann. Wusste ich vorher nicht, hab also was raus gelernt“ (I3).

> „Zum Beispiel mit den Sniefröhrchen, das erreicht die Leute schon. Und auch die Info, dass man sein eigenes Röhrchen nutzen soll, das ist schon gut. […] Und da habe ich dann das Bild mit dem Röhrchen gesehen und wusste nicht, dass man sich darüber anstecken kann. Ich dacht das geht nur über Blut“ (I5).

Die meisten Interviewpartner schilderten detailliert, was sie durch die Interventionen an Wissen zu den Infektionsgefahren dazu gelernt haben. Durch die Aufklärung zu HCV fällt den meisten Interventionsteilnehmenden auf, welche Infektionsrisiken sie in ihrem Konsumverhalten oder in ihrem Haushalt eingehen. Mitunter besteht ein differenziertes Wissen zu den unterschiedlich hohen Infektionsgefahren durch verschiedene Konsumpraktiken und durch Haushaltsgegenstände. Sie wissen teilweise auch über die lange Überlebensdauer des Hepatitis-C Virus Bescheid.

„Dass man beim Benutzen von Gegenständen wie Löffeln, Besteck, Geschirr und Kochutensilien - um Essen zuzubereiten - da ist das Risiko relativ gering, weil ja eigentlich im Normalfall immer neue, gewaschene, aus der Spülmaschine kommende Bestecke genommen werden. Bei diesen Gegenständen ist es eben so, wie auch bei Feuerzeugen, dass das Risiko natürlich sehr gering ist. Aber ein gewisses Restrisiko ist eben auch bei solchen Gegenständen, wenn die nicht frisch gewaschen wurden, immer da. Wenn Blut einfach trocken irgendwo kleben bleibt, kann es auch noch so bis zu drei Wochen wieder in zum Beispiel Wasser gelöst und die Erreger freisetzen und dann, weil flüssig, gut in eigene Wunden oder Hautpartikel gelangen, die dann später mit dem eigenen Blut in Berührung kommen können, oder Schleimhäuten“ (I9).

Der Zugewinn an Wissen erfolgte im Wesentlichen entweder im Zusammenhang mit den prophylaktischen Impulsen oder im Rahmen der Testberatung. Zugleich räumen einige Interviewpartner ein, dass sich ihr Wissen zu den Risiken einer HCV-Infektion und zu verschiedenen Übertragungswegen beim Drogenkonsum erst durch die wiederholte Teilnahme an den HCV-spezifischen Interventionen ausgebildet hat. Erst die kontinuierliche Vermittlung von Wissen führt dazu, das Gelernte abzuspeichern und als eigenes Wissen im Gedächtnis zu behalten.

„Ja, natürlich. Und nicht nur einmal, sondern öfter. Manchmal muss man uns das ein paar Mal sagen, bis wir dran denken“ (I7).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Interventionen bei allen Teilnehmenden zu einer Erweiterung des Wissens zu den Übertragungswegen einer Hepatitis-C Infektion beigetragen haben. Insbesondere die Infektionsrisiken bei den verschiedenen Konsumpraktiken wie z.B. dem Rauchen oder Sniefen waren ihnen zuvor unbekannt, so dass sie vor allem in dieser Hinsicht an Wissen gewonnen haben.

6.6.5 Wirkung der Interventionen auf das Risikoverhalten

Um zu ermessen, ob die Interventionen einen Einfluss auf das Risikoverhalten haben, wurden die Interviewteilnehmer zunächst zu ihren üblichen Konsumpraktiken gefragt. Aus den Äußerungen geht hervor, dass bei allen Befragten ein Risikobewusstsein vorhanden ist und dass sie dementsprechend darum bemüht sind, Safer-Use Regeln beim Drogenkonsum einzuhalten. Zu den gängigen Verhaltensregeln gehört, grundsätzlich nur das eigene Spritzbesteck zu nutzen und dieses nach Möglichkeit auch nicht mehrfach zu verwenden. Es ist den meisten Befragten zudem klar, dass offene Wunden eine Infektionsgefahr darstellen und zum Schutz vor einer HCV-Infektion Hygienestandards einzuhalten sind. Zugleich haben einige der Befragten zugegeben, dass sie eigentlich praktizierte Konsumregeln nicht immer konsequent einhalten. Wenn es beispielweise kleine Möglichkeit zum Spritzentausch gibt, kommt es auch zur Mehrfachnutzung des eigenen Spritzbestecks.

„Ich nutze seit Neuestem meine eigene [Spritze]. Ich konnte nicht tauschen, da musste ich meine eigene mehrmals benutzen. Sauber gemacht und wieder benutzt“ (I14).

„Ich würde auch nicht von einem meiner Kumpels, das sind Leute die auf der Straße leben und Heroin nehmen, von denen würde ich noch nicht mal vom gleichen Brötchen abbeißen,

> da braucht man nur mal entzündetes Zahnfleisch haben. Also wieder das Thema mit den offenen Wunden, und unhygienisch ist es auch. Das ist nicht so mein Ding“ (I6).

Trotz des vorhandenen Wissens und Risikobewusstseins können im Konsumalltag immer wieder Situationen eintreten, in denen das Konsumverhalten nicht dem Wissen entspricht. Hierbei gibt es individuell verschiedene Ausnahmen von der Regel, sich vor viralen Infektionen zu schützen. Die Mehrfachbenutzung des eigenen Spritzbestecks stellt eine der Ausnahmen dar, ebenso wie die Nichtverwendung von Alkoholtupfern zu Desinfektion der Einstichstelle. Dass Drogenkonsumierende trotz besseren Wissens Alkoholtupfer entweder nicht oder falsch (nach der Injektion) verwenden, haben auch die Pflegekräfte in den Interviews beklagt. Zugleich wird deutlich, dass sich bei dem mangelnden Schutzverhalten weniger um hochriskante Praktiken wie das Teilen von Spritzen und Nadeln, sondern eher um eine Nachlässigkeit gegenüber einzelnen Regeln des Safer-Use handelt. Lediglich ein Befragter thematisiert das Risiko, durch den Konsum die Kontrolle zu verlieren und dann möglicherweise Utensilien zum intravenösen Konsum mit anderen zu teilen. Das Bedürfnis den Konsum unmittelbar zu befriedigen kann dazu führen, Infektionsrisiken in dem Moment zu missachten.

> „Na klar. Immer alles neu. […] Früher hab ich das [Mehrfachnutzung des eigenen Spritzbestecks] gemacht, als ich in Moabit gewohnt habe. Wo ich richtig drauf war. Wo ich richtig geballert habe, jeden Tag 5 Gramm. Da war das zum Beispiel auch so, da hab ich die ja jede Woche getauscht, hab mir immer so ein Paket genommen, davon 100 und gut. Diese Alkoholtupfer mag ich nicht so, weil wenn du irgendwo einen Kratzer hast und du damit rübergehst, brennt das dermaßen. Also hab ich das gelassen. […] Ab und zu mach ich das mal und dann benutz ich die. Dann wisch ich das, wo ich das will. Kann ja auch sein, dass da ein bisschen Dreck bei ist und dann entzündet sich das und dann kriegst du auch leicht eine Blutvergiftung. Und wenn ich fertig bin, mach ich das noch mal drüber“ (I13).

> „Zum Beispiel nehme ich keine Spritze von anderen. Keine Luft, kein Wasser. Noch kann ich das kontrollieren. Die Leute, die das machen haben keine Zeit, sie wollen schnell machen. Darum kommt das, dass die gleiche Spritze zwei, drei Leute nehmen. Aber ich glaube, ich gehe nicht bis da. So kann ich mich noch kontrollieren, ich nehme keine Spritzen, keine anderen Sachen, die jemand anders benutzt hat“ (I15).

Das Gesundheitsbewusstsein schlägt sich nicht konsequent auf das Gesundheitsverhalten nieder. Zugleich bestätigten die weitaus meisten Befragten, durch die Teilnahme an den HCV-spezifischen Interventionen darauf zu achten, sich beim Drogenkonsum vor einer HCV-Infektion zu schützen. Lediglich ein Befragter gab an, dass die Interventionen keinen Einfluss auf sein Schutzverhalten haben. Diese Haltung ist möglicherweise darin begründet, Drogen nicht intravenös zu konsumieren.

Die Teilnahme an den HCV-spezifischen Interventionen bewirkt – mit einer Ausnahme – ein verbessertes Risikoverhalten beim Drogenkonsum wie auch bei sexuellen Kontakten. Die Verhaltensänderung kommt bei mehreren Befragten darin zum Ausdruck, seit der Interventionsteilnahme „vorsichtiger geworden“ zu sein. Vorsichtsmaßnahmen erstrecken sich auf unterschiedliche Bereiche. So wird die Mehrfachnutzung des eigenen Spritzbe-

stecks eingestellt und stattdessen jedes Mal eine neue, sterile Nadel verwendet. Des Weiteren wurde genannt, bei Sexualkontakten über vorhandene Infektionskrankheiten mit dem Partner zu sprechen, um sich zu schützen. Zwar war den Befragten auch vor der Interventionsteilnahme bewusst, dass Hygiene beim Konsum und Schutz bei Sexualkontakten wichtige Verhaltensweisen zur Prävention von viralen Infektionen darstellen. Durch die Teilnahme an den HCV-spezifischen Interventionen ist ihnen jedoch die Notwendigkeit zu einem risikobewussten Verhalten nochmals deutlich vor Augen geführt worden.

> „Also ich hab vorher, wo ich angefangen hab zu spritzen, ständig die gleiche Nadel immer wiederholt genommen. Und hier habe ich immer mehr gelernt, nach jedem Stechen oder sogar wenn man nicht getroffen hat, ne neue Nadel zu nehmen (I10).

> „Ein bisschen hat es mich weiter gebracht. Weil man ja auch sonst großartig nicht drauf achtet, wenn man jetzt z.B. mit dem Partner Sex hat. Und da frage ich jetzt doch schon vorher lieber nach, ob der Hepatitis-C hat oder HIV, was man vorher vielleicht nicht gemacht hätte. Weil man will ja auch, dass das dann nicht so verbreitet ist. Und da bin ich dann doch mittlerweile lieber ein bisschen vorsichtiger“ (I2).

Indem die Pflegekräfte begründen, warum die Einhaltung bestimmter Routinen notwendig ist, um eine HCV-Infektion zu vermeiden, wird den Teilnehmenden der Sinn präventiver Verhaltensweisen deutlich vor Augen geführt. Praktiken, denen sie vorher wenig Beachtung geschenkt haben, werden somit verstärkt in das eigene Handeln integriert. Besonders deutlich wird dieser Effekt der Interventionen darin, sich seitdem die Hände vor und nach dem Drogenkonsum zu waschen, Alkoholtupfer zu verwenden, nur die eigenen Löffel und Filter bei der Zubereitung der Substanzen zu nutzen und bei jeder Injektion eine neue Nadel zu verwenden. Die Aufklärung über Infektionsrisiken führt nach Aussage der Befragten dazu, vorherige risikoreiche Praktiken einzustellen und sich ein konsequenteres Hygieneverhalten anzugewöhnen.

> „Doch, mit dem Hände waschen. Ich hab dann ja auch so ein Desinfektionsmittel bekommen und das habe ich jetzt immer mit. Dass ich dann auch unterwegs was zum Saubermachen habe, z.B. in der U- oder S-Bahn, oder vorm Essen mache ich mich damit sauber“ (I2).

> „Ich für meinen Teil hab damit kein Problem bei mir selber, weil ich weiß, ich verwende nur meinen eigenen Löffel für mich und für niemand anders und dann ist das ok. Ich nehme immer eine neue Nadel, um mir den Arm nicht zu zerstechen und weil ich es einfach hygienischer finde. Aber es wird halt auch zum Problem, sobald auch nur ein Filter geteilt wird. […] Hätte ich jetzt nicht gedacht, aber ich hab es gemerkt, dass ich hin und wieder mal gestutzt habe und wieder ne Situation war, wo ich wusste, dass hab ich in den letzten Tagen hier beantwortet bekommen. Sonst hätte ich da nie dran gedacht“ (I9).

Eine weitere Auswirkung der HCV-spezifischen Interventionen ist, dass sich die Teilnehmenden ihrer Verantwortung deutlicher bewusst werden, auch andere Personen nicht zu gefährden. So schildert ein Befragter, seit der mehrfachen Teilnahme an den Interventionen darauf zu achten, seine Konsumutensilien so zu verstauen, dass keine Gefahr für andere Menschen davon ausgeht. Da insbesondere Nadeln eine Verletzungsgefahr beinhalten können, gilt es diese sorgfältig zu verpacken.

> „Auch anderen gegenüber jetzt. Weil ich anderen gegenüber jetzt ganz anders auftreten muss, was meine Gegenstände zum Beispiel angeht. Also ob das meine Pumpen sind, die ich achtlos in der Hosentasche habe, wo die Kappe einfach mal abgehen kann. Dann stehe ich in der U-Bahn, die ist voll und dann pieks ich einen an meiner frischen Hepatitis-C-Pumpe, ja herzlichen Glückwunsch. Der weiß von nichts und in 15 Jahren kriegt der Leberkrebs und wundert sich, warum er da elend zugrunde geht“ (I7).

Die Wirksamkeit der Interventionen zeigt sich letztendlich darin, ob das vermittelte Wissen im Alltag in ein konsequentes Schutzverhalten umgesetzt werden können. In den ersten Interviews haben sich die Befragten kritisch zu dieser Frage geäußert, denn es galt als zu mühsam und aufwändig die HCV-präventiven Maßnahmen konsequent einzuhalten. Bei den im zweiten Interview Befragten kommt eine gänzlich andere Haltung zum Ausdruck. Möglicherweise hat sich durch die mehrfache Teilnahme an den HCV-spezifischen Interventionen die Einstellung manifestiert, die meisten Verhaltensweisen zum Schutz vor einer Hepatitis-C Infektion im Alltag umsetzen zu können. Von den 15 Interviewpartnern waren lediglich zwei Personen skeptisch, ob es ihnen gelingt ihr Wissen zur effektiven Prävention einer HCV-Infektion konsequent in ein infektionsprophylaktisches Verhalten umzusetzen. Alle anderen Interviewten bestätigten, die erhaltenen Informationen zur HCV-Prävention in ihrem Alltag berücksichtigen zu können. Aus ihrer Sicht geht es dabei nicht um einen komplexen Wandel des eigenen Verhaltens, sondern vielmehr um kleine Veränderungen in Richtung Hygiene und Schutz vor Infektionsrisiken. Im Hinblick auf die Prävention einer HCV-Infektion ist es einerseits erforderlich, bereits bestehende risikobewusste Verhaltensweisen konsequenter einzuhalten und andererseits sich bestimmte andere Praktiken wie etwa das Händewaschen oder die ausschließliche Nutzung eigener Konsum- oder Haushaltsartikel anzugewöhnen.

> „Nein, da ist nicht zu Kompliziertes dabei. Ist alles gut machbar. Denke ich auf jeden Fall. Sind eigentlich nur die einfachsten Sachen, auf die man achten muss, auf die man eigentlich sowieso achten sollte. Egal wie viel oder wie wenig Hygiene man macht, man sollte seine eigene Zahnbürste oder Rasierer nehmen. Dann nimmt meine Freundin halt mal nicht meinen Rasierer für die Beine. Das sind so Kleinigkeiten“ (I7).

Zusammenfassend lassen die Interviewaussagen erkennen, dass die Teilnahme an mehreren HCV-spezifischen Interventionen bei den befragten Drogenkonsumierenden das Bewusstsein für effektive Präventionspraktiken geschärft hat. Risikoreiche Praktiken wie etwa die Mehrfachnutzung des eigenen Spritzbesteckes werden infolge der Aufklärung zu HCV-Übertragungswegen eingestellt. Die wiederholten HCV-präventiven Botschaften bewirken bei 13 von 15 Befragten eine deutliche Verhaltensänderung in Richtung einer verstärkten Einhaltung von Safer-Use Regeln und Hygienemaßnahmen beim Konsum, bei Sexualkontakten und auch im Haushalt.

Grundsätzlich lassen sich zwei verschiedene Wirkungsweisen der HCV-spezifischen Interventionen auf das Risikoverhalten identifizieren:

- Teilnehmende, die sich durch die vermittelten Informationen in ihrem bereits weitestgehend vorhandenem Schutzverhalten bestätigt sehen. Das risikobewusste Verhalten wird wie gewohnt beibehalten und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen, die in Ausnahmen immer mal wieder praktiziert wurden, werden beendet bzw. deutlich verringert.
- Teilnehmende, die durch die präventiven Botschaften zur Vermeidung einer Hepatitis-C Infektion zu einem verbesserten Schutzverhalten veranlasst werden. Das zuvor praktizierte Risikoverhalten wandelt sich zu einem risikoärmeren Verhalten, was insbesondere die Einhaltung von Safer-Use Konsumregeln, das Händewaschen und eine größere Sorgfalt im Haushalt (Rasierer etc.) beinhaltet.

7 Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse

Die Evaluation und wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprojektes „Frühintervention als Maßnahme der HCV Prävention“ umfasst den Zeitraum vom 1. November 2008 bis zum 30. Juni 2011. Mit der Evaluation waren drei Hauptfragestellungen verbunden:

- Lassen sich HCV-spezifische Interventionen im Umfeld von Drogenkonsumräumen umsetzen und vollständig durchführen?
- Wird die Zielgruppe der Drogenkonsumierenden erreicht, die laut Selbstauskunft HCV-negativ sind bzw. die ihren HCV-Status nicht kennen?
- Haben die HCV-spezifischen Interventionen bei den Interventionsteilnehmenden einen positiven Effekt auf das Wissen zu HCV, das Risikoverhalten und die HCV-Infektionsrate?

Um diesen Fragen nachzugehen, wurden verschiedene Datenquellen verwendet, die jeweils zu Beginn der Ergebnisdarstellung kurz erläutert werden. Im Rahmen des Modellprojektes fanden die ersten Interventionen am 1. Februar 2009 statt. Alle Ergebnisse, die sich auf die Interventionen beziehen, umfassen den Zeitraum vom 1.2.2009 bis zum 31.12.2010.

7.1 Implementierung und Durchführung der HCV-spezifischen Interventionen

Datengrundlage sind die Interventionsdokumentation (siehe Anhang 1) sowie die zweimalig durchgeführten Interviews mit den Pflegekräften der drei Konsumraumangebote.

- In dem Zeitraum von 23 Monaten wurden insgesamt 587 Interventionen durchgeführt. Davon bestanden etwa die Hälfte (310 Interventionen) aus dem Erstkontaktgespräch, das bei der erstmaligen Nutzung eines Konsumraumes verpflichtend ist. Prophylaktische Impulse sowie die HCV-Testberatung wurden jeweils 101-mal durchgeführt und das Zielgruppengespräch fand 75-mal statt. Bei den prophylaktischen Impulsen dominierten die Kurzinterventionen (Tupfer, Sniefröhrchen und Folie) mit 52 Durchführungen, gefolgt vom Händewaschtraining mit 39 Durchführungen.
- Von allen Interventionen konnten knapp 90 % vollständig umgesetzt werden. Zu 92% wurden auch alle zentralen Themen angesprochen. Die Interventionen dauerten zu 42 % zwischen 6-10 Minuten und zu 36 % nicht länger als 5 Minuten. Während die prophylaktischen Impulse in 60 % aller Fälle nicht länger als 5 Minuten dauerten, waren das Zielgruppengespräch und die HCV-Testberatung zeitintensiver (6-15 Minuten).

- Zwischen den mobilen Einrichtungen (DKM, SKA) und der „stationären“ Einrichtung Birkenstube gab es keine Unterschiede in der Art und Vollständigkeit der durchgeführten Interventionen. Signifikante Unterschiede zeigten sich in der Dauer der Interventionen. In den mobilen Einrichtungen dauerten die Interventionen zumeist 5 Minuten, während die Interventionen in der Birkenstube mehrheitlich zwischen 6-10 Minuten andauerten. Mobile Einrichtungen eignen sich offenbar eher für Kurzinterventionen.
- Von den interviewten Pflegekräften wurde bestätigt, dass aufwändigere Interventionen eher in der Birkenstube möglich sind. In der Praxis stellte sich heraus, dass die Umsetzbarkeit der Interventionen von dem geeigneten Zeitpunkt abhängig ist. „Teachable moments“ sind beeinflusst durch den individuellen Wissensbedarf der Klientel, den bereits erfahrenen Interventionen (keine mehrmalige Teilnahme an den gleichen Interventionen) sowie der persönlichen Beziehung zwischen einer Pflegekraft und einem Klienten oder einer Klientin.

7.2 Erreichung der Zielgruppen

Datengrundlage sind die Interventionsdokumentationen, die Erstkontaktdaten bei Neuaufnahme sowie die Konsumraumnutzungsdaten. Anhand der Erstkontakt- und Konsumraumnutzungsdaten wird die Interventionsgruppe (alle Projektteilnehmenden) mit einer Gruppe derjenigen verglichen, die laut Selbstauskunft HCV-negativ sind oder ihren HCV-Status nicht kennen und die nicht mit den Interventionen erreicht wurden (Vergleichsgruppe).

- Ursprünglich war vorgesehen, innerhalb von zwei Jahren 1.000 Personen mit dem Erstkontaktgespräch und jeweils 300 Personen mit dem Zielgruppengespräch und den prophylaktischen Impulsen zu erreichen. Diese selbstgesetzte Zielsetzung konnte nicht erfüllt werden.
- Ein Grund für die Nichterreichung der Zielsetzung liegt in dem deutlichen Rückgang an Konsumraumnutzenden von Januar 2008 bis Dezember 2010. Ab Mitte des Jahres 2008 halbieren sich die Besucherzahlen von 300 bis 400 Personen pro Monat auf 150 bis 200 Personen pro Monat. Von den in den Konsumräumen anwesenden Drogenkonsumierenden wurden im Verlauf des Modellprojektes zunehmend mehr Personen der Zielgruppe erreicht.
- In dem Evaluationszeitraum gehörten 514 Personen zur Zielgruppe des Modellprojektes. Insgesamt haben von der Zielgruppe 360 Personen an den Interventionen teilgenommen; die Erreichungsquote beträgt somit 70 %.
- Gut erreicht wurde die spezielle Risiko-Zielgruppe der Drogenkonsumierenden mit einem intravenösen Konsum. Laut Erstvertrag haben 355 jemals intravenös Drogen konsumiert, und von diesen Personen haben wiederum 87 Personen (25 %) erstmals

innerhalb der letzten 2 Jahre mit dem i.v. Konsum begonnen. Von der Zielgruppe derjenigen mit einem intravenösen Konsum nahmen 231 Personen an den Interventionen teil, was einer Erreichungsquote von 65 % entspricht. Von denjenigen mit einem intravenösen Konsum, der nicht länger als 2 Jahre zurück liegt, wurden 61 Personen erreicht, so dass die Erreichungsquote bei 70 % liegt.

- Die Interventionsgruppe (n=302) und die Vergleichsgruppe (n=154) unterscheiden sich in ihren soziodemographischen und konsumbezogenen Merkmalen nicht signifikant voneinander. In beiden Gruppen befinden sich mit 85 % mehrheitlich Männer. Das Durchschnittsalter liegt in beiden Gruppen bei etwa 30 Jahren. Die Hauptdroge wurde erstmals mit 20 Jahren und über einen Zeitraum von 9-10 Jahren konsumiert. Etwa 70 % der Personen haben in den letzten 30 Tagen intensiv Heroin konsumiert, und knapp 80 % haben bereits jemals intravenös konsumiert. Insgesamt ist die Interventionsgruppe repräsentativ für die gesamte Zielgruppe des Modellprojektes.

7.3 Akzeptanz der Interventionen

Datengrundlage sind die Interventionsdokumentationen sowie die zweimaligen Interviews mit den Projektteilnehmenden und den Pflegekräften. Bei den Projektteilnehmenden ist anzumerken, dass die ersten und die zweiten Interviews nicht mit denselben 15 Personen stattfanden.

- Von den insgesamt 360 Projektteilnehmenden hat der überwiegende Teil von 72 % (258 Personen) nur an einer Intervention teilgenommen. Demzufolge zeigten weniger als ein Drittel der Teilnehmenden die Bereitschaft, an mindestens einer weiteren Intervention teilzunehmen.
- 63 % der Teilnehmenden haben ausschließlich die Intervention „Erstkontaktgespräch“ in Anspruch genommen. Dieser hohe Anteil an Erstkontaktgesprächen dokumentiert, dass die Teilnehmenden mehrheitlich nicht zu den Stammbesuchern zählen, sondern neue Nutzer und Nutzerinnen des Konsumraumangebotes sind.
- In den Interviews bestätigten die Teilnehmenden, dass ihre Bereitschaft zur Akzeptanz einer Intervention von der Wahl des Zeitpunktes abhängig ist. Stimmt der Zeitpunkt, ist die Motivation zur Teilnahme hoch und die Dauer der Intervention unerheblich. Die von den Pflegekräften vermittelten HCV-präventiven Botschaften wurden positiv als aufklärend und informativ erlebt.
- Übereinstimmend mit den Erfahrungen der Pflegekräfte stößt das Zielgruppengespräch auf wenig Akzeptanz. Im Gegensatz dazu wird das HCV-Testangebot begrüßt und stellte einen wichtigen Beweggrund zur Teilnahme an den Interventionen dar. Aus Sicht der Pflegekräfte war das HCV-Testangebot nicht gut umsetzbar, da viele Drogenkonsumierende bereits im Rahmen ihrer Entgiftung oder Gefängnisaufenthalte getestet worden wären.

- Nach Einschätzung der Pflegekräfte haben sich in der Praxis a) die prophylaktischen Impulse, b) das Wissensquiz und c) das Händewaschtraining besonders bewährt. Nicht bewährt hat sich die Intervention zu Tattoo und Piercing, da dieses Thema aus Sicht der Pflegekräfte nicht im Konsumraumsetting, sondern eher in den Gefängnissen und relevant ist.

7.4 Wirkung der Interventionen

a) Verbesserung des Wissens zu HCV

Datengrundlage ist das Wissensquiz, bestehend aus 24 Fragen, dass von 199 Projektteilnehmenden ausgefüllt wurde (55,3 % der 360 Teilnehmenden).

- Im Mittel haben die 199 Personen 18 von 24 Fragen richtig beantwortet. Die Mehrheit von 81 % derjenigen, die das Quiz ausgefüllt haben, verfügen über ein gutes bis sehr gutes HCV-spezifisches Wissen.
- 58 % nutzten die Beratung im Anschluss an das Wissensquiz, um bestehende Wissenslücken oder Unsicherheiten mit den Pflegekräften zu besprechen.
- Die interviewten Projektteilnehmenden gaben an, durch die Interventionen an Wissen hinzu gewonnen zu haben. Damit sich dieses Wissen verfestigt, ist aus ihrer Sicht die stetige Wiederholung der HCV-präventiven Botschaften notwendig.
- Wissensdefizite offenbarten sich in der Hinsicht, dass 57 % der Personen denken, es gäbe eine Impfung gegen HCV und überdies halten 49 % eine HCV-Infektion für nicht heilbar. Hier ist noch weitere Aufklärungsarbeit erforderlich.

b) Verringerung des Risikoverhaltens

Datengrundlage sind die Daten zur Konsumraumnutzung sowie die Interviews mit den Teilnehmenden.

- Die Ergebnisse zur Dauer und Frequenz der Konsumraumnutzung zeigen, dass 30 % der Personen aus der Interventions- und Vergleichsgruppe einen Konsumraum nur für einen einzigen Tag nutzen. Ein solches Nutzungsverhalten findet sich signifikant häufiger in der Interventionsgruppe als in der Vergleichsgruppe (34 % zu 21 %). Auf der anderen Seite nutzen 33 % der Personen beider Gruppen einen Konsumraum bereits länger als ein Jahr. Diese Nutzungsdauer ist in der Vergleichsgruppe häufiger zu finden (43 % zu 28 %).
- Wird ein Konsumraum aufgesucht, nutzen die Projekteilnehmenden diesen intensiver als die Personen der Vergleichsgruppe. An durchschnittlich mehr als 5 Tagen pro Monat suchen 27 % der Projektteilnehmenden einen Konsumraum auf, aber nur 10 % der Drogenkonsumierenden der Vergleichsgruppe.

- Die Ergebnisse zu den individuellen 12-Monats-Verläufen in der Konsumraumnutzung zeigen, dass die Mehrheit der Personen in beiden Gruppen nicht über einen längeren Zeitraum regelmäßig im Konsumraum konsumiert. Nach dem ersten Nutzungsmonat suchen nur noch 30 % der Personen beider Gruppen einen Konsumraum auf. Nach neun Monaten sind es nur noch 20 %, die einen Konsumraum nutzen. Im 12-Monats-Verlauf erfolgen im Mittel 60-70% aller Konsumvorgänge intravenös.
- Auf Basis der Konsumraumnutzung lässt sich die Wirkung der Interventionen auf das Risikoverhalten nicht beurteilen. In den Interviews gaben die Teilnehmenden an, dass sich ihr Risikoverhalten infolge der HCV-spezifischen Interventionen verringert habe. So wurde berichtet, die Mehrfachnutzung der eigenen Nadel eingestellt, grundsätzlich eigene Konsumutensilien verwendet und insgesamt ein konsequenteres Hygieneverhalten entwickelt zu haben.

c) Kein Wechsel in den intravenösen Konsum

Datengrundlage sind die Konsumraumnutzungsdaten. Von einem Wechsel in den intravenösen Drogenkonsum wird ausgegangen, wenn die beiden Bedingungen zutreffen: a) Die ersten 10 Konsumvorgänge erfolgen nicht intravenös und b) nach dem ersten intravenösen Konsumvorgang sind in den nachfolgenden drei Monaten mindestens 70 % der Konsumvorgänge intravenös.

- Unter den 1.846 Drogenkonsumierenden, die einen Konsumraum zwischen Januar 2008 und Dezember 2010 genutzt haben und die zuvor nicht intravenös konsumiert haben, gibt es lediglich 32 Personen, bei denen ein intravenöser Konsumvorgang verzeichnet ist.
- Auf Basis der angegebenen Definition gelten insgesamt nur sieben Drogenkonsumierende als Wechsler in einen intravenösen Konsum. Offenbar findet zumindest unter denjenigen Drogenkonsumierenden, die einen Konsumraum aufsuchen, nur selten ein Wechsel der praktizierten Applikationstechnik statt.

c) Keine Infektion mit dem Hepatitis-C Virus

Datengrundlage sind der im Rahmen der HCV-Testberatung verwendete Risikofragebogen sowie die Ergebnisse des HCV-Antikörpertests.

- 35 von 50 Projekteilnehmenden gaben bei der HCV-Testberatung an, sich bereits zuvor einem HCV-Test unterzogen zu haben. Bei etwa zwei Dritteln liegt der vorherige HCV-Test nicht länger als 12 Monate zurück.
- 59 von 360 Projektteilnehmenden haben im Rahmen des Modellprojektes einen HCV-Test durchführen lassen (16,4 %). Das Testergebnis fällt bei 44 Personen negativ aus

und bei 15 Personen positiv. Da bei Beginn der Interventionen lediglich Selbstangaben zum HCV-Status zugrunde gelegt wurden, lassen sich keine Aussagen zu einer möglichen Neuinfektion seit Projekteintritt treffen.

- Nur sechs Personen haben sich einem zweiten HCV-Antikörpertest unterzogen. Insgesamt liegen zu wenig Testergebnisse und insbesondere Verlaufsdaten vor, so dass keine Beurteilung zur Wirkung der Interventionen auf die Vermeidung einer HCV-Infektion möglich ist.

8 Empfehlungen für die Praxis und Wissenschaft

Ausgehend von den Ergebnissen der Evaluation des Modellprojektes werden zunächst Empfehlungen für die Praxis zur Durchführung von Maßnahmen der HCV-Prävention abgeleitet. Im Zusammenhang mit der detaillierten Auswertung der implementierten Interventionen hat sich herauskristallisiert, dass vor allem in Bezug auf die Konsumraumnutzung einerseits und die Wirkung der Interventionen andererseits nur begrenzt wissenschaftlich fundierte Aussagen möglich sind. Diese Limitationen verweisen zugleich auf weitere Forschungsfragen, die zum Abschluss des Kapitels benannt werden.

Eine zentrale Erkenntnis, die aus der Evaluation gewonnen wurde, ist, dass sich die Fokussierung auf die Risiken einer HCV-Infektion bewährt hat. Die Übertragungswege für eine HCV-Infektion sind vielfältiger als diejenigen für eine HIV-Infektion. Ausgehend davon, dass Drogenkonsumierenden HIV-Übertragungswege eher bewusst sind, ist nachvollziehbar, dass ihnen einige HCV-Infektionswege unbekannt sind. Erst durch die genaue Aufklärung zu möglichen Risiken einer HCV-Infektion durch Haushaltsübertragungen oder beispielsweise das Teilen von Konsumutensilien wie Filter oder Sniefröhrchen sind diese Übertragungswege von HCV in das Bewusstsein der Klienten und Klientinnen gerückt. Eine weitere zentrale Erkenntnis besteht darin, die Wichtigkeit von manualisierten Interventionen in der konkreten Hilfepraxis erfahren zu haben. Die Manualisierung dient nicht nur der Strukturierung von Interventionen und HCV-präventiven Botschaften und der Schulung von Fachpersonal. Vielmehr sind manualisierte Interventionen auch mit Blick auf die Nachhaltigkeit von großer Bedeutung, da sie auch in anderen Hilfeeinrichtungen und Settings nutzbar sind und sich erproben lassen.

In dem spezifischen Setting der Berliner Konsumräume haben sich vor allem diejenigen Interventionen bewährt, die auf die Risikominderung im praktizierten Konsumverhalten abzielen. Man mag geteilter Meinung dazu sein, ob Interventionen in Konsumräumen noch als „Frühintervention“ gelten können. Drogenkonsumräume bieten jedoch den Vorteil, dass riskante Konsumpraktiken in diesem Setting unmittelbar sichtbar und damit ansprechbar sind. Die prophylaktischen Impulse zur Verwendung von Tupfern, Sniefröhrchen und Rauchfolie lassen sich hier gut einsetzen.

Empfehlungen für die Praxis

- Ausweitung der Zielgruppe für Interventionen

Es wird empfohlen, die HCV-präventiven Maßnahmen zukünftig nicht nur für diejenigen Drogenkonsumierenden anzubieten, die laut Selbstangabe HCV-negativ sind. Vielmehr sollte die Zielgruppe für die Interventionen auf alle Klientinnen und Klienten ausgeweitet werden, unabhängig von ihrem jeweiligen HCV-Status. Eine Ausweitung der Zielgruppe macht aus zwei Gründen Sinn: Zum einen wird das Wissen zur Übertragung und Prävention einer HCV-Infektion innerhalb von Szenekontakten transportiert. Demzufolge ist davon auszugehen: Je mehr Drogenkonsumierende über ein gutes Wissen zur HCV-Prävention verfügen, desto besser stellt sich der Wissenstand unter Drogenkonsumierenden insgesamt dar. Zum anderen ist bekannt, dass erfahrenere Drogenkonsumierende „Anfängern“ bei der Injektion assistieren. Um auch hierbei die Risiken einer viralen Infektion zu minimieren, sollten auch HCV-Positive über Präventionsmaßnahmen gut aufgeklärt sein.

- Nachhaltigkeit der Interventionen

Um die Nachhaltigkeit der entwickelten Interventionen zu sichern, sollten die Manuale zu den einzelnen Interventionen als eigenständige Materialen aufbereitet und anderen Einrichtungen der Drogenhilfe zur Verfügung gestellt werden. Erste Überlegungen von Fixpunkt e.V., die Manuale auch online als Download anzubieten, erscheinen unter dem Gesichtspunkt der Verbreitung der Interventionen als sinnvoll. Darüber hinaus wird empfohlen, die Erfahrungen mit der Umsetzung der Interventionen auch auf Netzwerktreffen, Tagungen und Trainings einer breiteren Fachöffentlichkeit zugänglich zu machen.

- Verwendung des HCV-Quiz als Intervention

Das HCV-Quiz hat eine sehr hohe Akzeptanz unter den Teilnehmenden der Interventionen wie auch unter den Pflegekräften erfahren. Aufgrund dieser Erkenntnis sollten die positiven Erfahrungen mit dem Quiz genutzt werden, indem das Quiz als eine weitere – interaktive – Einzelintervention eingesetzt wird. Es wird empfohlen, den Einsatz des HCV-Quiz vor der Implementierung als eine HCV-spezifische Intervention zu manualisieren. Das Manual inklusive des Quiz kann dann ebenfalls anderen Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden. Es könnten auch verschiedene Schwierigkeitsstufen des Quiz entwickelt werden für Drogenkonsumierende, die das Quiz bereits einmal durchgeführt haben.

- Stärkere Anpassung der Interventionen an Setting und Zielgruppe

Im Rahmen des Modellprojektes wurden alle entwickelten Interventionen sukzessive in der Praxis erprobt. Da die Interventionen zeitlich nacheinander implementiert wurden, wurde nicht ausgewählt, welche Intervention sich besonders für welche Zielgruppe eignet. Insbesondere in Bezug auf die prophylaktischen Impulse lassen die Evaluationsergebnisse den Schluss zu, dass eine stärkere Anpassung dieser Interventionen an die jeweiligen Konsumpraktiken sinnvoll ist. So haben beispielsweise Raucher wenig Interesse an einer Aufklärung zur Tupferverwendung und andersherum Personen mit einem intravenösen Drogenkonsum nur eine geringe Motivation, sich über die Verwendung einer Rauchfolie aufklären zu lassen. Nicht alle Interventionen sind folglich für alle Drogenkonsumierende geeignet. Die Ergebnisse zeigen auch, dass nicht alle Interventionen für alle Settings geeignet sind. Zeitintensivere und aufwändigere Interventionen benötigen eher einen Raum mit Tisch, während kurze und platzsparende Interventionen in verschiedensten Settings – auch mobil – durchführbar sind. Insbesondere die prophylaktischen auf das Konsumverhalten bezogene Interventionen lassen sich gut in niedrigschwelligen Settings wie der Spritzenausgabe und der Straßensozialarbeit umsetzten.

- Stärkung des Angebots zum HCV-Antikörpertest

Die Testung auf eine HCV-Infektion im Rahmen einer Testberatung stellt eine wesentliche Maßnahme der HCV-Prävention dar. Wenngleich aus den Evaluationsergebnissen hervorgeht, dass viele Drogenkonsumierende bereits innerhalb der letzten 12 Monate auf eine HCV-Virusinfektion getestet worden sind, gibt es nach wie vor eine erhebliche Anzahl an Drogenkonsumierenden, die ihren HCV-Statuts entweder nicht kennen, oder deren Test noch länger zurück liegt oder die gar nicht getestet sind. Etwa ein Drittel der HCV-Antikörper getesteten Befragten, die von einen negativen HCV-Status ausgegangen sind, wiesen ein positives Testergebnis auf. Vor diesem Hintergrund wird empfohlen, dass Angebot eines HCV-Antikörpertests stärker in der Praxis zu verankern. Der bereits initiierte Einsatz von HIV- und HCV-Schnelltests im Rahmen einer Testberatung trägt zu einer solchen Stärkung des Testangebotes bei.

- Motivierendes Erstkontakt-Gespräch

Die Ergebnisse zur Konsumraumnutzung belegen, dass nahezu ein Drittel der Klienten und Klientinnen einen der Berliner Konsumräume lediglich an einem einzigen Tag nutzt. Der hohe Anteil an 1-Tag Besuchern wirft die Frage auf, warum nach einem Erstkontakt-Gespräch und der einmaligen Nutzung des Konsumraumes offenbar keine Motivation besteht, diesen Raum für den weiteren Konsum aufzusuchen. Im Rahmen der Evaluation lässt sich nicht beantworten, ob die Einmalnutzung Ausdruck von Hemmschwellen oder der mangelnden Attraktivität des Konsumraumes ist, oder durch die räumliche Entfernung

oder andere Faktoren begründet ist. Dessen ungeachtet kommt dem Erstkontakt-Gespräch somit eine besondere Bedeutung zu. Ein gutes Erstkontakt-Gespräch muss einerseits inhaltlich die wichtigsten Safer-Use Botschaften vermitteln, andererseits dazu motivieren, die Funktion eines Konsumraumes als Konsum unter hygienischen und risikoärmeren Bedingungen für sich zu nutzen.

- Wiederholung der präventiven Botschaften

Neben der Bedeutung, die „teachable moments“ zu erkennen und zu nutzen, hat sich in den Interviews mit den Teilnehmenden herausgestellt, dass die Wiederholung von HCV-präventiven Botschaften elementar für die Verfestigung des Wissens und die Umsetzung von Wissen in Verhalten ist. Eine wiederholte Aufklärung zum Schutz vor einer HCV-Virusinfektion ist nicht gleichbedeutend damit, eine spezifische Intervention immer wieder vollständig durchzuführen. Vielmehr geht es darum, die zentralen Botschaften einzelner Interventionen kontinuierlich zu vermitteln und das auf diese Weise das Wissen der Drogenkonsumierenden regelmäßig „aufzufrischen“.

- Implementierung der Intervention Tatto/Piercing in den Gefängnissen

In der Praxis des Modellprojektes hat sich deutlich gezeigt, dass die Intervention zu den Risiken nicht professionell durchgeführter Tattoos und Piercings im Rahmen von Konsumraumeinrichtungen nicht umsetzbar ist, da sie für die Drogenkonsumierenden in diesem Setting keine Rolle spielen. Zugleich ist bekannt, dass Tattoos und Piercings häufig während Gefängnisaufenthalten durchgeführt werden. Angesichts dessen wird empfohlen, die bereits manualisierte Intervention in Gefängnissen zu implementieren. Seitens des Fixpunkt e.V. gibt es bereits Überlegungen dazu, diese Intervention als Präventions- und Aufklärungsmaßnahme in den Berliner Haftanstalten anzubieten.

- Umsetzung der HCV-spezifischen Interventionen als Frühintervention

Im Sinne einer Frühintervention wird angeregt, einzelne Interventionen, die im Rahmen des Modellprojektes entwickelt wurden, auch in Settings umzusetzen, in denen jüngeren Drogenkonsumierende erreicht werden. In dieser Hinsicht bietet es sich an, ausgewählte Interventionen in der Partyszene durchzuführen, in denen der Konsum von Amphetaminen und Kokain verbreitet ist, und wo Konsumierende zu finden wären, die ein erhöhtes Risiko zum Einstige in den i.v. Konsum aufweisen bzw. die an der Schwelle zum intravenösen Konsum stehen. Des Weiteren kann auch die Gerichtshilfe oder Straffälligenhilfe im Sinne der Frühintervention bei jüngeren auffälligen Drogenkonsumierenden einbezogen werden, um HCV-spezifische Interventionen durchzuführen. Nicht zuletzt stellt auch die Jugendhilfe ein Versorgungsbereich dar, bei

dem eine Schulung der Fachkräfte in der Vermittlung HCV-präventiver Informationen zu erwägen ist.

- Diversifizierung und Weiterentwicklung von HCV-spezifischen Interventionen

In Zukunft wird es nicht ausreichen, die zum jetzigen Zeitpunkt entwickelten Interventionen immer wieder anzubieten. Vielmehr ist es erforderlich, die bestehenden Interventionen anzupassen oder abzuändern und überdies weitere Interventionen zu entwickeln. Für diejenigen Drogenkonsumierenden, die bereits an Interventionen teilgenommen haben, müssen andere ansprechende, attraktive Materialien entwickelt werden, um ihr Interesse an HCV-spezifischer Aufklärung zu erhalten. Eine Weiterentwicklung der HCV-spezifischen Interventionen ist nötig, um verschiedenen Infektionsrisiken gerecht zu werden und um an neue Konsumtrends angepasst zu sein. In diesem Kontext wäre zu überlegen, andere Techniken, wie etwa des „electronic health“ einzusetzen (Einbezug von Mobiltelefonen für HCV-präventive Botschaften).

- Partizipation von Drogenkonsumierenden

Im Rahmen der Weiterentwicklung von Interventionen wird empfohlen, die Erfahrungen von Drogenkonsumierenden strukturell zu verankern und systematisch in die Konzeptionierung einzubeziehen. In den Interviews haben die Projektteilnehmenden bereits Ideen und Anregungen zur Verbesserung der Interventionen geäußert, so dass beide Seiten – die Fachkräfte wie die Klienten und Klientinnen – von der Partizipation profitieren können.

Weitere Forschungsfragen

Auf Grundlage der Evaluationsergebnisse haben sich drei zentrale Untersuchungsbereiche herauskristallisiert, die Gegenstand weiterer wissenschaftlicher Forschung sein können.

- Monitoring der Berliner Konsumräume

Ein Nebeneffekt der Evaluation des Modellprojektes ist, eine genaue Auswertung der Nutzung der Berliner Konsumräume vorgenommen zu haben. Damit liegen erstmals Erkenntnisse zum Nutzungsverhalten im Hinblick auf die individuelle Anzahl an Konsumvorgängen, die Frequenz und zeitliche Dauer der Konsumraumnutzung vor. In diesem Zusammenhang hat sich auch der hohe Anteil von 30 % an Einmal- und Kurzzeit-Nutzenden herausgestellt. Eine vergleichbare Auswertung der Frankfurter Konsumräume dokumentiert, dass der Anteil an Einmal-Besuchern mit 25 % in Frankfurt etwas geringer ist (Simmedinger & Stöver 2011). Um das Nutzungsverhalten der Berliner Konsumräume

weiterhin zu beobachten, ist ein jährliches Monitoring sinnvoll. In diesem Kontext würde ein besonderer Synergieeffekt entstehen, wenn ein solches Monitoring der Berliner Konsumräume und das bereits bestehende Monitoring der Frankfurter Konsumräume parallelisiert würden.

- Befragung von Drogenkonsumierenden zu Konsumorten und Konsumtechniken im Alltag

Einige Fragestellungen, die sich aus der Evaluation ergeben haben, lassen sich nur durch eine systematische Befragung von Drogenkonsumierenden beantworten. Zu diesen Fragen gehört: Was sind die Gründe für die geringe Nutzung eines Konsumraumes? Welche Erwartung haben Drogenkonsumierende an einen Konsumraum? Wo werden Drogen üblicherweise konsumiert? Wie kann die Harm Reduction Wirkung bei einer unregelmäßigen oder seltenen Konsumraumnutzung eingeschätzt werden? Ist das Ausdruck einer geringeren Wirkung oder Konsequenz dessen, Safer-Use Techniken gelernt zu haben? Wie werden HCV-präventive Botschaften in den Alltag transferiert? Um diesen Fragestellungen nachzugehen, ist eine Befragung von Drogenkonsumierenden innerhalb und außerhalb von Konsumräumen und eine Analyse der Rahmenbedingungen erforderlich.

- Untersuchung zur Implementierung und Akzeptanz von Interventionen in anderen Settings

Im Rahmen des Modellprojektes wurde wissenschaftlich untersucht, ob und welche HCV-spezifischen Interventionen im Kontext von Drogenkonsumräumen umsetzbar sind und auf Akzeptanz bei der Zielgruppe treffen. In wieweit sich die entwickelten Interventionen in anderen Settings implementieren lassen, kann mit der vorliegenden Untersuchung nicht beantwortet werden. Sofern HCV-spezifische Interventionen in anderen Settings umgesetzt werden sollten, wären zwei zentrale Forschungsfragen zu stellen: Soll eine Auswahl an Interventionen getroffen werden, von denen angenommen wird, dass sie geeignet sind? Welche Interventionen bewähren sich in anderen Settings?

In dem vorliegenden Bericht wird an verschiedener Stelle darauf hingewiesen, dass ein Nachweis der Wirkung der HCV-spezifischen Interventionen auf Grundlage der vorhandenen Daten schwierig und teils unmöglich ist. Ein fundierter Wirkungsnachweis würde erfordern, dass ein HCV-Test vor Beginn der Interventionen vorliegt und nach Abschluss der Interventionen die Teilnehmenden erneut auf ihren HCV-Status getestet werden. In einem aktuellen systematischen Review wurde der Effekt risikomindernder Interventionen auf eine HCV-Serokonversion untersucht (Hagan, Pouget & Des Jarlais 2011). Das Review kommt zu dem Schluss, dass verhaltensorientierte Interventionen als Einzelmaßnahme keinen Effekt auf die Verhinderung von Neuinfektionen haben. Nur die Kombination von psychosozialen Maßnahmen mit einer Drogenbehandlung und die Unterstützung von Safer

Use haben sich als wirksam herausgestellt, um das Risiko einer Neuinfektion mit HCV wirksam zu verringern.

Literaturverzeichnis

Abou-Saleh, M., Davis, P. et al. (2008). The effectiveness of behavioural interventions in the primary prevention of hepatitis C amongst injecting drug users: a randomised controlled trial and lessons learned. Harm Reduction Journal 31, 5-25.

Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch (Ed.) (2006). Hepatitis C und Drogengebrauch. Grundlagen, Therapie, Prävention, Betreuung und Recht (2. überarbeitete Auflage). Berlin: akzept e.V.

Bortz, J. & Döring, N. (1995). Forschungsmethoden und Evaluation. Heidelberg: Springer-Verlag.

Cornberg, M., Razavi, H. A. et al. (2011). A systematic review of hepatitis C virus epidemiology in Europe, Canada and Israel. Liver International 31(Supplement s2): 30-60.

Dubois-Arber, F., Benninghoff,F., & Jeannin, A. (2008). Typology of Injection Profiles of Clients of a Supervised Drug Consumption Facility in Geneva, Switzerland. European Addiction Research 14, 1-10.

Hagan, H., Pouget, E.R. & Des Jarlais, D.C. (2011). A Systematic Review and Meta-Analysis of Interventions to Prevent Hepatitis C Virus Infection in People Who Inject Drugs. The Journal of Infectious Diseases. 74-83.

Kromrey, H. (2001). Evaluation – ein vielschichtiges Konzept. Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung. Empfehlungen für die Praxis. Sozialwissenschaften und Berufspraxis, 24(2).

Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2010). Deutsche Suchthilfestatistik 2009. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungsstellen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.

RKI (Robert Koch-Institut) (2010). Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland. Virushepatitis B, C und D im Jahr 2009. Epidemiologisches Bulletin, 20, 177-190.

Rhodes, T., & Hedrich, D. (Ed.) (2010). Harm Reduction: evidence, impacts and challenges. EMCDDA monographs. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.

Shepard, C. W., Finelli, L. & Alter, M. J. (2005). Global epidemiology of hepatitis C virus infection. Lancet Infect Dis 5(9), 558-567.

Simmedinger, R. & Stöver, H. (2011). Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 1. Halbjahr 2010. Dokumentationszeitraum 01.01.-30.06.2010. Institut für Suchtforschung. Fachhochschule Frankfurt am Main, 59.

Stové, M. & Fry, C. (2006). The Blood Borne Virus Transmission Risk Assessment Questionnaire – Short Version (BBV-TRAQ-SV): Administration and Procedures Manual.

Thane, K., Wickert, C. & Verthein, U. (2009). Abschlussbericht. Szenebefragung in Deutschland 2008. Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung, Hamburg.

Ullrich-Kleinemanns, J., Junaberle, H. et al. (2008). Muster und Verlauf des Konsums psychoaktiver Substanzen im Jugendalter - Die Bedeutung von Kohärenzsinn und Risikowahrnehmung. Suchttherapie 1(9), 12-21.

Wand, H.; Spiegelman, D. et al. (2009). Estimating population attributable risk for hepatitis C seroconversion in injecting drug users in Australia: implications for prevention policy and planning. Addiction 104(12), 2043-2056.

Wright, N. M., & Tompkins, C. N. (2006). A review of the evidence for the effectiveness of primary prevention interventions for Hepatitis C among injecting drug users. Harm Reduction Journal, Open access article, 9.

Anhang 1: Dokumentation der Interventionen

Modellprojekt Hepatitis C Frühintervention

Seite 1

Dokumentation der Intervention

WICHTIG: Bitte beim Ausfüllen einen schwarzen oder blauen Kugelschreiber benutzen (keinen Bleistift)!
Bei Gruppeninterventionen muss für jeden einzelnen Teilnehmer ein Dokumentationsbogen ausgefüllt werden.

1. HIV-Code des Teilnehmers: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

2. Datum: |__|__|__|__|__|__| (TT/MM/JJ)

3. Ort: ☐ SKA ☐ Birkenstube ☐ Druckmobil

4. Intervention im Rahmen des Modellprojektes:

☐ Erstkontakt-Gespräch
☐ Zielgruppen-Gespräch
☐ Einsteiger-Fachkunde
☐ HCV-Test:
☐ Testberatung ☐ Testdurchführung ☐ Mitteilung Testergebnis
☐ Prophylaktische Impulse:
☐ Vorführung ☐ Thematische Übungen ☐ Anderes_____
☐ Incentives ☐ welche? (1=Tupfer, 2=Folie, 3=Röhrchen)
☐ Break the Cycle:
☐ Einstellungen zum „Anfixen“ ☐ Erarbeitung von Strategien ☐ Anderes_____

☐ anschließende Beratung zur Intervention *(seit 01.08.10)*

5. Durchführung der Intervention

5.1 Die HCV-spezifische Intervention wurde in folgendem Umfang durchgeführt

☐ Vollständig ☐ Teilweise ☐ Angefangen, nicht beendet

5.2. Die zentralen Themen der Intervention wurden angesprochen

☐ Ja ☐ Teilweise ☐ Nein

5.2.1. Falls teilweise oder nein, was waren die Gründe dafür, die Intervention nicht wie geplant umzusetzen?

☐ Zu wenig Zeit ☐ Sprachliche Barrieren ☐ Desinteresse des Klienten

☐ Klient ist intoxikiert Anderes_____

5.3. Die HCV-spezifische Intervention dauerte |__|__|__| Minuten

ZIS-Hamburg

Anhang 2: Wissenstest zu Hepatitis-C

Quiz zu Hepatitis C

Bitte kreuze jeweils diejenigen Aussagen zu den einzelnen Themen an, von denen Du denkst, dass sie zutreffen.

5. Hepatitis C kann übertragen werden...

- ☐ beim Tätowieren
- ☐ durch gemeinsam benutzte Zahnbürsten
- ☐ durch gemeinsam benutzte Nadeln und Spritzen
- ☐ durch Wegwischen von Blut anderer Menschen
- ☐ durch die gemeinsame Benutzung von Toiletten
- ☐ beim Oralsex
- ☐ beim Piercen
- ☐ durch gemeinsam benutztes Essbesteck
- ☐ beim Vaginalsex während der Menstruation
- ☐ über gemeinsame Benutzung von Filter, Löffel und Wasser beim Drogengebrauch
- ☐ über gemeinsam benutzte Rasierer und Nagelscheren

6. Eignen sich folgende Vorkehrungen, um Hepatitis-C-Infektionen zu vermeiden?

- ☐ Hepatitisimpfung
- ☐ Kondombenutzung
- ☐ Spritzbesteck durchspülen
- ☐ nur den eigenen Rasierer benutzen
- ☐ gründliches Händewaschen
- ☐ Spritzutensilien nicht mit anderen teilen
- ☐ Verwendung eines eigenen Röhrchens zum Sniefen

7. Rund um (die) Hepatitis C und ihre Behandlung

- ☐ Hepatitis C ist heilbar
- ☐ Bei einer Hepatitis C bekommt man immer eine „Gelbsucht“
- ☐ Das Hepatitis C Virus kann sich verkapseln
- ☐ Nach einer erfolgreichen Hepatitis C Behandlung kann man sich erneut anstecken
- ☐ Hepatitis C hat den gleichen Krankheitsverlauf wie HIV/Aids
- ☐ Menschen, die aktuell Drogen nehmen oder substituiert werden, erhalten keine Hepatitis Behandlung

Anhang 3: Fragebogen zum Risikoverhalten

Modellprojekt Hepatitis C Frühintervention

Seite 2

Fragebogen zum Infektionsrisiko

5.1 Hast Du schon einmal einen Hepatitis B Test gemacht?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Ich weiß nicht

5.2 Hast Du schon einmal einen Hepatitis C Test gemacht?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Ich weiß nicht

5.3 Falls ja, wie lange liegt Dein letzter Hepatitis –Test zurück |__|__|__| Monate

6.1 Hast Du eine Infektion mit Hepatitis B?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Ich weiß nicht

6.2 Hast Du eine Infektion mit Hepatitis C?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Ich weiß nicht

7. Wurdest Du schon mal von jemandem tätowiert, der kein professioneller Tätowierer war?

☐ Niemals ☐ Einmal ☐ Zweimal ☐ 3-5 mal ☐ > als 5 mal

8. Wurdest Du schon mal von jemandem gepierct (Ohr, Körper), der kein professioneller Piercer war?

☐ Niemals ☐ Einmal ☐ Zweimal ☐ 3-5 mal ☐ > als 5 mal

9. Wie oft wäschst Du Dir vor dem Drogenkonsum die Hände?

☐ Nie ☐ Selten ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Jedes Mal

10. Hast Du in den letzten 6 Monaten ausschließlich Deine eigenen Konsumutensilien wie Folie, Pfeife, Dosen, Löffel, Filter etc. benutzt?

☐ Ja, ausschließlich
☐ Manchmal gemeinsame Nutzung
☐ Oft gemeinsame Nutzung

11. Wie häufig hast Du in den letzten 6 Monaten bei sexuellen Kontakten ein Kondom benutzt?

☐ Nie ☐ Selten ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Jedes Mal

12. Falls sexuelle Kontakte ohne Kondom statt fanden, mit wie vielen Personen kam es zu ungeschütztem Sex?

|__|__|__| Personen

ZIS-Hamburg