



Dokumentation

**DRUCK 2.0 Vorbereitungstreffen**

- Drogen und chronische Infektionskrankheiten -

30. – 31. Oktober 2018, Berlin

# Impressum

## DRUCK 2.0 Vorbereitungstreffen

Robert Koch-Institut, 2019

## Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

Internet: [www.rki.de](http://www.rki.de)

E-Mail: [druck-studie@rki.de](mailto:druck-studie@rki.de)

Twitter: [@rki\\_de](https://twitter.com/rki_de)

## Autorinnen:

Anna Dichtl, Gyde Steffen, Ruth Zimmermann

## Verantwortlich:

Dr. Ruth Zimmermann, Dr. Viviane Bremer

Fachgebiet 34 HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragene Infektionen

## Bezugsquelle:

Der Bericht ist auf dem [Publikationsserver des RKI](#) online verfügbar.

DOI: 10.17886/rkipubl-2019-003

Dieses Werk ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz](#).



## Vorgeschlagene Zitierweise

Bericht des DRUCK 2.0 Vorbereitungstreffens, 30. – 31. Oktober 2018, Berlin.

DOI: 10.17886/rkipubl-2019-003. Robert Koch-Institut, Berlin.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im  
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit



DRUCK 2.0 Vorbereitungstreffen, 30. – 31. Oktober 2018, Werkstatt der Kulturen in Berlin

# Inhaltsverzeichnis

<b>INHALTSVERZEICHNIS</b>	<b>4</b>
<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b>	<b>5</b>
<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS</b>	<b>6</b>
<b>VERZEICHNIS DER TEILNEHMENDEN EINRICHTUNGEN</b>	<b>7</b>
<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>9</b>
<b>HINTERGRUND UND ZIELE DES TREFFENS</b>	<b>11</b>
<b>PROGRAMM</b>	<b>13</b>
<b>WAS IST SEIT DER DRUCK-STUDIE PASSIERT?</b>	<b>14</b>
Ergebnisse und Empfehlungen der DRUCK-Studie	14
Strukturelle Umsetzung der Empfehlungen durch die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH)	14
Ergebnisse der Vorabbefragung zur Umsetzung von Empfehlungen in teilnehmenden niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen	15
<b>WELCHE HERAUSFORDERUNGEN BESTEHEN AKTUELL IM BEREICH DROGENASSOZIIERTER INFEKTIONEN?</b>	<b>20</b>
Erfahrungen und vorläufige Ergebnisse des „HIV - Hepatitis? Das CHECK ich“-Projektes	20
Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen im Bereich drogenassoziiertes Infektionen	20
<b>ZUKÜNFTIGE DATENERHEBUNG ZU SEXUELL UND BLUTÜBERTRAGENEN INFEKTIONEN BEI DROGENGEBRAUCHENDEN</b>	<b>26</b>
Nationale & internationale Berichterstattung. Was wir (nicht) wissen: Inhalte und Lücken unserer Berichterstattung auf deutscher und internationaler Ebene	26
Zukünftige Datenerhebung zu sexuell & durch Blutübertragenen Infektionen bei Drogengebrauchenden – Mögliche Methoden	27
Methoden der Testung und Ergebnisrückgabe bei einer Datenerhebung	28
<b>DISKUSSION VON METHODEN DER ZUKÜNFTIGEN DATENERHEBUNG, TESTUNG UND ERGEBNISRÜCKGABE</b>	<b>29</b>
<b>WIE GEHT ES WEITER?</b>	<b>36</b>
Fazit und Beschlüsse aus den Diskussionen des Treffens	36
Blitzlicht: Studien- und Advisory Group-Teilnahme	36
<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>37</b>
<b>ANHÄNGE</b>	<b>38</b>
Fragebogen Vorabbefragung	38
Leitfaden der Arbeitsgruppen am ersten Tag	41
Leitfäden der Arbeitsgruppen am zweiten Tag	43

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Standorte der am Vorbereitungstreffen teilnehmenden und interessierten niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen .....	8
Abbildung 2	Empfehlungen der DRUCK-Studie .....	14
Abbildung 3	Schätzung des Anteils der Konsumformen bei NutzerInnen von niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen durch die befragten Einrichtungen .....	15
Abbildung 4	Anzahl der Einrichtungen, die gezielte Kurzberatungen von Drogengebrauchenden anbieten zu ... ..	17
Abbildung 5	Möglicher Aufbau eines Monitorings in Deutschland .....	27
Abbildung 6	Optionen der Testung .....	28

## Abkürzungsverzeichnis

BfArM	<i>Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte</i>
BMG	<i>Bundesministerium für Gesundheit</i>
BZgA	<i>Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung</i>
COPD	<i>chronic obstructive pulmonary disease</i>
DAH	<i>Deutsche AIDS-Hilfe</i>
DBDD	<i>Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht</i>
DBS	<i>dried blood spots</i>
DRID	<i>Drug-related infectious diseases</i>
DRUSEC	<i>Drugs and urban security</i>
EMCDDA	<i>European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction</i>
HAV	<i>Hepatitis A</i>
HBV	<i>Hepatitis B</i>
HCV	<i>Hepatitis C</i>
HIV	<i>Humanes Immundefizienz-Virus</i>
IFT	<i>Institut für Therapieforschung</i>
IGRA	<i>Interferon-Gamma-Release-Assay</i>
iv	<i>intravenös</i>
KV	<i>Kassenärztliche Vereinigung</i>
MSM	<i>Männer, die Sex mit Männern haben</i>
NPS	<i>Neue Psychoaktive Substanzen</i>
PWID	<i>People who inject drugs</i>
RKI	<i>Robert Koch-Institut</i>
STI	<i>Sexuell übertragbare Infektionen</i>
TB	<i>Tuberkulose</i>
WHO	<i>Weltgesundheitsorganisation</i>

## Verzeichnis der teilnehmenden Einrichtungen

### Einrichtungen der niedrigschwelligen Drogenhilfe

Drogenhilfe Schwaben, Augsburg

Vista, Berlin

Fixpunkt, Berlin

AIDS-Hilfe Dortmund e.V.

Düsseldorfer Drogenhilfe e.V.

Suchthilfe direkt Essen

Integrative Drogenhilfe Frankfurt

AIDS-Hilfe Frankfurt e.V.

Jugendhilfe Hamburg

Freiraum Hamburg e.V.

Ragazza e.V., Hamburg

Step Niedersachsen, Hannover

SKM Köln

VISION e.V., Köln

Zentrum für Drogenhilfe „Alternative I“, Leipzig

Café Balance, Stadt Mainz

Condrobs e.V., München

MUDRA, Nürnberg

Drogenhilfezentrum, Saarbrücken

Caritas Stuttgart

### Deutsche AIDS-Hilfe (DAH)

### Substituierende Ärztinnen und Ärzte aus Berlin und München

### Forschungseinrichtungen und Behörden

Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung, Hamburg

Institut für Therapieforschung/ Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD),  
München

Vertreterin der AG Suchthilfe der obersten Landesbehörden (AOLG)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Arbeitsstab der Bundesdrogenbeauftragten

Bundeministerium für Gesundheit, Ref. 323 (HIV/AIDS, STI, Hepatitiden und TB)

Bundeministerium für Gesundheit, Ref. 425 (Sucht und Drogen)

**Abbildung 1 Standorte der am Vorbereitungstreffen teilnehmenden und interessierten niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen**



- Auf dem Vorbereitungstreffen vertretene Einrichtungen
- Interessierte niedrigschwellige Einrichtungen, die nicht teilnehmen konnten



## Zusammenfassung

Die DRUCK-Studie des Robert Koch-Instituts (RKI) (2011-2014) hat neben teils hohen Prävalenzen von Hepatitis B, C und HIV bei Personen mit injizierendem Drogenkonsum Verbesserungsbedarfe bei Prävention und Versorgung in dieser Gruppe identifiziert. Mit der „Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) BIS 2030“ zielt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf die nachhaltige Eindämmung dieser Infektionskrankheiten in Deutschland ab, und entspricht damit den Eliminierungszielen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die mit der Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis die Eliminierung von Hepatitis B und C bis 2030 neben der Eindämmung von HIV fordert. Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen eines 1,5-tägigen bundesweiten Arbeitstreffens mit insgesamt 49 Teilnehmenden aus niedrighschwelligem Drogenhilfeeinrichtungen und anderen relevanten Akteurinnen und Akteuren eruiert, inwieweit die Empfehlungen der ersten DRUCK-Studie bereits in der Praxis umgesetzt werden. Hierzu wurden die Einrichtungen vorab mit einem Fragebogen zur Umsetzung der Empfehlungen der DRUCK-Studie befragt und die Ergebnisse in einer Übersicht während des Treffens vorgestellt. Die Empfehlungen der DRUCK-Studie waren fast allen Einrichtungen, die am Treffen teilgenommen haben schon im Vorhinein bekannt und es gibt bereits viele Aktivitäten zu deren Umsetzung. Etwa die Hälfte der Einrichtungen hält ein HIV- und HCV-Test- und Beratungsangebot vor und führt HBV- Impfungen durch. Beratungen zu den Testergebnissen werden in allen Einrichtungen durchgeführt, die auch Testungen durchführen, eine Überleitung in Behandlung bei einem positiven Testergebnis wiederum nur bei ca. der Hälfte. Ca.  $\frac{3}{4}$  der Einrichtungen bieten gezielte Kurzberatungen zu HBV-, HCV-, und HIV-Übertragungsrisiken und Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten sowie eine Ausgabe von Konsumutensilien an. Alle arbeiten mit Suchtmedizinerinnen und Suchtmedizinern zusammen sowie ein Viertel mit Ärztinnen und Ärzten des Fachbereiches Infektiologie/Hepatologie. Probleme in der Umsetzung der Empfehlungen beziehen sich größtenteils auf finanzielle und personelle Ressourcen, Sprachbarrieren, die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft und fehlenden Krankenversicherungsschutz der Klientel.

Weiterhin wurden während des Treffens mögliche Inhalte und Methoden für eine erneute Datenerhebung zu sexuell und durch Blut übertragbaren Infektionen bei Drogengebrauchenden mit den teilnehmenden niedrighschwelligem Drogenhilfe- und Substitutionseinrichtungen abgestimmt. Dabei wurden aktuelle Bedarfe und Probleme im Bereich sexuell und durch Blut übertragene Infektionen bei Drogengebrauchenden diskutiert und das Monitoring und die Querschnittsstudie als mögliche Studiendesigns für eine künftige Datenerhebung vorgestellt sowie die Umsetzbarkeit dieser diskutiert. Zusammenfassend kann aus den Diskussionen des Treffens festgehalten werden, dass die Teilnehmenden sowohl an einer erneuten Datenerhebung als auch der Teilnahme an einer Advisory Group zur Vorbereitung der Studie sehr interessiert sind. Vor allem der Wunsch nach Trenddaten hat sich unter den Teilnehmenden herauskristallisiert. Der Konsens geht also in Richtung Monitoring als favorisiertes Studiendesign. Um einen aktuellen Einblick zu gewinnen und einen Baselinedatensatz zu generieren, könnte im Vorfeld eine Querschnittsstudie durchgeführt werden, um darauf ein anschließendes Monitoring aufzubauen. Auch die Zuschaltung von Zusatzmodulen innerhalb eines Monitorings ist für die Teilnehmenden gut denkbar.

Insgesamt sollten sowohl niedrigschwellige Drogenhilfe- als auch Substitutionseinrichtungen an der Datenerhebung teilnehmen. Die Rückgabe der Testergebnisse an die Studienteilnehmenden wurde als essentiell herausgestellt. Auch sind die Sprachmittlung bei Beratung und Testung und die Anwesenheit von ärztlichem Personal im Rahmen der Studie von hoher Relevanz. In bereits etablierten Dokumentationsverfahren erhobene Daten sollten berücksichtigt werden, um Dopplungen zu vermeiden und den Aufwand für die Einrichtungen möglichst gering zu halten. Diese sind überwiegend gerne bereit, eigene personelle Ressourcen einzubringen, erwarten aber vor allem zu Beginn eines möglichen Monitorings Unterstützung.

Die Ergebnisse des Treffens werden genutzt, um eine den aktuellen Bedarfen angemessene zukünftige Datenerhebung zu sexuell und durch Blut übertragenen Infektionen bei Drogengebrauchenden in Deutschland zu planen und vorzubereiten.

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

## Hintergrund und Ziele des Treffens

Im Rahmen der DRUCK-Studie wurden von 2011 bis 2014 in acht Städten Daten von Personen mit injizierendem Drogenkonsum zu Hepatitis B, C und HIV erhoben. Dabei zeigten sich teilweise sehr hohe Prävalenzen der untersuchten Infektionen: Die Prävalenz von HIV bewegte sich in den einzelnen Studienstädten zwischen 0-9%, wobei insgesamt 80% ihre Diagnose kannten und 55% aktuell in anti-retroviraler Therapie waren. Die Hepatitis C (HCV)-Prävalenz bewegte sich zwischen 42-75%, eine aktive Infektion mit Virus-RNA lag in 23-54% vor. Von den Hepatitis C-Infizierten mit Behandlungsindikation wussten 85% von ihrer Infektion, 19% waren nach eigener Auskunft erfolgreich behandelt worden. Die Hepatitis B-Prävalenz betrug zwischen 5-33%. Davon lagen chronische Hepatitis B (HBV)-Infektionen in 0,3-2,5% vor. Die Anti-HBs-Seroprävalenz als Marker einer Impfung lag zwischen 15-52% und wies damit deutliche regionale Unterschiede auf, war aber insgesamt zu niedrig. Darüber hinaus wurden verschiedene Handlungsfelder identifiziert, in denen die Prävention und Bekämpfung dieser Infektionen bei Drogengebrauchenden angepasst werden sollte, wie das unzureichende Wissen von Drogengebrauchenden über Übertragungswege und Präventionsmöglichkeiten, Verbesserung der Test- und Impfquoten, die Verbesserung der Überleitung in die Behandlung, Prävention von *unsafe use* durch verstärkte Konsumutensilienausgabe und bessere Nutzung von lokalen Kooperationsmöglichkeiten zwischen Drogenhilfe, Suchtmedizin und Infektiologie.

Das Bundesministerium für Gesundheit zielt mit der „Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) BIS 2030 – Bedarfsorientiert • Integriert • Sektorübergreifend“ auf die nachhaltige Eindämmung dieser Infektionskrankheiten in Deutschland ab. Die WHO hat 2016 die erste *Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis* mit dem Ziel der globalen Eliminierung der Virushepatitis als eine Bedrohung der öffentlichen Gesundheit bis 2030 verabschiedet, mit den Zielen 90% der Infizierten zu diagnostizieren, 80% dieser zu therapieren, und die Sterblichkeitsrate um 65% zu senken. Um diese globalen und nationalen Ziele zu erreichen, ist die Bekämpfung von viralen Hepatitiden insbesondere bei Drogengebrauchenden in Deutschland eine Priorität. Seit Durchführung der DRUCK-Studie wurden mehrere hocheffektive, gut verträgliche, direkt antiviral wirkende Substanzen auch auf dem deutschen Markt zugelassen, mit denen eine effektive Bekämpfung der chronischen Hepatitis C auch bei Drogengebrauchenden möglich ist. Das *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) erfasst darüber hinaus jährlich die entsprechenden Daten zu Drogenübertragenen Infektionen und assoziierten Verhaltensindikatoren, die seit der DRUCK-Studie nicht mehr berichtet werden konnten. Um den Fortschritt nach den Empfehlungen der DRUCK-Studie zu monitoren, ist eine erneute Datenerhebung geplant.

Diese soll Hepatitis B, Hepatitis C und HIV und ggf. weitere STI sowie Basis-Verhaltensdaten bei Drogengebrauchenden umfassen. Ziele dieser Datenerhebung sind die Messung des Fortschritts nach der DRUCK-Studie in Hinblick auf die HIV/Virushepatitis Eliminationsziele. Auf nationaler Ebene ermöglicht eine erneute Datenerhebung die Nachregulierung bei der Umsetzung der Empfehlungen der DRUCK-Studie zur Umsetzung der in BIS 2030 genannten Strategie. Des Weiteren dient die Datenerhebung zur internationalen Berichterstattung an WHO und EMCDDA.

Um vor diesem Hintergrund eine erneute Datenerhebung zu sexuell und durch Blut übertragbaren Infektionen bei Drogengebrauchenden zu planen und das Interesse an einer Umsetzung zu eruieren, wurde ein Vorbereitungstreffen in Berlin veranstaltet, zu dem Vertreter und Vertreterinnen ausgewählter niedrigschwelliger Drogenhilfeeinrichtungen aus ganz Deutschland (alle Bundesländer), Substitutionspraxen sowie weiterer thematisch relevanter Bereiche eingeladen wurden.

Ziele des Treffens waren die Erfassung von Aktivitäten zur Umsetzung von Empfehlungen der DRUCK-Studie sowie die Abstimmung von Inhalten und Methoden zu einer erneuten Datenerhebung mit den teilnehmenden niedrigschwelligen Drogenhilfe- sowie den Substitutionseinrichtungen. Zu zweitem sollten aktuelle Bedarfe und Probleme in Bezug auf Infektionskrankheiten im Zusammenhang mit Drogenkonsum erfasst werden. Schließlich zielte das Treffen darauf, mit den potenziell an einer Studie teilnehmenden Einrichtungen die Relevanz und Machbarkeit von zwei möglichen Studiendesigns für eine erneute Datenerhebung (einmalige Querschnittserhebung vs. Aufbau eines kontinuierlichen Monitorings) zu diskutieren. Am Ende stand die Eruierung der Bereitschaft und der Kapazitäten von niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen und Substitutionspraxen, an einer erneuten Datenerhebung sowie an einer Advisory Group zur Ausarbeitung der Studienmethoden teilzunehmen.

# Programm

<b>DRUCK 2.0 Vorbereitungstreffen</b>			
<b>Dienstag, 30. Oktober 2018</b>			
<b>Mittwoch, 31. Oktober 2018</b>			
<b>Werkstatt der Kulturen, Wissmannstraße 32, 12049 Berlin Neukölln</b>			
<b>Dienstag 30.10.2018</b>			
12:00	13:00		<i>Anmeldung und Imbiss</i>
13:00	13:15	G Kupfer, BMG	Begrüßung
13:15	13:20	V Bremer, RKI	Begrüßung; Vorstellung der Teilnehmenden; Ziele, Inhalte des Treffens
13:20	15:00	<b>V Bremer</b>	<b>Was ist seit der DRUCK-Studie passiert?</b>
		Vortrag (RKI) R Zimmermann	Ergebnisse und Empfehlungen der DRUCK-Studie
		Vortrag (DAH) D Schäffer	Strukturelle Umsetzung der Empfehlungen durch die DAH
		Vortrag (RKI) A Dichtl	Ergebnisse der Vorabbefragung zur Umsetzung von Empfehlungen
			Ergänzungen aus dem Plenum und Diskussion
15:00	15:30		<i>Kaffeepause</i>
15:30	18:00	<b>R Zimmermann</b>	<b>Welche Herausforderungen bestehen aktuell im Bereich Drogenassoziierter Infektionen?</b>
		Vortrag (BZgA) M Gerlich	Erfahrungen aus dem laufenden Projekt "HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!"
		Plenum	Diskussion und Aufteilung in Arbeitsgruppen
16:15	17:15	3 AGs	Arbeit in Arbeitsgruppen: Aktuelle Probleme, Beobachtungen, Entwicklungen in der niedrigschwelligen Arbeit
17:15	18:00		Bericht aus den Arbeitsgruppen und Diskussion
18:00			Abschluss des ersten Tages
19:30			<i>gemeinsamer Restaurantbesuch: Amrit, Oranienstraße 204, 10999 Berlin</i>
<b>Mittwoch 31.10.2018</b>			
09:00	10:15	<b>U Marcus</b>	<b>Zukünftige Datenerhebung zu sexuell und durch Blut übertragenen Infektionen bei Drogengebrauchenden</b>
		Vortrag (RKI) G Steffen	Wrap up von Tag 1
		Vortrag (DBDD) T Pfeiffer-Gerschel	Was wir (nicht) wissen: Inhalte und Lücken unserer Berichterstattung auf deutscher und internationaler Ebene
		Vortrag (RKI) R Zimmermann	Mögliche Methoden einer zukünftige Datenerhebung zu sexuell und durch Blut übertragbare Infektionen bei Drogengebrauchenden
		Vortrag (RKI) U Marcus	Methoden der Testung und Ergebnissrückgabe bei einer Datenerhebung
		Plenum	Fragen
10:15	10:45		<i>Kaffeepause</i>
10:45	12:15	3 AGs	Arbeit in Arbeitsgruppen: Diskussion der Vor- und Nachteile, Umsetzungsmöglichkeiten und Machbarkeit der vorgestellten Methoden
12:15	13:15		<i>Mittagspause und Foto</i>
13:15	14:45	<b>R Zimmermann</b>	<b>Methoden der zukünftigen Datenerhebung</b>
		Moderierte Diskussion im Plenum	Bericht aus den 3 Arbeitsgruppen mit anschließender Ergänzung und Diskussion: Methoden und Machbarkeit einer zukünftigen Datenerhebung
14:45	15:15		<i>Kaffeepause</i>
15:15	16:00	<b>V Bremer</b>	<b>Wie geht es weiter?</b>
		Vortrag (RKI) R Zimmermann	Fazit und Beschlüsse aus den Diskussionen des Treffens
		Plenum	Blitzlicht: Bereitschaft an einer zukünftigen Datenerhebung teilzunehmen
16:00			<i>Abschluss der Veranstaltung</i>

## Was ist seit der DRUCK-Studie passiert?

### Ergebnisse und Empfehlungen der DRUCK-Studie

Zu Beginn des ersten Tages stellte Ruth Zimmermann (RKI) die Ergebnisse und Empfehlungen der DRUCK-Studie 2011-14 vor. Die aus der Studie resultierenden Empfehlungen umfassen eine niedrigschwellige Ausweitung von HIV- sowie HCV- Beratung und -Testung, HBV-Impfungen sowie einen verbesserten Zugang zu Therapie und Behandlung, nicht zuletzt durch intensiviertere lokale Kooperationen zwischen Drogenhilfe und Suchtmedizin/Infektiologie. Weiterhin sollten Maßnahmen zur Verbesserung des Wissens von Drogengebrauchenden zu Übertragungswegen und Präventionsmöglichkeiten implementiert werden, wie z.B. durch den niedrigschwelligen Einsatz gezielter Kurzberatungen. Eine bedarfsorientierte Ausgabe von Konsumutensilien wurde ebenso empfohlen wie die Beachtung und Beforschung von STIs bei Drogengebrauchenden.

**Abbildung 2 Empfehlungen der DRUCK-Studie**



### Strukturelle Umsetzung der Empfehlungen durch die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH)

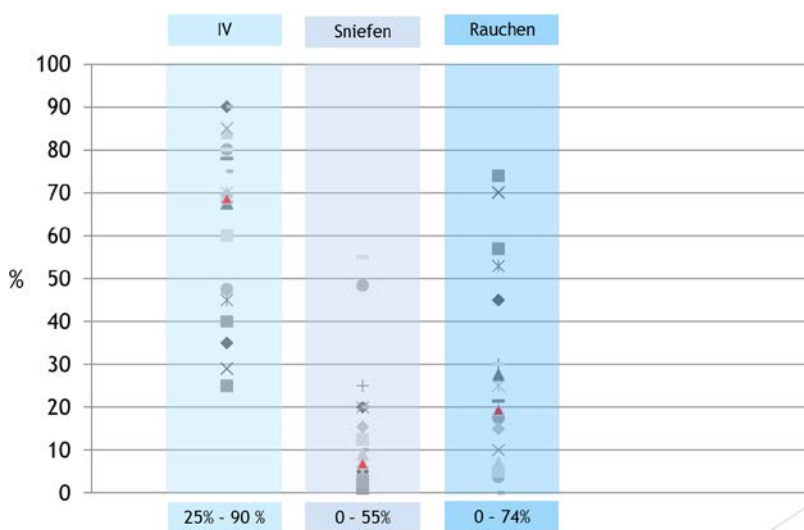
Dirk Schäffer (DAH) betonte in seinem Vortrag die hohe Praxisnähe der Ergebnisse und Empfehlungen der DRUCK-Studie und hob das Interesse niedrigschwelliger Einrichtungen hervor, an Studien wie der DRUCK-Studie teilzunehmen. Die genannten Empfehlungen sieht er bisher schon breit in Bund, den Ländern und den Städten, auch mit Unterstützung der DAH umgesetzt. Beispiele sind die Entwicklung und Publikation eines Handlungskonzepts zur bedarfsorientierten Ausgabe von Konsumutensilien und im Bereich Frühintervention zur Prävention von Hepatitis C durch die Veröffentlichung zweier Manuale zur Kurzintervention für die Bereiche „Händedesinfektion“ und „Folie rauchen“. Weiter wurden Schulungsangebote für Mitarbeitende von Drogenhilfeeinrichtungen etabliert, neue Informati-

onsbroschüren und Materialien für Drogengebrauchende entwickelt und durch das „Das CHECK ich“-Projekt sowie eine modellhaften Intervention in der JVA Tonna niedrigschwellige Zugänge zu HIV- und HCV-Testung implementiert. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat darüber hinaus in Kooperation mit den Fachgesellschaften, der DAH und dem RKI Informationsmaterialien für Ärzte- und Patientenschaft in sucht- und allgemeinmedizinischer Praxen zu Hepatitis B und C entworfen. (Siehe Vortragsfolien im Anhang für weitere Aktivitäten).

## Ergebnisse der Vorabbefragung zur Umsetzung von Empfehlungen in teilnehmenden niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen

Um das Treffen detailliert vorzubereiten und einen Überblick über die bisherigen Aktivitäten zur Umsetzung der Empfehlungen der DRUCK-Studie bei den am Treffen teilnehmenden niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen zu gewinnen, wurde im Vorfeld ein Fragebogen an insgesamt 28 zum Treffen eingeladene Einrichtungen verschickt. 20 Bögen wurden ausgefüllt zurückgesendet und konnten analysiert werden. Neben aktuellen Aktivitäten zur Umsetzung der DRUCK-Studien-Empfehlungen wurden auch Probleme bei der Umsetzung der Empfehlungen abgefragt und Themenvorschläge für das Vorbereitungstreffen gesammelt. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Vorabbefragung zusammengefasst. Zu den Einzelergebnissen s. Vortrag im Anhang.

**Abbildung 3 Schätzung des Anteils der Konsumformen bei Nutzerinnen und Nutzern von niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen durch die befragten Einrichtungen**



Bezüglich des Anteils der Konsumformen unter den Nutzenden der Einrichtungen wurden gänzlich unterschiedliche Einschätzungen abgegeben. Der Anteil des intravenösen Konsums schwankt zwischen 25% und 90% (wobei die Hälfte der Einrichtungen den Anteil auf 60 -80% schätzt). Der Anteil von Sniefen als Konsumform unter den KlientInnen wird demgegenüber in fast allen Einrichtungen niedriger, auf zwischen 0 und 55%, in der Hälfte der Einrichtungen jedoch sogar unter 5% geschätzt. Der Anteil des Rauchens wird auf zwischen 0% und 74 % benannt, bei der Hälfte der Einrichtungen davon unter 20%, in 6 Einrichtungen jedoch höher als der intravenöse (iv) Konsum.



### **Kenntnis der Empfehlungen der DRUCK-Studie**

Alle bis auf eine Einrichtung gaben an, die Empfehlungen der DRUCK-Studie zu kennen. Als Hauptinformationsquellen wurden Veröffentlichungen des RKI, aber auch der DAH aufgeführt. Einige Einrichtungen haben von den Empfehlungen im Rahmen der eigenen Studienteilnahme an der ersten DRUCK-Erhebung erfahren oder durch die Teilnahme am Projekt „Das CHECK ich!“, das auf den Empfehlungen aufbaut und niedrigschwellige HIV- und Hepatitis C- Testberatungen und -Tests sowie Überleitungen in Therapie bei positivem Test an sechs verschiedenen Standorten implementiert.

### **Regelmäßiges HIV-/HCV Testangebot für Drogengebrauchende**

Ein HIV- und/oder HCV -Testangebot halten etwas mehr als die Hälfte der Einrichtungen im Rahmen von Testsprechstunden und/oder Testwochen vor (HIV: 11 von 20; HCV: 12 von 20). Die Regelmäßigkeit und Rahmenbedingungen der Angebote unterscheiden sich jedoch je nach Einrichtung sehr. So variiert die Häufigkeit der Beratungen und Tests zwischen zwei Testsprechstunden im Jahr und drei Testsprechstunden in der Woche. Auch das Angebot an Testwochen variiert zwischen einmal im Jahr und einmal monatlich. Teilweise finden die Beratungen und Tests nicht in der Einrichtung selbst, sondern in kooperierenden Gesundheitsämtern oder Aidshilfen statt.

### **Beratung zum Testergebnis und ggf. Überleitung in Behandlung**

Alle Einrichtungen, die HIV- oder HCV- Testungen vorhalten (12 von 20), gaben an, auch zum Testergebnis zu beraten. Bei sieben dieser 12 Einrichtungen findet nach einem positiven Testergebnis regelmäßig eine Überleitung in ärztliche Behandlung statt. Die restlichen gaben an, positiv auf HIV oder Hepatitis Getesteten die Empfehlung auszusprechen, sich in Behandlung zu begeben oder im Einzelfall mit kooperierenden ärztlichen Praxen abzuklären, wie die Rahmenbedingungen einer Behandlung aussehen könnten.

### **HBV-Impfangebot**

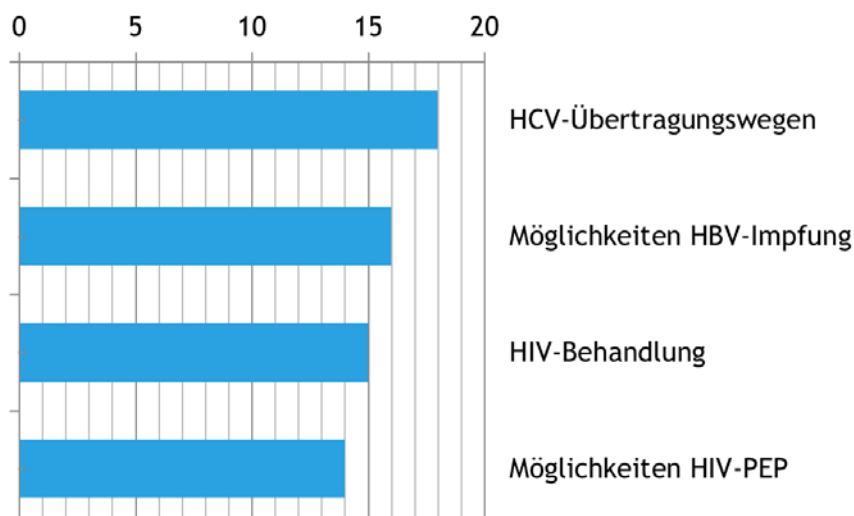
Elf der 20 Einrichtungen bieten HBV-Impfungen, im Rahmen von Testsprechstunden oder Impfkampagnen an.

### **Gezielte (Kurz-) Beratungen zur Verbesserung spezifischen Wissens**

Gezielte Kurzberatungen zur Verbesserung des Wissens von Drogengebrauchenden zu Übertragungswegen von Hepatitis C werden von 18 von 20 Einrichtungen durchgeführt. Zu Möglichkeiten der Hepatitis B-Impfung beraten 16, zur HIV-Behandlung 15 Einrichtungen. 14 beraten zu Möglichkeiten der HIV-Postexpositionsprophylaxe. Die Beratungen werden vor allem im Rahmen der Kontaktarbeit, in Testsprechstunden, Psychosozialer Beratung und während Aktionstagen oder –wochen durchgeführt.



**Abbildung 4** Anzahl der Einrichtungen, die gezielte Kurzberatungen von Drogengebrauchenden anbieten zu ...



#### Schulungsangebote für Mitarbeitende

Etwa die Hälfte (9 von 20) der Einrichtungen gab an, regelmäßige Schulungen für Mitarbeitende zu spezifischem Wissen zu HIV, HBV, HCV anzubieten. Dabei wurde auch auf das Schulungsangebot der DAH verwiesen, das von Mitarbeitenden genutzt werden kann.

#### Bedarfsorientierte Ausgabe von Konsumutensilien

17 der 20 Einrichtungen geben Konsumutensilien an Drogenkonsumierende aus. Es handelt sich jedoch nicht in jedem Fall um eine bedarfsgerechte Ausgabe von Konsumutensilien, die die DRUCK Studie explizit empfiehlt. Teilweise gaben die Einrichtungen an, Utensilien nur im Verhältnis 1:1 zu tauschen oder ausschließlich Spritzen und Nadeln auszugeben.

#### Zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen

Zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen werden von den Einrichtungen am häufigsten für Menschen mit Migrationsgeschichte vorgehalten (8 von 20), wobei das Angebot an Sprach- und Kulturmittlung in unterschiedlichen Bereichen sowie die aufsuchende Beratung z.B. von Geflüchteten als beispielhafte Angebote genannt werden. Ein Viertel der Einrichtungen bietet Maßnahmen speziell für Frauen an, z.B. in Kooperation mit Frauenberatungsstellen oder in Form von Betreuungs- und Beratungsprojekten für Sexarbeiterinnen. Ebenso ein Viertel der Einrichtungen hält spezielle Angebote für Menschen mit Haft Erfahrung vor, etwa mittels Suchtberatungen und Drogennotfallschulungen innerhalb von Justizvollzugsanstalten oder z.B. Safer Use Beratungen nach Haftentlassungen. Für junge Drogengebrauchende und obdachlose Menschen sowie solche, die erst kürzlich ihren injizierenden Konsum begonnen haben, werden bisher nur von 4 bzw. 3 Einrichtungen Maßnahmen angeboten.

## Kooperationen mit Suchtmedizin und Infektiologie

Alle befragten Einrichtungen kooperieren mit Ärztinnen und Ärzten der Sucht- und/oder Substitutionsmedizin, wohingegen nur ein Viertel Kooperationen im Bereich Infektiologie/Hepatology pflegt. Die Kooperationen bestehen überwiegend aus der Vermittlung in deren Praxen oder in Gesundheitsämtern sowie vereinzelt dem Fallaustausch oder der Zusammenarbeit in Arbeitskreisen.

## Probleme mit der Umsetzung der DRUCK-Empfehlungen

Die Einrichtungen schilderten diverse Probleme bei der Umsetzung der DRUCK-Studien-Empfehlungen. Im Bereich der *Kurzberatungen* zu Transmissionswegen von HCV, zur HBV-Impfung, HIV-Behandlung und PEP wurden fehlende zeitliche Ressourcen sowie Sprachbarrieren am häufigsten als Probleme benannt.

Auch in Bezug auf *Schulungsangebote für Mitarbeitende* zu den Themen HIV, HBV und HCV wurde als Verhinderungsgrund, an Schulungen teilzunehmen der Zeitmangel durch fehlende personelle Ressourcen aufgeführt. Weiter wurde darauf verwiesen, dass Schulungen nur unregelmäßig stattfinden und nicht direkt in den Einrichtungen angeboten werden.

Fehlende personelle und finanzielle Ressourcen sowie Sprachbarrieren spielten auch im Bereich der *zielgruppenspezifischen Präventionsmaßnahmen* eine Rolle. Weiterhin wurde angemerkt, dass für flächendeckende Angebote keine ausreichenden Teilnehmendenzahlen erreicht und daher keine spezifischen Angebote vorgehalten werden.

Im Rahmen der *Kooperation mit der Suchtmedizin/Infektiologie* wurde am häufigsten das Problem der fehlenden Krankenversicherung bei KlientInnen genannt. Es wurde angemerkt, dass es zu wenige SuchtmedizinerInnen gäbe, was zu langen Wartezeiten führe. Die Hochschwelligkeit des Zugangs der Angebote von Suchtmedizin/Infektiologie wurde ebenso als Problem empfunden wie ein mangelndes Interesse der Ärzteschaft an der Zielgruppe der Drogengebrauchenden.

Etwa die Hälfte der Einrichtungen sieht sich bei der *HIV-Testung und –Beratung sowie der HCV-Testung und –Beratung* mit Barrieren konfrontiert. So wird die verpflichtende Anwesenheit einer Ärztin bzw. eines Arztes bei der Diagnostik kritisiert, die die Test- und Beratungsangebote bei gleichzeitigem Mangel ärztlichen Personals vor Probleme einer limitierten Verfügbarkeit stelle und zu Ausfällen führe. In Bezug auf HIV könnten die Selbsttests dies möglicherweise bald kompensieren, bei HCV aufgrund des Fehlens von Selbsttests allerdings derzeit nicht. Auch der Mangel an personellen Ressourcen behindere ein umfassendes HIV- und HCV-Test und –Beratungsangebot, da der Beratungsaufwand hoch sei. Das führe zu einer geringen Reichweite des Angebots und somit wenigen Beratungen und Tests. Wie schon in den vorhergehenden Bereichen wurden auch hier eine fehlende Krankenversicherung sowie Sprachbarrieren als problematisch benannt. Die fehlende Anonymität durch die Meldepflicht scheint im Bereich des HCV-Testangebots eine Hürde zur Inanspruchnahme zu sein. Eine Einrichtung gab eine geringe Inanspruchnahme des Testangebotes im Vergleich zur Zahl der Nutzerinnen und Nutzer der Einrichtung an. Auf Seite der zu Testenden werden neben der geringen Inanspruchnahme Probleme bei der Termineinhaltung als mögliche Barrieren genannt.

Bei einer *Überleitung in Therapie* nach einem positiven Test wurden die Probleme von den Einrichtungen abermals in zu geringen personellen Ressourcen angesichts des hohen Betreuung- und Begleitungsaufwands sowie nicht verfügbaren Ressourcen an ärztlicher Behandlung gesehen. Am häufigsten wurde jedoch auf die Problematik einer fehlenden Krankenversicherung für eine gelungene Überleitung und den Beginn einer Behandlung hingewiesen. Eine Einrichtung verwies zudem auf eine zum Teil mangelnde Compliance behandlungsbedürftiger Klientinnen und Klienten, z.B. in der Termineinhaltung.



Die mangelnde Finanzierung von Konsumutensilien zur unbeschränkten Ausgabe wurde von mehr als der Hälfte der Einrichtungen als problematisch für die Umsetzung der Empfehlung der DRUCK-Studie angesehen, eine *bedarfsorientierte Ausgabe von Konsumutensilien* vorzuhalten.

ten.

Im Bereich der *HBV-Impfung* gaben 14 von 20 Einrichtungen an, Probleme bei der Umsetzung des Angebots zu haben. Auch in diesem Punkt sind diese vor allem dem fehlenden Krankenversicherungsschutz der Klientinnen und Klienten sowie einer geringen Verfügbarkeit von ärztlichem Personal geschuldet. In diesem Zusammenhang wird auch auf die meist fehlende Impfung trotz aktueller Substitutionsbehandlung hingewiesen.

## Welche Herausforderungen bestehen aktuell im Bereich Drogenassoziierter Infektionen?

### Erfahrungen und vorläufige Ergebnisse des „HIV - Hepatitis? Das CHECK ich“-Projektes

Miriam Gerlich (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) stellte das Kooperationsprojekt zwischen BzGA, DAH und RKI „HIV – Hepatitis? Das CHECK ich“ vor, das auf Grundlage der Empfehlungen der DRUCK-Studie seit Januar 2018 in 6 Städten in niedrigschwelligen Drogenhilfen niedrigschwellige HIV- und HCV-Testberatungen und Testungen durchführt, wobei der Schwerpunkt auch auf einer Überleitung in Therapie bei einem positiven Testergebnis liegt. In der Regel werden innerhalb des Projekts wöchentlich 2-3 Stunden Beratungen und Tests bzw. alternativ dazu Testwochen angeboten. Die bisherige Projekterfahrung zeigt, dass pro Termin ca. 1-4 Beratungen durchgeführt werden. Die Beratung erfolgt teilweise in Fremdsprachen, dann jedoch unter erschwerten Bedingungen (Warten auf Sprachmittlung, Datenschutzproblematik etc.). Bei nötiger Weiterleitung nach positivem Testergebnis kommt es teilweise zu Schwierigkeiten bei Personen, die akut Drogen konsumieren, eine (unmittelbare) Therapiezusage zu erhalten.

### Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen im Bereich drogenassoziierter Infektionen

Die aktuellen Herausforderungen, Beobachtungen und Entwicklungen in der niedrigschwelligen Arbeit im Bereich drogenassoziierter Infektionen wurden von den Teilnehmenden im Anschluss an die Vorträge sowie in drei Arbeitsgruppen (AGs) herausgearbeitet. Jede der drei AGs wurde durch eine Person moderiert, die durch einen Leitfaden mit den zu bearbeitenden Themen vertraut war, und es wurde Protokoll geführt. Die AGs arbeiteten mit Flipchart und Moderationskarten an Stellwänden. Teilweise



wurde in der nachfolgenden Diskussion im Plenum, im Vorgriff auf den zweiten Veranstaltungstag, bereits die Beachtung der aktuellen Herausforderungen für eine erneute Datenerhebung diskutiert.

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Arbeitsgruppen, ergänzt durch Beiträge der

Diskussionen des ersten Tages dargestellt.

## Nutzerinnen und Nutzer der niedrigschwelligen Einrichtungen

Als überwiegend Nutzende der Einrichtungen werden aktiv Drogen konsumierende Männer und Frauen genannt, die oft Langzeitkonsumierende (>10 Jahre) sind. Viele sind ohne festen Wohnsitz, oftmals substituiert und älter als 36 Jahre, sowohl Deutschsprachige als auch Menschen, die nicht Deutsch sprechen. Auffällig ist, dass gerade in Konsumräumen seltener Menschen anzutreffen sind, die nicht Deutsch sprechen. Die Fremdsprachen unterscheiden sich von Stadt zu Stadt, es werden Georgisch, Russisch, Polnisch, Arabisch, Farsi, Spanisch, Italienisch, Französisch und Englisch genannt. Weiter wird darauf hingewiesen, dass viele psychisch erkrankte Menschen die Einrichtungen nutzen sowie viele der Nutzenden Eltern sind, deren Kinder jedoch oft nicht mit im Haushalt leben. Personen, die kürzlich erst mit dem Konsum begonnen haben, seien eher selten in den Einrichtungen anzutreffen, auch Minderjährige nur in Einzelfällen, da der Zugang erst ab 18 Jahren erlaubt ist.

Generell stellte sich die Frage, welche Akteure in eine erneute Studie eingebunden werden müssten und welche Gruppen abgebildet werden sollen. Die Studie sollte keine Versorgungsstudie werden, sondern wie die erste DRUCK-Studie eine Populationsstudie.

## Menschen mit Fluchthintergrund und Inhaftierte als besonders vulnerable KlientInnengruppe

Einheitlich werden die stärksten Veränderungen seit 2014 in der Zusammensetzung der Klientel der niedrigschwelligen Einrichtungen gesehen. Die Anzahl der Menschen mit Fluchthintergrund, die Angebote in Anspruch nehmen ist stark gestiegen – in manchen Einrichtungen macht diese Gruppe rund 50% der Klientel aus. Diese Gruppe ist nicht zuletzt durch den Fluchthintergrund und die prekären Lebensverhältnisse in Deutschland besonders vulnerabel in vielen verschiedenen Bereichen, auch was chronische Infektionskrankheiten betrifft. Dies stellt die Einrichtungen vor neue Herausforderungen, die auch für eine erneute Datenerhebung von Relevanz sein werden. So gibt es sprachliche Probleme in der Beratung, auch ist oft eine Behandlung nach positiven Testergebnissen von Menschen mit Fluchthintergrund aufgrund eines fehlenden Versicherungsschutzes schwierig. Eine Sprachmittlung ist somit einerseits essentiell, andererseits durch den Datenschutz z.B. bei Testungen und Ergebnisübermittlungen kompliziert. Es werden jedoch schon gute Erfahrungen in der Praxis mit Sprachmittlung mit z.B. Laien gesammelt, da oft keine professionelle Sprachmittlung in den Einrichtungen vorhanden ist. In Berlin berät Vista in einem safer use Projekt auch auf Farsi, Persisch und Arabisch, die Regelversorgung müsste insgesamt in weiteren Sprachen außer Deutsch angeboten werden. Bestätigung kommt aus Hannover, wo fast nur deutschsprachige Menschen das Testangebot in Anspruch nehmen, weil es bislang keine Sprachmittlung gibt.

Als weitere besonders vulnerable Gruppe werden Menschen genannt, die inhaftiert sind oder waren. Außer in einer JVA werden in Deutschland bislang keine Konsumutensilien ausgegeben, was in Anbetracht der Bemühungen und Erfolge zu *safer use* außerhalb der Haft als unzumutbarer Zustand bezeichnet wird. Die Konsumutensilienausgabe in Haft wird als politisches Thema betrachtet, dem man sich aus unterschiedlichen Ebenen nähern muss. Es wird vorgeschlagen, die Problematik eventuell im Rahmen von Fragen nach Brüchen in Suchtverläufen, in eine Datenerhebung im Rahmen von DRUCK 2.0 einzubeziehen und die Verantwortlichen auf Länderebene für den Strafvollzug in die Planung der Datenerhebung einzubinden.



## Substanzen

Heroin wird als überwiegend konsumierte Substanz genannt, in Frankfurt spielt Crack eine weitere Rolle, Fentanyl in München, Crystal in Leipzig, Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) in München und Nürnberg, Substitol in Hannover. Cannabis, Lyrica, Nikotin, Alkohol, Benzodiazepine werden zusätzlich benannt. Es wird vorgeschlagen, regionale Besonderheiten in einer erneuten Erhebung auch allgemein abzufragen, um zu sehen ob es eventuell auch in anderen Regionen neue Konsumgruppen gibt.



In Bezug auf die Relevanz von NPS in den Städten wird festgehalten, dass diese in München, Nürnberg und Bayern allgemein um ein vielfaches verbreiteter sind als in anderen Bundesländern. Seit 2013 gibt es dort ein Problem mit NPS, insbesondere aufgrund der extremen Nebenwirkungen mit Spice. Es wird zudem von einem vermehrten polytoxischen Gebrauch berichtet, der von einer erneuten Studie erfasst werden sollte. Es wird außerdem auf den HIV-Ausbruch in Bayern 2016, bei dem der hochfrequente NPS-Konsum eine Rolle gespielt haben könnte, hingewiesen.

In Berlin wird in Bezug auf Crystalkonsum vor allem in der Kombination mit Heroinkonsum, auf eine bestimmte Gruppe osteuropäischer Männer, die der Sexarbeit nachgehen, hingewiesen. Diese seien nicht krankenversichert und werden sowohl in der Drogenszene als auch in der Sexarbeit stigmatisiert. Auch solche speziellen Gruppen sollten mit einer erneuten Datenerhebung erreicht werden.

## Konsumformen

Es lässt sich festhalten, parallel zu den Ergebnissen der Vorabbefragung, dass auch die Konsumformen je nach Einrichtung, auch innerhalb ein und derselben Stadt, unterschiedlich sind. In Frankfurt wird beispielsweise durch den hohen Crack-Anteil viel gesniffelt und inhaliert, auch der Rauchkonsum von Heroin ist hoch, da teilweise auf Folie umgestiegen wurde. Auch in Hamburg wird viel geraucht, ca. 30% konsumieren i.v., es wird so gut wie nicht gesniffelt, zusätzlich gibt es einen hohen Alkoholkonsum bei Männern. In Dortmund und München wird überwiegend i.v. konsumiert, in Berlin ist die Konsumform eher von der Population als der Substanz abhängig.

Es wird außerdem auf die Relevanz der Reinheit der Substanzen hingewiesen, da diese Auswirkungen auf das Konsumverhalten haben kann. Dies könnte auch für eine erneute Datenerhebung wichtig sein, denn je reiner die Substanz ist, desto höher stellt sich der Anteil der Rauchenden dar. Es könnte

z.B. gefragt werden, was die Konsumierenden zu einer bestimmten Konsumform bewegt. Des Weiteren sei es interessant, warum Menschen auf andere Konsumformen umsteigen.

Auch an den körperlichen Zuständen der Klientinnen und Klienten könnte man teilweise Konsumformen ablesen. Einige Städte wie München oder Leipzig berichten von zunehmenden Abszessen durch Injektionen, in Hamburg ist der zunehmende Anteil an Menschen mit COPD in der Einrichtung durch den zunehmenden Rauchanteil relevant.

## Infektionen

Neben Hepatitis C und HIV werden Augeninfektionen und Atemwegsinfektionen als häufige Infektionen benannt. Tuberkulose wird vor allem als Thema bei Geflüchteten und zunehmend in Berlin als relevant beschrieben.



STIs würden bislang in den Einrichtungen weder ausreichend bei Konsumentinnen und Konsumenten noch bei Mitarbeitenden thematisiert, in Hamburg werden vor allem Sexarbeiterinnen auf STIs getestet. Safer Sex ist darüber hinaus seltener Thema als

*safer use.*

## HIV-/HCV Testangebote und -beratung, HBV-Impfangebot

Es wurden in den Diskussionen diverse aktuelle Barrieren für übergreifende Test- und Impfangebote aufgezeigt. Wiederholt wurde dabei auf fehlendes ärztliches Personal in den Projekten sowie fehlende finanzielle Motivation von Substitutionsärztinnen und -ärzten, beispielsweise für die Durchführung der HBV-Impfung, hingewiesen. In Hamburg seien substituierte Klientinnen und Klienten kaum geimpft, obwohl dies explizit auch die Aufgabe der Suchtmedizin sei. Es wird hinzugefügt, dass bei ca. der Hälfte der Geimpften die zweite oder dritte Impfdosis fehle.

In Bezug auf mögliche Testungen im Rahmen der Studie wird vielfach festgehalten, dass das Vorhalten eines Testangebots, unabhängig davon ob als Testwoche oder Testsprechstunde, nur möglich ist, wenn ärztliches Personal für die Durchführung vorhanden ist. Dies ist jedoch in vielen Städten nicht der Fall. Die wenigsten Einrichtungen beschäftigen (wie z.B. in Hamburg) direkt ärztliches Personal. Es wird darauf hingewiesen, dass Deutschland das einzige europäische Land sei, das eine ärztlich begleitete Testung erfordere. Es wird auch im Rahmen des „Das CHECK ich“-Projektes von der Schwierigkeit berichtet, niedrigschwellig arbeitendes ärztliches Personal für Testprojekte zu gewinnen, was diese teuer und schwerfällig mache. Der Arztvorbehalt wird von den Einrichtungen als zentrale

Schwierigkeit für eine erneute Datenerhebung betrachtet und es wird die Frage gestellt, ob auf politischer Ebene basale Testangebote ohne Anwesenheit eines Arztes/einer Ärztin realisierbar seien.

Auf Seite der Klientinnen und Klienten wird die Angst vor möglichen positiven Ergebnissen als Barriere genannt, sich testen zu lassen, ebenso wie fehlendes Wissen über die Therapiemöglichkeiten. Dies vor allem bei Personen, die schon einmal eine HCV-Therapie mit starken Nebenwirkungen durchgeführt haben und noch nichts von den neuen Therapiemöglichkeiten wissen. Auch aktueller Drogenkonsum sowie eine fehlende Krankenversicherung stellen Barrieren dar, da die Klientinnen und Klienten oft keinen Test ohne anschließende Therapiemöglichkeit machen möchten.

Sprachbarrieren in der Beratung werden neben personellen und finanziellen Mängeln als weiteres Problem benannt, dem für ein übergreifendes Testangebot begegnet werden müsste.

### **Zugang zu/Vermittlung in Therapie bei Vorliegen einer HIV- oder HCV-Infektion**

Auch für die Vermittlung von positiv Getesteten in eine Behandlung wird die Kooperation mit ärztlichem Personal als oftmals schwierig und der Therapiezugang als sehr hochschwellig bezeichnet. Zwar seien 70% der Klientinnen und Klienten an die ärztliche Versorgung angebunden, aber es fehle oft an ärztlichem Wissen zu Möglichkeiten der HIV-/HCV Therapie. Als Kernproblem wird die Ablehnung einer Behandlung von Seiten der Ärztinnen und Ärzte genannt, obwohl nach wissenschaftlicher Evidenz und aktuellen Behandlungsleitlinien keine Kontraindikationen bekannt seien. So wird eine Therapie beispielsweise bei akutem Alkohol- und Drogenkonsum fälschlicherweise oft verwehrt. Ein großes Problem sei nach wie vor auch die Stigmatisierung von Drogengebrauchenden. Hier wird die häufig vorurteilsbelastete Einstellung einiger Ärztinnen und Ärzte gegenüber drogenkonsumierenden Menschen kritisiert. Diese vermuteten etwa häufig eine geringe Compliance oder hohe Reinfizierungsrate bei den KlientInnen und behandelten diese deshalb nicht. In einigen Städten funktioniert die Überleitung in die HIV-Behandlung jedoch problemlos. So sind in Saarbrücken alle bekannten HIV-Positiven in Therapie, auch in Essen gibt es keine Probleme bei der Vermittlung. Auch bei gelungenen Kooperationen mit Arztpraxen wie z.B. in Düsseldorf und Frankfurt, wo Drogengebrauchende ohne hochschwellige Voraussetzungen behandelt werden, sei jedoch eine enge Begleitung durch die Mitarbeitenden der Einrichtung besonders am Anfang sehr wichtig, um Vertrauen aufzubauen. Insgesamt gelinge eine Überleitung in Behandlung vor allem dann, wenn sie niedrigschwellig sei.

In Bezug auf Barrieren auf der Seite der Klientinnen und Klienten berichtet z.B. Hannover davon, dass das Wissen über heutige Behandlungsmöglichkeiten bei den Drogengebrauchenden gering sei und sich einige eine lebenslange Behandlung nicht zutrauen. Es wird vorgeschlagen, in einer erneuten Studie danach zu fragen, was Gründe sind, sich bei einem positiven Testergebnis nicht in Behandlung zu begeben. Weiter wird in Bezug zu einer erneuten Datenerhebung festgehalten, dass ärztliches Personal teilweise besser informiert sein müsste. Es wird vorgeschlagen, die AG Suchthilfe der Obersten Landesbehörden und die Qualitätskommissionen der KVen der Länder einzubeziehen, die als Multiplikatoren für Substitutionsärztinnen und –ärzte wirken könnten.



## Bedarfsorientierte Ausgabe von Konsumutensilien

Bezüglich der bedarfsorientierten Ausgabe von Konsumutensilien wird festgehalten, dass die meisten Einrichtungen Konsumutensilien ausgeben. Teilweise unter Druck von Ordnungsbehörden, häufig aber auch auf Einrichtungswunsch, wird jedoch eher im Verhältnis 1:1 getauscht oder verkauft und damit eben nicht bedarfsgerecht ausgegeben. Es wird diskutiert, wie mit steigenden Problemen durch gebrauchte Konsumutensilien im öffentlichen Raum (zu denen es jedoch keine Daten gibt) wie z.B. in Berlin, Hamburg und Saarbrücken umgegangen werden könnte. In Berlin, Nürnberg und Leipzig wurden diesbezüglich gute Erfahrungen mit Abwurfbehältern gesammelt. Von Nürnberg wird berichtet, dass die Nutzung von im öffentlichen Raum aufgestellten Abwurfbehältern eher sporadisch ist. In den anderen Städten gibt es diese nicht; stattdessen werden in Köln alte Kaffeegläser umfunktioniert, was jedoch nach eigener Aussage nicht optimal ist. Die Frage stellt sich, ob es in Bezug auf den Tausch von Konsumutensilien unkritischer ist, mit diesen quer durch die Stadt zu fahren, um sie in den Einrichtungen zu tauschen, oder diese dort wo konsumiert, z.B. sicher im Hausmüll zu entsorgen. Dies ist nicht verboten, muss nur in einem stichsicheren Behälter passieren. Auch für Konsumierende sei es, beispielsweise durch polizeilichen Verfolgungsdruck oder gesellschaftliche Stigmatisierung eher nicht vorteilhaft, sich mit gebrauchten Utensilien im öffentlichen Raum in Richtung der Einrichtungen zum Tausch zu bewegen. Die Städte haben unterschiedliche Herangehensweisen mit dem Problem umherliegender gebrauchter Utensilien umzugehen. Es sei wichtig, möglichst schnell auf Beschwerden zu reagieren, teilweise werden kleine Abwurfboxen für unterwegs und Zuhause ausgegeben oder es gibt eine Hotline für Konsumutensilien im öffentlichen Raum oder Arbeitsprojekte, die diese einsammeln.

Als weitere Barriere für eine bedarfsgerechte Ausgabe von Konsumutensilien wird klar die Finanzierung betrachtet. In diesem Zusammenhang wird auch auf hohe Kosten durch hochfrequenten Konsum (bis zu 80 Mal täglich) bei NPS verwiesen, was jedoch überwiegend für Bayern relevant ist. Insgesamt sollten Drogenhilfeangebote vor dem Hintergrund der Problematik gebrauchter Konsumutensilien im öffentlichen Raum noch passgenauer gemacht werden und nicht in der Konsequenz weniger Finanzierung zu befürchten haben.

Als Ergänzungen zu Aktivitäten, die sich aus den Empfehlungen der DRUCK-Studie ergeben haben, wird auf ein BMG-gefördertes Kooperationsprojekt des IFT mit DAH und RKI verwiesen, das im November 2018 startet und detailliert die Konsumutensilienausgabe sowie deren Reichweite bei niedrigschwelligen Einrichtungen erhebt.

## Zukünftige Datenerhebung zu sexuell und Blutübertragbaren Infektionen bei Drogengebrauchenden

### Nationale & internationale Berichterstattung. Was wir (nicht) wissen: Inhalte und Lücken unserer Berichterstattung auf deutscher und internationaler Ebene

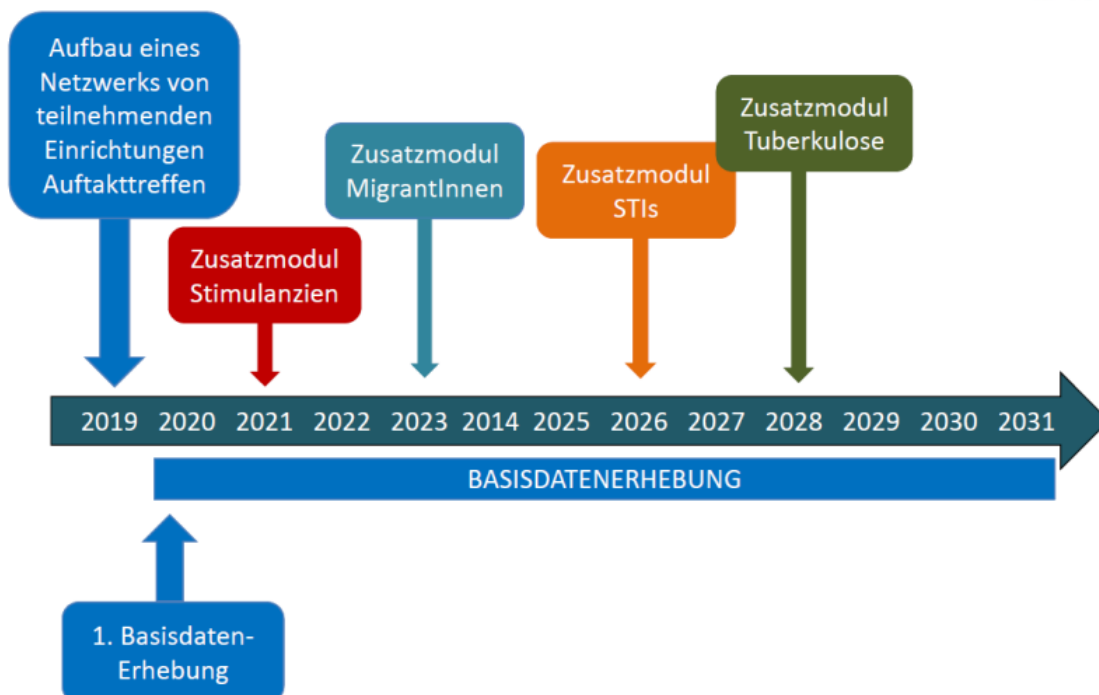
Tim Pfeiffer-Gerschel stellte in seinem Vortrag die Arbeit der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen- und Drogensucht (DBDD) als nationale Partnerin der EMCDDA vor und vertiefte, welche Daten in Bezug zu chronischen Infektionskrankheiten bereits gewonnen und welche bislang noch nicht erhoben werden. Einer der fünf Schlüsselindikatoren ist der Schlüsselindikator Drogenbezogene Infektionskrankheiten (DRID (Drug-related infectious diseases)). Er versucht Ausmaß, Merkmale und Trends von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumierenden festzustellen, um sowohl den Bedarf als auch das Ergebnis präventiver und kurativer Interventionen abzuleiten. Es gibt jedoch bisher in Deutschland kein systematisches Routinemonitoring von Konsumierenden, also keine systematische Beobachtung der Population, und die Dokumentation in niedrigrschwelligen Einrichtungen gestaltet sich bislang in der Praxis schwierig. Die einzigen Daten, die für Deutschland für die Prävalenz von HIV und HCV in dieser Population existieren, sind die der DRUCK-Studie. Diese können jedoch keine Trends abbilden. Es gibt also in Deutschland keine regelmäßig erhobenen Prävalenzdaten unter PWID und nur lückenhafte oder ganz fehlende Informationen im Bereich schadensminimierender Maßnahmen v.a. durch die dezentrale Organisation der Einrichtungen, nicht ausreichende Budgets und die fehlende Verpflichtung zum Reporting. Insgesamt erfüllt Deutschland die Anforderungen zur Implementierung des Schlüsselindikators DRID größtenteils *nicht*. Die neue Deutsche Suchthilfestatistik verspricht eine bessere Datenbasis für HIV und Hepatitis B/C und könnte eine Verbindung zwischen Datensätzen zum DRID Status, gemeinsamem Spritzengebrauch und i.v. Konsum (Einstiegsalter, letzter Konsum usw.) zulassen. Im Substitutionsregister könnten eigentlich alle nötigen Daten erhoben werden, bisher geschieht dies allerdings nicht und es besteht auch kein Interesse, einzelne Fragen zu Infektionen einzufügen. Die Daten sind derzeit allein für das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nutzbar, was sehr schade ist, da man somit wertvolles Wissen verschenke.

Insgesamt brauche es trotz der Unterschiedlichkeit der Länder in der Versorgung eine Darstellung der Population und eine Antwort auf die Frage, wie viele Menschen die Thematik Drogengebrauch und Infektionskrankheiten eigentlich betrifft und was diese Gruppe ausmacht.

## Zukünftige Datenerhebung zu sexuell & durch Blutübertragenen Infektionen bei Drogengebrauchenden – Mögliche Methoden

Da die DRUCK-Studienergebnisse der Aktualisierung bedürfen und sich die Situation, nicht zuletzt durch die neuen HCV-Therapiemöglichkeiten, verändert haben sollte, könnte die Datenlage in Deutschland durch eine erneute DRUCK-Studie verbessert werden, deren mögliche Methoden Ruth Zimmermann in ihrem Vortrag vorstellte. Zu Beginn steht hier die Klärung des Studiendesigns. Entweder könnten, vergleichbar mit der ersten DRUCK-Studie, einmalig erneut Querschnittsdaten erhoben werden. So könnte eine detaillierte Verhaltensdatenerhebung und Testung auf Infektionen stattfinden sowie Interventionen, wie z.B. Beratungen oder die Rückgabe der Testergebnisse an die Teilnehmenden, implementiert und evaluiert werden. Alternativ könnte eine regelmäßige Datenerhebung in Form eines Monitorings zu Infektionen bei Drogengebrauchenden aufgebaut werden. Im Rahmen dieses Designs könnten ein deutschlandweites Netzwerk von Einrichtungen aufgebaut werden, die jeweils eine regelmäßige wiederkehrende Datenerhebung in einem festen Zeitraum durchführen und in ihre Routinearbeit integrieren. Die Datenerhebung wäre reduzierter als bei einer einmaligen Querschnitterhebung und hätte den großen Vorteil in jeder Runde dieselben Basisdaten zu erheben, was eine Darstellung von Trends im Bereich Drogengebrauch und Infektionskrankheiten ermöglichen würde. Ggfs. würde sich auch eine Zuschaltung spezifischer Themenmodule nach Bedarf anbieten. Weitere methodische Fragen sind die nach der Definition der Zielgruppe sowie der Rekrutierung der Teilnehmenden als auch die nach den Methoden der Datenerhebung der Verhaltensdaten. Außerdem muss entschieden werden, ob die Studie mit Interventionen verknüpft werden soll.

**Abbildung 5** Beispiel für den möglichen Aufbau eines Monitorings in Deutschland



## Methoden der Testung und Ergebnismittelgabe bei einer Datenerhebung

Im Rahmen der Fragen danach, ob die Studie eine reine Datenerhebung oder eine Datenerhebung und Implementierung von Maßnahmen beinhalten sollte, stellte Ulrich Marcus die verschiedenen Methoden der Testung und der Ergebnismittelgabe an die Studienteilnehmenden vor. Es gibt einerseits die Möglichkeit der Gewinnung biologischer Proben (z.B. durch *Dried Blood Spots*, DBS wie in der ersten DRUCK-Studie) nur für die Studie **ohne** Ergebnismittelgabe, aber mit Verweis auf alternative Testmöglichkeiten vor Ort, zum zweiten die der -Testung biologischer Proben mit der Möglichkeit der späteren Ergebnisabfrage, oder als dritte Option könnte die Gewinnung biologischer Daten für die Studie erfolgen und zusätzlich ein Schnelltest, zumindest für HIV, eventuell aber auch durch eine zu beantragende Sonderregelung auch für HCV, angeboten werden. Bei der zweiten Option, die auch im Rahmen eines sogenannten Einsendetests funktionieren könnte, ist ein Arztbesuch vorgesehen. Gute Erfahrungen mit diesem Modell gibt es z.B. mit dem Modell „S.A.M.“, das von Checkpoints für MSM in Bayern eingesetzt wird. Einmal auf der Laborplattform registrierte Personen, die ein ärztliches Vorgespräch geführt haben, erhalten Selbstentnahmekits für die Testung auf HIV und STIs und senden die Proben an das kooperierende Labor. Die Testergebnisse können dann selbst abgefragt werden (<https://www.samtest.de/>). Für Drogengebrauchende wäre eventuell eine Alternative, z.B. als assistierte Probenentnahme und Ergebnisabfrage, denkbar. Da der geforderte Arztbesuch wiederum sehr hochschwellig ist, muss rechtlich abgeklärt werden, ob es eine Alternative ohne Arzt bzw. Ärztin geben könnte, etwa ob der Arztbesuch nur zur Ergebnismittelgabe ausreicht, oder die Ergebnisse anonym ausgehängt werden könnten oder internetbasiert wie z.B. beim Checkpoint Wien mit einem spezifischen Code rückgegeben werden könnten.

Überhaupt keine Rückgabe der Testergebnisse wäre im Rahmen der Studie ggfs. unethisch, wenn keine anderweitige niedrigschwellige Testung vorhanden ist. Andererseits wäre die Implementierung von Befundmitteilungen möglicherweise teuer und aufwändig.

### Abbildung 6 Optionen der Testung









Dokumentation betreiben. Das Interesse unter den Ärztinnen und Ärzten, noch einen weiteren Datensatz anzulegen ist vor allem bei Praxen ohne generelles Themeninteresse eher gering, da auch die bisher erhobenen Datensätze (wie z.B. für Krankenversicherungen oder das Substitutionsregister) nicht systematisch ausgewertet und rückgemeldet werden und so kein Nutzen in ihnen gesehen wird. Wenn diese bereits erhobenen Daten (darunter evtl. auch vollumfängliche Labordaten) für die neue Erhebung genutzt werden könnten, wäre die Motivation einer Teilnahme unter den Substitutionseinrichtungen sicherlich deutlich höher. Unabhängig davon sollte der Basisdatensatz eines Monitorings möglichst schlicht sein, auch in Hinblick auf die Übersetzbarkeit der Fragebögen in verschiedene Sprachen.

### Teilnehmendenzahlen und Erhebungszeiträume

Es sollte **einrichtungsbezogene und flexible Rekrutierungszahlen und –zeiträume** geben und jede Einrichtung selbst entscheiden können, zu welcher Jahreszeit sie Daten erhebt und ob sie die Erhebung komprimiert durchführt oder kontinuierlich. Die Einrichtungen könnten dem RKI auf Grundlage ihrer Jahresplanung einen Richtwert an interviewten und getesteten Personen vorschlagen. Allerdings wird festgehalten, dass zur **Vermeidung von Dopplungen** im Rahmen eines Monitorings eher ein kurzer Erhebungszeitraum sinnvoll ist. Für die Substitutionspraxen sind Erhebungszeiträume zu Beginn oder Ende eines Quartals sowie die Ferienzeiten oder Ende des Jahres eher schwierig umzusetzen. Für die Praxen kommt es außerdem darauf an, ob es externes Studienpersonal (z.B. für die Führung von Interviews) geben soll. Wenn dies der Fall ist, macht eher eine komprimierte Erhebung im Rahmen etwa von zwei Wochen Sinn, wenn die Erhebung aus eigenen Ressourcen übernommen werden soll, eher in einem breiteren Zeitraum.

### Teilnehmende niedrigschwellige und Substitutionseinrichtungen

Es sollten unterschiedliche, aber in jedem Fall **niedrigschwellige Einrichtungen** an der Erhebung teilnehmen, am besten aus allen Bundesländern und darauf geachtet werden, dass auch Einrichtungen aus ostdeutschen Städten an der Studie teilnehmen. Darüber hinaus wäre es, um die Studienpopulation korrekt abzubilden, wünschenswert auch **andere Bereiche** wie z.B. suchtmedizinische Praxen, Justizvollzugsanstalten, Beratungsstellen für Sexarbeitende, eventuell auch Entzugskliniken für eine Mitwirkung zu gewinnen. Da die Studienpopulation dort besonders gut rekrutiert werden kann, sollten **Substitutionseinrichtungen** in jedem Fall an der Erhebung teilnehmen, wobei wahrscheinlich nur ein kleiner Teil der Einrichtungen überhaupt am Themenbereich der Erhebung interessiert ist. Insgesamt sind Substitutionspraxen im Bereich Infektionskrankheiten ganz unterschiedlich engagiert, wodurch die Gefahr eines **Selektionsbias** unterschiedlicher Gruppen hoch sei. Wenn beispielsweise der Impfstatus erhoben wird, könnte es eine Verzerrung geben, wenn nur bestimmte Substitutionseinrichtungen mitmachen (diejenigen, die häufig impfen vs. die, die nie impfen). Um Substitutionseinrichtungen zu erreichen, könnte man auf Kongressen der suchtmedizinischen Gesellschaften für eine Studienteilnahme werben.

## Studienpopulation

Die **Studienpopulation** sollte **Menschen umfassen, die aktuell Drogen injizieren. Darüber hinaus können optional auch Personen, die jemals injiziert haben, aktuell aber eher nasal oder inhalativ konsumieren, eingeschlossen werden.** Außerdem sollten **Substituierte** eingeschlossen werden. In Substitutionseinrichtungen könnte es schwierig werden, aktive Konsumierende zu erreichen, da Beikonsum oft evtl. nicht angegeben und somit erwünschte Antworten produziert werden würden. Außerdem werden hier oft neue Substanzen nicht berücksichtigt. Um Überlappungen der Zielgruppe und Doppelteilnahmen zu vermeiden, könnten beispielsweise in niedrigschweligen Einrichtungen nur Menschen befragt werden, die nicht in Substitution sind und in Substitutionspraxen nur Substituierte.

## Sprachen und Sprachmittlung

Die **Interviews** sollten, durch Interviewbögen in den jeweiligen Sprachen unterstützt, auf **Deutsch, Englisch, Farsi, Russisch und Französisch** sowie bei Bedarf auch durch Sprachmittlung z.B. über Videoschaltung in **weiteren Sprachen** wie Arabisch, Serbokroatisch, Bulgarisch, Georgisch, Lettisch, Estnisch, Spanisch oder Portugiesisch geführt werden können. Die benötigten Sprachen sind von Stadt zu Stadt und Einrichtung zu Einrichtung sehr unterschiedlich, daher sollte für die Datenerhebung einen Pool an Sprachmittlerinnen und -mittlern zur Verfügung gestellt werden.

## Anreize zur Teilnahme

In jedem Fall sollte es für teilnehmende Personen einen **Anreiz zur Studienteilnahme /Incentive** für die Studienteilnahme in Form von **Geld (5-10 Euro)**, nicht in Form von Gutscheinen geben.

## Datenerhebung

**Interviews** sollten dem Selbstausfüllen der Fragebögen vorgezogen werden. Der **Fragebogen** sollte in **Papierform** bereitgestellt werden, da Fragebögen auf einem Tablet erfahrungsgemäß immer noch nur schwer anwendungsfreundlich gestaltbar sind.

Ob eher **externe, geschulte Interviewerinnen und Interviewer oder interne, geschulte Einrichtungsmitarbeitende** die Befragung im Rahmen der Datenerhebung übernehmen, würde davon abhängen, ob Interventionen geplant sind. Falls ja, müssten dies eher die internen Mitarbeitenden übernehmen, da diese bei den Klientinnen und Klienten ein großes Vertrauen genießen. Dagegen, dass Fragen vom internen Personal gestellt werden, könnten jedoch andererseits ethische sowie Gründe des Datenschutzes sprechen. Dieser Punkt sowie der Mangel an Personal (in Substitutionspraxen gibt es keine Sozialarbeitenden) würde auch hier eher für externes Interviewpersonal sprechen.

## Interventionen

Als **Interventionen** sollte eine **Besprechung von Wissenslücken** im Rahmen der Interviews stattfinden und in jedem Fall eine **Rückgabe der Testergebnisse** sowie die **Vermittlung in Weiterbehandlung** bei einem positiven Testergebnis erfolgen.



## Zu testende Infektionen

Es herrscht Einigkeit, dass im Rahmen der Datenerhebung auf **HIV, HCV (inklusive einer PCR) und HBV** getestet werden sollte. **Optionale Testmodule** wären für die Testung auf **andere STI wie Syphilis und Gonorrhö (evtl. auch Chlamydien** bei Frauen mittels Vaginalabstrich/Urinprobe) sowie



**Hepatitis A (HAV) und Tuberkulose (TB)** sehr sinnvoll. In der einmaligen Zuschaltung eines Testzusatzmoduls könnte man beispielsweise feststellen, ob diese Infektionen überhaupt eine Rolle spielen und wenn ja in welchen Gruppen. Es müsste jedoch zunächst geklärt werden, welche Daten eventuell bereits von anderen Studien (etwa zu MSM oder Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern) erhoben werden. Wei-

terhin müsste geklärt werden, was genau und mit welcher Konsequenz man bei TB testet und wie die Umsetzbarkeit der TB-Testung in der Praxis ist. Für den IGRA-Test müssten zwei Blutproben entnommen werden. Ist der Test positiv, ist eine Röntgenuntersuchung angezeigt. Wie diese im Rahmen der Studie umgesetzt werden könnte, ist noch zu klären. Weiterhin müsste bei einem positiven IGRA-Test aufgrund der potentiellen Ansteckungsgefahr ein Hausverbot für die getestete Person verhängt werden. TB Infizierte, die im Rahmen der Datenerhebung identifiziert werden, müssten zwingend in Behandlung gebracht werden.

Die Testungen der genannten Infektionen wären von den Einrichtungen im Rahmen der Studie jedoch nur **umsetzbar, wenn diese von einer Ärztin/einem Arzt** begleitet wird.

## Methode der Testung

Bezüglich der **präferierten Methode der Testung** bleiben noch **zu viele Fragen** offen, um aktuell eine abschließende Entscheidung zu treffen.

Eine **reine Datenerhebung mit Testung auf Infektionen aus einer Blutprobe, jedoch ohne Rückgabe der Testergebnisse**, ist nicht gewünscht, wäre aber machbar, wenn sie mit einer studienexternen Ergebnissrückgabe verknüpft wäre, bzw. wenn die Einrichtung ein niedrighschwelliges Testangebot vorhält.

Wenn zusätzlich zur Blutprobe beispielsweise ein **Selbsttest** durchgeführt würde, dessen Vorteil ja wäre, dass kein Arzt/ keine Ärztin bei der Testung anwesend sein muss, was passiert dann, wenn dieser reaktiv ist? Wenn der Selbsttest reagiert, müsste eine weitere Blutprobe entnommen werden. Was passiert, wenn dann kein Arzt/keine Ärztin anwesend ist? Wäre ein Selbsttest/Einsendetest wegen der Blutmenge überhaupt machbar oder nicht? Dieser wird ohnehin eher für HIV als für HCV als interessant betrachtet.

Bezüglich des **Einsendetests** bleibt bisher unklar, was mit diesem überhaupt getestet werden kann, dies müsste in Erfahrung gebracht werden. Auch hier müsste irgendwo im Verlauf ein Kontakt mit ärztlichem Personal (vor oder während der Testung bzw. bei Ergebnismrückgabe) eingebaut werden.

Die Entscheidung für eine Testmethode kann also erst abschließend getroffen werden, wenn klar ist, wieviel Blut für die jeweilige Testmethode gebraucht wird und in welcher Form ein Arztkontakt für die einzelnen Methoden notwendig ist. Diese offenen Fragen werden vom RKI im Verlauf geklärt.

### Rückgabe der Testergebnisse

Es besteht Konsens darüber, dass die Testergebnisse in jedem Fall an die Teilnehmenden zurückgegeben werden müssen. Dies könnte auch unabhängig von der Studie, geschehen, wenn vor Ort andere niedrigschwellige Testangebote existieren, die parallel genutzt werden könnten. Zu klären ist noch, wie **niedrigschwellig** die Testrückgabe sein sollte. Falls eine sehr hochschwellige Testrückgabe angeboten würde und die Ergebnisse dadurch nicht abgeholt würden, wäre dies ethisch eventuell nicht tragbar. Auch in Bezug zur Ergebnismrückgabe wird festgehalten, dass die Anwesenheit eines Arztes/einer Ärztin hierfür elementar wichtig ist. Eventuell könnten Testergebnisse auch in Umschlägen mit anonymen Codes (und der Möglichkeit eines anschließenden Beratungsgesprächs) von Sozialarbeitenden übergeben werden. Es stellt sich darüber hinaus die Frage, ob die Rückgabe der Ergebnisse von Einrichtung zu Einrichtung unterschiedlich erfolgen kann, oder ob alle dieselbe Methode der Ergebnismrückgabe verfolgen müssen.



### **Verknüpfung von Datenerhebung und Behandlung positiv getesteter Personen**

Um an die Eliminationsziele anzuschließen, wird vorgeschlagen, die Erhebung und Behandlung zu verknüpfen und im Falle eines positiven Tests eine Behandlung anzustreben, wenn nicht gar zu garantieren, wobei unklar bleibt, wie dies im Detail funktionieren könnte. Wie mit positiv getesteten Menschen ohne Krankenversicherung im Rahmen der Studie umgegangen wird, muss noch geklärt werden. Auch diese Gruppe müsste die Möglichkeit einer Behandlung bekommen.

## Wie geht es weiter?

### Fazit und Beschlüsse aus den Diskussionen des Treffens

Insgesamt wird als Fazit aus den Diskussionen des Treffens festgehalten, dass die Teilnehmenden an einer erneuten Datenerhebung sehr interessiert sind. Vor allem der Wunsch nach Trenddaten hat sich herauskristallisiert, so dass der Konsens in Richtung Monitoring als favorisiertes Studiendesign geht. Eventuell könnte im Vorhinein eine Querschnittsstudie durchgeführt werden, um einen aktuellen Einblick zu gewinnen und bestimmte Daten als Basis für ein anschließendes Monitoring zu nutzen. Auch die Zuschaltung von Zusatzmodulen innerhalb eines Monitorings ist für die Teilnehmenden gut denkbar.

Insgesamt wird die Rückgabe der Testergebnisse an die Studienteilnehmenden als essentiell betrachtet, genauso wie die Sprachmittlung bei Beratung und Testung. Als weitere elementare Voraussetzung wird das Vorhandensein von ärztlichem Personal betrachtet. Anderweitig von den teilnehmenden Einrichtungen erhobene Routinedaten sollen berücksichtigt werden, um Dopplungen in der Datenerhebung zu vermeiden und den Aufwand für die Einrichtungen gering zu halten. Diese sind überwiegend gerne bereit, eigene personelle Ressourcen bereit zu stellen, erwarten aber vor allem am Anfang eines möglichen Monitorings Unterstützung des RKI. Die Frage nach dem Umgang mit positiv getesteten Menschen ohne Krankenversicherung sollte vor Studienbeginn ebenfalls geklärt sein.

### Blitzlicht: Studien- und Advisory Group-Teilnahme

In einer abschließenden Blitzlichtumfrage wurde die Bereitschaft der Anwesenden, an einer zukünftigen Datenerhebung, unabhängig vom Studiendesign, teilzunehmen sowie ihre Bereitschaft, in einer Advisory Group zur Ausarbeitung der Methoden mitzuwirken, erfragt. Ausnahmslos alle Vertretende der niedrigschwelligen Einrichtungen und Substitutionseinrichtungen brachten ihr Interesse an einer Studienteilnahme zum Ausdruck, einige mit der Einschränkung der Rücksprache mit ihren Vorgesetzten. Als wichtige Voraussetzungen für die Teilnahme wurden vor allem die Klärung der Rahmenbedingungen bezüglich der Testung und Ergebnissrückgabe sowie des endgültigen Arbeitsumfangs in den Einrichtungen und die Unterstützung von Seiten des RKI genannt. So findet beispielsweise aktuell in einigen Einrichtungen noch keine Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten statt, die die Testung und Ergebnissrückmeldung begleiten könnten. Mehr als zwei Drittel der Anwesenden erklärte sich dazu bereit, beratend in einer Advisory Group mitzuwirken, um Inhalte und Methoden der Studie gemeinsam mit dem RKI auszuarbeiten.

## Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Gesundheit; Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. Bis 2030 - Bedarfsorientiert · Integriert · Sektorübergreifend; 2016.

Robert Koch-Institut (RKI). Abschlussbericht der Studie „Drogen und chronischen Infektionskrankheiten in Deutschland“ (DRUCK-Studie). Berlin: Robert Koch Institut (RKI); 2016.

World Health Organization (WHO). Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. Towards ending viral hepatitis. Geneva: World Health Organization; 2016.

## Anhänge

### Fragebogen Vorabbefragung

ROBERT KOCH INSTITUT



## DRUCK-Studie 2.0

### Drogen und chronische Infektionskrankheiten

#### Fragebogen zum Überblick über Aktivitäten zur Umsetzung von Empfehlungen der DRUCK-Studie in möglichen Studieneinrichtungen

Sie sind zum Studien-Vorbereitungstreffen der DRUCK 2.0 - Studie eingeladen worden.

Ziele des Treffens sind, Aktivitäten zur Umsetzung von Empfehlungen der DRUCK-Studie in niedrighschwelligen Drogenhilfen zu erfassen, Bedarfe und aktuelle Probleme in Bezug auf Infektionskrankheiten im Zusammenhang mit Drogenkonsum zu erheben und Methoden und Inhalte einer zukünftigen Datenerhebung zu diskutieren. Für eine möglichst umfassende Vorbereitung des Treffens möchten wir Sie bitten, bereits im Vorfeld folgende Fragen zu Ihrer Einrichtung zu beantworten und uns die in das Word-Dokument eingefügten Antworten bis **11.10.2018** zu zusenden (per Email an [annadichtl@fb4.fra-uas.de](mailto:annadichtl@fb4.fra-uas.de) oder [druck-studie@rki.de](mailto:druck-studie@rki.de) ), alternativ per Fax an 030 18754 3533. Herzlichen Dank!

1. Für welche Einrichtung berichten Sie? \_\_\_\_\_
2. Wie hoch ist *nach Ihrer Einschätzung* unter den NutzerInnen Ihrer Einrichtung der Anteil von Konsum durch  
 Injektion \_\_\_%      Sniefen \_\_\_%      Rauchen \_\_\_%
3. Kennen Sie die Empfehlungen der ersten DRUCK-Studie? Wenn ja, woher? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
4. Bietet Ihre Einrichtung ein regelmäßiges HIV-Testangebot für Drogengebrauchende an? Wenn ja, in welchem Rahmen? (Testsprechstunde/Testwochen, Schnelltest etc.) \_\_\_\_\_
5. Bietet Ihre Einrichtung ein regelmäßiges HCV-Testangebot (Antikörpertest und PCR) für Drogengebrauchende an? Wenn ja, in welchem Rahmen? (Testsprechstunde/Testwochen, Schnelltest etc.) \_\_\_\_\_
6. Sind die HIV-/HCV-Testangebote mit einer Beratung zum Testergebnis verknüpft?  
 Ja, regelmäßig \_\_\_      Ja, manchmal \_\_\_      Nein \_\_\_

**7. Sind die HIV-/HCV-Testangebote ggf. mit einer Überweisung in die Behandlung verknüpft?**

Ja, regelmäßig \_\_\_ Ja, manchmal \_\_\_ Nein \_\_\_

**8. Bietet Ihre Einrichtung regelmäßig HBV- Impfungen an? Wenn ja, in welchem Rahmen? (z.B. Impfkampagne)\_\_\_\_\_**

**9. Bieten Sie regelmäßig gezielte (Kurz-)Beratungen von Drogengebrauchenden zur Verbesserung des Wissens mit folgenden Inhalten an?**

- Bitte tragen Sie Stichworte in die Tabelle ein und erweitern Sie diese, wenn nötig. -

Inhalt	Ja / nein / Wenn ja, in welchem Setting?
HCV-Übertragungswege	
Möglichkeiten HBV-Impfung	
Möglichkeiten HIV-Therapie	
Möglichkeiten HIV-PEP	

**10. Gibt es ein regelmäßiges Schulungsangebot für die Mitarbeitenden Ihrer Einrichtung zu spezifischem Wissen zu HIV, HBV, HCV?**

\_\_\_\_\_

**11. Bietet Ihre Einrichtung eine bedarfsorientierte Ausgabe von Konsumutensilien an? \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

**12. Bietet Ihre Einrichtung für folgende Zielgruppen spezifische Präventionsmaßnahmen an?**

Zielgruppe	Wenn ja: Kurzbeschreibung Maßnahme oder Name des Projektes
Junge Drogengebrauchende unter 25 Jahren	
Personen, die erst kürzlich ihren injizierenden Konsum begonnen haben	
Frauen	
Personen mit Migrationsgeschichte	
Personen mit Hafterfahrung	
Menschen in Obdachlosigkeit	

**13. Kooperiert Ihre Einrichtung auf lokaler Ebene mit folgenden Akteur\*innen? Wenn ja, inwiefern?**

Mit ...	Wie?
Suchtmedizin/Substitutionsärzt*innen	
Infektiolog*innen/Hepatolog*innen	

**14. Welche Probleme sehen Sie für Ihre Einrichtung aktuell in Bezug auf die Umsetzung von folgenden Bereichen?**

Maßnahme	Probleme
HIV-Testangebot und -Beratung	
HCV-Testangebot und -Beratung	
Ggf. Überleitung in Therapie	
HBV- Impfangebot	
Gezielte Kurzberatungen zu Transmissionswegen von HCV, zur HBV-Impfung, HIV-Behandlung und PEP	
Schulungsangebot für die Mitarbeitenden zu HIV, HBV, HCV	
Bedarfsorientierte Ausgabe von Konsumtensilien	
Zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen	
Lokale Kooperationen mit Suchtmedizin/Infektiologie	

**15. Haben Sie Anregungen zu Inhalten, die wir während des DRUCK 2.0 Studien-Planungstreffens Ende Oktober thematisieren sollten?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Herzlichen Dank!



## Leitfaden der Arbeitsgruppen am ersten Tag

### DRUCK-Studie 2.0 - Drogen und chronische Infektionskrankheiten

Vorbereitungstreffen, Arbeitsgruppen 30. Oktober 2018

**Aktuelle Probleme, Beobachtungen, Entwicklungen in der niedrigschwelligen Arbeit**

	Stand	Aktuelle <i>besondere</i> Entwicklungen
<b>Klient*innengruppen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Welche Klient*innengruppen nutzen Ihre Einrichtung überwiegend?</li> </ul>		
<b>Substanzen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Welche Substanzen werden überwiegend konsumiert?</li> </ul>		
<b>Konsumformen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie hoch ist der Anteil der einzelnen Konsumformen? (außerhalb/innerhalb Konsumräume)</li> </ul>		
<b>Infektionen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Welche Infektionen? (HIV, Hepatitiden, TB, STIs, Haut- und Weichteilinfektionen)</li> <li>▪ Gibt es bestimmte Klient*innen-Gruppen, die für einzelne Infektionen besonders vulnerabel sind? (Frauen, Migrant*innengruppen, junge Konsumierende, Konsumierende mit Hafterschaft, Obdachloser, NPS Konsumierende, Chemsex-Nutzende etc.)</li> </ul>		
<b>HIV-/HCV Testangebote und -beratung, HBV-Impfangebot</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Welche sind die Hauptfaktoren, die übergreifende Test-/Impfangebote bisher be- oder verhindern? (Sprachbarrieren, personelle/finanzielle Ressourcen, KV,</li> </ul>		

Zusammenarbeit mit Ärzt*innen, zu geringes Interesse der Klient*innen etc.)		
<b>Zugang zu/Vermittlung in Therapie bei Vorliegen einer HIV- oder HCV-Infektion</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Welche Faktoren behindern eine regelmäßige, erfolgreiche Überleitung in Therapie? (fehlende KV, personelle/finanzielle Ressourcen, Zusammenarbeit mit Ärzt*innen, Termineinhaltung der Klient*innen etc.)</li> </ul>		
<b>Bedarfsorientierte Ausgabe von Konsumutensilien</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Welche Probleme gibt es? ((Vorgabenfreie) Finanzierung etc.)</li> </ul>		
<b>Lokale Kooperationen mit Suchtmizin/Infektiologie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Welche Schwierigkeiten bestehen in der Zusammenarbeit mit Ärzt*innen, insbesondere der Infektiologie/Hepatologie? (KV, Wartezeiten, Hochschwelligkeit, Verständnis für die Zielgruppe etc.)</li> </ul>		
<b>Weitere Probleme?</b>		

## Leitfäden der Arbeitsgruppen am zweiten Tag

### AG1 „Datenerhebung in Substitutionseinrichtungen“

	<b>Querschnittsstudie</b> (ähnlich DRUCK1, einmalig, umfassende Erhebung)	<b>Monitoring</b> (alle 1-2 Jahre, ca. 4 Wochen, Basiserhebung, ggf. Zusatzmodule mit Schwerpunkt auf untersch. Gruppen oder Infektionen)
<b>Pro</b>		
<b>Contra</b>		
<b>Anforderungen:</b> - was muss in Einrichtungen vorhanden sein? -was muss vom RKI geleistet werden? -Erhebung in Routine implementierbar?		
<b>Günstiger Zeitraum für Datenerhebung:</b> -Jahreszeit? -komprimiert vs. kontinuierlich? - Turnus jährlich vs. alle 2 Jahre (nur bei Monitoring)?		
<b>Auswahl Substitutionseinrichtungen:</b> -Wie ist die Teilnahmebereitschaft von Substitutionseinrichtungen?		
<b>Welche Gruppen sollten eingeschlossen werden:</b> -Anteil aktiv injizierender KonsumentInnen? -andere Gruppen?		

<b>Anzahl Teilnehmende:</b> Wie viele TN pro Einrichtung in 2 Wochen realistisch?		
<b>Incentive für Teilnehmende:</b> - Ja/nein? - Geld vs. Gutschein?		
<b>Datenerhebung:</b> -selbstaufgefüllter Fragebogen vs. Interview? -Papier vs. Tablet <b>Sprachmittlung:</b> -welche Sprachen?		

## AG2 „Datenerhebung in niedrighschwelligen Einrichtungen“

	<b>Querschnittsstudie</b> (ähnlich DRUCK1, einmalig, umfassende Erhebung)	<b>Monitoring</b> (alle 1-2 Jahre, ca. 4 Wochen, Basiserhebung, ggf. Zusatzmodule mit Schwerpunkt auf untersch. Gruppen oder Infektionen)
<b>Pro</b>		
<b>Contra</b>		
<b>Anforderungen:</b> -was muss in Einrichtungen vorhanden sein? -was muss vom RKI geleistet werden? -Erhebung in Routine implementierbar?		
<b>Günstiger Zeitraum für Datenerhebung:</b> -Jahreszeit? -komprimiert vs. kontinuierlich? - Turnus jährlich vs. alle 2 Jahre (nur bei Monitoring)?		
<b>Welche Einrichtungen sollten an Datenerhebung teilnehmen?</b>		
<b>Welche Populationen sollten eingeschlossen werden:</b> -aktuell/jemals injizierende KonsumentInnen? -andere Gruppen?		

<p><b>Anzahl Teilnehmende:</b> -Wie viele TN pro Einrichtung in 2 Wochen realistisch?</p>		
<p><b>Incentive für Teilnehmende:</b> -Ja/nein? -Geld vs. Gutschein?</p>		
<p><b>Datenerhebung:</b> -selbstaufgefüllter Fragebogen vs. Interview? -Papier vs. Tablet?</p> <p><b>Sprachmittlung:</b> welche Sprachen?</p>		
<p><b>Intervention:</b> -Intervention vs. reine Datenerhebung? - z.B. Kurzberatung zu Wissenslücken, Weiterleitung in Therapie? -andere?</p>		

## AG3 „Testung und Rückgabe von Testergebnissen“

<b>Zu testende Infektionen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HCV</li> <li>• HBV</li> <li>• HIV</li> <li>• Syphilis</li> <li>• andere STI (Welche?)</li> <li>• TB</li> <li>• andere</li> </ul>	Welche Infektionen sollen sinnvollerweise getestet werden?	Was ist in Einrichtungen machbar?
<b>Sollen die Ergebnisse mitgeteilt werden?</b> Nein, Verweis an andere Testmöglichkeiten Ja, mit Implementierung Maßnahmen zur Therapie	Wie sollte es sein? Pro/Contra?	Was ist in den Einrichtungen machbar? Was wären alternative Möglichkeiten der Ergebnismitteilung (z.B. ohne Arztkontakt)?
<b>Art der Testung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blutprobe (reine Datenerhebung)</li> <li>• Blutprobe (reine Datenerhebung) + ass. Selbsttest (Ergebnismitteilung)</li> <li>• Einsendetest (Kombination Datenerhebung + opt. Ergebnismitteilung)</li> </ul>	Wie sollte es sein?	Was ist in den Einrichtungen machbar? Welche Kosten (Schnelltest) könnten von Einrichtungen übernommen werden?



DRUCK 2.0 Vorbereitungstreffen, 30. – 31. Oktober 2018 in Berlin