

# Hepatitis C bei Menschen mit Drogenkonsum: Hürden, Ressourcen und Handlungsansätze – Ergebnisse einer qualitativen Studie

Willehad Rensmann<sup>1</sup>, Stefan Christensen<sup>2</sup>, Jens Reimer<sup>3</sup>, Dirk Schäffer<sup>4</sup>

<sup>1</sup>aidshilfe dortmund e. v., Deutschland

<sup>2</sup>Centrum für Interdisziplinäre Medizin, Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin, Münster, Deutschland

<sup>3</sup>Universität Hamburg, Vorstand des Zentrums für interdisziplinäre Suchtforschung, Deutschland

<sup>4</sup>Deutsche Aidshilfe, Referent für Drogen und Strafvollzug, Berlin, Deutschland

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Hepatitis-C-Versorgungsangebote erreichen Menschen mit Drogenkonsum nur unzureichend. Über eine qualitative Studie wurden Hürden und Ressourcen erhoben und ein lebensweltorientiertes Handlungskonzept abgeleitet.

**Methode:** Leitfadensbasierte Interviews mit Menschen mit Drogenkonsum wurden inhaltsanalytisch ausgewertet, gestützt von einer Studienanalyse und begleitet von einem Expertenkomitee.

**Ergebnisse:** Die psychosoziale Situation und der aktuelle Konsum sind nicht *ausschlaggebend* für angemessenes Gesundheitsverhalten, vielmehr haben die subjektiven Perspektiven und das Zutrauen in eigene Fähigkeiten einen zentralen Einfluss. Diese werden durch die professionellen Akteure positiv und negativ bestärkt.

Eine resignative Grundhaltung und individuelle Verdrängungsprozesse behindern adäquates Gesundheitsverhalten, verstärkt durch eine fehlende offene Kommunikation und Unterstützung im sozialen Umfeld sowie negative Vorerfahrungen im Gesundheitssystem.

**Schlussfolgerungen:** Akut drogenkonsumierende Menschen sind zu angemessenem Gesundheitsverhalten in der Lage, v. a. wenn Professionelle Selbstwirksamkeit und individuelle Ressourcen stärken. Es braucht eine Perspektivverlagerung von der Drogenhilfe zur Gesundheitsförderung mit einer engeren Zusammenarbeit aller Akteure, standardmäßigem Screening sowie professioneller Begleitung bei der Therapieeinleitung. Maßnahmen sollten eher community- als individuumszentriert konzipiert sein, einschließlich Peer2peer-Ansätzen.

**Schlagworte:** HCV-Gesundheitsverhalten, qualitative Studie, Selbstwirksamkeit, Vernetzung, Case-Management

## Hepatitis C and people who use drugs: obstacles, resources and concept of action – results of a qualitative study

### Abstract

**Background:** The reach of hepatitis C care services toward people who use drugs is poor. A qualitative study has looked at obstacles and resources to derive a concept of action based on the living environment.

**Method:** The content of guideline-based interviews with people who use drugs was analysed, supported by a study analysis and a committee of experts.

**Results:** The psychosocial situation and current consumption are no longer critical for an appropriate health-related behaviour, with subjective perspectives and trust in one's own competence playing a pivotal role instead. These are enhanced further by the professionals in both positive and negative terms.

An underlying attitude of resignation and individual suppression processes stand in the way of an adequate health-related behaviour, compounded further by a lack of open communication and support within one's social environment as well as negative previous experiences with the healthcare system.

### Korrespondenzadresse:

Willehad Rensmann  
aidshilfe dortmund e. v.  
Gnadenort 3–5  
44135 Dortmund  
E-Mail: [rensmann@aidshilfe-dortmund.de](mailto:rensmann@aidshilfe-dortmund.de)

**Conclusions:** Acute drug users are capable of adopting an adequate health-related behaviour in particular if their self-efficacy and personal resources are empowered by professionals. It takes a shift of perspective away from drug help services and toward health promotion, with all involved working more closely together, routine screening, and professional support during therapy initiation. Measures should be designed around the community rather than the individual, including but not limited to peer2peer approaches.

**Keywords:** health-related behaviour related to hepatitis C, qualitative study, self-efficacy, networking, case management

## 1 Hintergrund

### 1.1 Problemstellung

Spätestens mit der „DRUCK-Studie“ wurde Drogenhilfe und Suchtmedizin in 2014 deutlich, in welchem hohen Maße Menschen mit Drogenkonsum von Hepatitis C (HCV) betroffen sind. Auch wurde nachgewiesen, dass die Behandlungsraten selbst bei Menschen mit Drogengebrauch, die von ihrer HCV-Infektion wissen, gering sind (vgl. Robert Koch-Institut 2016).

Trotz dieser Erkenntnisse, trotz nochmals deutlich verbesserter medizinischer Behandlungsoptionen und trotz praktischer Erleichterungen – etwa der Möglichkeit zum umgehenden Therapiebeginn entsprechend der neuen Leitlinienempfehlungen (Sarrazin et al. 2020) – sowie dem Wegfall des „Arztvorbehalts“ bei HCV-Schnelltests (Bundesgesetzblatt 2020) ist Deutschland bei der Umsetzung der WHO-Ziele, der „Eliminierung“ von HCV bis 2030, faktisch kaum einen Schritt weitergekommen:

Die Zahl der HCV-Neuinfektionen bewegt sich seit 2009 mehr oder weniger auf einem stabil hohen Niveau, „es wird demnach trotz großer Verbesserungen bei der HCV-Behandlung keine Abnahme der HCV-Übertragungen beobachtet“ (Robert Koch-Institut 2019, S. 284). Parallel sinken die Behandlungsraten sogar, zwischen 2015 und 2019 z. B. um fast 60 % (vgl. Robert Koch-Institut 2020).

Modellberechnungen gingen schon 2017 davon aus, dass in Deutschland im Jahr 2030 noch immer mehr als 110 000 Menschen mit HCV nicht diagnostiziert sein werden (vgl. The European Union HCV Collaborators 2017).

Die Corona-Pandemie hat zwar zu einem statistischen Rückgang der Neudiagnosen geführt, gleichzeitig aber mussten viele Präventions- und Testangebote über viele Monate ihren Regelbetrieb einschränken oder gar komplett schließen. Auch die Zahl der Therapieverordnungen ist in 2020 deutlich gesunken, so dass die Erreichung der Eliminierungsziele noch unwahrscheinlicher wird (vgl. Robert Koch-Institut 2021).

Punktuelle Testprojekte für Drogengebrauchende funktionieren dabei grundsätzlich gut, bleiben aber angesichts der Dimension der Gesamtproblematik zu begrenzt in ihrer Reichweite und bedürfen der Verstärkung und Ausweitung. Die tatsächliche Inanspruchnahme von Testangeboten

selbst in niedrigschwelligen Settings ist dabei zudem nach wie vor gering (vgl. Schäffer et al. 2021).

### 1.2 Fragestellung und Zielsetzung

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

Die vorliegende Studie sollte genau diese Lücke füllen und dezidiert erheben, welche gesundheitsrelevanten Barrieren und Ressourcen existieren: auf individueller, sozialer und struktureller Ebene. Insgesamt wurde das aktuelle Gesundheitsverhalten Drogenabhängiger im Hinblick auf HCV differenziert analysiert, um darauf basierend Ansatzpunkte für eine Reduzierung von Hemmschwellen und eine bessere Nutzung vorhandener Ressourcen zu ermitteln.

## 2 Methode

### 2.1 Ansatz

Die Forschungsfrage legte einen qualitativen Forschungsansatz nahe, da gesundheitsbezogene Verhaltensweisen detailliert und aus der subjektiven Sicht der Drogenkonsumenten „in die Tiefe gehend“ zu analysieren waren.

Insofern kann die vorliegende Studie keinen Anspruch auf Repräsentativität formulieren, sondern zielt auf Repräsentanz. Da aber Erkenntnisse aus der Analyse der Einzelfälle in Bezug zu einer ausführlichen Studien- und Literaturanalyse gesetzt werden, sind teils durchaus verallgemeinerbare Aussagen möglich.

Die Studie wurde von der aidshilfe dortmund konzipiert und durchgeführt (Konzept und Leitung: Willehad Rensmann) und von einem externen Expertengremium begleitet, bestehend aus Dr. Stefan Christensen (Centrum für Interdisziplinäre Medizin, Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin), Prof. Dr. Jens Reimer (Universität Hamburg, Vorstand des Zentrums für interdisziplinäre Suchtforschung) und Dirk Schäffer (Deutsche Aidshilfe, Referent für Drogen und Strafvollzug).

Das Expertengremium stand beratend bei der Gestaltung von Studiendesign und Leitfaden zur Seite, die Ergebnisse

der Befragung sowie die Ableitung von Empfehlungen wurden gemeinsam erörtert und fanden Eingang in die Darstellung. Die Erstellung der Studie wurde von der Firma Gilead Sciences finanziell unterstützt, ein inhaltlicher Einfluss war an keiner Stelle gegeben.

## 2.2 Literaturrecherche

Vorgeschaltet zur Hypothesenbildung sowie zur Plausibilisierung der Einzelfallanalysen sowie zur Ableitung von Empfehlungen wurde eine umfangreiche Literaturrecherche durchgeführt.

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

Aus der relevanten Literatur wurden die zentralen Publikationen ausgewählt, um die Datenmenge in Bezug auf die Einbettung in die Arbeit handhabbar zu gestalten. Schließlich fanden Erkenntnisse aus insgesamt knapp 40 Arbeiten Eingang in die vorliegende Studie.

## 2.3 Befragung

### 2.3.1 Instrument

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

Die Interviews wurden insofern mit Hilfe von Leitfäden geführt, die aber entsprechend dieser Bedingungen nur allgemeine Themenfelder benannten. Der Leitfaden wurde auf Basis des „SPSS-Verfahrens“ entwickelt und vor der endgültigen Finalisierung getestet, durch das externe Expertengremium geprüft und im Anschluss nochmals modifiziert.

### 2.3.2 Stichprobe

Entsprechend des Prinzips des qualitativen Samplings wurde die Stichprobe aus den theoretischen Vorannahmen und Forschungsfragen abgeleitet und sollte zunächst von einer möglichst großen Heterogenität gekennzeichnet sein.

Im Sinne der theoretischen Sättigung wurde die Grundstichprobe im weiteren Verlauf und nach Auswertung der ersten Interviews sukzessive erweitert. Auf Basis einzelfallorientierter Analysen wurden subjektive Bedeutungsmuster rekonstruiert, miteinander verglichen und so schließlich fallübergreifende, plausible Muster herausgearbeitet.

Im Laufe von insgesamt 15 Interviews mit 3 drogengebrauchenden Frauen und 12 Männern zwischen 20 und 65 Jahren und einem Gesamtdatenmaterial von 9,25 Stunden wurden mit zunehmender Anzahl keine grundlegend neuen Erkenntnisse mehr gewonnen, sondern ließen sich die Erkenntnisse den erarbeiteten Mustern zuordnen. Insofern kann die Stichprobe als vorläufig gesättigt gelten.

Die Rekrutierung erfolgte vor Ort durch den Interviewer in Zusammenarbeit mit Mitarbeiter\*innen der kooperierenden Einrichtungen.

### 2.3.3 Durchführung

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

Geführt wurden sie von einem Projektmitarbeiter, die Gespräche wurden per Audiogerät aufgenommen. Die Befragten erhielt eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 30 €. Die Interviews dauerten mit Vor- und Nachbesprechung zwischen 45 Minuten und 2 Stunden.

## 2.4 Auswertung

Sämtliche Interviews wurden vollständig mit der Software „f4“ transkribiert. Im Anschluss erfolgte die inhaltsanalytische Auswertung. Es handelte sich um ein zirkuläres, deduktives und reduktives Verfahren, wobei an unterschiedlichen Stellen auch induktiv gearbeitet wurde, indem z. B. implizite Muster aus der Art und Weise der Darstellung bestimmter Themen durch die Interviewten herausgearbeitet wurden. Die Interviews wurden dabei zunächst in jeweils mehreren Durchgängen deduktiv und später induktiv kodiert.

Auf Basis dieses reduzierten Materials wurden für jeden Befragten umfangreiche Einzelfalldossiers erstellt, um die Fälle in ihrer Komplexität darstellen, Zusammenhänge erkennen und später auch mit anderen Fällen vergleichen zu können. Für diese Explikation wurde auch die Literaturanalyse hinzugezogen, um einzelne Textstellen oder fallbezogene Zusammenhänge auszudeuten.

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

Auf dieser Basis wurden dann zum einen 4 zentrale Typen gebildet (Getestete, Ungetestete, Behandelte, Unbehandel-

te), die hinsichtlich ihres HCV-bezogenen Gesundheitsverhaltens ähnlich waren, und zentrale Aspekte dieser Typen – auch in gegenseitiger Kontrastierung – herausgearbeitet. Zum anderen wurden fall- und typenübergreifend und bezogen auf die zentralen Themen weitere Zusammenhänge und Erklärungsansätze entwickelt. Auch bei dieser generalisierenden Analyse wurde zum einen zur „Validierung“ und Erklärung auf die Literaturanalyse zurückgegriffen, zum anderen war der Forschungsprozess weiterhin zirkulär angelegt. Die Analyse wurde in einer Sitzung ausführlich mit dem Expertengremium erörtert.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse wurden sodann im Rahmen des Expertengremiums in einem gemeinsamen Diskussionsprozess Ansätze zur Optimierung der aktuellen Praxis entwickelt, die schließlich durch die Studienleitung zu einem Handlungskonzept gebündelt wurden.

### 3 Resultate

#### 3.1 Testbarrieren

Grundsätzlich sind den meisten Befragten die einschlägigen Testangebote v. a. in den niedrighschwelligigen Drogenhilfeeinrichtungen zwar durchaus bekannt, eine aktive Ansprache abseits von diesen erfolgt jedoch kaum. Hinzu kommt eine von einem Teil der Befragten wahrgenommene Tabuisierung des Themas und Ausgrenzung Betroffener in der „Drogenszene“, die die individuelle Testbereitschaft mindern.

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

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

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

Die Abwehr oder Negierung einer eigenen potenziellen Betroffenheit bzw. eines eigenen Risikos sind zudem verbreitet. Dabei wird das eigene Infektionsrisiko teils unterschätzt, was wiederum auch auf mangelhaftes Wissen bzw. Fehlinformationen zurückzuführen ist (vgl. Harris et al. 2014, Jackson et al. 2010, Rhodes & Treloar 2008).

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

Insgesamt ist das Wissen der Ungetesteten tendenziell ein wenig schlechter ausgeprägt als das der übrigen Befragten.

Schließlich wird benannt, dass die individuelle Ablehnung eines Tests aus der Angst vor einem positiven Ergebnis bzw. dessen weiteren Konsequenzen resultieren würde, wie etwa

- der substituierende Arzt würde von einem Beikonsum/Rückfall erfahren,
- Abstinenz als (vermeintliche) Voraussetzung für eine Behandlung erscheint kaum einlösbar,
- einer grundsätzlichen Unsicherheit über die Folgeschritte,
- befürchteter Ablehnung durch behandelnde Ärzt\*innen aufgrund vorheriger negativer Erfahrungen (vgl. Harris et al. 2014).

#### 3.2 Behandlungsbarrieren

Generell ist zunächst zu konstatieren, dass sich das Informationsniveau unbehandelter HCV-positiver Drogenkonsument\*innen nicht grundsätzlich von dem der Behandelten unterscheidet. Häufig wird die Infektion als psychisch belastend erlebt, neben den möglichen Langzeitfolgen vielfach auch wegen der potenziellen Ansteckung Dritter.

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

Dies wirkt nun aber vielfach nicht als „Motivator“ für eine Behandlung, sondern führt – möglicherweise angesichts subjektiv zu hoher Anforderungen – zur Verdrängung der Infektion im Alltag. 5 der 8 „unbehandelten“ Befragten negieren oder verharmlosen die Risiken einer Nicht-Behandlung, wobei dies erneut auch auf Fehlinformationen aus der Beratung beruhen könnte.

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

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

Es zeigt sich, dass einerseits häufig keine rationale Risikoeinschätzung stattfindet (vgl. Rhodes & Treloar 2008) und andererseits das Wissen um Safer-use- und Gesundheitsstrategien nur bedingt zum entsprechenden Verhalten führt (vgl. Spiess & Dvorak 2019). Verstärkt werden diese Verdrängungsprozesse durch die Tatsache, dass die Infektion häufig lange symptomlos bleibt.

Auffällig ist zudem, dass mit einer Ausnahme aus Sicht aller Befragten eine offene und sachliche Ver- und Bearbeitung des Themas HCV in der Szene eher wenig vorkommt, sondern Gleichgültigkeit, Verdrängung bis hin zu Ablehnung und Ausgrenzung HCV-Infizierter dominieren. Einige Menschen mit Drogenkonsum haben subjektiv, das hängt teils mit diesen Szeneprozessen zusammen und fördert die individuelle Verdrängung, keine Ansprechpartner\*innen, mit denen sie die eigene Infektion offen und konstruktiv besprechen können, um sich auf diese Weise Unterstützung, Feedback etc. zu organisieren.

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

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

*„Und irgendwann, ja irgendwann geht das so (-), man akzeptiert das, das geht in einen über so, ne. [...] Ich wusste, dass ich's hab, aber ich hab damit einfach gelebt, ne. Und auch nicht darüber nachgedacht, jetzt ne Behandlung anzustreben, ne. [...] und eh da zu dem Zeitpunkt, da hat ich da einfach keine, keine Kraft für.“ (I 9, 66)*

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

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

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

Die Einbindung in das Gesundheitssystem abseits von niedrigschwelliger Drogenhilfe ist in der Regel eher schlecht, 7 der 8 „unbehandelten“ Befragten berichten zudem von unterschiedlichsten negativen Erfahrungen – bis hin zu Diskriminierung (vgl. Harris et al. 2014, Thieme et al. 2011).

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

Entsprechend wird HCV von den substituierenden Ärzt\*innen nur wenig thematisiert, eine Substitutions- und HCV-Behandlung „aus einer Hand“ werden nicht angeboten (vgl. Robert Koch-Institut 2016).

Eine weiteres Problemfeld: Eine angemessene „Post-Test-Beratung“ bei positivem oder reaktivem Ergebnis, die über die reine Ergebnismitteilung hinausgeht, findet zumeist entweder gar nicht statt, oder ist suboptimal (vgl. Harris et al. 2014, Robert Koch-Institut 2016).

*„Das war kurz und knapp. ‚Sie haben Hepatitis C. (-) HIV ham sie nicht.‘ Und Tschüss.“ (I 7, 288)*

Teils werden gar keine oder widersprüchliche Informationen vermittelt, und so konnte in mehreren Fällen nicht verhindert werden, dass sich (tendenziell verharmlosendes) „Falschwissen“ hinsichtlich der Behandlungsbedürftigkeit ausbildeten. Zumeist wird die direkte Überleitung in eine Behandlung weder angesprochen noch initiiert.

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

- Hemmungen vor dem Arztkontakt – insbesondere bei Ärzt\*innen, die eben nicht explizit der Suchtmedizin zugeordnet werden;  
*„Weil man traut sich ja doch nicht immer zum Arzt.“ (I 5, 259)*  
*„Bei ein paar Ärzten, wenn man sieht ‚oh Suchtkranke, oh, noch infiziert‘, ja da wird man teilweise von Ärzten, die nicht unbedingt substituieren, [...], wird man schon komisch angeguckt, halt, und man wird auch komisch behandelt.“ (I 15, 208)*
- fehlende Transparenz der Therapie-Rahmenbedingungen (teils ist den Drogenkonsument\*innen z. B. nicht klar, welche Anforderungen sie hinsichtlich der Compliance erfüllen müssen, oder ob sie an Kosten beteiligt werden – etwa nach einem Therapieabbruch);
- HCV-Therapie offenbart fortgesetzten Drogenkonsum gegenüber substituierendem Arzt oder der Familie.

### 3.3 Förderliche Faktoren bezüglich Testung

Insgesamt sind die Befragten, die sich haben testen lassen, im Vergleich zu den „Ungetesteten“ nur in einzelnen Aspekten geringfügig besser informiert. Alle kennen ihre Konsum- und Infektionsrisiken und haben eine gute Risikoeinschätzung, sie praktizierten weitgehend „safer use“ bzw. sind sich der „Lücken“ bewusst und ließen sich auch daher häufiger testen. Der Test ist also angesichts fortwährender Infektionsrisiken eine pragmatische Option, Gewissheit zu bekommen und negative Folgen für sich und Dritte zu reduzieren.

Gleichwohl werden Tests zumeist eher situationsbedingt – etwa im Krankenhaus oder in der JVA – und nicht im Zuge

einer individuellen Risikomanagementstrategie durchgeführt (vgl. Robert Koch-Institut 2016). Regelmäßig von Drogenkonsument\*innen initiierte Routinetests sind also die Ausnahme (vgl. Cominetti et al. 2014, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2019, Gerlich et al. 2020, Robert Koch-Institut 2016, Schäffer et al. 2021).

### 3.4 Förderliche Faktoren bezüglich Behandlung

Der individuelle Entschluss zur Aufnahme einer HCV-Therapie steht häufig im Kontext eines *generellen* Wunsches zur Entwicklung von Lebensperspektiven: Die HCV-Therapie soll ein erster Schritt und eine motivierende „Initialzündung“ sein, das eigene Leben insgesamt oder die eigene Gesundheit bzw. Sucht wieder selbstbestimmter gestalten zu können.

*„ist ja auch für die Psyche ganz anders, wenn ich weiß – Ich hab kein Hepatitis mehr –, ne. [...] Das wär ja wunderbar, ne. Das wär das Beste, was mir passieren kann, wenn ich weiß, ich hab keine Hepatitis mehr, ne.“* (I 9, 96–159)

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

Es besteht die implizite und teils explizite Hoffnung, die HCV-Therapie könnte einen Anstoß geben, auch in anderen Lebensbereichen (z. B. Konsumverhalten, Wohnsituation) Veränderungen anzugehen. Die psychosoziale Situation der „Behandelten“ ist dabei sehr unterschiedlich: Viele sind substituiert, zumeist aber mit intensiverem Beigebrauch, mehrere sind obdachlos oder berichten von einer psychischen Erkrankung.

Ein zentraler Faktor für die Aufnahme einer HCV-Therapie ist die zielgerichtete Unterstützung durch das Hilfesystem. Alle Behandelten konnten auf eine solche bei der Initiierung und teils Begleitung der Behandlung zurückgreifen.

*„Um nicht hier wieder das Handtuch ins (–) eh Korn zu werfen, ja. Sag ich mal so. Eh, und es ist, ist halt ne Unterstützung und auch moralisch ist das halt ne Unterstützung.“* (I 5, 96)

*„dass die eben auch mit mir die Ärztegänge mit begleiten tut. [...] Und die mich auch anhält oder die Termine mich erinnert oder sonstige was.“* (I 16, 78–80)

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

- die Angst vor dem Infizieren von Familienangehörigen;
- eine aktuell stabilere psychosoziale Gesamtsituation als Voraussetzung, sich überhaupt mit einer HCV-Therapie beschäftigen zu können;
- positive Therapieerfahrungen von Bekannten;
- die Möglichkeit, die Therapie gemeinsam mit einem engen Freund oder Partner beginnen zu können.

## 4 Diskussion

Das HCV-bezogene Gesundheitsverhalten (im Sinne jeglicher Aktivitäten, die der Prävention von Krankheiten und der Förderung der Gesundheit dienen; vgl. Egger et al. 2018) von Menschen mit Drogenkonsum ist sehr komplex und von vielfältigen, individuell sehr unterschiedlichen Faktoren abhängig. Zusammenfassend sowie unter Berücksichtigung weiterer Erkenntnisse aus der Studie lassen sich gleichwohl weitere zentrale Erkenntnisse ableiten:

### 4.1 Lebenssituation und Konsumverhalten

Die psychosoziale Lebenssituation hat selbstverständlich einen Einfluss auf das HCV-Gesundheitsverhalten, ist aber nicht *ausschlaggebend* bei dessen Entstehung. Eine relativ stabile Situation kann ein positiver Faktor sein, ist aber weder hinreichende, noch nötige Bedingung. Wie erläutert kann z. B. eine HCV-Behandlung auch unter schwierigen psychosozialen Bedingungen erfolgreich absolviert werden (vgl. Bruggmann 2017, Bruggmann et al. 2018, Grebely et al. 2015). Die Motivation zu Gesundheitsverhalten ist eher abhängig von den subjektiv wahrgenommenen positiven Lebensperspektiven insgesamt.

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

Die mehrfach von den Befragten implizit oder explizit formulierte Dominanz von Grundbedürfnissen (z. B. nach Wohnen), insbesondere aber kurzfristige Anforderungen des Drogenalltags (Beschaffung, Geld) sind weniger tatsächliche Barrieren, sondern verweisen eher auf den subjektiven Eindruck vieler Menschen mit Drogenkonsum, mit der Gesamtsituation überfordert zu sein.

Das Hilfesystem wirkt dabei positiv-unterstützend, wenn wie beschrieben trotz schwieriger Bedingungen Gesundheitsangebote aktiv vermittelt werden. Häufig aber wirkt es eher negativ-verstärkend, indem Menschen mit Drogengebrauch von Mitarbeitenden aus dem Hilfesystem direkt und indirekt kommuniziert oder signalisiert wird, dass man ihnen ein konsequentes Gesundheitsverhalten nicht zutraut. Das drückt sich dann etwa darin aus, dass das Thema gar nicht angesprochen wird oder positiv Getesteten keine weiterführenden Angebote zur Initiierung einer Behandlung gemacht werden.

Insgesamt also ist es weniger entscheidend, ob die Lebens- und aktuelle Konsumsituation „problematisch“ sind, sondern ob subjektiv beim Menschen mit Drogenkonsum zum einen eine positive „Gesamt-Ergebniserwartung“ (Heilung, Gesundheit, „besseres Leben“, Stabilisierung) überwiegt und man sich zum anderen das Durchstehen der Thera-

pie zutraut (wozu wiederum die Unterstützung von außen maßgeblich beiträgt).

#### 4.2 Wissen

Das Wissen der Befragten ist grundsätzlich durchaus hinreichend (vgl. Robert Koch-Institut 2016, Spiess & Dvorak 2019). Lokale Testangebote, die Infektionswege und neue Therapiemöglichkeiten sind allen Interviewten grundsätzlich bekannt, wobei sich selbst bei den gut Informierten punktuell Falschinformationen teils hartnäckig halten. Am häufigsten genannt werden „Verkapselungen“ (also die Vorstellung, dass das Virus sich noch im Körper befindet, dort aber keine Gefahr mehr ausstrahlt und der Betroffene damit quasi immun ist) oder dass man während der HCV-Therapie beigebrauchsfrei sein müsse.

Das Informationsniveau derjenigen, die sich haben testen und behandeln lassen, gegenüber denjenigen, die ungetestet oder trotz Infektion unbehandelt sind, unterscheidet sich bei all dem aber nicht grundsätzlich – erklärt also Verhaltensunterschiede nicht. Allerdings fehlt es mehreren Befragten an konkreten, alltagsnahen Informationen dazu, wie eine HCV-Behandlung abläuft (Regeln, Konsum, Kosten, Ablauf und konkrete Schritte etc.). Die Informationsquellen sind sehr unterschiedlich; nur wenige geben an, einen erfolgreich Behandelten zu kennen. Nur einem der befragten Menschen mit Drogengebrauch schließlich ist die Testempfehlung der Fachverbände (etwa der Deutschen Aidshilfe) zur regelmäßigen Testung bekannt.

#### 4.3 Gesundheitsorientierungen

Ein grundsätzliches Bewusstsein für das Thema HCV und die Notwendigkeit von Schutzmaßnahmen ist durchaus verbreitet und präsent. Entsprechend halten fast alle Befragten HCV-Beratungs- und Testangebote grundsätzlich für sinnvoll und nötig, alle plädieren zudem für die Behandlung einer akuten Infektion, die meisten schätzen die neuen Therapiemöglichkeiten als gut und sinnvoll ein.

Gleichzeitig wird eine eigene Betroffenheit wie erläutert vielfach negiert.

Auffällig ist schließlich, dass viele Interviewte den Schutz Dritter vor Ansteckung als sehr zentralen Aspekt betonen – was individuell sowohl motivierend, vor allem aber belastend wirkt, bis hin zur Ausbildung irrationaler Ängste oder zur Verdrängung der Infektion.

#### 4.4 Umgang der Szene mit HCV

„Die“ Drogenszene ist in der Einschätzung fast aller Befragten überwiegend eher geprägt von Gleichgültigkeit, Verschweigen, Ab- und teils auch Ausgrenzung. Aus Sicht

der meisten Befragten ist der Alltag in der Szene nur in geringem Maße von einer offenen Kommunikation über HCV gekennzeichnet, gleichzeitig ist die Infektion für viele ein derart weit verbreitetes Phänomen, dass es nahezu als schicksalhaft und unvermeidbar erscheint (vgl. Rhodes & Treloar 2008).

Viele Menschen mit Drogenkonsum beschäftigt die Problematik HCV in unterschiedlicher Form (teils enorm belastend), dies wird aber nur wenig miteinander kommuniziert. Insgesamt verstärkt und begünstigt der eher geringe offen-konstruktive Austausch über HCV in der Szene bzw. Peer-Group individuelle Isolations- und Verdrängungstendenzen, es herrscht eine Dominanz individueller gegenüber kollektiver Bearbeitung und Verantwortung vor.

#### 4.5 Gesundheitsverhalten

Zusammenfassend lässt sich also konstatieren, dass das HCV-bezogene Gesundheitsverhalten nie direkte Folge bestimmter Einzelfaktoren und damit – im Sinne einfacher Ursache-Wirkungs-Ketten – „zwangsläufig“ ist. Gesundheitsverhalten ist z. B. auch unter ungünstigen Bedingungen möglich – ausschlaggebend ist eher, ob Menschen mit Drogengebrauch auf die Unterstützung Dritter zurückgreifen können. Bei den Befragten wurde diese vor allem im Rahmen der Drogenhilfe geleistet.

Viele der Befragten kennen die HCV-Infektionsrisiken grundsätzlich und praktizieren Safer use, allerdings nicht immer durchgängig (vgl. Jackson et al. 2010, Robert Koch-Institut 2016, Spiess & Dvorak 2019).

Das individuelle Infektionsrisiko, auch das wurde bereits erwähnt, wird tendenziell immer wieder als zu gering eingeschätzt. Die Entscheidung gegen einen Test ist also unter anderem bedingt durch eine individuell mangelhafte Risikobewertung – und weniger durch fehlendes Wissen über Infektionswege, fehlende Testangebote o. ä. Positive Rückmeldungen von erfolgreich Behandelten werden zwar als motivierend geschildert, sind aber eher selten; ein direkter Einfluss auf das Gesundheitsverhalten ist zudem nicht zu erkennen.

Dem fehlenden offenen Austausch über HCV in der Szene entsprechen auf individueller Ebene die Reaktionsmuster „Verdrängung/Leugnung“ bis hin zu „Resignation/Kapitulation“, die wiederum ein Nicht-Handeln (Testung, Therapie) begünstigen. „Ursächlich“ dafür ist ein Gefühl der Überforderung, das sich aus unterschiedlichen Quellen speist, wie etwa

- eine Behandlung wird als utopisch eingeschätzt – angesichts der vorherrschenden Alltagsprobleme, bisherigen Versagens, der hohen Hürden und verstärkt durch Reaktionen von Ärzten u. ä.;
- eine HCV-Infektion erscheint allgemein als kaum vermeidbar;

- ein hoher Erwartungsdruck des gesamten sozialen Umfelds: Familie/Freunde, Szene bis hin zu „die Gesellschaft“ erwarten rationales, gesundheitsbewusstes Verhalten – einschließlich und insbesondere den Schutz „unschuldiger Dritter“. Eine eigene Infektion etwa ruft dann Gefühle wie Scham hervor.

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

- offensiver Abgrenzung von HCV-Infizierten;
- defensivem Nicht-Besprechen des Themas mit anderen;
- Negierung oder Abschwächung eigener (potenzieller) Betroffenheit;
- Verschweigen der eigenen Infektion gegenüber Dritten.

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

## 5 Schlussfolgerungen

Auf Basis unserer Untersuchung sowie aus der ergänzenden Analyse von Studien und Best-practice-Modellen lassen sich Ansatzpunkte für eine Optimierung des Zugangs drogenkonsumierender Menschen zu HCV-bezogenen Test- und Behandlungsangeboten identifizieren.

Eingeflossen sind somit auch grundsätzliche Leitlinien wie die „BIS-Strategie“ des Bundesgesundheitsministeriums (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2016) oder die Ergebnisse des Modellprojekts „HIV? Hepatitis? Das CHECK ich“ der BZgA, an dem auch die aidshilfe dortmund als Standort beteiligt war (vgl. Gerlich et al. 2020).

### 5.1 Leitprinzipien

#### 5.1.1 Integration

Tatsächliche Veränderungen im HCV-Gesundheitsverhalten drogengebrauchender Menschen sind nur zu erwarten, wenn das Thema im Hilfesystem kontinuierlich kommuniziert wird und bedarfsorientierte Angebote verlässlich vorgehalten werden. HCV darf dabei nicht nur einzelnen Spezialist\*innen in den Teams aufgebürdet werden, sondern muss als Querschnittsaufgabe von der obersten Leitung implementiert und breit in Team, Strukturen und Prozessen verankert werden (vgl. Meyer et al. 2015).

Die aktive und differenzierte Ansprache auf das Thema HCV muss also verbindlich in die alltäglichen Prozesse integriert werden. Tägliche Beratungs- und Testangebote sollten in niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen, aber u. a. auch in Drogenberatungsstellen zum Regelangebot zählen (vgl. Bruggmann & Brunner 2014, Robert Koch-Institut 2016).

Selbstredend sollten substituierende Ärzt\*innen allen Patient\*innen standard- und regelmäßig ein Test- (und letztlich auch Behandlungs-)angebot offerieren (vgl. Meyer et al. 2015).

Unsere Untersuchung weist darüber hinaus bei einer nicht unbedeutenden Zahl von Menschen mit Drogenkonsum Hemmungen nach, sich an Ärzt\*innen (v. a. abseits von Suchtmedizin) zu wenden – vielfach gespeist aus negativen Vorerfahrungen. Auch diesen Befund bestätigen Studien (vgl. Harris et al. 2014, Meyer et al. 2015, Thieme et al. 2011) und verweisen damit auf die Notwendigkeit, dass sich die Akteure dieser Tatsache offener stellen.

#### 5.1.2 Vernetzung

Angesichts der vielfältigen Hürden wird eine nachhaltige Verbesserung der aktuellen Versorgungssituation nur mit einer konzertierten Aktion möglichst vieler Akteure vor Ort gelingen.

Maßnahmen sind insbesondere dann erfolgreich, wenn möglichst viele Leistungen von der Beratung bis zur Behandlung niedrigschwellig (vgl. Bruggmann et al. 2018, Harris et al. 2014) und „unter einem Dach“ (vgl. Bregenzer et al. 2017, Bruggmann 2017, Harris et al. 2014, Meyer et al. 2015) verfügbar sind. Ist dies und eine „one-stop-strategy“ lokal nicht umsetzbar, müssen die Übergänge an den – möglichst wenigen – Schnittstellen besser gestaltet werden.

Es braucht verbindliche Absprachen und Verfahren zwischen Testanbietern/-projekten und HCV-Behandler\*innen, um behandlungsbedürftigen Menschen mit Drogenkonsum eine niedrigschwellige, unkomplizierte Überleitung in die Behandlung zu ermöglichen.

Dies umfasst im Idealfall Vereinbarungen u. a. über

- konkrete Ansprechpartner\*innen und Erreichbarkeiten;
- einen möglichst sofort verfügbaren, mit geringen Wartezeiten verbundenen Erst-Termin;
- eine standardisierte Übergabe.

#### 5.1.3 Community-Orientierung

Kollektive Prozesse beeinflussen die individuelle Wahrnehmung und Bearbeitung des Themas HCV maßgeblich. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, den Fokus von individuumszentrierten Interventionen zu Community-basierten Ansätzen zu verschieben: Nicht nur der/die Einzelne, sondern „die Szene“ oder die Peer Group sollten verstärkt Adressat\*in von Maßnahmen sein. Ziel muss es perspektivisch sein, im Sinne einer Normalisierungsstrategie die fehlende offene und konstruktive Auseinandersetzung in der Szene über HCV aufzubrechen. Auch lassen sich individuelle Abwehrmechanismen auf diese Weise eher überwinden oder vermeiden.

Für die Ansprache des Themas bedeutet das, künftig eher das „kollektive“, epidemiologisch begründete Infektionsrisiko zu betonen, anstatt das individuelle. Damit würde man nicht zuletzt die verbreitete Wahrnehmung von HCV als quasi „schicksalhafter Phänomen“ aufgreifen. In der Konsequenz sollte weniger der *individuelle Risikocheck* als Testgrund kommuniziert und propagiert werden, sondern ein *regelmäßiger Routinetest* – unabhängig von konkreten, individuellen Risikosituationen.

Die konsequentere Integration von Peer-to-peer-Ansätzen schließlich ist ein zentraler Schlüssel, die noch immer großen Hürden bei der Inanspruchnahme von HCV-bezogenen Gesundheitsangeboten zu reduzieren und eine neue, offenere Kultur der Auseinandersetzung zu fördern (vgl. Bailey et al. 2007, Gilchrist et al. 2017, Harris et al. 2014, Meyer et al. 2015, Weeks et al. 2009).

Denkbar wäre beispielhaft die Einbindung

- von schon behandelten Menschen mit Drogenkonsum als „role models“ (vgl. Davey-Rothwell et al. 2010);
- auf HCV getesteter bzw. behandelter Menschen mit Drogengebrauch als Multiplikatoren (vgl. Harris et al. 2014);
- von Schlüsselpersonen oder Multiplikatoren aus der Szene als feste Projektmitarbeiter\*innen (vgl. Davey-Rothwell et al. 2010)

## 5.2 Umsetzung

### 5.2.1 Adressaten

Grundsätzlich dürfen sämtliche Angebote nicht nur auf eher stabile Menschen mit Drogenkonsum beschränkt bleiben. Ganz im Gegenteil sollten die Ressourcen und Bemühungen insbesondere den besonders Vulnerablen und aktiv Konsumierenden gelten, zumal unsere Studie sowie zahlreiche andere Arbeiten verdeutlichen, dass auch diese zu einem adäquaten HCV-Gesundheitsverhalten in der Lage sind (vgl. Graf et al. 2020, Grebely et al. 2015).

### 5.2.2 Kommunikation

Menschen mit Drogengebrauch reagieren häufig mit unterschiedlichen Abwehrmechanismen auf das Thema HCV. Im Sinne einer „dualen Strategie“ sollten einerseits bedrohliche Botschaften minimiert werden, um Abwehrreaktionen zu vermeiden: Von Dramatisierungen und einer „Todesbetonung“ ist abzusehen, Dissonanzen sind abzuschwächen und grundsätzlich ist der Eindruck, den Beratenden manipulieren zu wollen, zu vermeiden (vgl. Unterkofler 2009).

Andererseits und vor allem sollte zu *positivem* Gesundheitsverhalten ermutigt werden und sind *positive* Effekte herauszustellen. Die Studie bietet dazu eine Reihe konkre-

ter Ansatzpunkte, um positive, aus der Lebenswirklichkeit resultierende Effekte zu nutzen – etwa die Hoffnung auf eine „Initialzündung“ durch eine HCV-Behandlung als ersten Schritt, das eigene Leben wieder „besser in den Griff zu bekommen“. Dabei kann darauf verwiesen werden, dass eine HCV-Behandlung empirisch tatsächlich für viele Behandelte positive Nebeneffekte hat, etwa eine allgemeine Stabilisierung oder einen reduzierten Drogenkonsum (vgl. Midgard et al. 2017).

Wichtig erscheint es zudem, sehr konkret, transparent und nachvollziehbar den gesamten Behandlungsverlauf gemeinsam zu besprechen. Im Gespräch nach einem reaktiven oder auch positiven Testergebnis muss also dem Beratenden insbesondere vermittelt werden,

- welche konkreten Anforderungen an ihn/sie (nicht) gestellt werden und wie diesen – ggf. mit Unterstützung – entsprochen werden kann);
- welcher individuelle Benefit einschließlich der erwähnten „Nebeneffekte“ möglich ist;
- welche konkreten weiteren Schritte bis zum Beginn der Behandlung folgen und wie sich der genaue Ablauf und die Organisation der Therapie darstellen;
- welche konkrete Unterstützung bei den Folgeschritten gewährt werden kann.

### 5.2.3 Motivation

Anreizsysteme wie Bonusprogramme o. ä. sind in der Gesundheitsförderung durchaus verbreitet, in der Drogenhilfe scheinen Diskussionen darüber aber häufig noch immer eher ideologisch und ablehnend geführt zu werden. Hier könnte eine sehr viel pragmatischere Haltung angezeigt sein, derartige Instrumente sind letztlich auch aus einer epidemiologischen Perspektive gerechtfertigt.

Vielfach wird ja bereits darauf verwiesen, dass bei vielen Menschen mit Drogenkonsum kurzfristige Bedürfnisse die langfristigen überwiegen und diese damit einen größeren Einfluss auf das Verhalten haben (vgl. Harris et al. 2014). Incentives könnten also zur Schaffung kurzfristiger Motivation sehr hilfreich sein.

Erste Ergebnisse eines auf dieser Studie aufbauenden und von Gilead Sciences finanziell geförderten Modellprojektes der aidshilfe dortmund, bei dem für die Teilnahme an einem individuellen HCV-Testberatungsgespräch mit anschließendem Testangebot unterschiedliche Gutscheine vergeben werden, weisen auf eine hohe Effektivität zur Erhöhung der Reichweite hin (unveröffentlichte Zwischenevaluation).

### 5.2.4 Beratung und Testung

Im Sinne eines niedrigschwelligen Angebotes und „Türöffners“ bieten sich Schnelltests an, zumal die Anwendung durch nicht-ärztliches Fachpersonal inzwischen möglich ist.

Ideal wäre zudem ein sich bei Bedarf unmittelbar anschließender oder alternativ zu nutzender PCR-Test.

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

Entsprechend der beschriebenen Kommunikationsaspekte ist ein individuelles Eingehen auf die subjektiv bedeutsamen Fragen, Ängste etc. wichtig, gleichwohl bietet ein standardisierter Ablauf einen unterstützenden Rahmen. Dazu existieren unterschiedliche Handreichungen, die ohne großen Aufwand genutzt werden können (vgl. Aidshilfe NRW 2019).

Um die Kultur eines Routinetests zu fördern, könnte Getesteten ein „Recall“ nach 6 oder 12 Monaten angeboten werden.

### 5.2.5 Behandlungsinitiierung/linkage to care

Unsere Untersuchung hat gezeigt, dass selbst bei akut konsumierenden Menschen und unter schwierigen psychosozialen Bedingungen der Beginn und das Durchhalten einer HCV-Behandlung möglich sind. Der wesentliche Erfolgsfaktor war dabei die möglichst umfassende, einrichtungsübergreifende Begleitung und Unterstützung durch vertraute Fachkräfte im Sinne eines ganzheitlichen Case Managements. Sämtliche Befragte, die ihre HCV-Infektion behandeln ließen, konnten auf eine solche zurückgreifen.

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

Die Beratung und Begleitung ist ganzheitlich und vernetzt auszurichten, neben dem Fokus HCV sind also auch andere psychosoziale sowie medizinische Aspekte anzusprechen – nicht zuletzt, um bei Bedarf weitere Behandlungshürden wie z. B. eine fehlende Krankenversicherung, Wohnungslosigkeit o. ä. bearbeiten zu können (vgl. Chiaradia et al. 2018).

Eine wesentliche Hürde ist der Erstkontakt mit dem oder der HCV-Behandler\*in. Die direkte Unterstützung eines Case Managers schafft hier Abhilfe, indem z. B. Termine beim Arzt organisiert und begleitet werden. Darüber hinaus kann Hilfestellung etwa beim Einlösen des Rezeptes, durch Terminerinnerungen oder auch bei der Medikamentenvergabe (beispielsweise durch eine tägliche, in der Einrichtung

organisierte Abgabe) geleistet werden. Zudem können so während der Behandlung Themen wie Adhärenz, Alkoholkonsum oder Reinfektionsprophylaxe angesprochen werden.

Einige Projekte haben bei der psychosozialen Begleitung erfolgreich auf Peer-Worker zurückgegriffen.

Nicht zuletzt ist in testenden Einrichtungen organisatorisch sicherzustellen, dass zu den positiv getesteten Menschen mit Drogenkonsum, die aktuell keine Behandlung aufnehmen möchten, der Kontakt nicht abreißt.

### 5.3 Fazit: „health first“

Die noch immer hohen Raten HCV-positiver und unbehandelter Menschen mit Drogenkonsum sind weniger ein medizinisches, sondern ein strukturelles Problem. Insbesondere mangelt es am nötigen Bewusstsein in Drogenhilfe und Suchtmedizin, das Thema HCV prioritär anzugehen. Auch sind die bereichsübergreifende Kooperation sowie partizipative Ansätze nur schwach ausgeprägt, obwohl gerade dort enorme Potenziale liegen.

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

Insofern braucht es einen grundsätzlichen Perspektivenwechsel von der Drogenhilfe und Drogenberatung zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung. Im Sinne von „health first“ sollten nicht das Konsum- oder Abhängigkeitsverhalten isoliert als erstes adressiert werden, sondern ist gemeinsam mit drogenkonsumierenden Menschen zu eruieren, wo die individuellen Prioritäten einer bedürfnisorientierten Gesundheitsförderung liegen. Das ist dann möglicherweise (aus der klassisch abstinenzorientierten Perspektive) nicht die Abstinenz, aber vielleicht auch nicht (aus der Perspektive akzeptanzorientierter Drogenhilfe) der verkürzte Blick auf die „harm reduction“.

Eine solche Perspektivenerweiterung von der drogenkonsumfixierten Überlebenshilfe zur aktivierenden Gesundheitsförderung beinhaltet dann auch, drogengebrauchende Menschen wieder stärker als Akteure wahrzunehmen. Unsere Arbeit muss auch im Bereich der Gesundheit wieder deutlicher partizipativ ausgerichtet sein und vorhandene (individuelle und kollektive) Ressourcen stärken und nut-

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

(Der ausführliche Abschlussbericht sowie ein zusammenfassendes Eckpunktepapier sind über [https://www.aidshilfe-dortmund.de/aktuelles/meldung/eckpunkte-papier-wecare bzw. https://bit.ly/3iSpQTi](https://www.aidshilfe-dortmund.de/aktuelles/meldung/eckpunkte-papier-wecare-bzw.-https://bit.ly/3iSpQTi)) abrufbar.)

### Interessenkonflikte

Die Erstellung der Studie wurde von der Firma Gilead Sciences finanziell unterstützt, ein inhaltlicher Einfluss war an keiner Stelle gegeben.

Willehad Rensmann gibt an, Honorare für Vorträge von Gilead Sciences erhalten zu haben.

Stefan Christensen gibt Beratungstätigkeiten, Honorare für Vorträge und Reisekostenübernahmen für bzw. von Gilead Sciences an.

Jens Reimer gibt Beratungstätigkeiten, Honorare und Drittmittel für bzw. von AbbVie und Gilead Sciences an.

Dirk Schäffer gibt an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

### Manuskript

Eingereicht am 26.8.2021, akzeptiert am 8.11.2021

## 6 Literatur

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

Bailey S, Gao W, Garfein R, et al. (2007). Perceived risk, peer influences, and injection partner type predict receptive syringe sharing among young adult injection drug users in five U.S. cities. *Drug Alcohol Dependence* 11: 18–29

Bregenger A, Conen A, Knuchel J, et al. (2017). Management of hepatitis C in decentralised versus centralised drug substitution programmes and minimally invasive point-of-care tests to close gaps in the HCV cascade. *Swiss medical weekly* 147: 1–15

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

Bruggmann P, Brunner N (2014). Hepatitis C in Drogenkonsumräumen. *Suchtmedizin* 16: 271–274

Bruggmann P, Brunner N, Scherz N (2018). Direct-acting antivirals for hepatitis C in patient in opioid substitution treatment and heroin assisted treatment: real-life data. *International journal on drug policy* 62: 74–77

Bundesgesetzblatt (2020). Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz) vom 10. Februar 2020. Teil I Nr. 6: 153–154

Bundesministerium für Gesundheit (2016). Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. BIS 2030 – Bedarforientiert – Integriert – Sektorübergreifend. Berlin

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

Cominetti F, Simonson T, Dubois-Arber F, Gervasoni JP, Schaub M, Monnat M (2014). Analyse der Hepatitis-C-Situation bei den drogenkonsumierenden Personen in der Schweiz. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

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

Egger M, Razum O, Rieder A (Hrsg.) (2018). *Public Health kompakt*. De Gruyter Verlag, Berlin

Gerlich M, Dichtl A, Graf N (2020). Abschlussbericht zum Projekt „HIV? Hepatitis?“ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln

Gilchrist G, Tirado-Munoz J, Taylor A, et al. (2017). An uncontrolled, feasibility study of a group intervention to reduce hepatitis C transmission risk behaviours and increase transmission knowledge among women who inject drugs. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 24: 179–188

Graf C, Mücke M, Dultz G, et al. (2020). Efficacy of Direct-acting Antivirals for Chronic Hepatitis C Virus Infection in People Who Inject Drugs or Receive Opioid Substitution Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Infect Dis* 70: 2355–2365

Grebely J, Robaey G, Bruggmann P, et al. (2015). Recommendations for the management of hepatitis C virus infection among people who inject drugs. *The International journal on drug policy* 26: 1028–1038

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

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

Meyer JP, Moghimi Y, Marcus R, Lim JK, Litwin AH, Altice FL (2015). Evidence-based interventions to enhance assessment, treatment, and adherence in the chronic Hepatitis C care continuum. *The International journal on drug policy* 10: 922–935

Midgard H, Hajarizadeh B, Cunningham E, et al. (2017). Changes in risk behaviours during and following treatment for hepatitis C virus infection among people who inject drugs: The ACTIVATE study. *The International journal on drug policy* 47: 230–238

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

Rhodes T, Treloar C (2008). The social production of hepatitis C risk among injecting drug users: a qualitative synthesis. *Addiction* 103: 1593–1603

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2016). Abschlussbericht der Studie „Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland“ (DRUCK-Studie). Infektions- und Verhaltenssurvey bei injizierenden Drogengebrauchenden in Deutschland. Berlin

Robert Koch-Institut (2019). *Epidemiologisches Bulletin* Nr. 30

Robert Koch-Institut (2020). *Epidemiologisches Bulletin* Nr. 30/31

Robert Koch-Institut (2021). *Epidemiologisches Bulletin* Nr. 28

Sarrazin C, Zimmermann T, Zeuzem S (2020). Addendum zur S3-Leitlinie „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus-Infektion“. *Zeitschrift für Gastroenterologie* 58: 1107–1108

Schäffer D, Jacobsen B, Kuban M, et al. (2021). Umsetzung von Testung, Diagnostik und Behandlung der Hepatitis C in Einrichtungen der niedrigen Schweligen Drogenhilfe – eine Querschnittsbefragung. *Suchtmed* 23: 187

Schulte B, Stöver H, Leicht A, Schnackenberg K, Reimer J (2008). Prävention der Hepatitis C bei Drogenkonsumenten. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 10: 1210–1217

Spieß M, Dvorak A (2019). Begleitung und Evaluation des Drug Checkings bei Besuchenden der Kontakt- und Anlaufstellen – Evaluationsbericht. Social-design ag im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Bern

The European Union HCV Collaborators (2017). Hepatitis C virus prevalence and level of intervention required to achieve the WHO targets for elimination in the European Union by 2030: a modelling study. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology* 5: 325–336

Thieme K, Rester D, Seeberger B (2011). Zur Lebenssituation alternder Drogenabhängiger in Deutschland. Ein Überblick zur Datenlage. *Sozialer Fortschritt* 60: 257–264

Unterkoffler U (2009). „Akzeptanz“ als Deutungsmuster in der Drogenarbeit. Eine qualitative Untersuchung über die Entstehung und Verwendung von Expertenwissen. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin

Weeks MR, Convey M, Dickson-Gomez J, et al. (2009). Changing drug users' risk environments: peer health advocates as multi-level community change agents. *American Journal of Community Psychology* 43: 330–344