

HIV UND HEPATITIS 2017

Fachtagsdokumentation
10. August 2017





Impressum

Der Fachtag ist eine Kooperation von der Aidshilfe NRW, Herzenslust, JES NRW, POSITHIV HANDELN und VISION und fand in der Fachhochschule Köln statt.

Der Fachtag wurde von der Landesregierung Nordrhein-Westfalen gefördert.

Aidshilfe NRW e.V.

Lindenstraße 20 · 50674 Köln

Fon: 0221 - 925996-0

Fax: 0221 - 925996-9

info@nrw.aidshilfe.de

nrw.aidshilfe.de

Redaktion

Domenico Fiorenza und Brigitte Bersch

Layout

Simon Kleimeyer (unearth.de)

Fotos

© Aidshilfe NRW e.V. und VISION e.V.

gefördert durch:
Die Landesregierung
Nordrhein-Westfalen



Fachtag HIV & Hepatitis

10. August 2017, Technische Hochschule, Köln

Die epidemiologischen, medizinischen und politischen Entwicklungen in Bezug auf Hepatitis haben sich in den letzten Jahren nahezu überschlagen. Dies gilt besonders für die Revolution in der Hepatitis-C-Therapie. Nicht erst die neue Strategie der Bundesregierung zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen ("BIS 2030") stellt klar, dass HIV, Hepatitis und andere STIs in der Präventionsarbeit nicht nur isoliert behandelt werden sollten und die integrierte Betrachtung der verschiedenen Infektionen an Bedeutung gewinnt. Dies stellt auch Aidshilfen und ihre Kooperationspartner in ihrer täglichen Arbeit vor neue Herausforderungen.

Um diese neuen Entwicklungen über Einrichtungen und Professionen hinweg übergreifend zu diskutieren und nach gemeinsamen Positionierungen für die zukünftige Zusammenarbeit zu suchen, luden die Aidshilfe NRW, Herzenslust, JES NRW, POSITHIV HANDELN und VISION am 10. August 2017 zum Fachtag HIV & Hepatitis in Köln ein. Über 120 Teilnehmende aus Aids- und Drogenhilfen, der Community und Selbsthilfe, dem Justizvollzug, der Hochschule, der Ärzteschaft und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes kamen zusammen, um auf einen gemeinsamen Wissensstand zu kommen und über notwendige Strategien und Kooperationen zu diskutieren.





Prof. Dr. Imke Niebaum

Fachhochschule Köln



Arne Kayser

Aidshilfe NRW



Moderation

Matthias Kuske

Eröffnung

Prof. Dr. Imke Niebaum, Professorin an der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften an der Technischen Hochschule, eröffnete den Fachtag und begrüßte die Anwesenden im Namen der Hochschule. Sie verwies auf die lange Tradition der Hochschule, Theorie und Praxis zu verbinden und gesellschaftliche Phänomene wissenschaftlich zu begleiten, so auch die Aids- und Drogenhilfebewegung. Dementsprechend füge sich auch dieser Fachtag in eine Reihe von gemeinsamen Veranstaltungen. Ein gemeinsames Ziel sei es, das phobische Verhältnis der Gesamtgesellschaft nicht nur gegenüber HIV und anderen Krankheiten, sondern auch gegenüber den Themen Rausch und Sucht zu beenden, um systemischen Lösungen Platz zu machen.

Arne Kayser sprach ein Grußwort im Namen des Landesvorstands der Aidshilfe NRW. Er hob insbesondere den integrativen Ansatz der BIS-2030-Strategie in Hinblick auf HIV, Hepatitiden und andere STIs für die Arbeit von Aidshilfen und ihre Kooperationspartner hervor. Zwar würden die bestehenden Angebote dies zum Teil lange schon widerspiegeln, bisher sei das aber meistens mit Fokus auf HIV passiert. Es gelte für den Verband eine Strategie zu entwickeln, wie der Zugang der relevanten Zielgruppen zu Prävention, zu Beratungs- und Testangeboten und zur Behandlung verbessert werden kann. In dieser Hinsicht böte der Fachtag, der viel Expertise aus unterschiedlichsten Organisationen und Fachrichtungen bündle, eine gute Plattform, um nach gemeinsamen Handlungsfeldern und Lösungsansätzen zu suchen.

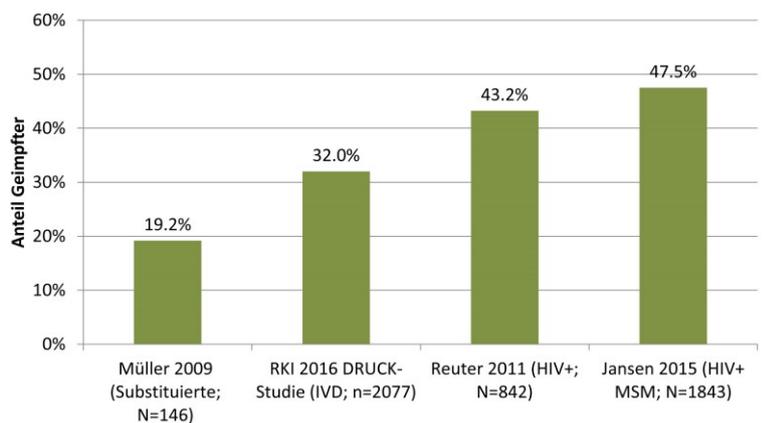
Anschließend übernahm Matthias Kuske als Moderator des Fachtags das Wort. Er gab zunächst einen Überblick über den Tag und stellte die Besonderheiten innerhalb der einzelnen Zielgruppen dar. In der Drogen- und Haftarbeit werde das Thema Hepatitis schon lange mitbearbeitet, dies könne für andere relevante Zielgruppen genutzt werden. Für Männer, die Sex mit Männern haben [MSM], gebe es auch schon viele Erfahrungen mit Hepatitis-Impfkampagnen, der seit Beginn des Jahres anhaltende Hepatitis-A-Ausbruch in mehreren europäischen Städten zeigt jedoch erneut Handlungsbedarf auf. Trotz aller Behandlungserfolge und auch neuer Möglichkeiten durch die neuen HCV-Therapien stellen auch weiterhin Menschen mit HIV eine besondere Zielgruppe dar, da die Ko-Infektion nicht nur in medizinischer Hinsicht, sondern auch, was neue Diskriminierungs- und Stigmatisierungspotenziale betrifft, eine Herausforderung bleibt. Im Folgenden sollte nun zunächst ein Überblick über die epidemiologische Situation sowie Übertragungswege und Besonderheiten der einzelnen Zielgruppen dargestellt werden.

IMPULSREFERAT EPIDEMIOLOGIE

Dr. Ulrich Marcus, Robert Koch-Institut [RKI], stellte in seinem Impulsreferat die aktuellen Daten zur Epidemiologie viraler Hepatitiden in Deutschland dar. Zunächst äußerte Ulrich Marcus sich zur **Prävalenz des Hepatitis-B-Virus [HBV]** in Deutschland. Deutschland zählt im internationalen Vergleich mit einer HBV-Prävalenz von ca. 0,3 Prozent in der Allgemeinbevölkerung zu den Niedrigprävalenzländern. Besonders betroffen seien einzelne Bevölkerungsgruppen: Nach aktueller Studienlage ist unter intravenös [i.v.] Drogengebrauchenden die Prävalenz im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um den Faktor 3 – 5 erhöht, bei Gefangenen um den Faktor 7, bei Menschen mit HIV um den Faktor 5 – 15 und bei Migrant*innen um den Faktor 7 – 12. Das European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC] schätzt, dass die Hepatitis-B-Fälle von Migrant*innen aus 50 Endemie-Ländern zu etwa 50 Prozent der Gesamtzahl der chronischen HBV-Fälle in Deutschland beitragen. Dies ist unter anderen dadurch zu erklären, dass es in diesen Ländern deutlich häufiger zu Chronifizierungen im Kindesalter kommt.

Während der Anteil gegen Hepatitis B geimpfter Kinder vor der Einschulung seit den 1990er Jahren kontinuierlich gestiegen ist und mittlerweile auf hohem Niveau stagniert, werden die besonders vulnerablen Zielgruppen deutlich schlechter erreicht. Dies ist besonders überraschend bei jenen Zielgruppen, die in regelmäßiger ärztlicher Behandlung sind, etwa Substituierte (Impfquote von 19,2 Prozent) und Menschen mit HIV (43,2 Prozent).

HBV Impfung bei Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Hepatitis B-Risiko



Präsentation Dr. Ulrich Marcus, Robert Koch-Institut, 10.08.2017

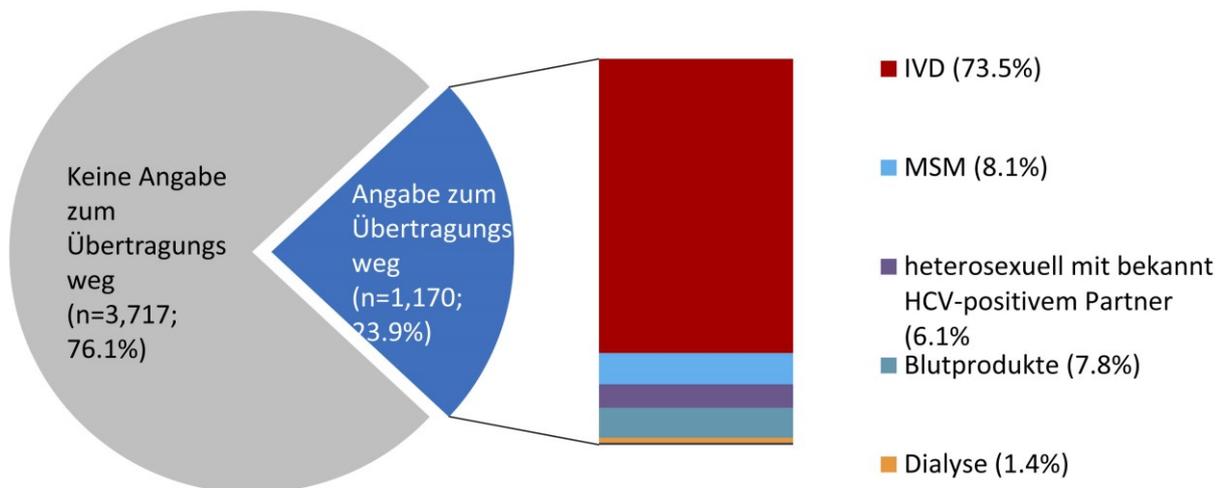
Dr. Ulrich Marcus

Robert-Koch-Institut



Ein vergleichbares Bild, was die einzelnen Zielgruppen angeht, zeigt sich bei der **Hepatitis-C-Prävalenz**. Auch hier herrscht in der Allgemeinbevölkerung mit 0,3 – 0,43 Prozent eine niedrige Prävalenz vor, während sie bei einigen Gruppen deutlich erhöht ist: i.v. Drogengebrauchende sind 150 – 200 Mal, Gefangene 50 – 70 Mal, Menschen mit HIV 20 – 30 Mal und Migrant*innen 4 – 6 Mal stärker vom Hepatitis-C-Virus [HCV] betroffen als die Allgemeinbevölkerung. Laut ECDC-Schätzungen beträgt der relative Beitrag chronischer HCV-Infektionen bei Migrant*innen aus Endemie-Ländern zur Gesamtzahl der chronischen Hepatitis-C-Fälle in Deutschland 53 Prozent. In Bezug auf die einzelnen Übertragungswege geht der Löwenanteil derjenigen gemeldeten Hepatitis-C-Fälle, deren Übertragungsweg bekannt ist, auf i.v. Drogenkonsum zurück (73,5 Prozent), der zweitgrößte Anteil auf mann-männliche Sexualkontakte (8,1 Prozent).

Angaben zum Übertragungsweg bei gemeldeten Hepatitis C-Fällen 2015 (n=4,887)



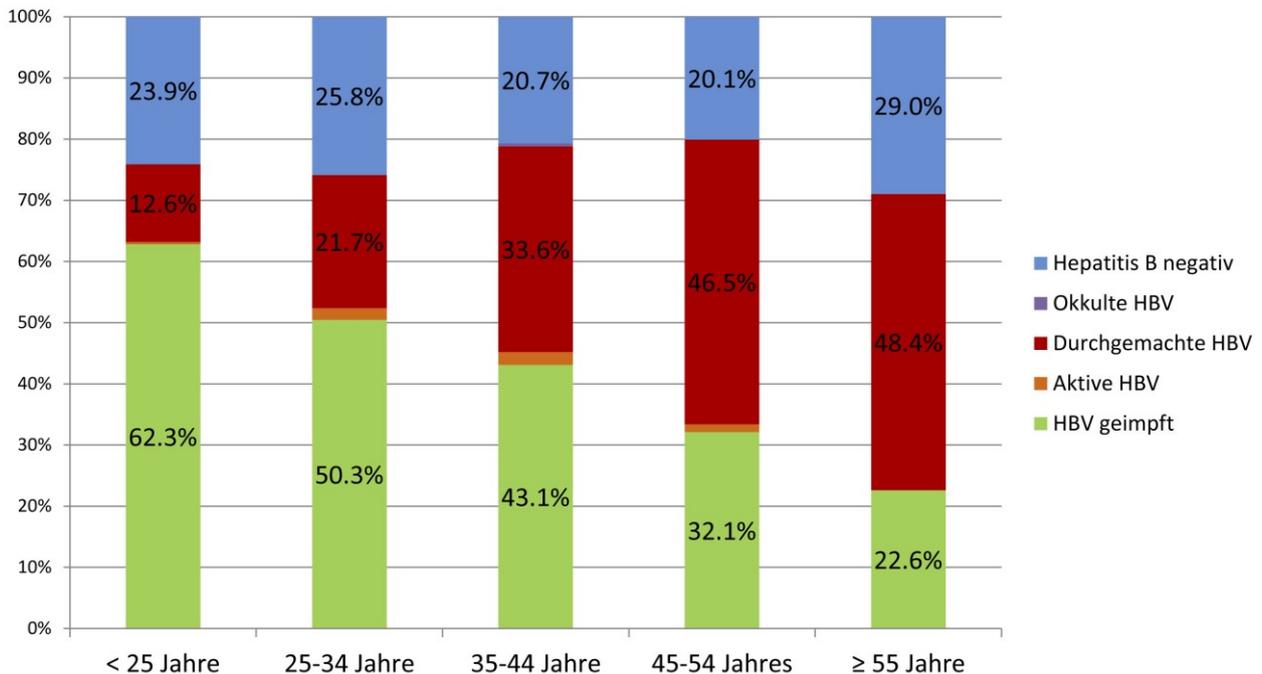
Präsentation Dr. Ulrich Marcus, Robert Koch-Institut, 10.08.2017



Weitere wesentliche Informationen zum Infektionsgeschehen unter i.v. Drogengebrauchenden lieferte die im vergangenen Jahr vom RKI veröffentlichte DRUCK-Studie (Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland).¹ Die HIV-Prävalenz in dieser Gruppe variierte in den acht Studienstädten zwischen 0 und 9 Prozent, die HCV-Antikörper-Prävalenz zwischen 37 und 73 Prozent. Von denjenigen mit aktiver HCV-Infektion waren 85,4 Prozent zuvor diagnostiziert, davon 29,7 Prozent behandelt und lediglich 13,5 Prozent ohne Virusnachweis. Einschränkend hierzu muss erwähnt werden, dass diese Zahlen sich noch auf die Interferon-Therapie beziehen, es wäre laut Ulrich Marcus jedoch naiv zu glauben, dass die Behandlungszahlen bei Drogengebrauchenden

inzwischen wesentlich besser sind. Die Gesamtzahl an monatlichen Verschreibungen von HCV-Medikamenten, welche das RKI auf Grundlage der Apothekenabgabedaten von gesetzlich Krankenversicherten (rund 85 Prozent der Bevölkerung) berechnet hat, verzeichnet nach einem Peak im Jahr 2015 (rund 20.000 behandelte Patient*innen) wieder einen Rückgang (13.200 Personen in 2016). Trotz des Rückgangs sind möglicherweise diejenigen Patient*innen, die bereits in ärztlicher Behandlung waren oder sind, bald „durchbehandelt“, sodass es neben den vom System bisher nicht Erreichten bald v.a. um die Aufdeckung der Dunkelziffer gehen könnte.

**HBV-Serostatus bei HIV-koinfizierten MSM
nach Alter bei HIV-Serokonversion (N=1,838)
HIV-1-Serokonverterstudie 1996 - 2012**



Präsentation Dr. Ulrich Marcus, Robert Koch-Institut, 10.08.2017

¹ Vgl. Robert Koch-Institut (2016): Abschlussbericht der Studie „Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland“. Online verfügbar unter: www.rki.de/druck-studie.

Unter MSM sind zwar nicht ausschließlich, aber insbesondere Männer mit HIV von einer HCV-Infektion betroffen. Als Risikofaktoren wurden in einer Fallstudie aus dem Jahr 2011 vor allem potenziell verletzungsträchtige Sexualpraktiken (z.B. Fisten, Gruppensex), das Sniefen von Kokain oder Amphetaminen und rektale Blutungen nach chirurgischen Eingriffen benannt. Die Frage, ob Kondome verwendet würden, sei hier weniger relevant, wenn die Kondome zum Beispiel bei mehreren Partnern verwendet und so Blutreste weitergegeben werden. Die sexuelle Übertragung von HCV, ohne dass Blut im Spiel ist, sei grundsätzlich auch möglich, spiele epidemiologisch aber keine nennenswerte Rolle.

Anstiege von **Hepatitis-A-Infektionen** führte Ulrich Marcus zu einem auf junge, männliche wie weibliche Geflüchtete aus Hochprävalenzländern zurück (2015/2016), zum anderen auf Männer in der Altersspanne von 18 – 56 Jahren (2016/2017). Zwei Drittel des bundesweiten Inzidenzanstiegs sind auf die Hepatitis-A-Fälle in Berlin zurückzuführen. Eine Querschnittsstudie aus dem Jahr 2017 zeigte gravierende Hepatitis-A- und -B-Impflücken bei MSM in Berlin auf: nur gut 30 Prozent waren vollständig geimpft, trotz Impfempfehlung der STIKO [Ständige Impfkommission]. Im Vergleich waren HIV-positive MSM besser durchgeimpft, auch in dieser Gruppe sind dies jedoch nur ca. 40 Prozent. Auch das Alter spielt eine Rolle: Die Gruppe der unter-30-Jährigen ist am schlechtesten geimpft.

Folgende Schlagworte – und damit mögliche Handlungsfelder - fasste Ulrich Marcus abschließend für die drei relevanten viralen Hepatitiden zusammen:

Hepatitis B

- Hoher Anteil chronischer Infektionen bei Migrant*innen
- Indikationsimpfung bei MSM, IVD [intravenös Drogengebrauchende], Gefangenen nicht ausreichend umgesetzt

Hepatitis C

- Hoher Anteil chronischer Infektionen bei Migrant*innen
- Hyperendemisch bei IVD
- Erhöhte Inzidenz bei MSM nach HIV-Diagnose
- Wie können nicht-Diagnostizierte diagnostiziert werden?
- Wie können marginalisierte Gruppen in Behandlung gebracht werden?

Hepatitis A

- Impfempfehlung für MSM unzureichend umgesetzt



Silke Klumb

Ines Perea

Deutsche AIDS-Hilfe

Bundesministerium für Gesundheit

DISKUSSION STRATEGIE

Matthias Kuske eröffnete die Diskussion zwischen Ines Perea und Silke Klumb zur neuen Strategie der Bundesregierung zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen². Zunächst fragte er Ines Perea, was sich hinter den Schlagwörtern bedarfsorientiert – integriert – sektorübergreifend (BIS) verberge und warum dieser neue Ansatz so wichtig für die Präventionsarbeit sei. Dieser „systemische“ Ansatz, wie Ines Perea ihn nannte, sei unter anderem deshalb wichtig, weil insbesondere von HIV und Hepatitis ähnliche Zielgruppen betroffen und auch die Übertragungswege zum Teil die gleichen seien.

Für den HIV-Bereich gab es schon viele Jahre eine eigene Strategie (die HIV-/AIDS-Bekämpfungsstrategie aus dem Jahr 2005). Lange wurde auch eine Hepatitis-Strategie bzw. ein Hepatitis-Aktionsplan gefordert. Diese Forderungen seien nun in der neuen Strategie in

einem integrierten Ansatz aufgegriffen worden. Als wichtigste Herausforderungen für die Zukunft nannte Ines Perea allgemein die Senkung der Zugangshürden zu Behandlung und Versorgung, sowie insbesondere das Setting Haft und den Zugang zu Migrant*innen, Drogengebrauchenden und anderen Personengruppen, die vom System nicht oder nicht ausreichend erfasst sind. Wichtig sei letztendlich, dass HCV eine Erkrankung ist, die wir tatsächlich weitestgehend eliminieren können, wenn alle mitmachen.

An Silke Klumb gerichtet fragte Matthias Kuske, was sich durch die Entwicklungen der letzten Jahre verändert hätte – Stichworte seien hierbei die DRUCK-Studie, das Thema sexuelle Übertragbarkeit von Hepatitis C bei MSM sowie die neuen HCV-Therapien. Ist die Hepatitisprävention ein expliziter Auftrag für Aidshilfen und welchen Stellenwert hat das Thema in der Deutschen AIDS-Hilfe [DAH]? Gibt es eine Über- oder Unterordnung zwischen den Infektionskrankheiten?

Silke Klumb bezeichnete es als Gewinn, dass es die BIS-2030-Strategie nun gebe, gefühlt sei der integrierte Ansatz aber schon lange gelebte Praxis in der Aidshilfearbeit. Lange Zeit durfte Hepatitis allerdings nicht in Anträgen genannt werden, da die staatliche Förderung auf HIV

² Vgl.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Strategie_BIS_2030_HIV_HEP_STI.pdf.

bezogen war, so dass die Arbeit „unterm Radar“ passieren musste. Insbesondere für Drogengebrauchende und für schwule Männer sei von Anfang an auch über Hepatitis informiert worden, sowohl präventiv als auch über die Behandlung. Der thematische Fokus habe sich aber durchaus verschoben: So war Hepatitis im Bereich Migration früher kein großes Thema, obwohl es auch da natürlich schon immer Ko-Infektionen insbesondere mit Hepatitis B gegeben habe. Auch die DRUCK-Studie habe weitere wichtige Handlungsfelder aufgezeigt.

Eine Hierarchisierung von HIV und Hepatitis lehnte Silke Klumb ab, es gelte zielgruppenspezifisch und nicht getrennt nach Infektionskrankheiten zu arbeiten. Dennoch gebe es natürlich unterschiedliche Herausforderungen und Lösungsansätze. Klaren Handlungsbedarf nannte sie etwa in Bezug auf die Stigmatisierung von Hepatitis-Patient*innen, damit habe man sich – anders als bei HIV – noch nicht ausreichend beschäftigt. Die Hepatitis-Behandlung sei auch ein ganz zentrales Thema, das oft mit der Frage der Moral verknüpft werde. Als besondere Herausforderungen nannte Silke Klumb zum einen die große Zahl an Menschen mit Hepatitis C, die eine Behandlung brauchen und teilweise einen schlechten Zugang zur Therapie haben, und zum anderen die Gefahr der Diskriminierung nach Gruppenzugehörigkeiten und vermeintlicher Schuld. Trotz allem müsse man sich aber auch nicht hinter dem verstecken, was im Bereich Hepatitis schon laufe.

Der integrierte Ansatz der neuen Strategie betont nicht nur die Verschränkung der verschiedenen Infektionen, sondern auch die Vernetzung zwischen allen beteiligten Akteuren. Matthias Kuske fragte die beiden Diskutantinnen, was hierbei die besondere Rolle der Aids-hilfe sein könne. Ines Perea nannte als zentrale Kompetenz der Aidshilfen ihre Entstehungsgeschichte aus der Selbsthilfebewegung heraus, ihren Empowerment-Ansatz und die strukturelle Prävention, die auch gesellschaftliche Verhältnisse in den Blick nimmt. HIV/Aids sei hier Vorreiter bei gesundheitspolitischen Themen gewesen.

Welche Herausforderungen bleiben für die Bundes- und Landesebene? Wie lässt sich die Kooperation zwischen den verschiedenen Akteuren ausbauen? Für NRW wünschte sich Silke Klumb, das modellhafte Beratungs- und Testangebot für Drogengebrauchende, das derzeit an drei Standorten installiert wird, flächendeckend zu implementieren. In Hinblick auf die Ergebnisse der DRUCK-Studie und auch die zurückgehenden Behandlungszahlen müsse die Ärzteschaft stärker mit an Bord geholt werden. Aids- und Drogenhilfen müssten aber auch gemeinsam daran arbeiten, Patient*innen dazu zu befähigen, Impfungen, Behandlungen, etc. einzufordern. Es gelte also beide Seiten zu „bearbeiten“. Die DAH ist an dem Thema schon dran, u.a. werden derzeit spezifische Informationsmaterialien jeweils für Ärzt*innen und Patient*innen („Wartezimmermedien“) entwickelt. Ines Perea schloss sich an, verbesserte Informationsmaterialien seien ein wichtiger Schritt. Eine weitere Möglichkeit seien Gesprächsforen mit der Ärzteschaft, um herauszufinden: Woran hapert es bei der Behandlung? Gibt es Ängste oder Vorbehalte?

Anschließend fragte Matthias Kuske, was bis zum Jahr 2030 im Bereich Hepatitis und HIV erreicht sein sollte. Ines Perea erläuterte, dass die Sustainable Development Goals der Vereinten Nationen klare Ziele definieren würde, die die Bundesregierung erreichen wolle. Aids-Diagnosen sollten durch frühzeitigen Zugang zu Testung und Behandlung verhindert werden (Ending Aids). Hepatitis sollte soweit eliminiert worden sein, dass es seinen Epidemie-Status verloren hat, Infektionsraten müssten signifikant gesenkt worden sein. Im Bereich Stigma und Scham wäre ein weiterer Abbau von Diskriminierung eine zentrale Zielsetzung, hier sei es in der Vergangenheit nicht so schnell vorangegangen wie in anderen Bereichen. Silke Klumb wünschte sich, dass HCV bis 2030 kein Thema mehr in der Allgemeinbevölkerung sei, dass Drogengebrauchende eine Chance haben, vorurteilsfrei behandelt zu werden, und dass die Impfquoten von Hepatitis A und B deutlich steigen. Im Bereich Haft, wo noch die größten Hürden zu nehmen sind, sollte zumindest der Zugang zu freiwilliger und anonymer Testung als Mindeststandard gewährleistet sein.



Dr. Nazifa Qurishi

Praxis am Gotenring (Köln)

IMPULSREFERAT MEDIZIN: Rückblick und wo stehen wir heute?

Nazifa Qurishi, Fachärztin für Innere Medizin, arbeitet in der Gemeinschaftspraxis am Gotenring in Köln mit Schwerpunkt im Bereich Infektiologie, Suchtmedizin und Tropenmedizin. Für den Fachtag stellte sie aus medizinischer Perspektive sowohl für den Bereich HIV/Aids als auch für den Bereich Hepatitis einen Rückblick über vergangene Entwicklungen sowie den aktuellen Stand dar.

HIV/Aids

Im Jahr 2015 gab es 3.674 HIV-Neudiagnosen, davon 134 durch i.v. Drogenkonsum (in 2014 waren dies 110 Fälle, dies entspricht einer Steigerung von 22 Prozent). Aids-Erkrankungen sind seit Einführung der Kombinationstherapie 1996 stark zurückgegangen, für das Jahr 2015 geht das RKI von 800 neu diagnostizierten Aids-Fällen aus. Parallel ist die Lebenserwartung von Menschen mit HIV enorm gestiegen, laut einer britischen Studie übertrifft sie mittlerweile sogar die durchschnittliche Lebenserwartung der Allgemeinbevölkerung, wenn die Viruslast gering und die CD4-Zellzahl ausreichend hoch ist.

Wann sollte auf HIV getestet werden? Nazifa Qurishi stellte die Indikatorsymptome/-erkrankungen vor und nannte als zwei weitere Anlässe eine Schwangerschaft oder Herkunft aus bzw. Aufenthalt in Afrika, Asien oder den Mitgliedsländern der GUS [Gemeinschaft Unabhängiger Staaten]. Das geschätzte Transmissionsrisiko bei verschiedenen Wegen sexueller und nichtsexueller Exposition ist deutlich geringer als gemeinhin erwartet: beim rezeptiven Analverkehr etwa liegt es bei 1 – 3 Prozent, beim Nadeltausch bei 0,7 Prozent und bei einer Nadelstichverletzung bei 0,3 Prozent. Trotz

dieses statistisch sehr geringen Risikos sehen sich Menschen mit HIV auch innerhalb der Ärzteschaft zum Teil immer noch erheblicher Stigmatisierung ausgesetzt. So ist es beispielsweise in einigen Zahnarztpraxen üblich, dass Patient*innen mit einer bekannten HIV-Infektion als letzte behandelt werden, weil die Desinfektionsmaßnahmen sonst zu aufwendig seien. Nach der Transmissionsphase und dem natürlichen Verlauf der HIV-Infektion sprach Nazifa Qurishi über die immer noch gültige Klassifikation des CDC [Centers for Disease Control and Prevention, Gesundheitsbehörde der USA] aus dem Jahr 1993 und Aids-definierende Erkrankungen.

Ziel der HIV-Therapie ist die Hemmung der HIV-Vermehrung. An den verschiedenen Phasen der Vermehrung setzen die verschiedenen Substanzklassen der Antiretroviralen Therapie ein (Fusionsinhibitoren, Integrasehemmer, etc.). Die ersten Einzelsubstanzen gibt es seit 1987 (Azidothymidin, kurz AZT), die Kombinationstherapie seit 1996. Die Therapieregime haben sich im Laufe der Jahre deutlich vereinfacht: Heute ist es üblich, nur noch eine Tablette pro Tag einzunehmen, die ein Kombinationspräparat aus drei Wirkstoffen enthält. Die Vorteile des frühzeitigen Einstiegs in die HIV-Therapie sind heute nahezu unbestritten:

Die START-Studie [Strategic Timing of Antiretroviral Treatment], welche HIV-positive, Therapie-naive Patient*innen mit sofortiger Therapieeinleitung einerseits und Patient*innen mit Therapiebeginn erst nach Abfall der CDC-Zellzahl auf unter 350 oder dem Auftreten von AIDS verglich, wurde frühzeitig abgebrochen, da die Vorteile der frühen Therapie so eindeutig waren.



Ein weiterer medizinischer Aspekt der HIV-Therapie ist die Postexpositionsprophylaxe [PEP]. Diese kann nach einem potenziellen Risiko (so schnell wie möglich innerhalb von 2 – 24 Stunden, nicht später als 72 Stunden) von einer HIV-negativen Person eingenommen werden, um die Infektion zu verhindern. Eingesetzt werden dafür übliche Wirkstoffe der HIV-Therapie, die Standardprophylaxe besteht aus zwei Tabletten Isentress® und einer Tablette Truvada® pro Tag über 28 – 30 Tage. Eine PEP ist nicht immer notwendig, sondern nur, wenn es auch ein echtes Risiko gab – dieses wird in den Deutsch-Österreichischen Leitlinien zur Postexpositionellen Prophylaxe der HIV-Infektion³ klar eingegrenzt. Eindeutig indiziert ist die PEP nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr mit einer bekannt HIV-infizierten Person, deren Viruslast über 1.000 Kopien/ml liegt oder deren Behandlungsstatus nicht eruierbar ist. Bei unbekanntem HIV-Status kann eine PEP angeboten werden, wenn es zu ungeschütztem Analverkehr zwischen Männern oder zu ungeschütztem heterosexuellen Anal- oder Vaginalverkehr mit aktiv i.v. Drogen gebrauchenden Partner*innen, bisexuellen Partnern oder Partner*innen aus einer Hochprävalenzregion gekommen ist. Die statistische Expositionswahrscheinlichkeit liegt in diesen Fällen etwa bei 1:100. Bei sonstigem heterosexuellen Anal- oder Vaginalverkehr oder auch bei ungeschütztem Oralverkehr und unbekanntem HIV-Status besteht keine PEP-Indikation.

Zusammenfassung

- Bessere und effektivere Therapien ermöglichen:
 - ein längeres symptomfreies Überleben
 - eine geringere Infektiösität
- Konzept: treatment as prevention
- Anpassung der Post-Expositionsleitlinien
- Bei hoher Dunkelziffer Indikatorerkrankungen als Anlass zum Test nehmen
- Heilungsmöglichkeiten bleiben fraglich

³ Vgl. <https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/Deutsch-Osterreichische%20Leitlinien%20zur%20Postexpositionellen%20Prophylaxe%20der%20HIV-Infektion.pdf>.

Hepatitis

Eine Hepatitis (Leberentzündung) kann sowohl durch virale als auch nicht-virale Ursachen (medikamentös-toxische Ursachen, Autoimmunerkrankungen, genetische Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Bakterien/Parasiten/Pilze) ausgelöst werden. Von den viralen Erregern, die für den Fachtag von Interesse waren, konzentrierte Nazifa Qurishi sich auf die Hepatitis C.

Die Symptome einer HCV-Infektion sind unspezifisch (z.B. Fatigue-Syndrom, diffuses Krankheitsgefühl, Gelenkbeschwerden, Schlafstörungen, Gewichtsverlust, abdominelle Beschwerden, Konzentrationschwäche, Depression). Ähnlich wie bei der HIV-Therapie setzen die zur Verfügung stehenden Wirkstoffe gegen HCV an verschiedenen Stufen des Vermehrungszyklus an – anders als bei HIV ist jedoch nicht nur eine Unterdrückung des Virus, sondern eine vollständige Eliminierung möglich. Nach den seit Anfang der 1990er Jahre verfügbaren Interferon-basierten Medikamenten, die eine äußerst langwierige und nebenwirkungsreiche Therapie mit vergleichsweise geringen Heilungschancen mit sich brachten, stehen seit 2014 die hoch wirksamen Direct Acting Antivirals [DAAs] zur Verfügung. Die Behandlungszeit wurde mit den neuen Medikamenten von sechs bis zwölf Monaten auf acht bis zwölf Wochen verkürzt, die Nebenwirkungen deutlich reduziert und die Heilungschancen auf bis zu 98 Prozent erhöht.⁴ Bei vielen Patient*innen ist die Viruslast schon nach vier Wochen Behandlungszeit unter der Nachweisgrenze. Das große Manko der neuen Therapien sind die hohen Preise der Medikamente. Nach astronomisch hohen Preisen zu Beginn der Zulassung gab es mittlerweile bereits einige Preissenkungen, so ist seit August 2017 Epcclusa® - die erste „pangenotypische“ Kombi-Tablette, die also wirksam gegen alle HCV-Genotypen ist – für 17.478,72€ pro Monat erhältlich.

Trotz der hohen Preise sei die Therapie wirtschaftlich, so Nazifa Qurishi. Aus ihrer Praxis berichtete sie von einer ausgezeichneten Compliance bei Suchtpatient*innen. Trotzdem würde in Köln nur in wenigen suchtmedizinischen Praxen behandelt, argumentiert werde dabei mit dem Preis oder mit der Aussage, die Behandlung sei zu kompliziert. Dieses Problem wird im Anschluss auch im Plenum weiter diskutiert. Oftmals wird nicht aus medizinischen, sondern moralischen Gründen nicht behandelt: Aussagen wie „Die haben das nicht verdient“ scheinen in den Debatten oft mitzuschwingen.

Zusammenfassung

- Gute Aufklärung, engmaschige Betreuung während der Behandlung und psychiatrische Mitbehandlung sind wichtig, Alkoholbeigebrauch sollte unterbleiben
- Hoher Nutzen der Therapie
- Reduziertes Karzinomrisiko (Surveillance weiterhin notwendig)
- Ende der HCV-Stigmatisierung, keine Ansteckungsgefahr mehr
- Besseres körperliches Befinden
- Erfolgserlebnis und Motivationsschub für Arzt und Patient

⁴ Von einer erfolgreichen Heilung spricht man, wenn der Virus 12 Wochen nach Abschluss der Therapie weiterhin nicht nachweisbar ist (*Sustained Virologic Response*, kurz SVR). Wenn die HCV-Infektion wieder ausbricht, spricht man von einem *Relapse*.

Nach den Impulsreferaten und Diskussionen des ersten Teils folgten am Nachmittag die Foren zu den verschiedenen Zielgruppen. Hier sollten zielgruppenspezifische Zugangshürden zu Prävention, Beratung und Test und Behandlung dargestellt, Best-Practice-Beispiele aufgezeigt und möglicher Verbesserungs- und Weiterentwicklungsbedarf für die Zukunft diskutiert werden.

FORUM 1

Drogengebrauchende:

DRUCK machen für einen besseren Zugang!

Spätestens seit der DRUCK-Studie des RKI wissen wir, wie stark Drogengebrauchende von HCV und HIV betroffen sind. Als eine Konsequenz aus den Studienempfehlungen werden derzeit an drei Standorten in NRW niedrigschwellige Beratungs- und Testangebote, verbunden mit Anbindung ans Versorgungssystem, implementiert bzw. ausgebaut. Diese drei Einrichtungen (Düsseldorfer Drogenhilfe, Café Kick in Dortmund, Kontaktladen Café KoKo in Troisdorf) stellten in diesem Forum ihre Projekte vor und luden zur Diskussion ein, wie auch in anderen Aids- und Drogenhilfen gemeinsam Verbesserungen im Zugang zu Angeboten der Prävention, Beratung und Test und Behandlung in die Vor-Ort-Arbeit realisiert werden können.

Zu Beginn stellte Dr. Sandra Dybowski, Leiterin des Referats AIDS, Sucht und Drogen im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, das geplante Modellprojekt vor. Konzeptioniert wurde das Projekt vom Bundesministerium für Gesundheit, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Deutschen AIDS-Hilfe als Reaktion auf die Ergebnisse und Empfehlungen der DRUCK-Studie. Ziel ist der Ausbau der niedrigschwelligen Drogenhilfearbeit, von lebensweltnahen Beratungs- und Testangeboten für HIV und Hepatitis sowie die verbesserte Weiterverweisung ans



Moderation

Axel Hentschel

JES NRW

Medizinsystem. Das Land NRW hat sich dem Projekt angeschlossen und vorbehaltlich der Finanzierungszusage geplant, zusätzlich zu den zwei vom Bund finanzierten Projekten einen weiteren Standort zu fördern.

Einer der drei Projektstandorte ist die **Düsseldorfer Drogenhilfe**, die von Jutta Eisenhauer, Bereichsleitung der Überlebenshilfe, vorgestellt wurde. Die Düsseldorfer Drogenhilfe besteht seit 40 Jahren und umfasst eine Notfallhilfe, eine drogentherapeutische Ambulanz (DTA), einen Konsumraum, Beratungs- und Präventionsangebote sowie Wohnraum. Die Einrichtung hat 365 Tage im Jahr geöffnet. Im Jahr 2015 haben die Angebote 949 Menschen erreicht; 2016 wurden über 1.000 Menschen erreicht. Durchschnittlich finden 145 Konsumvorgänge pro Tag im Konsumraum statt. 2015 fanden dort 237 Erstkontakte statt, es wurden 82 nicht krankenversicherte Menschen erfasst, fast zehn Prozent. Dies ist von erhöhter Relevanz auch für Impfungen und die Therapie. Seit 2015 werden in Kooperation mit der Aidshilfe Düsseldorf und einem Arzt des Gesundheitsamts die „Gelben Tage“ angeboten. Diese sollen zu Hepatitis-A-/B-Impfungen sowie HIV-Tests motivieren. Die Arbeit der Drogenhilfe Düsseldorf wird durch Personalmangel und fehlende Ressourcen erschwert.

Zum 1. September 2017 ist der Start des Projekts in Zusammenarbeit mit Bund und Ländern angedacht, geplant ist eine Finanzierung bis zum 31. August 2019. Konzeptionelle Ansätze für die Verwendung einer finanziellen Förderung beinhalten die Beschäftigung einer Person für acht Stunden pro Woche aus dem Bereich Soziale Arbeit/Pflege. Das Impfungs- und Testangebot soll, begleitet von einem Honorararzt bzw. einer Honorarärztin, ausgebaut werden. Denkbar wäre zusätzlich ein Finanzierungstopf für Nicht-Versicherte. Das Bekanntmachen des erweiterten Angebots soll über das Bewerben auf der Webseite, auf Autos, in Substitutionspraxen und durch den Schneeballeffekt erfolgen.

Nicolas Böhlig stellte die Arbeit des **Kontaktladens Café KoKo** vor. Der Kontaktladen wird in einem vergleichsweise ländlichen Setting in Troisdorf betrieben, Träger ist das Diakonische Werk. Er ist an die Beratungsstelle in Siegburg angegliedert, wird aber bewusst dezentral organisiert. Aktuell ist der Kontaktladen vier Stunden täglich geöffnet, pro Tag wird er von etwa 30 bis 40 Besucher*innen frequentiert. Ca. 40 Prozent haben einen Migrationshintergrund. In 2015 wurden 350 Personen erreicht, wovon ca. zehn Prozent Frauen sind. Monatlich gibt es ungefähr 15 Neukontakte. Das Hauptangebot besteht aus Präventions- und Informationsarbeit sowie Beratung. Es gibt Duscmöglichkeiten, eine Waschmaschine und die Möglichkeit, günstiges Essen zu erwerben.

Der Ausbau der Angebote im Rahmen des Modellprojekts soll zum 1. Oktober 2017 erfolgen. Schwerpunkt wird hierbei auf ein verstärktes Gesundheitsmanagement gelegt, welches eine intensivere Zusammenarbeit mit Ärzt*innen beinhaltet. Zusätzliches Personal soll außerdem aus Krankenpflege und Sozialarbeit kommen.

Die kostenlosen Beratungs- und Testangebote sollen durch längere Öffnungszeiten ausgebaut werden.

Der dritte Projektstandort, die **Drogenhilfeeinrichtung Kick** bzw. Café Kick in Dortmund, wurde von deren Leitung Jan Sosna vorgestellt. Es werden HIV- und Hepatitis-Tests sowie Impfungen angeboten. Seit 2010 existiert das Modellprojekt „Test it“, welches aufgrund von positiver Resonanz aktuell vorübergehend aus Eigenmitteln fortgeführt wird. Das Café Kick in Dortmund erfährt eine steigende Nutzernachfrage. Problematisch ist hierbei, dass deutlich zu wenige Ressourcen vorhanden sind, um das bestehende Angebot aufrecht zu erhalten.

Der Ausbau des Modellprojekts ist deshalb notwendig, da Tests durchgeführt werden können, aber bisher keine Verknüpfung zur Behandlung besteht. Es besteht der Kontakt für eine direkte Kooperation mit einem Arzt (Checkpoint-Modell), welcher über Zuschüsse als Case Manager fungieren könnte.

Im Anschluss an die Berichte aus den Institutionen wurde die Frage nach den substituierenden Ärzt*innen aufgegriffen. Eine verbesserte Kooperation in Bezug auf Impfungen, Tests und notwendige Behandlungen wurde von allen Institutionen gewünscht.

Zusammenfassend wurde festgehalten, dass der Alltag in den Kontakträumen der Institutionen häufig von anderen Themen als speziell der Hepatitis-Prävention und Beratung geprägt wird. Hepatitis ist aktuell kein Kernthema. Um dies zu verändern, müssen kooperierende Organisationen gesucht werden, um explizite „Hepatitis-Lobbyisten“ zu engagieren.



Moderation

Bärbel Knorr

Deutsche AIDS-Hilfe

FORUM 2

Menschen in Haft: HIV und Hepatitis hinter Gittern

Seit den Anfängen der Aidshilfearbeit gehört die Prävention, Beratung und Begleitung von Menschen in Haft zu einer der Aufgaben der Aids-hilfe NRW und ihrer Mitgliedsorganisationen. Schwerpunkt war dabei zunächst HIV/Aids, dies hat sich jedoch zunehmend auch auf den Bereich Hepatitis ausgeweitet. Im Zuge dieser Entwicklung sollten im Forum 2 folgende Fragen bearbeitet und diskutiert werden: Welche Bedarfe bestehen in Bezug auf eine integrierte Strategie zu HIV/Aids und Hepatitis in Haft, welche angedachten oder laufenden Projekte und welche Ideen für die Zukunft gibt es? Welche Wünsche hat der Justizvollzug an Aidshilfen und wie kann eine Kooperation im Sinne aller gelingen?

Bärbel Knorr eröffnete das Forum 2 mit einigen Daten aus dem Justizvollzug in NRW. Es gibt keine gesonderten Leitlinien für die HIV- oder HCV-Behandlung für Menschen in Haft, die am Vormittag vorgestellten Behandlungsstandards gelten also innerhalb wie außerhalb der Gefängnismauern. Die Zahlen sprechen jedoch eine andere Sprache. Es gibt 36 Justizvollzugsanstalten in NRW mit 16.265 Gefangenen (Stand 10/2015). Davon sind laut offizieller

Statistik 3.764 opiatabhängig, wovon wiederum 38 Prozent (1.441) substituiert werden, was im bundesweiten Vergleich eine hervorragende Zahl sei. Nach jüngster verfügbarer Studienlage⁵ liegen bei rund 21 Prozent aller Inhaftierten HCV-Antikörper vor, das wären auf NRW hochgerechnet 2.500 bis 3.000 Gefangene. Bis 2015 haben ca. 20 Gefangene in ganz NRW eine HCV-Behandlung erhalten, was einer Behandlungsquote von rund 0,7 Prozent entspräche. Gehen wir von 2.500 HCV-infizierten Gefangenen und Kosten von 35.000 € pro Behandlung aus, würde es den Justizvollzug 87.500.000 € kosten, alle zu behandeln.

⁵ Radun, D./Weilandt, C./Hamouda, O.: Querschnittsstudie zur Prävalenz von Hepatitis B, Hepatitis C, HIV und infektionsrelevantem Risikoverhalten unter Insassen ausgewählter Justizvollzugsanstalten in Deutschland in Verbindung mit einer Befragung von Justizbediensteten zu Wissen, Einstellungen, Risikobewusstsein und Verhalten zu Hepatitis B, Hepatitis C, HIV und Drogenkonsum. Abschlussbericht an das BMG 2007, Robert Koch-Institut, Wissenschaftliches Institut der Ärzte in Deutschland (WIAD e.V.).

Welche Kriterien muss man also erfüllen, um zu den ausgewählten 0,7 Prozent zu gehören, die in den Genuss einer HCV-Behandlung kommen? Die anwesenden Vertreter*innen des Justizministeriums berichteten, dass in der Regel diejenigen Gefangenen, die bei ihrem Anstaltsarzt bzw. ihrer Anstaltsärztin entsprechenden Bedarf anmelden, ins Justizvollzugskrankenhaus [JVK] NRW in Fröndenberg überwiesen und dort vorgestellt werden. Dort werde entsprechend der Leitlinien entschieden, ob eine Behandlung eingeleitet wird. Der Anteil der Inhaftierten, die sich aus Eigeninitiative heraus bei ihrem Arzt oder ihrer Ärztin bezüglich einer HCV-Behandlung vorstellen, sei jedoch gering, die HIV-Sprechstunde sei im Vergleich akzeptierter und besser angenommen.

Eine Teilnehmerin bezeichnete den Umweg über das JVK als Selektionsprozess und fragte, warum die Behandlung nicht direkt in den jeweiligen JVAen eingeleitet werde. Eine weitere Frage aus dem Teilnehmerkreis lautete, ob bei Eingang allen Gefangenen ein HCV-Test angeboten werde. Die Vorstellung im JVK diene dazu, in NRW landesweite Qualitätsstandards und Gleichbehandlung in allen Anstalten sicherzustellen, wurde hierzu erläutert, und sowohl ein HIV- als auch ein HCV-Screening würden allen Inhaftierten angeboten, auch mehrsprachig. Auch hier käme es jedoch auf die Freiwilligkeit und Eigenverantwortung der Inhaftierten an und nicht alle würden die Tests auch annehmen.

Hierzu wurde erläutert, dass das Bewusstsein für HCV im Gegensatz zu HIV nur sehr gering ausgeprägt sei. Eine Hepatitisinfektion wird eher ausgeblendet als eine HIV-Infektion, und vielen Gefangenen sei gar nicht klar, was sie von einem Test und bei einem positiven Ergebnis von einer Behandlung hätten. Als weitere Barriere zum Test bezeichnete Bärbel Knorr die Nichteinhaltung der ärztlichen Schweigepflicht in Haft: NRW gehöre zu den wenigen Ländern, in denen die Offenlegung des Infektionsstatus üblich sei, HIV- oder HCV-positive Gefangene würden in den Akten und im EDV-System mit dem Vermerk „Infektionsgefahr/Blutkontakt

vermeiden“ gekennzeichnet. Auch dies halte viele davon ab, sich testen zu lassen. Seitens des Justizministeriums wurde berichtet, dass diese Kennzeichnung auf der Agenda stehe und die Diskussion dahin gehe, das abzuschaffen. Diese Praxis verschaffe den Bediensteten eine falsche Sicherheit, fügte eine Teilnehmerin hinzu – bei Bediensteten sollten die gleichen Standards gelten wie bei Inhaftierten, die den Infektionsstatus ihrer Mitgefangenen auch nicht kennen und sich dementsprechend auch allen gegenüber gleich verhalten sollten. Insofern sei die derzeit noch übliche Regelung nicht nur sinnlos, sondern erhöhe auch noch das Diskriminierungspotenzial gegenüber infizierten Gefangenen.

Noch einmal aufgegriffen wurde der Überweisungsvorgang ins JVK, welcher in jedem Einzelfall von der Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und dem Gefangenen/der Gefangenen abhängt, eine freie Arztwahl gebe es in Haft schließlich nicht. Hier kommen häufig auch Haltungsfragen der jeweiligen Ärzt*innen ins Spiel. Möglicherweise sei es eine Aufgabe der Ärztekammern oder der Dienstbesprechung der Medizinischen Dienste, solche Haltungsfragen anzusprechen. Es gebe jedoch kein Interesse seitens der Ärzt*innen im Vollzug, die Menschen von einer Behandlung abzuhalten, so das Justizministerium, und bei der überschaubaren Anzahl von Anstaltsärzt*innen in NRW gebe es auch keine mit einer absoluten Anti-Haltung. Das Problem sei, die Gefangenen gut aufzuklären – hierfür sei die Zusammenarbeit mit Aids- und Drogenhilfen wichtig und dafür gebe es auch entsprechende Mittel.

Eine weitere Frage an die Vertreter*innen des Justizvollzugs lautete, ob eine Behandlung unabhängig von der noch verbliebenen Haftzeit ermöglicht werde, oder ob es eine Grenze gebe, ab der eine Behandlung nicht mehr in Frage kommt. Die Behandlung müsste während der Inhaftierung abgeschlossen werden, so die Antwort, da nach der Entlassung eine Fortführung nicht sichergestellt sei. Beikonsumfrei und stabil substituiert zu sein würde dazu beitragen, eine Behandlung durchzuführen.



In Hinblick auf die Kostenfrage der HCV-Medikamente wies Bärbel Knorr darauf hin, dass die Regressangst, die viele Ärzt*innen zunächst gehabt hätten, auch bei den Medizinischen Diensten angekommen sei und Behandlungen erschwere. Hinzu kommen moralische Fragen, etwa ob die Gefangenen eine Behandlung überhaupt „verdient“ hätten – insbesondere hinsichtlich der nun viel besser verträglicheren und nebenwirkungsärmeren Therapie, die man ja gar nicht merken würde, anders als es bei der Interferon-basierten Therapie noch der Fall war. Um bei all diesen Punkten weiterzukommen, brauche es eine klare Haltung des Justizministeriums: Wo wollen wir hin mit der Behandlung und wie erreichen wir das?

Nach diesem ersten Austausch fragte Bärbel Knorr nach bereits bestehenden Projekten sowie möglichen Versorgungslücken und Bedarfen im Vollzug. Wie stehe es zum Beispiel um die **Bereitstellung von Injektionszubehör** als Präventionsmaßnahme? Eine Teilnehmerin äußerte hierzu, dass es wenig neue überzeugende Erkenntnisse gebe, die dafür sprechen. Bärbel Knorr verwies daraufhin auf die Evaluation der Spritzenvergabe-Projekte in Deutschland.⁶ Trotz positiver Befunde stünden aktuell nur 86 der ca. 63.000 Gefangenen in Deutschland sterile Spritzen zur Verfügung. Anders als bei der Kondomnutzung beim Sex bedeute die Benutzung sauberen Injektionszubehörs nicht einmal einen „Verlust des Rausches“.

⁶ Vgl. z.B. Jacob, Jutta/Keppler, Karlheinz/Stöver, Heino (Hrsg.) (2001): LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug. AIDS-Forum DAH Band 42 – Teil 1. Online verfügbar unter: https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/Band-42-1-Lebhaft-klein_online.pdf.

Eine weitere Möglichkeit sei die Motivation zur **Umstellung auf schadensminimierende Konsumformen**, etwa Rauchfolien, wie eine Teilnehmerin vorschlug. Außerhalb von Haftanstalten seien Rauchfolien als Alternative zum Injizieren als Harm-Reduction-Maßnahme längst etabliert, mittlerweile würden fast 50 Prozent der Konsumvorgänge in den Drogenkonsumräumen in NRW auf diese Konsumform fallen. Seitens des Justizvollzugs wurde geäußert, dass es gut sei, wenn die Gefangenen solche Alternativen kennen – beibringen könne man sie ihnen aber nicht. Wenn keine sterilen oder alternativen Konsummaterialien zur Verfügung stehen, müsste man sich mit den im Haftalltag gegebenen Möglichkeiten auseinandersetzen. Inwieweit sind zum Beispiel die in Haft vorhandenen Reinigungsmittel dafür geeignet, Spritzen zu desinfizieren? Grundsätzlich, so Bärbel Knorr, sei es wichtig sich mit den Lebensrealitäten der Gefangenen, die sich in der Regel nicht von der Hausordnung beeindrucken lassen, auseinanderzusetzen. Ein weiterer Aspekt dieser Realität in Haft, obwohl offiziell untersagt, ist das **Tätowieren und Piercen**, wie eine Teilnehmerin anmerkte. Die Inhaftierten nutzten hierzu Mittel und Wege, die man sich draußen nicht einmal vorstellen könne. Zu dem Thema gibt es ein bemerkenswertes Projekt in Luxemburg, in dem Gefangene zu Tätowierern ausgebildet werden, steriles Werkzeug zur Verfügung gestellt bekommen und ihre Mitgefangenen unter hygienischen Bedingungen und unter Aufsicht tätowieren können.

Ein weiterer Fokus wurde auf verschiedene Arten der **Informationsvermittlung und Fortbildung** gelegt. Neben der wichtigen Vorbereitung auf die Haftentlassung wäre es möglicherweise auch sinnvoll, in Aids- und Drogenhilfen Kurse zur „Haftvorbereitung“ anzubieten, um die Menschen auf die Bedingungen, die sie in Haft zu erwarten haben, vorzubereiten.

Spezifische Printmaterialien für Bedienstete wurden seitens der DAH entwickelt, so Bärbel Knorr, und stehen vor dem Druck. Die jeweiligen Medien hätten aber ohnehin nur unterstützenden Charakter, das Wichtigste sei der personalkommunikative Anteil. Präventionsveranstaltungen sowohl für Bedienstete als auch Gefangene gibt es bereits, diese sind jedoch noch deutlich ausbaufähig. Möglich wäre es zum Beispiel, verstärkt in bestehende Gruppen und Kurse sowohl für Gefangene als auch Bedienstete reinzugehen. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf dem Allgemeinen Vollzugsdienst, der laut einer Teilnehmerin besonders schwer zu motivieren sei; hier könne man in Unterrichtseinheiten der Anwärter*innen hineingehen.

Abschließend wurde über den Zusammenhang zwischen Haftaufenthalt und HCV-Infektionen diskutiert, den die DRUCK-Studie aufgezeigt hat. Die Dauer und Häufigkeit von Haftaufenthalten ist mit einem erhöhten HCV-Risiko assoziiert, so die Studie, unabhängig von weiteren untersuchten Risikofaktoren. Kontrovers diskutiert wurde über mögliche Kausalitäten. Ein wesentlicher Faktor scheint der häufige Wechsel zwischen Inhaftierung und Freiheit zu sein. Dementsprechend sei das Übergangsmanagement Sucht ein wichtiges Instrument. Ein ergänzendes Projekt sei gerade in Planung, wie berichtet wurde.

Bärbel Knorr wies außerdem auf das Präventionsforum Haft vom 27. bis 28. September 2018 in Berlin hin, zu dem die Deutsche AIDS-Hilfe Gesundheitsämter und Justizvollzugsanstalten eingeladen hat. Im Fokus stehen sollen die Hygienepläne, die jede Justizvollzugsanstalt vorzuhalten hat und die offenbar derzeit noch nicht hinreichend genutzt werden, um Infektionskrankheiten in Haft einzudämmen. Viele der in diesem Forum diskutierten Punkte könnten auf dieser bundesweiten Veranstaltung weiter vorangetrieben werden.





Moderation

Matthias Kruske

FORUM 3

Schwule und andere MSM:

Wer A sagt, muss auch B sagen ... und C!

Seit Ende 2016 steigen die Infektionszahlen der Hepatitis A insbesondere bei schwulen Männern. „ICH WEISS WAS ICH TU“ hat mit einer medialen Impfkampagne bereits darauf reagiert. In unseren Herzenslust-Trainings und Präventionskontakten vor Ort stellen wir immer wieder fest, dass es viele Schwule und andere MSM gibt, die noch nicht geimpft sind. Wie bekommen wir erneut kostenfreie Impfaktionen in unsere Konzepte integriert und wie kommunizieren wir zum Thema Hepatitis C und „Safer Sex mit und ohne Kondom“ in der Prävention?

Folgende Leitfragen sollten im dritten Forum bearbeitet werden:

- Was bringt ihr an Erfahrung mit?
- Was habt ihr schon gemacht?
- Wo gibt es noch Bedarf?
- Was können wir entwickeln (Projekte)?
- Wie bekommen wir besseren Zugang?

Zu Beginn berichtete Jürgen Piger über die Hepatitis-A-/B-Impfkampagne im LSBT*-Jugendzentrum anyway in Köln. Zielgruppe der Kampagne waren Jugendliche, die das Café besuchten. Grundsätzlich ist die Jugendarbeit immer mit der Frage beschäftigt, wie das Thema HIV und STIs „unpädagogisch“ vermittelt werden kann. An sechs Terminen im Jahr kam

ein Schwerpunkt-Arzt und bot Impfungen gegen Hepatitis A und B an. Es wurden alle Kölner Schwerpunktärzt*innen angesprochen, von denen sich einer bereit gezeigt hat, das Projekt zu unterstützen. Die Jugendlichen bekamen dieses Angebot natürlich mit und haben viel darüber gesprochen. Die Jugendlichen wurden vom Arzt beraten und mussten ihre Krankenkassenskarte vorzeigen. Der Arzt war ehrenamtlich tätig. Das Projekt wurde als relativ unkompliziert bzw. niedrigschwellig wahrgenommen. Teilweise nahmen pro Abend zehn bis zwölf Jugendliche am Angebot teil. Das Durchschnittsalter der Nutzer*innen des Angebotes lag bei 19 Jahren.

Auf diverse Rückfragen der anderen Teilnehmenden erläuterte Jürgen Piger weiter, dass das Impfprogramm irgendwann eingestellt wurde, weil alle Besucher*innen durchgeimpft waren. Zum genauen Ablauf erklärte er, dass für die Nachimpfungen Termine mit dem Arzt ausgemacht wurden, entweder vor Ort, in der Praxis des kooperierenden Arztes oder beim eigenen Arzt bzw. der eigenen Ärztin. Die Notwendigkeit von Folgeimpfungen wurde besprochen, es gab jedoch keinen „Kontrollmechanismus“.

Ein Teilnehmer betont, dass es wichtig zu wissen ist, dass man ein Recht auf diese Impfung hat. Schwule und andere MSM sowie allgemein junge, sexuell aktive Menschen bis 18 Jahren müssen die Hepatitis-A- und Hepatitis-B-Impfung kostenfrei bekommen.

Oliver Schubert, Aidshilfe NRW, fragte in die Runde, warum denn anscheinend zu wenige schwule Männer und andere MSM geimpft sind. Wenn schon „Deutschland sucht seinen Impfpass“ als Kampagne gestartet und bekannt ist, dann scheinen doch Schwierigkeiten und Unregelmäßigkeiten im Impfwissen- und Verhalten durchaus bekannt und gegeben zu sein. Sich impfen zu lassen klingt einfach, scheint aber für viele komplizierter und aufwendiger zu sein als angenommen. Eine der Hauptaufgaben scheint zu sein, die Hepatitis-A-/B-Impfung immer wieder innerhalb der Community in Erinnerung zu rufen. Hier sind die Herzenslustgruppen und Aidshilfen gefordert.

Ein grundsätzlicheres Problem scheint es zu sein, dass Männer seltener zum Arzt bzw. zur Ärztin gehen, es sei denn, es gibt einen akuten Anlass. Dies wird auch von Berater*innen in Testangeboten bestätigt. Diskutiert wird weiter, wie man es schaffen kann, das Bewusstsein für die eigene Gesundheit zu erhöhen, ohne den Menschen alles abzunehmen. Das Ziel sollte es eher sein, zu informieren und aufzuklären, und auf dieser Grundlage müssen die Zielgruppen dann ihre eigenen Entscheidungen treffen. Wichtig ist es, den gesamten Themenkomplex „sexuelle Gesundheit“ näherzubringen. Dies muss sich auch in der Vielfalt der Angebote widerspiegeln. Zum Beispiel könnte man in den Checkpoints eine Titer-Bestimmung anbieten, sodass man die Leute erst einmal auf ihren Impfstatus aufmerksam machen kann. Ein weiterer Vorschlag ist eine Checkliste für Arztbesuche, ähnlich wie der PrEP-Pass des Präventionsprojekts Hein & Fiete in Hamburg [PrEP = Prä-Expositionsprophylaxe], aber allgemeiner auf schwule sexuelle Gesundheit bezogen. Ein Teilnehmer berichtet, dass im gayromeo-

Health-Chat viele Männer mit veraltetem Wissen aufwarten. Auch wichtig sei es, solche alten Wissensstände und Falschinformationen, die zum Teil im Internet kursieren, richtigzustellen bzw. zu erläutern, zum Beispiel die Nachwirkungen einer Impfung. Auch aufgeworfen wurde die Idee einer Reminder-App, die einen über häufige Fragen aufklärt (Habe ich begründete Ängste vor einer Impfung? Erstattet meine Krankenkasse die Kosten? Gegen was muss ich mich impfen lassen und wann sind Folgeimpfungen notwendig?).

Wie breit sollte der Ansatz gewählt werden? Ein Teilnehmer fragte, warum eine Hepatitis-A-/B-Impfung nicht grundsätzlich vorgeschrieben ist, und regte außerdem an, vermehrt Impftage im niedrigschwelligen Rahmen durchzuführen. Ein weiterer Teilnehmer widersprach, dass es auch nicht effektiv sei, immer gegen alles zu impfen und auf alles zu testen. Wenn jemand kein Risiko hatte, ergeben Tests auch keinen Sinn – „Je mehr, desto besser“ sei deshalb nicht die richtige Strategie, wenn es um Impfungen und Testungen geht.

Im Anschluss an die Diskussion zu Impfungen wurde die Aufmerksamkeit auf die Themen Hepatitis C, PrEP und auch Chemsex als Setting gerichtet. Oliver Schubert formulierte als provokante Eingangsthese, dass es derzeit einen Kampf gebe zwischen Schwulen und anderen MSM, die konsequent Kondome beim Sex nutzen (wollen), und denen, die in die Medikamenten-gestützte Prävention (Schutz durch Therapie, PrEP) eingestiegen sind. Die Kondomverfechter bringen immer wieder steigende Zahlen von STIs mit in die Diskussion ein, die aber gut behandelbar sind. Matthias Kuske fragte hierzu, ob die Hepatitis C nur eine weitere STI sei oder sie eine besondere Rolle spiele.

Berichtet wurde von den Teilnehmenden, dass eine Ärztin auf die Frage hin, wie oft sie jemanden mit einer HCV-Infektion behandeln würde, sagte, sie würde ihn auch zum sechsten Mal behandeln. In einer Solidargemeinschaft im Gesundheitssystem gehöre das nun einmal dazu. Auch ein anderer Teilnehmer bestätigte,

dass jede Infektion zu behandeln sei, egal woher man sie bekommen habe.

Trotzdem geht Hepatitis C mit einer vergleichsweise höheren Stigmatisierung einher als etwa ein Tripper oder Feigwarzen, so hört man es öfter aus der Positiven-Community. Es kann nicht sein, dass hier wieder alte Stigmata-Muster auftreten. Ein besonderes Thema für die Hep C sind sicherlich Chemsex-Partys. Die individuelle Verantwortung wird in diesem Gruppen-Setting nochmal komplexer. Diskutiert wurde, inwieweit diese Verantwortung in diversen Settings in verschiedenen Großstädten wahrgenommen wird, inwieweit man sich also auch zuständig fühlt sich um andere zu kümmern, die möglicherweise zu viel konsumiert oder zu viele Substanzen gemischt haben. Das Thema Chemsex und auch die damit zusammenhängenden möglichen Risiken müssten deutlicher in den Fokus geraten und besprochen werden, so die Teilnehmenden, und zwar nicht nur in Köln. Auch im Umland gebe es Konsumierende, die man aufklären und informieren müsse.

Oliver Schubert wies darauf hin, dass aus einigen Studien bekannt ist, dass Chemsex von Männern betrieben wird, die traumatische Erfahrungen in der Kindheit gemacht haben. Hier könnte thematisch in der Prävention angesetzt werden und weiterhin lebensstilakzeptierende Angebote für Schwule und andere MSM gemacht werden. Die Bewertung verschiedener Konsummuster ist in der Szene durchaus unterschiedlich: Sich jede Woche „die Birne wegzu-saufen“ sei vielen egal, aber Chemsex-Anhängern wird fast durchweg mit Unverständnis begegnet.

Ein Teilnehmer merkte an, dass man aufpassen muss, nicht jeden Chemsex-User zum Opfer seiner Kindheit und Jugend zu stilisieren. Es gibt auch jene, die selbstbestimmt Substanzen konsumieren und keine traumatischen Erfahrungen in der Vergangenheit gemacht haben. Dies wurde bestätigt, aber auch auf die Notwendigkeit hingewiesen, dass es für Aidshilfen beim Thema Chemsex teilweise an die Grenzen von Lebensstilakzeptanz gehe.



Es gelte eine Haltung zu finden und zu kommunizieren in der Frage, ob man nun grundsätzlich akzeptierend ist oder auch klare Grenzen setzt, zum Beispiel beim Thema Crystal Meth. Auch hier kommt wieder die grundsätzliche Schwierigkeit, über Sex zu reden, ins Spiel – was natürlich noch einmal schwieriger wird, wenn es um Sex und Drogen geht.

Auch bei Chemsex muss jedoch zwischen verschiedenen Spielarten differenziert werden. Nicht alle Phänomene dieser Richtung sind neu, in der Fisting-Szene hatte man schon immer auch mit Drogen zu tun. Und es gibt viele Möglichkeiten, sich eine Hepatitis C zu holen, das muss nicht zwingend über Chemsex geschehen. Das müsse in der Beratung berücksichtigt werden.

Matthias Kuske meinte, die Hepatitis C sei eine Infektion wie jede andere auch, und deswegen sollte Hep C auch unser tägliches Geschäft sein. Es ist „nur“ ein anderer Virus, der jetzt für die Zielgruppe ein stärkeres Thema geworden ist. Wie er sich überträgt, wie man sich schützen kann und Stigma bearbeiten kann, sei be-

reits seit vielen Jahren bekannt. Man darf auch nicht vergessen, wie ein weiterer Teilnehmer einwarf, dass HCV heilbar ist! Auch das müsse den Leuten nähergebracht werden.

Wie kann man PrEP-User in die Botschaften mit einbeziehen? Wie kann Prävention erfolgreich vermittelt werden, ohne moralisch zu werden? Kondomloser Sex wird wieder möglich, doch die oftmals moralisch aufgeladene Bedeutung des Kondoms erschwert es oft, über Alternativen wie Schutz durch Therapie und die PrEP zu sprechen. Es müssen alle Optionen kommuniziert werden und am Ende sollte jede*r in der Lage sein, selbstbestimmt und informiert eine Entscheidung zu treffen – und bei all dem auch weiterhin Spaß beim Sex zu haben.

Matthias Kuske schloss die Runde und bedankte sich bei allen Teilnehmer*innen. Das Thema Hepatitis wird die Strukturen von Prävention mit Herzenslust weiterhin beschäftigen. Erneut aufgegriffen werden sollte es im Landeskontext auf der nächsten Landesarbeitsgemeinschaft Schwule/Herzenslust am 14. Oktober 2017.





FORUM 4

Menschen mit HIV: HIV und HEP C – auch das noch!

Eine HIV-/HCV-Ko-Infektion ist kein Schnupfen. Auch wenn sich die Behandlungsmöglichkeiten rasant verbessert haben, gibt es Unsicherheiten. Warum sind Menschen mit HIV besonders gefährdet? Wie sind die spezifischen Übertragungswege? Welche Therapien sind möglich – welche nicht? Diese Fragen und weitere Aspekte einer Ko-Infektion wie Tabuisierung- und Stigmatisierungspotenziale innerhalb der Community sollten in diesem Forum gemeinsam diskutiert werden.

Christoph Boesecke begann mit einem medizinischen Input, der die am Vormittag vorgestellten Fakten ergänzte und auf spezifische Ursachen und Folgen der HIV-/HCV-Ko-Infektion einging. Die vorhandene Datenlage beruht unter anderem auf der EuroSIDA-Studie, die eine Kohorte von mehr als 22.000 Menschen mit HIV in 34 europäischen Staaten sowie Argentinien und Israel begleitet hat.⁷ Die HCV-Prävalenzen reichten in den verschiedenen untersuchten Regionen von 17,3 Prozent (nördliche Staaten, u.a. Deutschland) bis hin zu 57,7 Prozent (östliche Staaten, u.a. Russland).

⁷ Vgl. <https://chip.dk/Studies/EuroSIDA/About> und Boesecke, Christoph et al. (2015): Hepatitis C seroconversions in HIV infection across Europe: which regions and patient groups are affected?, in: *Liver international* 35 (11).

Patrik Maas

Aidshilfe NRW

Die am stärksten betroffenen Zielgruppen sind i.v. Drogengebrauchende und Männer, die Sex mit Männern haben. Während die Übertragungswege bei Drogengebrauchenden relativ unumstritten sind, gibt es bei MSM (mit und ohne HIV-Infektion) noch einige Unklarheiten. Christoph Boesecke stellte eine Studie vor, an der auch Dr. Jürgen Rockstroh von der Uniklinik Bonn beteiligt war, die in Hinblick auf HCV-Ausbrüche unter HIV-positiven MSM in den letzten Jahren deren Übertragungswege untersuchte.⁸ Sexpraktiken, die mit rektalen Blutungen einhergehen oder durch chirurgische Eingriffe verursacht waren, rezeptive Fisting-Praktiken und der nasale Konsum von Kokain und Amphetaminen, in Kombination mit Gruppensex, sind laut der Studie unabhängige Risikofaktoren für akute HCV-Ko-Infektionen unter MSM mit HIV.

Anschließend ging Christoph Boesecke auf die Ziele der HCV-Therapie sowie die Besonderheiten bei HIV-/HCV-Ko-infizierten ein. Hepatitis liegt mittlerweile auf Platz 7 der weltweiten Todesursachen (Stand: 2013, Global Burden of Disease Study), noch vor Aids (Platz 9). Die Weltgesundheitsorganisation [*World Health Organization*, kurz WHO] hat auf die gestiegene Verbreitung und gesundheitlichen Folgen reagiert und im Jahr 2016 ihre *Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis*⁹ vorgelegt. Ihr Ziel,

⁸ Vgl. Schmidt et al. (2011): Trouble with Bleeding: Risk Factors for Acute Hepatitis C among HIV-Positive Gay Men from Germany—A Case-Control Study, in: *PLoS ONE* 6 (3). Online verfügbar unter:

<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0017781>.

⁹ Vgl.

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246177/1/WHO-HIV-2016.06-eng.pdf?ua=1>.



Dr. Christoph Boesecke

Uniklinik Bonn

virale Hepatitiden bis 2030 als Bedrohung für die öffentliche Gesundheit zu beseitigen, beruht auf sechs Schlüssel-Interventionen: HBV-Impfungen, die Bereitstellung von sterilem Spritzbesteck und sicheren Blutkonserven, Harm-Reduction-Maßnahmen für Drogengebrauchende, Safer Sex, HBV-Behandlung und HCV-Heilung. Hier wird differenziert, weil die Therapieziele unterschiedliche sind: Ähnlich wie bei HIV ist bei einer chronischen HBV-Infektion in der Regel derzeit lediglich die *Unterdrückung* des Virus durch eine lebenslange Medikamenteneinnahme möglich, während das Ziel bei der Hepatitis-C-Infektion die *Eliminierung* des Virus ist. Vergleichbar zur HIV-Therapie gibt es auch bei HCV-Medikamenten Wirkstoffe, die an verschiedenen Punkten der Virusvermehrung eingreifen. Die Heilungsraten betragen mithilfe der neuen Therapien nahezu 100 Prozent.

Dies ist insbesondere wichtig für Menschen mit HIV, für die die alten, Interferon-basierten Therapien oft nicht geeignet waren. Auch bei HIV-Infizierten liegen die Heilungsraten bei der HCV-Behandlung mittlerweile bei über 95 Prozent. Dennoch gibt es weiterhin unerwünschte Interaktionen zwischen einigen Substanzen der Antiretroviralen Therapie [ART] gegen HIV und der Direct Acting Antivirals [DAAs] gegen HCV. Die University of Liverpool hat ein Tool entwickelt, das mögliche Interaktionen zwischen DAAs und weiteren Medikamenten und/oder Drogen darstellt und von Ärzt*innen und Patient*innen genutzt werden kann.¹⁰

Für akute HCV-Infektionen, die noch nicht länger als sechs Monate vorliegen, sind die neuen Medikamente (noch) nicht zugelassen. Die Leitlinien empfehlen für Menschen mit HIV und akuter HCV-Infektion eine 24-wöchige Therapie

mit Interferon und Ribavirin. Christoph Boesecke stellte eine Studie vor, welche die Sicherheit, Verträglichkeit und Effektivität einer Zweier-DAA-Kombination (Ledipasvir/Sofosbuvir) bei dieser Patientengruppe überprüft hat. Die Studie hat gezeigt, dass bei Menschen mit HIV und akuter HCV-Infektion (HCV-RNA < 9 Mio.) eine sechswöchige Behandlung mit den genannten Substanzen effektiv und gut verträglich ist. Lediglich für Patient*innen mit einer höheren Viruslast wird eine längere Behandlungszeit empfohlen. Trotzdem ist man hier in der Praxis noch zurückhaltend. Ziel muss es sein, auch akute Infektionen regelhaft zu behandeln, zum Wohl der Patient*innen und auch um eine Weitergabe der Infektion zu verhindern.

Wer erhält Zugang zur HCV-Therapie, wer nicht? Christoph Boesecke stellte beispielhaft eine kanadische Studie vor, die in diesem Jahr veröffentlicht wurde. Die Canadian Co-Infection Cohort Study¹¹ begleitete 1.625 HIV-/HCV-ko-infizierte Patient*innen, die nach verschiedenen Risikoprofilen aufgeteilt wurden (Frauen, MSM, Drogengebrauchende, Menschen indigener Abstammung) und untersuchte den Zugang zu sowie den Erfolg der HCV-Therapie. Erfreulich war, dass die Therapieraten von 2013 bis 2017 durch die neuen HCV-Medikamente um das Fünffache gestiegen sind. Deutliche Unterschiede zeigten sich jedoch zwischen den verschiedenen Risikoprofilen: Marginalisierte Populationen, insbesondere Indigene und aktive Drogengebrauchende, zeigten deutlich geringere Behandlungsraten als die Vergleichsgruppen. Spezifische Zugangsbarrieren für solche marginalisierten Gruppen müssten beseitigt werden, um die HCV-Inzidenz und die Gesamt-Krankheitslast signifikant zu senken.

¹⁰ Vgl. <https://hep-druginteractions.org/>.

¹¹ Vgl. <http://www.cocostudy.ca/>.

Es gibt jedoch nach wie vor nicht nur zielgruppenspezifische Hürden, sondern auch individuelle Barrieren je nach Grad der Erkrankung: Deutschland gehört zu den wenigen Ländern in Europa, in denen (in der Theorie) jede chronische HCV-Infektion als behandlungsbedürftig gilt, während in vielen Staaten erst ab einem gewissen Fibrosegrad behandelt wird, also nachdem die Leber bereits Schaden genommen hat. Aufgrund dieser und weiterer Zugangsbeschränkungen, die sich vor allem durch die exorbitant hohen Kosten der Medikamente ergeben, haben sich weltweit in denjenigen Industriestaaten, die keine speziellen Abkommen und Preisnachlässe mit der Pharmaindustrie ausgehandelt haben, sogenannte Buyers Clubs etabliert.¹² In den meisten dieser Staaten können Menschen auf legalem Weg Medikamente zum Eigengebrauch aus anderen Ländern importieren. Dieser rechtliche Spielraum wird von vielen genutzt, die sich zu den Buyers Clubs zusammenschließen, um preisgünstige Generika zum Beispiel aus Indien, China oder Ägypten zu importieren. Die Sicherheit und Effektivität dieser Generika wurde in einer weiteren Studie mit 1.150 Patient*innen untersucht, die zu dem Schluss kam, dass die importierten Medikamente ähnlich hohe Heilungsraten aufwiesen wie die lizenzierten Produkte in den eignen Ländern. Dieser Weg stellt somit eine mögliche Alternative dar für diejenigen, die in ihren Herkunftsländern aufgrund der hohen Preise bzw. der damit verbundenen Beschränkungen keinen Zugang zur Therapie haben.¹³

Auch Hepatitis A und B spielen für Menschen mit HIV eine Rolle. Wie bereits am Vormittag erwähnt gibt der jüngste Ausbruch von Hepati-

tis A in Berlin, der seit November 2016 anhält und überwiegend MSM zwischen 20 und 46 Jahren betrifft, zu denken. In Hinblick auf Hepatitis B ist eine weitere kanadische Studie aufschlussreich, die zeigt, dass die HBV-Behandlungskaskade sogar hinter den HIV- und HCV-Behandlungskaskaden zurückbleibt: Lediglich 75 (Antikörpertest) bzw. 56 Prozent (RNA-Nachweis) waren getestet, 12 Prozent behandelt und sieben Prozent geheilt. Diesbezüglich ist es wichtig nochmal einmal auf die möglichen Schutzimpfungen hinzuweisen. Hepatitis-A-Impfungen werden laut Empfehlung der STIKO [Ständige Impfkommision] des Robert Koch-Instituts u.a. MSM empfohlen, Hepatitis-B-Impfungen beispielsweise Drogengebrauchenden und Menschen in Haft, aber auch explizit Menschen mit vorliegender HIV-Infektion.

Diskutiert wurde im Forum neben der medizinischen Evidenz auch über Möglichkeiten, wo Aidshilfen und Ärzteschaft kooperieren und in welchen Bereichen Synergien nutzbar gemacht werden können. Erneut wurde die Fortbildung und Sensibilisierung von Ärzt*innen angesprochen, nicht nur in Hinblick auf HIV/Aids und Hepatitis (und hier insbesondere die Behandlung), sondern auch auf den Umgang mit Sexualität, Substanzkonsum und Sucht. Die Neu- und Weiterentwicklung von Präventionsmaterialien (zum Beispiel Präventionspakete für Chemsex-Settings, welche die Aidshilfe NRW in diesem Jahr in Kooperation mit einem Projekt aus London entwickelt hat) wird ebenso eine Herausforderung bleiben wie der Umgang mit neuen Entwicklungen wie Selbst- und Heimtests. Wie für HIV/Aids gilt ebenso für Hepatitis, dass medizinische Entwicklungen und auch technische Fortschritte als Chance erkannt und konstruktiv begleitet werden sollten.

¹² Vgl. <https://fixhepc.com/>.

¹³ Vgl. Hill et al. (2017): High sustained virological response rates using imported generic direct acting antiviral treatment for hepatitis C, in: Journal of Virus Eradication 3 (4). Online verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5632545/>.

ABSCHLUSSPLENUM

Vier Vertreter*innen aus den verschiedenen Foren berichteten von den Diskussionen und Ergebnissen zu den jeweiligen Zielgruppen. Marco Jesse, Geschäftsführer von VISION in Köln, berichtete aus dem **Forum 1**. Im Vordergrund stand hier die Vorstellung der drei Einrichtungen in Düsseldorf, Troisdorf und Dortmund, in denen ein verstärktes und ärztlich besser angebundenes Angebot für Beratungen, Tests und Impfungen für Drogengebrauchende angestrebt wird. Als einer der Knackpunkte in allen drei Einrichtungen wurde die Kooperation mit Ärzt*innen genannt. Darüber hinaus betonte Marco Jesse aber auch die Wichtigkeit von Streetwork und den Einbezug der Community und der Selbsthilfe, um den Erfolg der Projekte zu sichern.

Bärbel Knorr berichtete aus dem **Forum 2**. Der Austausch von Erfahrungen und Fragen sowie Anregungen zur Verbesserung zwischen den verschiedenen Akteuren im Bereich Haft stand hier im Vordergrund. Eines der wichtigsten Themen ist die Hepatitis-C-Behandlung in Haft: Schätzungsweise jede bzw. jeder fünfte Gefangene hat eine behandlungsbedürftige HCV-Infektion, davon werden jedoch nur ca. ein Prozent auch tatsächlich behandelt. Notwendig sind zum einen der Abbau von haftspezifischen Barrieren und Einschränkungen, aber auch ein besserer Überblick über bereits laufende Projekte, um Leerstellen zu identifizieren. Auch wichtig ist ein verstärkter Informationsaustausch zwischen den Akteuren, um mögliche Ängste und Ressentiments abzubauen.

Im **Forum 3**, das Matthias Kuske zusammenfasste, wurde gezeigt, dass es bereits viel Erfahrung zum Thema Hepatitis A und B für die Zielgruppe schwuler Männer und anderer MSM in Aidshilfen und Checkpoints gibt, die Awareness innerhalb der Zielgruppe jedoch noch ausbaufähig ist und sie noch deutlich besser erreicht werden könnte. Im Bereich Hepatitis C scheint

die größte Hürde die damit verbundene Stigmatisierung zu sein.

Aus dem **Forum 4** berichtete Patrik Maas, Landesgeschäftsführer der Aidshilfe, zu HIC-/HCV-Ko-Infektionen. In einem medizinischen Fachvortrag von Christoph Boesecke zu HCV und mithilfe von Erfahrungsberichten der Teilnehmenden wurde der Status Quo geklärt. Daraus resultiert die Frage: Warum gibt es so wenige Behandlungen, selbst wenn der Status bekannt ist? Was ist die Verantwortung der Aidshilfe? Wie ist die Haltung zu Selbst- und Heimtests? Direktes Ziel ist die Zahl der Neu-Infektionen und die weitere Verbreitung zu senken. Abschließend wurde das Recht auf Behandlung vor einer Chronifizierung der Infektion angesprochen.

Im Anschluss an die Berichte aus den Foren kamen Axel Hentschel, Marco Jesse, Silke Klumb und Patrik Maas zu einer abschließenden Diskussionsrunde zusammen, um aus ihrer Perspektive zu schildern, was sie vom Fachtag für ihre zukünftige Arbeit mitgenommen haben.

Marco Jesse hielt fest, dass Veranstaltungen wie dieser Fachtag zu Aufmerksamkeit und Sensibilisierung in Bezug auf die Diskriminierung und Stigmatisierung von HCV-Infizierten beitragen. Die Ergebnisse müssten in der täglichen Arbeit fortgeführt werden. Dies gilt zum einen für die Zielgruppen, zum anderen für die Ärzteschaft, denn eine gute Vermittlung von Betroffenen ins medizinische System sei unabdingbar.

Silke Klumb nannte als eine der wichtigsten Stellschrauben die hohen Preise der HCV-Therapie und die moralische Bewertung, die oftmals mit der Therapieentscheidung einhergehe. Auch sie problematisierte die Diskriminierung und Stigmatisierung, zum Beispiel unter schwulen Männern mit einer Hepatitis C.



Marco Jesse

VISION

Matthias Kuske

Moderation

Patrik Maas

Aidshilfe NRW

Silke Klumb

Deutsche AIDS-Hilfe

Axel Hentschel

JES NRW



Dr. Ulrich Marcus

Robert-Koch-Institut

Mehr Solidarität zwischen den verschiedenen Menschen mit HCV sollte befördert werden. Damit einher gehe auch die Frage, wer mit welchem Anspruch Patient*innen vertritt – die derzeitige professionelle Hilfslandschaft etwa repräsentiert nicht alle Zielgruppen. Selbstvertretung gehe vor Stellvertretung.

Axel Hentschel sieht es als zukünftige Aufgaben, die Selbsthilfe stärker in den Strukturen zu verankern, das Wissen über die neuen HCV-Therapien zu verbreiten und die substituierenden Ärzt*innen stärker in die Pflicht zu nehmen. Die aktuell vorhandenen Ressourcen reichen jedoch nicht aus, um all dies zu bewerkstelligen. Auch Silke Klumb merkte an, dass die Bundesregierung im Zuge ihrer neuen Strategie keine neuen Gelder zur Verfügung gestellt habe.

Patrik Maas hob zwei Zahlen hervor, die besonders erschreckend seien: Die niedrigen Impfquoten vor allem bei MSM und die niedrigen Behandlungszahlen von Drogengebrauchenden. Hier sieht er Handlungsbedarf, möglicherweise auch für eigene Angebote, da das Medizinsystem hier bisher versagt habe. Silke Klumb pflichtete bei, dass es früher Aidshilfen gab, die Substitutionsambulanzen aufgemacht haben, da das bestehende Versorgungssystem nicht ausgereicht hat. Wären solche Modelle möglicherweise eine Lösung?

Bärbel Knorr merkte hierzu aus dem Plenum heraus an, dass möglicherweise zu viel von Suchtmediziner*innen erwartet werde. Die Patient*innen gehören letztendlich zu Spezialist*innen. Eine weitere Teilnehmerin schloss sich dem an, gab aber zu bedenken, ob Infektiolog*innen dazu bereit sind, Drogengebrauchende zu behandeln.

Ulrich Marcus warf ein, dass eine der wichtigsten Herausforderungen im Bereich Migration liegt. Migrant*innen und Geflüchtete gehören zu den am stärksten betroffenen Gruppen, werden aber durch das Gesundheitssystem nicht erreicht, vielleicht auch nicht durch Aidshilfen. Wie kommt man an diese Gruppe ran?

Wäre dies vielleicht eine Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes? Marco Jesse fügte hinzu, dass bei Patient*innen ohne Zugang zum regulären Gesundheitssystem mitgedacht werden müsse, dass man ihnen hinterher nichts anbieten könne, also zum Beispiel nach einem positiven Testergebnis keine Weiterverweisung in die Behandlung sicherstellen kann. Es gelte Community-Ressourcen zu nutzen, so Silke Klumb, und Einrichtungen mit Brückenfunktion einzubeziehen – zum Beispiel Drogenhilfen, die bereit mit Migrant*innen aus Osteuropa arbeiten. Jan Sosna machte auf das Projekt PaSuMi (Diversity-orientierte und partizipative Entwicklung der Suchtprävention und Suchthilfe für und mit Migrant*innen) der DAH hin, das bereits an solche Schnittstellen arbeite.

Zuletzt fragte Matthias Kuske nach konkreten Schritten, die umgesetzt werden sollen. Marco Jesse berichtete von vier Projektstädten, in denen JES Kurzinterventionen zu den neuen Behandlungen durchführen will. Auch die Vermittlung ins örtliche Behandlungssystem soll dadurch verbessert werden. Auch Axel Hentschel benannte es als wesentlichen Punkt, die Erfahrung mit den neuen Medikamenten weiter zu verbreiten, dies könne zum Beispiel geschehen durch einen Pool an Peers, der in die Einrichtungen geht und von eigenen Erfahrungen berichtet. Patrik Maas sprach davon, den Safer-Use-Bereich auszubauen, was durch neue Angebote im MSM-Bereich bereits erprobt werde. Auch gelte es die Ergebnisse der DRUCK-Studie endlich umzusetzen, was in Teilen bereits geschehe. Silke Klumb kündigte an, Kontakt zur Leberhilfe aufzunehmen und Bemühungen um eine Zusammenarbeit weiter voranzutreiben.

Matthias Kuske bedankte sich abschließend bei allen Teilnehmenden, den Referent*innen und Diskutant*innen für die aufschlussreichen Beiträge und lebhaften Diskussionen. Die Ergebnisse des Fachtags würden von der Aidshilfe NRW und ihren Kooperationspartnern gründlich ausgewertet und in die zukünftige Arbeit mitaufgenommen werden.



AidshilfeNRW

nrw.aidshilfe.de



herzenslust.de



POSITIVHANDELN
Eine Initiative der Positivselbsthilfe NRW

positivhandeln.de

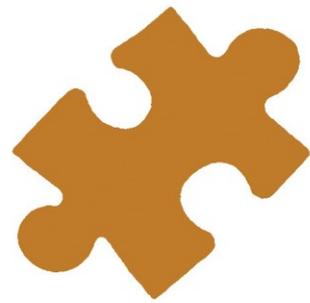


VISION e.v.
Verein für innovative Drogenselbsthilfe

vision-ev.de



jesnrw.de



gefördert durch:

Die Landesregierung
Nordrhein-Westfalen

