



Projekt **TEST IT**

Evaluationsbericht

Dezember 2010

In Kooperation mit



**Fachhochschule
Dortmund**



© Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Wilhelmstr 138
10963 Berlin
Internet: <http://www.aidshilfe.de>
E-Mail: dah.aidshilfe.de

Projekt **TEST IT**

Konzept und Durchführung:
Willehad Rensmann, Aidshilfe Dortmund e. V.
rensmann@kick-dortmund.de

Wissenschaftliche Begleitforschung, Autorin des Evaluationsberichts:
Prof. Dr. Sigrid Michel, Fachhochschule Dortmund
sigrid.michel@fh-dortmund.de

Gesamtleitung:
Dirk Schäffer, Deutsche AIDS- Hilfe e.V.
Dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de

Dortmund/Berlin Dezember 2010

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung	4
2. Evaluation	5
2.1 Planungen der Evaluation	9
2.2 Methodenwahl	11
2.2.1 Fokusgruppen-Befragung	12
2.2.2 Gesprächsleitfaden	14
2.2.3 Einzelinterview	15
3. Datenerhebung	15
4. Auswertung	16
4.1 Fokusgruppenbefragungen	16
4.2 Laufzettel und Beratungsleitfaden	18
4.3 Einzelinterviews	35
5. Ergebnisse	40
5.1 Projektziel 1	40
5.1.1 Erreichbarkeit der Zielgruppe	41
5.2 Projektziel 2	45
5.2.1 Grenzen von Beratung	45
5.3 Projektziel 3	47
6. Schlussbemerkungen	49
7. Literaturverzeichnis	51

1. Vorbemerkung

Auf dem Hintergrund der Tatsache, dass sich die HIV- Infektion dank der Behandlungsmöglichkeiten mit wirksamen Medikamenten zu einer Krankheit mit chronischer Verlaufsform gewandelt hat, ist es wichtig, HIV-Infektionen frühzeitig zu entdecken, um entsprechend früh mit einer adäquaten medizinischen Behandlung beginnen zu können. Bei Unbehandelten mit einer hohen Viruslast besteht zudem die Gefahr eines höheren Übertragungsrisikos. Außerdem kann davon ausgegangen werden, dass Personen, die wissen, dass sie mit HIV infiziert sind, vermehrt bereit sind, Vorkehrungen zu treffen, um die Personen, mit denen Sie Körperflüssigkeiten austauschen und auch sich selbst besser zu schützen.

Da nach Angaben des Robert-Koch-Institutes in der Bundesrepublik ca. ein Drittel der HIV-Neudiagnosen erst in einem fortgeschrittenen Stadium der Infektion erfolgt, sind fortgesetzte Anstrengungen erforderlich, um die Testraten und Frequenz für Menschen mit erhöhten Risiken für eine HIV- Infektion zu steigern. Seit 2004 ist zudem eine Zunahme später Diagnosen bei intravenösen Drogengebrauchern (IVD's) (RKI: 495) zu verzeichnen. Die Anzahl der 2009 vom Robert-Koch-Institut gemeldeten Neuinfektionen von intravenös Drogen konsumierenden Personen zeigt, wie wichtig es ist, dieser Zielgruppe ein adäquates Angebot für einen HIV-Test zur Verfügung zu stellen. Beratung und Information zu HIV und anderen übertragbaren Krankheiten wie Hepatitis, sowie die Möglichkeit sich impfen zu lassen, werden von Einrichtungen der Drogenhilfe nicht selbstverständlich angeboten. Im Drogenhilfesystem wird dem Problem der Infektion mit HIV und der Verbreitung von übertragbaren Krankheiten nicht genug Beachtung geschenkt

KonsumentInnen illegaler Drogen, die aufgrund des in dieser Gruppe vermehrt auftretenden Risikoverhaltens davon bedroht sind, sich mit dem HI-Virus zu infizieren, nehmen die bestehenden Testangebote aus einer Vielzahl von Gründen nur in geringen Ausmaß wahr. So hat eine Erhebung der Deutschen Aids-Hilfe (DAH) bei 534 substituierten Personen hat 2009 ergeben, dass ca. 50% kein HIV und Hepatitis Testangebot im Rahmen ihrer Substitution erhalten. (Schaeffer 2009: 7) Die existierenden Testangebote scheinen nicht den Bedürfnissen dieser besonderen Zielgruppe gerecht zu werden.

Im Projekt test-it wird ein HIV- Schnelltest in einem an den besonderen Bedürfnissen der Zielgruppe der DrogenkonsumentInnen orientierten Setting, der Drogenhilfeeinrichtung KICK in Dortmund, dessen Träger die AIDS-Hilfe ist, angeboten.

Im KICK werden KonsumentInnen illegaler Drogen in einem niedrigschwelligen Ansatz Gesundheits- und Basishilfen zur Verfügung gestellt: In der gleichen Einrichtung kann im Kontaktcafé eine Mahlzeit eingenommen und geduscht werden, es werden sterile Konsumutensilien und Informationsmaterialien ausgegeben. In der drogentherapeutischen Ambulanz mit einem Drogenkonsumraum können Drogen unter kontrollierten Bedingungen konsumiert werden. Medizinisches Fachpersonal führt zudem Behandlungen, insbesondere die Versorgung von Abszessen und Wunden durch. Den KlientInnen werden zudem ausstiegsorientierte Hilfen, vorzugsweise Entzugs- und Substitutionsbehandlungen vermittelt. Die Betreuung der Klienten erfolgt in einem multiprofessionellen Team, in dem sozialarbeiterische, medizinische und pflegerische Kompetenzen vorhanden sind, welche die Grundlage eines transdisziplinären Ansatzes im Umgang mit den Klienten bilden.

Evaluationsbericht Test-It

Das Projekt test- it orientiert sich an dem Projekt „BuT“ (Beratung und Test) welches von der AIDS-Hilfe NRW entwickelt wurde. Ziel des Projektes test- it war, dem Thema „HIV und Aids“ in der Drogenhilfe wieder vermehrt Beachtung zu schenken und das Bewusstsein bei DrogengebraucherInnen und MitarbeiterInnen hinsichtlich Infektionen wie HIV und Hepatitis zu erhöhen.

Mit diesem bisher bundesweit einzigartigen Projekt wird den sonst schwer erreichbaren Mitgliedern einer Zielgruppe, die mehr als andere davon bedroht sind, sich mit HIV zu infizieren, an einem Ort, den sie häufig frequentieren, angeboten, sich anonym einem HIV-Schnelltest zu unterziehen und dies mit einer ausführlichen Beratung auch hinsichtlich persönlicher Schutzstrategien zu verbinden. Bei Vorliegen eines positiven Testergebnisses würden die betroffenen Personen individuell begleitet und weiter vermittelt werden. Diesen DrogenkonsumentInnen, deren Leben durch Diskontinuität gekennzeichnet ist, wird schon eine halbe Stunde nach der Blutentnahme das Testergebnis mitgeteilt. In einem Beratungsgespräch, welches dem Test vorgeschaltet ist, werden sie ausführlich beraten und können über riskante Verhaltensweisen und -möglichkeiten diese zu vermeiden, sprechen. Bei Vorliegen einer besonders prekären Lebenssituation sowie bei Krisen haben die Beratenden die Möglichkeit zunächst stabilisierende Hilfen anzubieten, bevor sich die Klienten und Klientinnen dem Test unterziehen, und können auch bei einer positiven Testreaktion die betroffenen Personen auffangen und Hilfen vermitteln.

2. Evaluation

Bevor das methodische Vorgehen und die Ergebnisse der Untersuchung dargestellt werden, sollen an dieser Stelle zunächst ausführlich die theoretischen Hintergründe der Vorgehensweise erörtert werden, die als Voraussetzung für die Annäherung an die Evaluation einer Maßnahme anzulegen sind, die sich an eine besondere Zielgruppe richtet.

Von einigen Autoren wird die Einbeziehung des Kontextes, also der Gesamtheit der umgebenen Systemumwelt des Programms als integraler Bestandteil eines so genannten Programmbaums, berücksichtigt, der neben anderen mit in die Konzeptentwicklung einfließt. (Beywl/ Niestro, 2009:141) Unterschiedliche Perspektiven und Gewichtungen der Bedeutung der durchgeführten Maßnahme würden zu unterschiedlichen Herangehensweisen im Bezug auf die Planung und Durchführung der Evaluation sowie der damit verbundenen Auswahl von zur Anwendung zu bringenden Methoden führen.

Insbesondere die Tatsache, dass es sich um eine Gruppe von Personen handelt, deren Sichtbarkeit im öffentlichen Raum oftmals als Bedrohung verstanden wird, auf welche die Gesellschaft mit entsprechenden ordnungspolitischen Maßnahmen reagiert, ist als erstes hervorzuheben. „Das Problem des Umgangs mit illegalen Drogen und ihren KonsumentInnen ist normativ im höchsten Grade präsent. Für die Betroffenen geht es um das bloße physische Überleben. Die Gesellschaft ist ihnen gegenüber zur Hilfe verpflichtet, doch gleichzeitig bedingt Drogenkonsum in seiner gesellschaftlichen Realität unter der Rahmenbedingung der gesetzlichen Drogenprohibition permanente Normverstöße.“ (Hallmann 2009:14)

Evaluationsbericht Test-It

Drogenkonsumenten leben oft in deprimierenden sozialen Kontexten, die gekennzeichnet sind von persönlicher Vernachlässigung, Verwahrlosung und Obdachlosigkeit. Bei diesen kompulsiv Opiat gebrauchenden Personen, kann die Droge zum alles beherrschenden Lebenselement werden, und sich in erheblicher sozialer Verelendung ausdrücken. Illegalität von Drogen geht einher mit einer Kriminalisierung von Menschen, die diese erwerben oder verkaufen. Illegale Drogen sind teuer, deshalb wird kompulsiver Konsum häufig durch Kriminalität oder Beschaffungsprostitution finanziert (Veltes 2001).

Ein exzessiver Drogenkonsum führt zu einer höheren Belastung der auf den Konsum zurückzuführenden negativen Konsequenzen, wie längere Perioden von Arbeitslosigkeit, weitgehender Verlust von sozialer Unterstützung und höhere Involvierung in kriminelle Aktivitäten, wie indirekte Beschaffungskriminalität zur Finanzierung des Drogenkonsums. Hierzu gehören Einbruch, Diebstahl oder Raub, Beschaffungsprostitution, der Verkauf von kleinsten Mengen von Drogen („Ameisenhandel“). Durch Medien wird beharrlich das Bild von Süchtigen aufrecht erhalten, die eine Gefährdung des öffentlichen Raumes darstellen (Chitwood/ Morningstar 1985; Graeven/Graeven 1983:213). Die Einrichtung von niedrigschwelligen Angeboten für Drogenabhängige kann in diesem Kontext einen Akt urbaner Ordnungspolitik darstellen, welche den öffentlichen Raum entlastet und das Kontaktfeld ausweitet (vgl. Schmidt-Semisch/ Wehrheim 2005).

Demgegenüber gehört zu den Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) insbesondere die Bekämpfung ansteckender Krankheiten, deren Ausführung durch Länderrecht geregelt wird. Die untere Gesundheitsbehörde trägt zur Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten bei, wobei sie insbesondere durch Aufklärung und Beratung, sowie die Aufdeckung von Infektionskrankheiten mit dem Ziel ihrer Unterbrechung darauf hinwirkt, dass die Verbreitung übertragbarer Krankheiten verhindert wird (§9 Abs. 1 ÖGDG). Damit trägt sie auch explizit zur Reduktion der Infektion mit HIV bei.

Das Angebot des HIV- Schnelltestes kann als eine Maßnahme der Vorsorge angeboten werden, welche zum Ziel hat, die gesundheitlichen Gemeingefahren abzuwehren, die einerseits jedes Individuum bedrohen, andererseits aber nicht (nur) durch individuelle Bemühungen verhindert werden können, da es sich bei den Konsumenten, die Heroin und andere Drogen intravenös applizieren, um einen Personenkreis handelt, der von einem erhöhten Risiko betroffen ist, sich mit Krankheitserregern zu infizieren, die beim Austausch von Körperflüssigkeiten übertragen werden können.

Gesundheitshilfe für eine von einem hohen Infektionsrisiko betroffene Personengruppe bedeutet daher gleichzeitig einen Infektionsschutz für die Bevölkerung insgesamt, wenn dadurch die Verbreitung einer Infektion reduziert werden kann. Zweifellos dient die Aufdeckung einer HIV- Infektion innerhalb einer von diesem Risiko besonders bedrohten Gruppe der Primärprävention in dem Sinne, dass davon ausgegangen werden kann, dass Personen, die um ihren HIV-positiven Serostatus wissen, sich bewusst darum bemühen können, das Risiko einer Übertragung auf andere Personen zu minimieren¹ und hat gleichzeitig darüber

¹ Dass die Verantwortung für das Vermeiden der Übertragen einer Infektionskrankheit durch Austausch von Körperflüssigkeiten, auf die alle beteiligten Personen Einfluss nehmen können, nicht ausschließlich auf die mit dem HI-Virus infizierte Person delegiert werden kann, ist selbstverständlich.

Evaluationsbericht Test-It

hinaus eine sekundärpräventive Funktion, weil eine frühzeitige Diagnose der HIV-Infektion das Einleiten von wirksamen Behandlungen ermöglicht.

Bei der Zielgruppe des Projektes handelt sich um eine Personengruppe, die je nach Sichtweise der VertreterInnen einzelner Professionen unterschiedlich klassifiziert wird. Verwendet man klinische Diagnoseschemata wie den ICD-10 (International Code of Diseases) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), so lässt sich feststellen, dass es sich bei den OpiatkonsumentInnen um häufig multimorbide Suchtkranke handelt, die neben rein medizinischen Diagnosen zusätzlich mit den kaum benutzten Diagnosen nach ICD-10 Z. 55 ff., welche vorzugsweise soziale Problemlagen beschreiben, versehen werden müssten. Daneben liegt häufig eine erhebliche Minderung der Erwerbsfähigkeit vor. Eine Beurteilung nach dem ICF (International Code of Functioning) der WHO zeigt, dass in der Folge der Erkrankung teilweise schwere Behinderungen vorliegen, welche die Teilhabe der Betroffenen an allen Dimensionen gesellschaftlichen Lebens erheblich beeinträchtigen.

Das öffentliche Gesundheitswesen sieht für diesen Personenkreis Gesundheitsvorsorge vor. Dabei handelt es sich um gesundheitlichen Schutz von Personen, die „zur Eigenhilfe nicht befähigt sind, oder denen solche Eigenhilfe nicht zugemutet werden kann.“ (Schröder 1962:) Es geht um Gesundheitsvorsorge im besten Sinne des Wortes. Die untere Gesundheitsbehörde wirkt bei besonders schwerwiegenden Krankheiten und Behinderungen auf ein Beratungsangebot für die Betroffenen und deren Angehörigen hin. Daneben ist sie an der Aidsaufklärung der Bevölkerung, insbesondere gefährdeter Bevölkerungsgruppen, und an der Beratung infizierter und betroffener Personen, sowie deren Angehörigen beteiligt. Ratsuchenden werden anonyme HIV- Untersuchungen angeboten (§15 ÖGDG), zudem sind im §16 ÖGDG Beratungsangebote für psychisch Kranke und Abhängigkeitskranke vorgesehen.

Aber auch fürsorgerische Maßnahmen werden vom öffentlichen Gesundheitswesen übernommen, deren konkrete Ausführung in den Kommunen und Kreisen in starkem Maße durch deren Haushaltslage beeinflusst wird. Der Ausdruck „Fürsorge“ bezeichnet die „Sorge für andere Personen“. Auf der ursprünglich auf dem ethischen Prinzip der Barmherzigkeit basierenden Almosenpraxis erwuchs in Deutschland ein System der Sozialhilfe, welches gesetzlich verankert ist (Schaefer/Blohmke,1972). Eine dementsprechende Formulierung findet sich im Nordrhein-Westfälischen Landesgesetz: „Die untere Gesundheitsebene berät und unterstützt Personen, die wegen ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes und aufgrund sozialer Umstände besonderer gesundheitlicher Fürsorge bedürfen (Gesundheitshilfe). Die Gesundheitshilfe ist darauf gerichtet, gesundheitliche Beeinträchtigungen und Schäden zu vermeiden, zu überwinden, zu bessern und zu lindern, sowie Verschlimmerungen zu verhüten“ (§14 ÖGDG).

Insbesondere fürsorgerische Maßnahmen werden in der Bundesrepublik entsprechend dem am Subsidiaritätsprinzip orientierten Aufbau des Systems der sozialen Sicherung von nichtstaatlichen oder kommunalen Organisationen wahrgenommen, die aber wiederum auf staatliche Förderung oder Spenden für die Finanzierung ihrer Leistungen angewiesen sind. Die Qualität und Quantität von Angeboten niedrigschwelliger Einrichtungen sind daher in hohem Grad durch diese Zuwendungen beeinflusst.

Aus sozialarbeiterischer Sicht handelt es sich bei Drogenabhängigen um Personen, deren Entscheidungen auch durch ihre jeweilige Lebenssituation mit beeinflusst werden.

Evaluationsbericht Test-It

„Lebenslage“ ist ein häufig verwendeter Begriff im sozialpolitischen Kontext. Lebenslagen umfassen materielle, kulturelle und soziale Spielräume, in denen sich „subjektiver Sinn auf der Grundlage relativer Handlungssicherheit entfalten kann.“ (Tohle/Bönich2005) Auf jeden Fall können mit Hilfe des Lebenslagenkonzeptes monokausale Betrachtungsweisen überwunden und die Mehrdimensionalität unterschiedlicher Lebensbereiche in den Fokus genommen werden. Als weiterer Begriff wurde in den letzten Jahren das Konzept der sozialen Exklusion bzw. Inklusion als erklärender Ansatz mit in die Diskussion aufgenommen.² Besondere Lebenslagen werden in der sozialen Arbeit als sozialschädliche Situationen oder unerwünschte Bedingungen, die korrekturbedürftig sind, verstanden, können aber genauso gut als Label³ beschrieben werden, mit dem aus einer bestimmten Interessenlage/ Perspektive heraus etikettiert wird. Dies kann in der Betrachtung eine gleichartige Betroffenheit aller sich nach definierten Kriterien in der gleichen Lebenslage befindlichen Personen bedingen, und andererseits aber auch implizieren, dass unterschiedliche Betroffene ihre Lebenslage verschieden interpretieren (vgl. Michel/ Schwarze 2009). Bei den Nutzern des KICK handelt es sich um Personen, die sich selbst in den während der Evaluation durchgeführten Interviews als Angehörige einer sozialen Randgruppe erklärten, und sich auch in weiten Bereichen so behandelt fühlten. Dieser Begriff, zu Zeiten der Studentenbewegung in den Sozialarbeitsdiskurs aufgenommen, wird auf Personengruppen angewendet, die aufgrund von mehreren Defiziten stigmatisiert werden,⁴ nicht oder nur unvollkommen in die Kerngesellschaft integriert, häufig auf staatliche Unterstützungsleistungen angewiesen sind und damit auch einer starken Abhängigkeit von Instanzen sozialer Kontrolle (z.B. Sozialarbeit) unterliegen (vgl. Karstedt 1975).

Eine ganz andere Sichtweise auf die Zielgruppe wird durch den 1986 erstmalig in der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation weltweit propagierten Ansatz der Gesundheitsförderung ermöglicht (Franzkowiak/Szabo 1993). In der Ottawa-Charta erfolgte ein Paradigmenwechsel von der medizinischen Betrachtungsweise, welche Maßnahmen der Prävention in verschiedenen Stufen propagiert, hin zu einem salutogenetischen Ansatz. Gesundheitsfördernde Maßnahmen nehmen nicht nur das Individuum selbst, sondern auch den jeweiligen abgrenzbaren Lebensraum (Setting), in dem Personen sich bewegen, mit in den Fokus.⁵

Gesundheitsförderung unterstützt mittels Information, gesundheitsbezogener Bildung sowie der Verbesserung sozialer Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten. Sie will den Menschen helfen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben und ihnen zugleich ermöglichen, Entscheidungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zugute kommen. Die Fähigkeit zum Aufrechterhalten und Nutzen sozialer Kontakte und sozialer und professioneller Unterstützung bei Krisen und Krankheit und zur Bewältigung von kritischen

² Eine ausführliche Diskussion über den Zusammenhang zwischen Lebenslagen und sozialer Exklusion findet sich bei Engels (2006).

³ Eine ausführliche Abhandlung zum Labeling-Approach findet sich bei Karstedt 1975: 74 ff.

⁴ Der gesellschaftliche Prozess der Stigmatisierung wurde von Goffmann (1975) beschrieben.

⁵ Ausführliche Informationen zu Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte und dem Settingansatz finden sich unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Lebensereignissen sind ein Teil dieser Kompetenzen. Erfolgreiche Einflussnahme auf Selbstwirksamkeitserwartungen der Individuen und das Vorhandensein unterstützender sozialer Netzwerke spielen hierbei eine entscheidende Rolle. Die Einführung der Kompetenzperspektive trägt damit wesentlich zum Abbau einer defizitorientierten Sichtweise auf Gesundheitsrisiken, Krankheiten und Behinderungen bei. Die Erweiterung der Kompetenzen der Akteure im Sinne von Empowerment wirkt sich in erster Linie als Ressourcenerweiterung bei Individuen oder Zielgruppen aus.

Aus den Untersuchungen zu Gesundheit, Krankheit und sozialer Ungleichheit ist bekannt, dass die Chancen zum Kompetenzerwerb schicht- und lebenslagenspezifisch sozial ungleich verteilt sind. Bei Programmen zur Gesundheitsförderung müssen daher unter Gesichtspunkten von Wirksamkeit und Akzeptanz der Maßnahmen die Erkenntnisse von Gesundheitsforschung berücksichtigt werden.⁶

Um gesundheitliche Chancengleichheit herzustellen, gehört die Berücksichtigung von Empowerment und Partizipation sowie des Settingansatzes bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen zu den umzusetzenden Qualitätskriterien, die anerkanntermaßen auch bei ursprünglich primär an der Umsetzung von Gesundheitshilfe, fürsorgerischen, vorsorgenden oder präventiven Maßnahmen orientierten Projekten, deren AdressatInnen sozial Benachteiligte sind, wenn diese sich gesundheitsfördernd auswirken sollen.⁷

2.1 Planung der Evaluation

Die von der Projektleitung beauftragte Wissenschaftlerin wurde bereits in der Planungsphase des Projektes (im Zeitraum vom 01.10.2009 – 31.12.2009) zur Beratung mit einbezogen. Daher konnte von Anfang an ein partizipativer Forschungsansatz gewählt werden, der den Interessen der unterschiedlichen Stakeholder des Projektes hinreichende Beachtung schenkt und sie in die Planung mit einbezieht. Außerdem sollten die Qualitätsstandards der deutschen Gesellschaft für Evaluation⁸ zugrunde gelegt, und der Gender-Aspekt bei der Planung, Durchführung und Auswertung der Maßnahme berücksichtigt werden.

Das Anliegen der mit der Evaluation Beauftragten bestand zu Beginn darin, mit den Projektbeteiligten die Intention der Durchführung der Maßnahme und dem damit verbundenen Blick auf die Zielgruppe zu klären, und ob als zentrales Merkmal des gesamten Evaluationsprozesses die Orientierung an den Interessen der primär intendierten Nutzer und Nutzerinnen erfolgen soll. Mehrere Gespräche im Vorfeld des Projektes mit dem Leiter der Einrichtung, der dort tätigen Ärztin sowie der Beraterin und dem Berater, die von der Aidshilfe für die Durchführung des Projektes eingestellt wurden, veränderten deren Fokus auf das durchzuführende Projekt und die Zielgruppe. Während zunächst auch noch sozialmedizinische und epidemiologische Begriffe wie Inzidenz und Prävalenz in der Debatte eine wichtige Rolle

⁶ Eine ausführliche Abhandlung zur Bedeutung der Kompetenzförderung findet sich bei Kadorff (2003).

⁷ Eine ausführliche Darstellung der Good-Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes für sozial Benachteiligte findet sich unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

⁸ <http://www.degeval.de/calimero/tools/proxy.php?id=19076>

Evaluationsbericht Test-It

spielten⁹ und nach Möglichkeiten gesucht wurde, gesicherte Zahlen hinsichtlich der Neuinfektionsrate bei Drogenabhängigen zu erhalten, sowie Gründe für deren Auftreten zu identifizieren, verschoben sich im weiteren Verlauf die Inhalte der Diskussion hin zu einem erweiterten Verständnis der Möglichkeiten des intendierten Projektes.

Nach mehreren ausführlichen Gesprächen konnte ein Konsens darüber erzielt werden, dass in der Beratungssituation der gesundheitsfördernde Aspekt für die Betroffenen in den Vordergrund gerückt werden sollte. Eine an einem Defizitansatz orientierte Reduktion der Angehörigen der Zielgruppe auf hilfebedürftige Abhängige wird von den Betroffenen als Zeichen von mangelndem Respekt und mangelnder Wertschätzung wahrgenommen, und ist von geringer Wirksamkeit. Das Konzept der Gesundheitsförderung erweitert somit den Ansatz der akzeptierenden Drogenarbeit, bei der es darum geht, soziale und medizinische Hilfen anzubieten und den Drogenkonsumenten zu ermöglichen, als Bürger wahrgenommen, behandelt und respektiert zu werden. Ein solcher zielgruppenorientierter Ansatz in der Gesundheitsförderung und Prävention ist gekennzeichnet durch aktivierende und befähigende Herangehensweisen und unterscheidet sich darin entscheidend vom traditionellen Ansatz der Gesundheitserziehung. Die zur Anwendung kommende gesundheitsfördernde Kompetenz des beratenden Fachpersonals besteht dann vorrangig darin, illegale Drogen konsumierende Personen nicht diskriminierend als Menschen wahrzunehmen, die sich in besonderen Lebenslagen befinden, einen besonderen Hilfebedarf haben und denen gesundheitsfördernd in einem definierten Setting der HIV Schnelltest als Ressource zur Verfügung gestellt wird. Dabei können über Aufklärung und Beratung auch deren personale Kompetenzen gestärkt werden. In diesem Zusammenhang ist daher eine besondere Beratungskompetenz zu fordern, die es den Professionellen ermöglicht, den Blickwinkel von den Symptomen der Sucht auf den Menschen zu richten, ohne dabei die Suchterkrankung zu ignorieren oder zu verharmlosen. Die konsequente und dauerhafte Verwendung eines sorgfältigen, nicht diskriminierenden Sprachgebrauchs alleine scheint schon dazu geeignet zu sein, den Blickwinkel der Professionellen auf die Personengruppe zu erweitern.

In der Planungsphase war zunächst nicht klar, wie viele Tests überhaupt durchgeführt werden können, wie viele Drogenkonsumenten überhaupt bereit sein würden, sich einem Schnelltest zu unterziehen. Es galt zu bedenken, dass das Beratungsgespräch vor der Blutabnahme durchschnittlich eine halbe Stunde dauert, das Ergebnis nach einer halbstündigen Wartezeit mitgeteilt wird sowie möglicherweise positiv getestete Klienten eine deutlich längere Beratungszeit benötigen. In der Praxisphase stellte sich heraus, dass ein zeitlich begrenztes Angebot des Testes an zwei Tagen in der Woche ausreichte, um alle Testwilligen erfassen zu können.

⁹ Nach Angaben des Robert-Koch-Institutes sind in der Dortmunder Population der Drogenabhängigen mehr Personen als neu infiziert gemeldet worden als in anderen Großstädten.

2.2 Methodenwahl

Für die wissenschaftliche Begleitung wurde ein partizipativer Forschungsansatz gewählt, bei dem gleichzeitig Gütekriterien der Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Gruppen wie auch der qualitativen Evaluationsforschung berücksichtigt wurden. Die betroffenen Personen sollten an dem Projekt Test-it weitestmöglich partizipieren können. Partizipative Qualitätsentwicklung legt einen besonderen Schwerpunkt nicht nur auf die Beteiligung von Projektmitarbeitern und -mitarbeiterinnen, sondern auch auf die Teilhabe der Zielgruppen, den AdressatInnen einer Maßnahme, weil diese Akteure über lokales Wissen verfügen und wesentlich zur Intervention beitragen.

Partizipation ist je nach den Praxisbedingungen im Projekt und den Lebensbedingungen der Zielgruppe unterschiedlich realisierbar. Die Bedeutung des impliziten Wissens für die Orientierungen und Werthaltungen der Stakeholder, der Evaluationsbeteiligten, wurde von Stake (2004), dem Begründer der responsiven Evaluation, betont. Evaluation sollte sich nicht nur den explizit formulierten Zielen und Intentionen eines Programms zuwenden, sondern auch die AdressatInnen als Experten in eigener Sache befragen. Auf diese Weise kann fachliches Sonderwissen generiert werden, über das dieser Personenkreis in besonderem Maße verfügt. Die Personen werden daher aufgrund ihres speziellen Status als Experten und nicht als Privatpersonen befragt (vgl. Helferich, 2009). Entscheidungen über Ziele, Methoden, Verlauf und Nutzung einer Evaluationsstudie orientieren sich nicht ausschließlich an vorab festgelegten, dem Forschungsprozess vorgeordneten Standards, sondern berücksichtigen auch die von den Stakeholdern eingebrachten Wünsche und Interessen (vgl. Flick, 2006).

Die Evaluation des test- it- Projektes wurde daher so angelegt, dass Kenntnisse vom Wissen der beteiligten Akteure den verschiedenen Gruppen von Beteiligten und Betroffenen möglichst zeitnah wechselseitig vermittelt werden sollten. Einer Beteiligung der Stakeholder im Prozess der Evaluation wie auch im Prozess der Gesundheitsförderung wird eine hohe Bedeutung beigemessen. Partizipation wird als Prozess definiert, in welchem die Menschen eine aktive und maßgebliche Rolle bei allen Entscheidungen spielen, die ihr Leben beeinflussen (BMZ 1999). Partizipation als Instrument verlangt damit die Einbeziehung der Beteiligten in den Prozess der Informationsgewinnung (vgl. Chambers, 2002/ Caspari, 2006). Für die Durchführung der Evaluation und Durchführung des Projekts wurde daher vorgeschlagen, die Vertreter und Vertreterinnen der Zielgruppe im Rahmen von Fokusgruppen- Befragungen an der Planung der konkreten Umsetzung des Projektes teilhaben zu lassen, um über diesen Weg die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahme zu erhöhen. Der Vorschlag, die Betroffenen selbst zu beteiligen, entspricht auch den vom „Kooperationsverbundes Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte“ entwickelten Qualitätskriterien für Projekte der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte, in die Erkenntnisse aus der Gesundheitsforschung sowie die Postulate der Ottawa-Charta eingeflossen sind.

Anerkanntermaßen trägt bei der Datenerhebung die kombinierte Anwendung qualitativer und quantitativer Methoden (Triangulation) nicht nur zur Gültigkeit der gewonnenen Daten bei, sondern hilft auch beim Auffinden zusätzlicher Interpretationen (vgl. Beywl; Niestro 2009: 99). Aus diesem Grund wurden qualitative Methoden insbesondere zur Unterstützung der

formativen, prozessbegleitenden Evaluation eingesetzt, aber auch zusätzlich dafür, die Ergebnisse der quantitativen Erhebung bei der summativen Evaluation zur Bewertung und Interpretation des Projektes sowie für weitere Programmentwicklungen nutzen zu können.

Als Methoden kamen zur Anwendung:

- Fokusgruppen- Befragungen
- Quantitative Erhebung mit Hilfe von Fragebögen
- Einzelinterviews
- Gespräche mit den von extern im KICK eingesetzten Beratenden, einem Mann und einer Frau (Mitarbeitern der Dortmunder Aids- Hilfe) sowie der im KICK fest angestellten Ärztin, von der auch die Tests durchgeführt wurden.

2.2.1. Fokusgruppen-Befragung

Die Methode der Fokusgruppen- Befragung¹⁰ wurde gewählt, weil mit ihr relativ unkompliziert Erkenntnisse über Bedürfnisse, Interessen und Sichtweisen einer Zielgruppe gewonnen werden können, weshalb sie auch im Bereich der Konsumentenforschung regelmäßig Anwendung findet. Bei Fokusgruppen- Befragungen handelt es sich um eine explorative Methode, die eingesetzt wird um bislang unbekannte und oft genug überraschende Einsichten zu erhalten und Untersuchungen mit standardisierten Methoden vorzubereiten und zu ergänzen. Dieses relativ unkomplizierte Verfahren, bei dem Menschen mittels einer Diskussion der Fragestellung ihre eigene Sichtweise gegen die von anderen abwägen können, führt ohne großen organisatorischen und finanziellen Aufwand zu aussagekräftigen Ergebnissen. Bei dieser speziellen Methode der Befragung werden keine Entscheidungen getroffen oder Probleme gelöst. Schon in den fünfziger Jahren des letzten Jahrhunderts wurde es als Instrument der qualitativen, empirischen Sozialforschung vorgestellt (vgl. Friedrichs 1973). Fokusgruppen- Befragung wird in den USA seit den 80er Jahren regelmäßig zu Patientenbefragungen eingesetzt („Stop Aids“ - Projekt San Francisco). Mit Fokusgruppen- Befragungen können aber auch konkrete Hinweise auf Probleme und Defizite in bestimmten Bereichen einer Organisation aufgedeckt werden (vgl. Michel, S. 2007).

Eine Befragung in Gruppen erwies sich im Projekt test-it von Anfang an als nicht einfach, da die befragten Personen dieser Zielgruppe nicht immer zuverlässig Termine einhielten, weil sie beispielsweise unter Suchtdruck litten oder unter dem Einfluss von Aufmerksamkeit und Konzentration beeinträchtigenden psychoaktiven Substanzen standen.

¹⁰ Eine ausführliche Beschreibung zum Einsatz der Methode der Fokusgruppen- Befragung als geeignetes Mittel zur formativen Evaluation findet sich bei Bohnsack (2004); Ernst (2004)

Evaluationsbericht Test-It

Wie viele Teilnehmer an einer solchen Befragung zu einem vereinbarten Termin zur Verfügung stehen würden, war oft nicht absehbar. Interviewte standen auch während der Gruppensituation auf und beendeten das Gespräch, weil gerade eine wichtige Kontaktperson eine Verabredung mit ihnen treffen wollte. Teilweise wurden längere Passagen des Gesprächs von einzelnen Personen geführt. Während Befragungen zu Beginn in einem Raum durchgeführt wurden, der sich einsehbar durch eine Glaswand hinter einem Beratungsschalter befindet, fanden andere Befragungen am Tisch in einem Vorraum der Einrichtung statt, wo die Nutzer des KICK eine Mahlzeit einnehmen, sich mit anderen austauschen, Verabredungen treffen oder einfach nur ausruhen können. Sprunghafte Themenwechsel, langatmige Erläuterungen, Perseverieren waren häufig anzutreffen. Teilnehmer von Befragungen, die durchaus auskunftsbereit waren, nickten in den Befragungssituationen kurzfristig ein und konnten dem Verlauf des Gesprächs daher nicht mehr folgen. Trotz der beschriebenen Einschränkungen und Beschwerden des Settings, in dem die Befragungen stattfanden, erwies sich die Wahl der Methode als sinnvoll.

Die an der Gruppendiskussion teilnehmenden Männer (an zwei Diskussionen waren nur männliche Teilnehmer beteiligt) und Frauen wurden zu Beginn darüber informiert, dass sie als Nutzer- und Nutzerinnen des KICK ihre Meinung zu dem durchzuführenden Projekt äußern könnten, ihre Erfahrungen in die Umsetzung einfließen würden und sie auch ihre besonderen Bedürfnisse mitteilen sollten. Ihre Informationen könnten dann unter Zusicherung absoluter Anonymität an den Leiter der Einrichtung weiter gegeben werden. Die Gruppeninterviews wurden mit nur einer Ausnahme immer von zwei Personen durchgeführt und mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet. Die Rahmenbedingungen der Befragung wurden dokumentiert. Die Interviews wurden transkribiert und im Anschluss ausgewertet. Wegen der begrenzten für die Evaluation zur Verfügung stehenden Ressourcen musste dabei auf die Auswertung mit einer speziell für qualitative Sozialforschung entwickelten Software verzichtet werden.

Erste Erkenntnisse der Fokusgruppen- Befragung wurden üblicherweise im Anschluss an die Befragung dem Leiter der Einrichtung, aber auch den Beratenden mitgeteilt. Die Inhalte der Gespräche dienten dazu, den Blickwinkel auf die Personengruppe zu erweitern und Elemente des Programms zu modifizieren.

In welchem Umfang eine Beteiligung der AdressatInnengruppe mittels der Fokusgruppen- Befragung möglich wurde, lässt sich mit einer vom Wissenschaftszentrum Berlin entwickelten Skala (Wright et. al. 2010: 42), mit welcher der Grad der Beteiligung der Betroffenen eingeschätzt werden kann, bewerten. Die Betroffenen wurden informiert, angehört, einbezogen und konnten teilweise mitbestimmen. Damit konnte ein relativ hoher Grad von Partizipation der Betroffenen im Projekt erreicht werden.

Die ModeratorInnen der Fokusgruppen- Befragungen übernahmen eine Mittlerfunktion und gaben die gewonnenen Informationen an die Geschäftsführung, die BeraterInnen und die Kostenträger des Test- it- Projektes weiter. In der folgenden Fokusgruppen- Befragung wurde den Interviewten mitgeteilt, inwieweit von der Geschäftsführung des KICK auf Anregungen reagiert werden konnte. Allerdings hatten Angehörige der Zielgruppe keine formale, verbindliche Rolle in der Entscheidungsfindung.

Die Einbeziehung der Adressaten und Adressatinnen des Test- it- Projektes mit der Methode der Fokusgruppen- Befragung erfolgte zu einem Zeitpunkt, als die generelle Entscheidung, den HIV- Schnelltest in der Einrichtung anzubieten, schon gefallen war. Von daher konnte vorab nur noch die Information der Entscheidungsträger an die Mitglieder der Zielgruppe erfolgen, dass die Maßnahme durchgeführt werden soll, und danach die Betroffenen hinsichtlich ihrer Einschätzung zu dem Testangebot befragt werden. Die Themen, die von den Nutzerinnen und Nutzern der niedrigschwelligen Einrichtung erwähnt wurden, sowie die zusätzlichen Informationen, die sie gaben, waren für die Planung des Projektablaufs und das Verständnis der Zielgruppe von entscheidender Bedeutung.

Zu drei verschiedenen Zeitpunkten wurden darüber hinaus Gespräche mit den zunächst drei, dann später noch zwei Personen, geführt, die die Beratung zum Test durchgeführt haben. Diese Gespräche wurden im Anschluss als Gedächtnisprotokoll handschriftlich dokumentiert.

2.2.2 Gesprächsleitfaden

Mehrere Fokusgruppen- Befragungen noch vor Beginn der eigentlichen Testphase führten zu verschiedenen Erkenntnissen. Sehr früh wurde deutlich, dass es sich bei den Nutzern von illegalen Drogen um eine Personengruppe handelt, die wider Erwarten großes Interesse an der eigenen Gesundheit hat. Obwohl zum Zeitpunkt der ersten Fokusgruppen- Befragung der Entschluss zur Durchführung der Maßnahme schon gefallen war, konnten die Angehörigen der Zielgruppe noch auf die Ausgestaltung der Beratung vor dem Test und die Durchführung der Evaluation Einfluss nehmen und hatten damit auch Anteil am Gelingen des Projektes. Die Ergebnisse der Befragung von Personen, die mithilfe dieses Leitfadens beraten worden waren, gaben dieser Vorgehensweise Recht.

In einem mehrschrittigen Verfahren mit dreimaligem Befragen von Besuchern des KICK wurde ein Fragebogen entwickelt, von dem zukünftige Nutzer meinten, dass genau das gefragt würde, was sie selbst auch für relevant hielten. Dazu wurden mit ihnen verschiedene Fragebögen diskutiert, die an anderer Stelle schon eingesetzt worden waren. Konsens bestand zwischen den Beteiligten darüber, dass auf nicht unmittelbar der Beratung der Testwilligen dienende Fragen verzichtet werden sollte, um die einzelnen Personen nicht über die Maßen zu strapazieren. Die Hinweise der Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Gruppendiskussion in der Planungsphase wurden mit den Verantwortlichen beraten. Dabei wurden einige Fragen aufgeworfen:

In welchem Setting soll die Beratung stattfinden? Wie kann gesichert werden, dass Personen in prekären Lebensverhältnissen die Mitteilung eines positiven Testergebnisses verkraften können, ohne in eine schwerwiegende, behandlungsbedürftige Krise zu geraten? Wie kann das Bedürfnis nach Beratung durch eine weibliche Person gesichert werden? Wie soll mit Personen verfahren werden, die wohnungslos sind?¹¹

¹¹ Wie wichtig es für die Einrichtung war, sich diesen Fragen vorab zu stellen, wurde deutlich, als schon in den ersten Wochen nach Beginn der Testungen drei Personen mit einem positiven Testergebnis konfrontiert werden mussten, obwohl weder von den Betroffenen selbst noch von den Beratern ein besonders hohes Risiko für das Vorliegen einer Infektion eingeschätzt worden war.

Der Fragebogen wurde für die Dauer des Projektes mehrheitlich von den Beratenden ausgefüllt und als Gesprächsleitfaden eingesetzt, weil nur einzelne Personen ihn vorab alleine ausfüllen wollten.

2.2.3 Einzelinterview

Um die Qualität der Beratungsgespräche vor der Durchführung des Tests einschätzen zu können, fiel die Wahl auf die Durchführung von Einzelinterviews. Hier ließen sich relativ schnell und unkompliziert Hinweise gewinnen, die zeitnah an die beratenden Personen weiter gegeben werden konnten. Um Personen, die sich hatten testen lassen, tatsächlich auch befragen zu können, wurde dafür die Zeit zwischen Blutabnahme und Mitteilung des Testergebnisses gewählt. Nur einer der Befragten meinte, er sei zu nervös, um die Fragen beantworten zu können. Die Antworten wurden mit dem Tonband festgehalten und später transkribiert.

3. Datenerhebung

Fokusgruppen- Befragungen wurden schon vor Beginn des eigentlichen Projektes ab Ende des Jahres 2009 durchgeführt, Einzelinterviews mit Getesteten im Januar 2010.

Drei Fokusgruppen- Befragungen mit den Nutzern und Nutzerinnen des KICK fanden im Zeitraum zwischen Ende November und Ende Dezember statt, danach fortlaufend monatlich einmal von Januar bis September 2010. Der Test wurde an zwei Tagen in der Woche durchgeführt; über einen Zeitraum von vier Wochen gab es aufgrund einer Erkrankung der im KICK tätigen Ärztin keine Testung. Die Befragung fand an den Tagen statt, an denen auch der HIV- Schnelltest angeboten wurde. Die ersten Eindrücke wurden direkt im Anschluss an den Einrichtungsleiter wie auch zumeist an das beratende Personal weitergegeben und waren Anlass für Adaptionen des Projektes. Aussagen der Befragten sind im Folgenden in wörtlicher Rede und in kursiver Schrift gekennzeichnet in den Text eingefügt.

Alle von den Beratenden im Zeitraum von 01. Januar bis 30. September 2010 ausgefüllten Fragebögen, deren Fragen als Gesprächsleitfaden genutzt wurden, sowie die ergänzenden Laufzettel des KICK zu jeder einzelnen Beratung wurden in die Auswertung mit einbezogen. Die Angaben von allen Personen, die im Zeitraum zwischen dem 5. Januar bis 30. September an einem Beratungsgespräch vor dem Test teilgenommen hatten, und die ergänzenden, auf dem Laufzettel des KICK vermerkten Angaben, wurden in die Auswertung einbezogen. Die Personen, die sich dazu bereit erklärt hatten, an einem Wiederholungstest teilzunehmen, und solche, die von sich aus das Testangebot zum zweiten Mal im KICK wahrnahmen, wurden mit einem leicht modifizierten Gesprächsleitfaden beraten. Diese Bögen wurden getrennt erfasst. Insgesamt wurden 185 Testberatungen und 179 Tests durchgeführt. Davon wurden insgesamt 17 als Wiederholungstest nach einem halben Jahr nach der Ersttestung durchgeführt. Bis Ende März 2010 hatten sich schon einhundert Personen einer Beratung und Testung unterzogen.

Die Daten wurden in monatlichen Abständen in ein Statistikprogramm (Grafstat) eingelesen und fortlaufend ausgewertet. Die aufgrund der bis Ende März erhobenen quantitativen Daten

und daraus gewonnenen Erkenntnisse blieben auch nach der Endauswertung unverändert bestehen. Alle Daten von Personen, die bis zum 30. September aufgrund eines vorher vereinbarten Recalls oder von sich aus um einen Wiederholungstest gebeten hatten, wurden getrennt erfasst.

4 Auswertung

4.1 Fokusgruppen- Befragungen

Obwohl die Personen der Gruppenbefragung nicht identisch waren, glichen sich die Informationen, die von den verschiedenen Personen zu unterschiedlichen Zeitpunkten gegeben wurden. Die meisten brachten zum Ausdruck, wie gut sie es fänden, dass sie selbst auch befragt würden und mitgestalten dürften. Einer der Befragten berichtete, früher selbst aktiv am Aufbau des Cafés beteiligt gewesen zu sein, dass sich aber diese Zeiten geändert hätten, und er es schade fände, dass die NutzerInnen nicht aktiv an den Abläufen im KICK beteiligt seien.

Die Befragten machten Aussagen bezüglich eines zeitlich begrenzten Angebotes an festen Wochentagen. Sie meinten, fast alle könnten sich damit arrangieren, wenn der Test nur innerhalb der Öffnungszeiten in den Räumlichkeiten des KICK stattfinden würde. Da das Projekt auf mehrere Monate angelegt sei, könne man ja immer noch an einem anderen Tag kommen, wenn man einen Termin verpasst habe. Allerdings gab es schon frühzeitig die ersten Hinweise darauf, dass das Testangebot nicht von allen Drogenabhängigen in Dortmund angenommen werden würde.

Die Möglichkeit, sich im KICK einen Test unterziehen zu können, wurde von den meisten als außerordentlich positiv eingeschätzt. Sie beschrieben sehr realistisch die Notwendigkeit sich testen zu lassen, weil sie durch ihre Lebensweise einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt seien:

„Nee, dass es überhaupt diesen Schnelltest da gibt. Ne, war ich positiv überrascht, weil da kann jeder, der evtl. die Befürchtung hat, positiv zu sein, das kann ja immer mal, ne, bei unserer Lebensführung muss man sich auch nichts vormachen. Äh, mal passieren, dass man sich da irgendwelche Seuchen holt und äh, ich finde das 'ne gute Sache. Die Leute können sich testen und äh, evtl. auch evtl. auch, wenn sie einen neuen Freund kennen lernen und, und, und, oder 'ne neue Freundin, dann können sie sich testen, ist mit mir was oder mit mir nix, ne.“ Der bewusste Umgang mit diesem Risiko ist für die Befragten ein Grund dafür, sich bei jeder der sich bietenden Gelegenheit einem Test zu unterziehen. *„Ja, ich hab' bei jeder Möglichkeit vorher schon immer HIV- Test angenommen, weil die Möglichkeit besteht ja irgendwie immer in irgend 'ner Form, in dem Lebenswandel, wenn man drauf ist und spritzt, mit anderen verkehrt, die gespritzt haben oder mit frischen Wunden rumlaufen, viele laufen mit Blut an den Händen rum, und, mit denen kommt man in Kontakt oder was weiß ich, ne, so, ist.“* Auch die Möglichkeit, sich dem Test zur Sicherheit in einer neuen Partnerschaft zu unterziehen, wird in Erwägung gezogen.

Einige Interviewpartner erwiesen sich schon zu Beginn des Projektes als gut informiert darüber,

Evaluationsbericht Test-It

ab wann mit dem Test ein aussagefähiges Ergebnis erzielt werden kann: *„Ne gute Sache, in jedem Fall ´ne gute Sache. Nur es bringt dir nix, wenn du vor ´ner Woche in der Situation warst...“*

Schon bei den ersten Interviews wurde von den Interviewpartnern immer wieder betont, dass sie sich diskriminierend behandelt fühlten, und wahrnehmen würden, dass man sie wegen nicht vorhandener finanzieller Ressourcen mit einfachen Lösungen abzuspeisen versuche. Ein Drogenabhängiger berichtete, dass er einen Arbeitsplatz nicht erhalten habe, weil er seine Erkrankung angegeben hatte: *„Wie kommst Du Dir vor? Mensch 3. Klasse.“ Dann gibt er dir am Ende die Hand und sagt „nee“. „War beim Arbeitsamt, hab´ meine Papiere eingereicht, zum Kaputt schreiben.“ „Der Penner vom Gesundheitsamt, der Arzt, ist extra dafür da, der wollte mich nicht einstellen auf Tabletten. Der wollte mich nicht einstellen, der is´ n Arsch der Arzt! Drogenabhängige werden nicht mehr vom Gesundheitsamt behandelt. Du bist doch für die ein Patient 2., 3. Klasse. Du wirst abgeschrieben, das ist fürchterlich.“*

Sie hoben aber auch immer wieder den Wert vom KICK hervor, das für sie eben nicht nur ein Ort ist, an dem sie Drogen konsumieren und eine warme Mahlzeit einnehmen können, sondern darüber hinaus weitere wichtige Funktionen erfüllt: *„also ich komme hier wie gesagt ... auch um meine Sozialfragen zu erledigen und wenn ich brauche Hilfe und welche Rat oder z.B. ich habe Zuhause jetzt richtige Küche, keine richtige Küche und hier kochen eigentlich ganz lecker, mal komme ich zu essen oder wenn Zuhause nicht gekocht und geschafft und ich habe auch viele Sachen und suche ich auch Arbeit jetzt, aber ehrlich gesagt, habe ich Angst an den Test machen.“* Die sozialen Kontakte, die im KICK möglich sind, werden betont, *„Wir gehen hier nur hin, um mal ´n Kaffee zu trinken, bisschen zu quatschen oder mittags zu essen.“* Das KICK wird auch als Freizeitangebot wahrgenommen, *„...Malen, schreiben oder ein anderes Gespräch zu haben, um nicht den ganzen Tag vor der Glotze oder Monitor oder, einfach, wegen ihr (der Freundin¹²)...“*

In den Gruppendiskussionen wurde auch von den Teilnehmern angesprochen, dass die Einrichtung des KICK eben für Leute wie sie ausgestattet sei, und sie sich durchaus wünschten, sich in einem anderen, angenehmeren Ambiente aufhalten zu können. Aber die Tatsache, sich nicht verstellen zu müssen, und die fachliche Kompetenz des Personals scheinen Gründe dafür zu sein, das Café trotz wenig anheimelnder Einrichtung aufzusuchen, auch wenn das Angebot der drogentherapeutischen Ambulanz des KICK nicht genutzt wird. *Ne, und man kann hier mit der Wahrheit rausrücken. Ich kann offen sein, ich kann ich sein.“* „Klar gibt´s schönere Plätze, aber die Ansprechpartner sind geschult.“ Die NutzerInnen gehen wie selbstverständlich davon aus, dass für eine gepflegtere Ausstattung keine Ressourcen zur Verfügung stehen. *„Weil ich glaube, wenn sie´s Geld hätten, würden sie es tun, weil man hier so den Kontakt zu den Sozialarbeitern hat, ich habe ihn, dann würden die so offen sein und sagen, wir haben zwar das Geld, aber das geht in andere Ecken, so.“*

„Aber das Geld ist einfach nicht vorhanden, glaube ich, ne. Das ist ... Ich habe mich mittlerweile damit abgefunden, dass es hier bröseln, da bröseln... dass es nicht ansprechend ist.“¹³

¹² Anmerkung der Verfasserin

¹³ Kurz nachdem dieses Diskussionsergebnis an die Geschäftsführung weitergegeben worden war, konnten wurden

Evaluationsbericht Test-It

Weil das KICK als sozialer Raum für die NutzerInnen so wichtig ist, wird auch der Wunsch nach längeren Öffnungszeiten geäußert. „Weil bis 15h und dann steht man da. Bei schlechtem Wetter isses ganz übel, bei Kälte isses übel... Wenn Obdachlose z.B. dabei sind, ne, die wirklich...“
„Kein Platz in der Unionstraße, wenn die voll ist. Wo sollen die hin? Sich da irgendwo Ne? Da kann man sich besser hier aufhalten. Streetworker, .. für Jugendliche, hat auch so komische Öffnungszeiten.“

4.2 Beratungsleitfaden und Laufzettel

133 Männer und 35 Frauen wurden bis Ende September im Rahmen des test-it Projektes erstmalig beraten. Von diesen wurden 162 Personen mit dem HIV-Antikörpertest Determine™ HIV-1/2 (Inverness Medical), für den Blut aus der Fingerbeere entnommen wird, getestet. Die Altersspanne bewegte sich bei den Männern zwischen 18 und 64 Jahren, bei den Frauen zwischen 21 und 55 Jahren. 43% der Frauen sind zwischen 20 und dreißig Jahre alt, 30% zwischen dreißig und 40, 16% zwischen 41 und 50 und 7% zwischen 51 und 55. Jünger als 21 Jahre sind 2% der Männer, 17% zwischen 21 und 30, 37% zwischen 31 und 40, zwischen 41 und 50 25%, 7% zwischen 51 und 60.

Altersverteilung

	m	w
jünger als 21	2%	
20 bis 30	27%	46%
30 bis 40	37%	31%
40 bis 50	25%	16%
51 bis 60	7%	7%
bis 64	2%	

Personen nichtdeutscher Nationalität

	Anzahl	Durchschnitts- aufenthaltsdauer
Türkisch	9	28
Russisch	6	16
Ukraine	3	9
Marokkanisch	3	37
Aserbaidshisch	1	14
Andere	11	2 bis 43

im Cafebereich moderne, bequeme, gepolsterte Bänke und Tische aufgestellt. Dies führte zu einer wesentlich angenehmeren Atmosphäre des Cafe's, die auch von den Befragten anerkennend kommentiert wurde, und die sie auch als Wertschätzung gegenüber den Nutzern und Nutzerinnen wahrnahmen.

Evaluationsbericht Test-It

102 von den männlichen sowie 33 von den weiblichen Drogenkonsumenten haben die deutsche Staatsangehörigkeit. 33 Personen aus der Gruppe der Teilnehmenden hatten eine andere Staatsbürgerschaft, darunter waren allerdings nur zwei Frauen. Bei den Nichtdeutschen überwiegen Personen mit türkischer (9) und russischer (6) Nationalität.

Die jeweils einzelnen aus anderen Ländern kommenden Personen (Bosnien, Bulgarien, China, Griechenland, Polen, Portugal, Tadschikistan, Weißrussland) halten sich seit unterschiedlich langer Zeit in der Bundesrepublik auf; die Spanne der Aufenthaltsdauer liegt hierbei zwischen zwei Jahren (Bulgarien) und 43 Jahren (Griechenland).

Wie ist die Wohnsituation der Personen, die sich einem Test unterziehen lassen wollten?

aktuelle Wohnsituation

	m		w	
Ich wohne alleine	69	52%	12	34%
Mit anderen in meiner/ einer Wohnung	46	35%	17	49%
Ich habe keine Wohnung	15	11%	4	11%
k.A.	3	2%	2	6%
Gesamt	133	100%	35	100%

Von den getesteten Männern und Frauen geben 11% an keine Wohnung zu haben. Von denen, die angeben, gemeinsam mit anderen zu wohnen, ist nicht klar, ob sie in den Wohnungen nur untergekommen sind und geduldet werden, oder tatsächlich offiziell mit in das Mietverhältnis herein genommen wurden. Bei den Fokusgruppen- Befragungen wurde darauf hingewiesen, dass manche sich auch schämen würden einzugestehen, dass sie obdachlos seien. Allerdings gab keiner der Männer mit nichtdeutscher Nationalität an, wohnungslos zu sein. Damit erhöht sich der Anteil deutscher Männer, die wohnungslos sind und dies auch zugeben auf 16%.

Die Entscheidung alleine zu leben, wird teilweise sehr bewusst gefällt: *„Dazu muss ich dich mal ganz kurz unterbrechen; also für mich gibt es keine, für mich gibt es überhaupt keinen Kompromiss mehr, noch mal mit irgendjemandem zusammen zu ziehen, ich habe 10 Jahre mit jemandem zusammengelebt und der hatte mit Drogen gar nichts zu tun und ich musste mich da so beschimpfen lassen, fertig machen lassen und ich will jetzt endgültig alleine leben.“*

Beziehungsform

	m		w	
In einer festen Beziehung	56	42%	20	57%
In einer offenen Beziehung mit Abmachungen	1	1%	0	0%
In einer offenen Beziehung ohne Abmachungen	0	0%	0	0%
Ich bin Single/ ohne feste Beziehung	74	56%	12	34%
k.A.	2	2%	3	9%
Gesamt	133	100%	35	100%

Evaluationsbericht Test-It

Obwohl nur 42% der Männer und über die Hälfte der Frauen angeben in einer festen Beziehung zu leben, wird nur von einem Mann angegeben in einer offenen Beziehung zu leben. Von den 74 männlichen Personen, die ohne feste Beziehung leben, sind 61 IVDA, von diesen konsumieren 27 oft und immer Alkohol.

Obwohl prozentual mehr Frauen als Männer angeben, in einer festen Beziehung zu leben, stehen Frauen deutlich weniger Unterstützungsangebote zur Verfügung, wenn bei einem Schnelltest das Vorliegen einer HIV-Infektion festgestellt würde. Außerdem scheint die Qualität der Beziehung bei Männern und Frauen unterschiedlich ausgeprägt zu sein, denn die befragten Frauen geben in sehr viel geringerem Maße an, auf Unterstützung zurückgreifen zu können als die männlichen Befragten. 15 der 20 befragten Frauen, die in einer festen Beziehung leben, und 3 der befragten 12 Frauen, die ein Singleleben führen, sind IVDA.

Unterstützung bei pos. Testung

	m		w	
ja	92	68%	8	22%
nein	31	24%	24	68%
k.A.	10	8%	3	11%
Gesamt	133	100%	35	100%

Angaben zum Drogenkonsum:

Alle testwilligen Personen gaben an Drogen zu konsumieren, jedoch bestehen deutliche Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit des Konsums einzelner Drogen, der Art und Weise wie diese Drogen zugeführt werden und auch zwischen den Geschlechtern.

Konsum von

	Heroin		Kokain		Tabletten		Alkohol		Tabak		Andere	
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
n=	133	35	133	35	133	35	133	35	133	35	133	35
nie	26	18	83	23	73	23	79	26	16	7	83	22
selten	25	4	28	6	26	4	21	4	1	0	2	0
oft	23	2	7	2	7	1	14	2	10	3	48	11
immer	59	11	15	4	27	7	19	3	106	25	0	2
intravenös	60	8	34	3	26	4					0	1
sniefen	5	3	1	3	36	12						
rauchen	46	8	12	5								

Mehrfachnennung

Andere Drogen werden genannt: THC (46), Polamidon, Methadon, Amphetamine

63 Personen gaben an Alkohol zu konsumieren. 25 derjenigen Personen, die angaben, sich oft und immer Heroin intravenös zu verabreichen, berichteten über häufigen bis regelmäßigen Alkoholkonsum. Umgekehrt geben von den 33 Personen, die oft und immer Alkohol konsumieren, nur 2 an, überhaupt kein Heroin zu konsumieren. Die unter „andere Drogen“

Evaluationsbericht Test-It

(außer THC) subsumierten Substanzen werden von 7 derjenigen Personen angegeben, die Heroin injizieren.

Erheblich mehr Männer als Frauen trinken regelmäßig Alkohol, und deutlich mehr Männer als Frauen rauchen. Auch applizieren anteilig weniger Frauen als Männer Heroin intravenös.

Bei der Gruppe der Polytoxikomanen lassen sich zwei Untergruppen isolieren: Solche, die sich die Drogen intravenös zuführen und die anderen, die die Drogen rauchen, inhalieren, sniefen bzw. oral einnehmen.

13 Personen, davon eine Frau, geben an Kokain, H und Tabletten i.v. zu applizieren, davon sind 10 Personen deutscher Nationalität. Von diesen geben 7 an, unsafe sex zu praktizieren. Sechs von ihnen praktizieren auch unsafe use. Acht Personen aus dieser Gruppe konsumieren zusätzlich regelmäßig Alkohol, fünf von diesen Männern haben die deutsche Staatsangehörigkeit. Nur ein Mann aus dieser Gruppe gibt an, wohnungslos zu sein, 5 wohnen zusammen mit anderen.

39 Männer und acht Frauen, die gleichzeitig Heroin und Kokain sniefen oder rauchen, sowie Tabletten oral zuführen, geben unsafe sex an, 22 auch unsafe use, d.h. sie benutzen gemeinsame Utensilien. 28 dieser Männer und sieben der Frauen geben an, auch Alkohol zu konsumieren. Acht von diesen fünfunddreißig sind wohnungslos, vierzehn teilen sich eine Wohnung mit anderen. Aus dem Vergleich dieser kleinen Zahlen wird deutlich, dass auch bei bestehender Polytoxikomanie noch Unterschiede im Risikoverhalten beschrieben werden können, auch wenn diese aufgrund der geringen Anzahl nicht signifikant sind. Weiter unten wird die Frage beantwortet, wie lange das letzte Risikoverhalten zurückliegt.

Risikosituation

	m	w
kein Risiko	49	15
unsafe sex	52	15
unsafe use	46	8
k.A.	4	2
Gesamt	151	40

Mehrfachnennungen möglich

Vorkommen von Hepatitisformen oder Geschlechtskrankheiten

Auffällig ist eine, im Vergleich zu anderen untersuchten Gruppen von IVDU, eher geringe Prävalenz von Hepatitiden, sowie eine hohe Prävalenz von Geschlechtskrankheiten bei den männlichen Projektteilnehmern. Mehr Männer als Frauen sind mit Hepatitis C infiziert, allerdings geben Frauen zu 2% an, schon einmal an einer Geschlechtskrankheit erkrankt zu sein, gegenüber 16% der Männer. Bei der Betrachtung der nachfolgenden Tabelle ist zu beachten, dass die Frage nach dem Hepatitis-C-Test erst ab der 17. beratenen Person zusätzlich mit in den Fragebogen aufgenommen wurde.

Evaluationsbericht Test-It

	Hepatitis A		Hepatitis B		Hepatitis C		HepA Impfung		HepB Impfung		Untersuchung Hep C		Geschlechtskrankheiten	
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
ja	21	5	33	9	44	10	23	9	28	12	45	10	22	8
nein	95	27	86	23	84	24	91	22	92	23	55	22	108	26
weiß nicht	17	3	17	3	4	0	19	4	15	2	2	0	3	1
ausgeheilt			23	3	25	5								
chronisch			1	1	29	8								

Mehrfachnennungen

Durchschnittlich mehr Frauen als Männer sind gegen Hepatitis A und B geimpft. Dies mag ein Ausdruck für das besser ausgeprägte Gesundheitsbewusstsein von Frauen sein.

Die Besucher des KICK sind sich ihrer prekären gesundheitlichen Situation bewusst, besonders wenn sie unter einer Hepatitis C und/ oder einer HIV- Infektion leiden und reflektieren dies auch. *„Schlimm ist es ja nur für die Leute, die nicht wissen, dass sie infiziert sind, und machen dann bei Hepatitis C die Interferon- Kur. Die sind dann natürlich gefickt. [...]“*

„Bei ´ner Interferon- Kur, wenn du so was machst, die hat ja auch Nebenwirkungen. [...]“

Von einer HIV- Infektion betroffen zu sein, stand und steht für die Befragten nach wie vor nicht im Zentrum ihrer wahrgenommenen Gesundheitsrisiken. Die Befragten thematisierten viel mehr anlässlich verschiedener Fokusgruppen- Befragungen die Angst vor einer Hepatitis C Infektion.

Sie beschrieben Erfahrungen mit Betroffenen in ihrem Umfeld, die elendiglich gestorben seien. Hepatitis C Betroffene berichteten über Leistungseinbußen, Müdigkeit und Schwächeempfindungen, aufgrund derer sie sich in ihrer Lebensqualität erheblich eingeschränkt fühlten. *„Verstehste? Also, wer bei ´ner Interferon- Kur, der, eigentlich voraus gesagt, immer ´n HIV- Test vorher. Äh, um das auszumerzen, dass hinterher bei dieser Interferon- Kur der HIV- Virus ausbricht. [...]“*

Vielfach wurde von ihnen der Wunsch nach einem Hepatitis C- Test als Angebot vom KICK geäußert (siehe Tabelle), wenn bei einem positiven Testergebnis auf HIV Venenblut abgenommen werden müsste.

Hausärztliche Versorgung

Angesichts der oben beschriebenen häufig vorkommenden Infektion mit Hepatitis C, die als chronische Krankheit gravierende Auswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen hat, ist die Frage nach einer gesicherten ärztlichen Versorgung von besonderer Wichtigkeit. Wie aus der nachfolgenden Tabelle ersichtlich, haben fast 90% der Frauen gegenüber nur fast 70% der Männer einen Hausarzt. Von den 15 Männern die wohnungslos sind, haben neun angegeben keine hausärztliche Versorgung zu haben. Das Vertrauensverhältnis der Frauen zu ihren HausärztInnen ist deutlich besser als das der Männer. Von den Frauen, die ein Singleleben führen, befinden sich zwei nicht in hausärztlicher Versorgung.

24 derjenigen Männer, die als Single leben, haben keinen Hausarzt.

Evaluationsbericht Test-It

	Hausarzt				Vertrauensverhältnis Hausarzt			
	m		w		m		w	
ja	90	68 %	31	89 %	82	62 %	28	80 %
nein	41	31 %	3	9 %	15	11 %	5	14 %
k.a	2	2 %	1	3 %	36	27 %	2	6 %
gesamt	133	100 %	35	100 %	133	100 %	35	100 %

Setzt man das Vorhandensein eines Hausarztes oder einer Hausärztin in Zusammenhang zur Zugehörigkeit zur Nationalität, so ergibt sich zunächst kein Unterschied zwischen deutschen und ausländischen Männern. Klammert man allerdings türkische und russische Männer aus, so zeigt sich, dass nur 53% der anderen Nationalitäten zugehörigen Personen einen Hausarzt haben. Von den fünf deutschen Männern mit einem HIV- positiven Testergebnis hatten allerdings zwei keinen Hausarzt.

Für viele der teilweise sehr kranken Besucher des KICK, insbesondere solchen, die der offenen Szene zuzuordnen sind und vermehrt compulsiven Drogenkonsum aufweisen, ist die medizinische Versorgung innerhalb der Einrichtung oft der einzige Kontakt zu medizinischen Diensten, der dazu genutzt werden kann, den betroffenen Menschen ausreichende medizinische Behandlung angedeihen zu lassen, sie zu stabilisieren, und bei deren Gesundheitsverhalten zu unterstützen.

An dieser Stelle kann nur immer wieder die Bedeutung ärztlicher Versorgung durch Betreuungseinrichtungen mit einem niedrigschwelligen Ansatz betont werden, da diese Personengruppen ansonsten nicht adäquat behandelt würden.

Einen Hausarzt zu haben und diesem Vertrauen zu können, bedeutet allerdings nicht automatisch, dass die Testwilligen diesen auch zum Zweck eines HIV- Tests aufsuchen würden.

Art des Risikos einer Ansteckung mit dem HIV

	Infektionsrisiko			Testgrund	
	m	w		m	w
Mann-Mann	2	0	HIV Risiko Situation vor 0-3 Tagen	9	1
Frau-Mann	48	12	HIV Risiko Situation vor 4 Tagen bis 3 Monaten	27	4
Frau-Frau	0	2	HIV Risiko Situation vor länger als 3 Monaten	61	19
Prostitution	0	1	Bilanz	22	3
i.V. Drogenkonsum	42	7	Verlobungstest	0	0
berufliches Risiko	0	0	dringender Testwunsch ohne Risiko	37	12
Partner/in positiv	4	2	Wiederholungstest	3	4
Sonstiges	1	0	Sonstiges	0	0
k.A	51	16	k.A.	2	1

Mehrfachnennungen möglich

Zwei Frauen, die an Fokusgruppen- Befragungen teilgenommen hatten, berichteten dort, dass sie sich bei intensiven Kontakten verletzt hätten und mit Blut aus stark blutenden Wunden (z.B. aufgerissene Lippe) direkt in Kontakt gekommen sein.

Evaluationsbericht Test-It

Nicht überraschend geben überdurchschnittlich mehr Männer als Frauen an, dass sie davon ausgegangen sind, dass ihre Sexpartnerin HIV- negativ war, bzw. sie ein Gefühl des Vertrauens hatten. Wie weiter unten näher ausgeführt wird, ist das Thematisieren von Kondomgebrauch bei Gelegenheitskontakten nicht selbstverständlich. Das Vorliegen einer HIV- Infektion wird daher Gelegenheitspartnern nicht immer ohne weiteres mitgeteilt (Steffan et. al. 2004: 80). Auch anteilig mehr Männer als Frauen geben an, Drogen und/ oder Alkohol konsumiert und die Kontrolle verloren zu haben.

In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, inwieweit zusätzliche Faktoren Einfluss auf Risikoverhalten haben. Es wird deutlich, dass besonders der zusätzliche Konsum von Alkohol bei Opiatabhängigen Risikoverhalten bei sexuellen Kontakten begünstigt, wie dies auch für andere Zielgruppen nachgewiesen wurde (Stall et. al. 1986; Grunbaum et. al. 2002; Theall et. al. 2007). Immerhin 14% der Gruppe von Männern, die Sex mit Männern haben, geben an Drogen und/ oder Alkohol konsumiert und die Kontrolle verloren zu haben (RKI 2009: 349).

Wie eine Schweizer Studie zum sexuellen Risikoverhalten von Drogenkonsumentinnen zeigt, haben das Wissen über die Erkrankung, die wahrgenommene Schwere sowie das wahrgenommene Infektionsrisiko, sowie die Einschätzung der Wirksamkeit von Schutzmaßnahmen keinen Einfluss auf das sexuelle Risikoverhalten.

Das Risiko von ungeschützten sexuellen Kontakten wird demnach erhöht durch: geringere Selbstwirksamkeitserwartungen, geringere Wichtigkeit der Gesundheit und sexuelle Gelegenheitskontakte. In festen Partnerschaften werden Vertrauen in die Treue des Partners, die Annahme dass der Partner negativ ist und Verliebtheit in den Partner angegeben, bei Gelegenheitspartnern sind es Alkohol- und Drogenkonsum, keine Lust auf Kondombenutzung und Verliebtheit. Bei Kontakt mit Freiern ist deren Weigerung Kondome zu benutzen von Bedeutung (vgl. Brodbeck et. al. 2002: 1062). Soziale Benachteiligung erhöht nicht nur das Risiko von Jugendschwangerschaften (Matthiesen 2008: 21). Wenn die Lebensumstände prekär sind, verfügen Frauen offensichtlich über weniger Motivation und Kompetenzen, sich um den Schutz vor einer ungewollten Schwangerschaft zu kümmern, wie eine französische Studie zeigt. „The social, family, professional and affective problems that confront women at times and lead them sometimes to negotiate the question of contraception and even to obscure it, if the problem are very severe.“ (Bajos et. al. 2003) Wegen der in vielfacher Hinsicht prekären Situation von Drogenabhängigen ist es daher nicht verwunderlich, wenn bei ihnen im Zusammenhang mit sexuellen Kontakten Risikoverhalten auftritt. Friedrich (1993) zeigt in einer Studie für jugendliche Mädchen eindringlich auf, dass Missbrauch, Gewalt, Drogen und Prostitutionserfahrung miteinander verknüpft sind und ein hohes Risiko für solche schwierigen Lebenslagen darstellt. Es ist anzunehmen, dass bei den Frauen und Männern, die das KICK nutzen, ähnliche Zusammenhänge aufgedeckt werden könnten.

Die Ergebnisse der Nutzerbefragung von Köln (2008), in der Männer, die mit Männern Sex haben, mit dem HIV- Schnelltest getestet und befragt wurden, waren 17% davon ausgegangen, dass der Partner HIV- negativ ist, 17% Prozent hatten ein Gefühl des Vertrauens, 10% wollten dem Partner möglichst nahe sein, 3% hatten kein Kondom dabei.

Sprechen mit SexualpartnerInnen über HIV

Thematisieren Kondome/ HIV mit Partner

	m		w	
ja	90	68 %	30	86 %
nein	38	29 %	2	6 %
k.A.	5	4 %	3	9 %
gesamt	133	100 %	35	100 %

Von den 133 Männern leben 56 (=42%) in einer festen Beziehung, 74 (=56%) sind Singles. 90 (67%) von diesen sprechen über HIV und Kondome. Nicht darüber sprechen 13 (=10%) von 56 (42%) in einer festen Beziehung und 23 (=17%) von den Singles.

Vergleicht man die Gesamtheit aller Männer mit denen, die intravenös Drogen konsumieren (120), zeigt sich allerdings, dass sich der Anteil derer, die nicht in einer festen Partnerschaft leben, größer ist (55%). Von diesen geben allerdings nur unwesentlich mehr (31%) an, nicht mit ihren Partnerinnen über HIV oder Kondome zu sprechen.

Vielmehr Frauen (86%) als Männer thematisieren HIV und Kondome mit ihren Partnern. Davon leben 51% in einer festen Beziehung (18), 34% (12) sind ohne feste Beziehung. Von diesen konsumiert eine Drogen intravenös. Insgesamt 9% der Frauen haben keine Angabe zur Beziehungsform gemacht.

Diese Zahlen widersprechen der Vorstellung, dass es leichter sein müsste, Kondomgebrauch in einer stabilen Beziehung zu thematisieren. Risikosituationen treten allerdings am häufigsten in Kontakten mit unbekanntem Personen oder bekannten Gelegenheitspartnern auf, deren HIV-Status überwiegend nicht bekannt ist.

	Person in Risikosituation				HIV-Status des Risikop.				
	m		w		m		w		
mit einem/r festen Partner/In	18	14 %	3	9 %	nicht bekannt	50	38 %	13	37 %
mit einem/r unbekanntem Person	15	11 %	5	14 %	ja er/sie ist negativ	13	10 %	1	3 %
mit einem/r bekannten Gelegenheitspartner/In	49	37 %	12	34 %	ja er/sie ist positiv	19	14 %	7	20 %
k.A.	51	38 %	15	43 %	k.A.	51	38 %	14	40 %
gesamt	133	100 %	35	100 %	gesamt	133	100 %	35	100 %

Die meisten Risikosituationen werden im Zusammenhang mit Geschlechtsverkehr mit unbekanntem Personen oder Gelegenheitspartnern angegeben. Da Risikoverhalten wie zuvor beschrieben häufig in engen Zusammenhang mit Alkoholkonsum steht, der die Schwelle für das Eingehen von Risikosituationen senkt, scheint dies die Hauptursache für Risikoverhalten bei Geschlechtsverkehr zu sein. Überwiegend ist der HIV-Status des Partners oder der Partnerin dabei nicht bekannt.

Viele der Befragten wissen allerdings, dass ihre Partner oder Partnerinnen HIV-positiv sind. 14% der Männer wissen, dass ihre Partnerinnen, mit denen sie sich in Risikosituationen befunden hatten, HIV- positiv sind. Bei den Frauen waren es sogar 20%.

Evaluationsbericht Test-It

Von Männern wird beschrieben, dass sie selbst dann auf die Verwendung von Kondomen verzichten, wenn sie wissen, dass ihre Partnerin HIV- positiv ist (Steffan 2004:75f).

Es scheint zunächst verwunderlich, dass nur 13% aller Männer und 8% der Frauen angeben, über ausreichende Informationen zu verfügen, falls der Partner positiv ist. Zieht man allerdings die Zahl derjenigen ab, die nach ihren Angaben keinen HIV- positiven Partner haben, zeigt sich, dass sich zwar 17 Männer ausreichend informiert fühlen, ein Mann jedoch nicht, und sich neun nicht sicher sind. Ein ähnliches Ergebnis findet sich bei den Frauen. Hier stehen dann 3 Frauen, die sich ausreichend informiert fühlen, drei anderen gegenüber, von denen sich 1 nicht ausreichend informiert fühlt, und sich 2 nicht sicher sind.

Einschätzung der Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung mit HIV

Von den Befragten schätzten 44% die Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung mit HIV als sehr niedrig ein, weitere 27% stuften sich im unteren Bereich ein und nur 20% gaben eine mittlere Wahrscheinlichkeit an. Im höheren bis sehr hohen Bereich ordneten sich nur sehr wenige ein. Insgesamt schätzten die Berater das Risiko einer Infektion in geringem Grade höher ein als sie selbst, umgekehrt verhielt es sich bei den Frauen. Allerdings weichen die Einschätzungen zwischen Beratenden und einzelnen Personen nur in geringem Grade voneinander ab, dies ist ein weiterer Hinweis auf das hohe Realitätsbewusstsein der Personen, die sich einem Test unterziehen wollten. Trotzdem ist hierbei zu beachten, dass bei einer relativ großen Anzahl von Personen riskantes Verhalten sowohl hinsichtlich unsafe use wie auch unsafe sex berichtet wird. Allerdings liegen die Risikosituationen teilweise schon länger zurück, wie weiter unten dargestellt wird. Riskantes Verhalten wird daher von den meisten Betroffenen nicht durchgängig praktiziert.

Dies mag der Anlass dafür sein, dass sie sich als weniger gefährdet einstufen und nicht zu realisieren scheinen, dass sie als Angehörige einer Gruppe, in der die Infektion weiter verbreitet ist als in der Durchschnittsbevölkerung, das Risiko einer Ansteckung höher ist., selbst dann wenn sie sich überwiegend risikovermeidend verhalten.

Evaluationsbericht Test-It

Einschätzung der Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung mit HIV

Einschätzung durch	Männer	Beratende	Frauen	Beratende
sehr niedrig	55	44	16	16
	24	24	2	5
	14	18	4	6
	4	15	0	1
	22	10	8	2
	3	4	1	0
	3	3	0	3
	1	0	1	0
	0	1	0	0
sehr hoch	0	2	0	0
k.A.	7	12	3	2
gesamt	133	133	35	35

Wunsch nach Erinnerung für weitere Testung

	m		w	
ja	49	37 %	14	40 %
nein	67	50 %	13	37 %
weiß nicht	4	3 %	0	0 %
k.A.	13	10 %	8	23 %
gesamt	133	100 %	35	100 %

Zunächst könnte hier der Rückschluss gezogen werden, dass die betreffenden Personen sich ihres Risikoverhaltens bewusst sind und quasi fortwährend dieses Verhalten beibehalten und sich nur aus dem Grund einer möglichst frühen Diagnosestellung testen lassen, um sich so einer möglichst frühzeitigen Behandlung unterziehen zu können. Wenn die betreffenden Personen allerdings keinen Einfluss auf ihr riskantes Verhalten nehmen können, ist es gesundheitsbewusst und verantwortungsvoll, sich dem Test in regelmäßigen Abständen zu unterziehen, gerade weil für diese Personengruppe ein erhöhtes Infektionsrisiko besteht und eine Früherkennung der Infektion wichtig ist, weshalb von der DAH für diese Gruppe Tests in Abständen von sechs Monaten empfohlen werden.

Evaluationsbericht Test-It

Schon mal auf HIV getestet

	m		w	
Ja	110	83%	30	86%
Nein	20	15%	4	11%
ohne Antwort	3	2%	1	3%
gesamt	133	100%	35	100%

Wie oft auf HIV getestet

Wann letzter HIV Test

Antworten	m	w	vor	Anzahl		
1 Mal	29	22%	5	15%	weniger als 6 Monate	45
2 Mal	22	17%	7	21%	1 Jahren	18
3 Mal	17	13%	4	12%	2 Jahren	26
4 Mal	11	8%	3	9%	3 Jahren	17
5 Mal	8	6%	5	15%	4 Jahren	12
6 Mal	5	4%	0	0%	5 Jahren	7
7 Mal	2	2%	1	3%	6 Jahren	5
8 Mal	5	4%	0	0%	7 Jahren	1
9 Mal	1	1%	0	0%	8 Jahren	3
10 Mal	5	4%	1	3%	9 Jahren	2
15Mal	0	0%	1	3%	10 Jahren	2
20 Mal	2	2%	1	3%	11 Jahren	0
50 Mal	0	0%	1	3%	mehr als 11 Jahren	2

Mehr Frauen als Männer haben Testangebote wahrgenommen und sie haben sich darüber hinaus auch öfter testen lassen. Dies entspricht dem bei Frauen stärker als bei Männern ausgeprägten Gesundheitsverhalten. *Ja, ich hab' bei jeder Möglichkeit vorher schon immer HIV-Test und angeschlossen, weil die Möglichkeit besteht ja irgendwie immer in irgend 'ner Form, in dem Lebenswandel, wenn man drauf ist und spritzt, mit anderen verkehrt, die gespritzt haben oder mit frischen Wunden rumlaufen, viele laufen mit Blut an den Händen rum, und, mit denen kommt man in Kontakt oder was weiß ich, ne, so, ist."*

Ein Klient gab an, dass er regelmäßige Blutspendetermine dazu nutze, sich auf HIV testen zu lassen. Bedeutsam ist allerdings der Befund, dass der letzte Test bei 96 der befragten Personen länger als 6 Monate zurückliegt und damit bei den meisten der von der DAH empfohlene Abstand zwischen zwei Tests von einem halben Jahr nicht eingehalten wurde.

Nur 27% derjenigen, die sich einem Schnelltest im KICK unterziehen wollten, hatten sich jeweils innerhalb der letzten 12 Monate auf HIV testen lassen. Bei 11% lag der letzte Test über zwölf Monate zurück, bei 10% über 24 Monate und bei 7% mehr als 36 Monate, bei 4% lag er mehr als 4 Jahre, bei zwei Prozent sogar mehr als 8 Jahre zurück. Drei Männer, bei denen über den Schnelltest die Infektion mit dem HI- Virus festgestellt wurde, hatten sich allerdings noch nie vorher testen lassen! Bei einem weiteren lag die letzte Testung mehr als drei Jahre zurück.

Einzelne geben an, dass sie sich jedes Jahr testen lassen, verstehen sich als Testprofis und machen gezielt den Test in regelmäßigen Abständen.

Evaluationsbericht Test-It

Die Tatsache dass 56% der Frauen den Informations-Flyer der Aidshilfe kennen und von diesen ihn zu 48% als hilfreich empfinden, von den Männern kennen 56% den Flyer und bewerten ihn zu 51% als hilfreich, zeigt, dass sich viele der Testwilligen schon zuvor intensiv mit dem Thema einer Infektion mit HIV oder Hepatitis auseinandergesetzt haben.

Flyer Hilfreich

	m		w		m		w	
ja	68	51%	16	46 %	74	56 %	20	57 %
nein	11	8%	4	11 %	55	41 %	13	37 %
k.A.	54	41%	15	43 %	4	3 %	2	6 %
gesamt	133	100%	35	100 %	133	100 %	35	100 %

Wie bereits erwähnt, zeigen die Ergebnisse der Auswertungen des Fragebogens, dass sich die Selbsteinschätzung der getesteten Personen und auch die Einschätzung hinsichtlich des Infektionsrisikos durch die Beraterinnen und Berater nur geringfügig unterscheiden und fast ausnahmslos übereinstimmen. Gravierende Abweichungen in der Einschätzung des Risikos fanden sich in keinem einzigen Fall. Die überwiegende Mehrheit der Betroffenen scheint sich meistens gesundheitsbewusst zu verhalten. Den Befragten sind die Übertragungswege des HI-Virus bekannt, da sich diese nicht von anderen über Körperflüssigkeiten übertragbaren Virusinfektionen, wie z.B. die des Hepatitis C - Virus, unterscheiden. Wenn von den Betroffenen riskantes Verhalten berichtet wird, so handelt es sich mehrheitlich um „Ausrutscher“, d.h. das Risikoverhalten wird durch bestimmte Situationen bedingt, wie z.B. dem Konsum von Drogen in Gruppen oder dem Einfluss anderer Drogen wie beispielsweise Alkohol. Bei 65 (49%) Männern und 29 (78%) Frauen liegt die Risikosituation mehr als drei Monate zurück, 32 (24%) Männer und 12 (32%) Frauen geben einen dringenden Testwunsch ohne Risiko an. Von den Männern nannten allerdings 9 (7%) und eine Frau eine Risikosituation innerhalb der letzten drei Tage.

Welche Gründe sprechen dafür, sich im Kick testen zu lassen?

Diese Frage danach warum sich die KlientInnen im KICK testen lassen, wurde ab der 42. Beratung neu mit aufgenommen, weil die Fokusgruppenbefragung eindeutige Hinweise auf die Bedeutung des Ortes für die Testteilnahme erbracht hatten. In den Gesprächen gaben die Befragten an, dass sie sich diesem Test hauptsächlich deshalb unterziehen würden, weil das Testangebot in der Einrichtung unkompliziert in Anspruch genommen werden kann. Wären bei dieser Frage Mehrfachnennungen vorgehen gewesen, hätte die Bekanntheit des KICK wie auch der dort Arbeitenden auch bei der quantitativen Auswertung einen höheren Stellenwert erhalten.

Evaluationsbericht Test-It

Grund für Testung im KICK	m		w	
da Schnelltest im KICK so unkompliziert ist	95	71%	23	66%
da ich das KICK/die Mitarbeiter/innen kenne	1	1%	1	3%
ich hätte den Test auch in andere Einrichtungen gemacht	0	0%	0	0%
sonstiges	4	4%	2	6%
K.A	3	3%	2	6%

Werden nämlich die Ergebnisse aus den Fokusgruppeninterviews mit hinzu genommen, so verbergen sich hinter dieser Erklärung eine Fülle von sehr vielen tiefer gehenden Ursachen:

Insbesondere das Vertrauen zu der Einrichtung, die immer wieder geäußerte Beschreibung des KICK als eine zentrale Anlaufstelle für sie, die auf ihre besonderen Bedürfnisse ausgerichtet ist, scheint von zentraler Bedeutung zu sein. Sich dem Schnelltest in einer vertrauten Umgebung zu unterziehen scheint die Chancen für die Akzeptanz des HIV- Testes zu erhöhen. *„Ich finde das sehr gut, das sollte so weitergehen und find's vor allen Dingen für die Jungen, äh, Kollegen will ich nicht sagen, aber für die jungen Abhängigen sehr wichtig dass es sowas gibt. Weil die Barriere zum Arzt zu gehen ist groß. Macht kaum einer. Und wenn hier sowas geht, schnell, ohne große Überwindung, ich find' das klasse. Gerade für jüngere Abhängige finde ich das ganz gut.“* Auch wenn viele der Klienten mit ihren Ärzten durchaus zufrieden sind, kommt das Angebot vor Ort ihren Bedürfnissen sehr viel stärker entgegen, weil sie diese Einrichtung sowieso regelmäßig aufsuchen, und Vertrauen in die fachlichen Fähigkeiten des Personals haben. Dies ist nicht verwunderlich, weil auch in einer anderen Studie beschrieben wird, dass auf HIV spezialisierte Beraterinnen, mehr als Hausärzte, liebevoll und einfühlsam sind. (vgl. Steffan et. al. 2004: 50) *„das hat noch nicht mal was mit Wichtigkeit zu tun, ich denk mal, das Angebot hier finde ich schon mal in der Hinsicht ganz praktisch, weil...“*

„Einmal das, weil man ist hier so mehr unter sich, alle die da sind, die wissen, was mit einem los ist, ne', und eben irgendwie selbst zum Arzt zu gehen, und zu sagen 'nen HIV- Test zu machen, die meisten haben eben sowieso nur den regelmäßigen Kontakt, um entweder eben Methadon abzuholen, oder gar keinen Kontakt, und kommen so eben auch nie auf die Idee, sich 'nen HIV-Test zu unterziehen, wenn's nicht gerade sowieso... wenn se im Krankenhaus sind, oder wenn's der Arzt verlangt oder sonst eben...“

„... und ich denk mal aufgrund dessen, ist das eigentlich ne gute Möglichkeit hier... dass die Leute eher bereit wären sich hier dem zu stellen, weil es ist ja auch mal 'ne große Angst damit verbunden...“

Klienten, deren Leben im Wesentlichen durch die Sorge um das tägliche Leben unter erschwerten Bedingungen bestimmt ist, wie Angst vor Polizei und Ausüben von Beschaffungskriminalität, Suchen eines Schlafplatzes usw., sind wenig in der Lage eine Kontinuität in ihrem Alltag herzustellen, die es ihnen ermöglicht, langfristig zu planen. *„Ja, das is 'ne coole Sache, dass ihr das macht, weil ich find's schön, wenn ihr das weiter machen würdet, weil ich denke mal, viele Leute haben n ganz großes Problem zum Arzt zu gehen und sich zu testen. Nicht mal ..., sondern weil sie einfach zu, nicht faul, sondern die schaffen das nicht. Mit dem ganzen Driss, den sie haben, sie müssen Drogen beschaffen, sie müssen Geld beschaffen, wie auch immer, da ist da gar keine Zeit mehr. Und wenn dann so 'ne ganz kurz, kurze Sache hier ist,*

Evaluationsbericht Test-It

wo man nicht groß sich bewegen muss und kann ganz kurz hier reingehen, find' ich schon gut. „Sorge um den Alltag spielt ebenso eine Rolle, wie die immer wieder beschriebene alltägliche Qual im Umgang mit der Sucht. „Ich möchte z.B., ich habe immer gesagt, wenn ich das mal akzeptiere, wenn ich sterbe und bin noch drauf, dann habe ich was total verkehrt gemacht, damit ist abgerechnet, wenn ich den Löffel abgebe. Aber ich werde nie aufhören zu kämpfen clean zu sein. Weil als ... immer durch die Gegend zu gehen, da sollte die Nikotinsucht eigentlich ausreichen.“

„Und das ist wirklich 'ne Schizophrenie in mir, also äh, das ist ein dauernder Kampf, der kostet auch unheimlich viel Kraft.“

Die kurze Dauer zwischen Blutabnahme und Mitteilung des Testergebnisses scheint der wesentlichste Faktor zu sein, weshalb sich so viele Drogenkonsumenten an dem Test beteiligt haben. Insbesondere die Situation in Gefängnissen und Drogenkliniken, die von den Klienten immer wieder beschrieben wurde, zeigt, wie belastend sich die Wartezeit für die Betroffenen auswirkt, die teilweise erhebliche Schwierigkeiten haben, belastende Gefühle zu bewältigen. *„Ja, ich bin HIV positiv und ich kann nur sagen, also ich weiß, wie es für mich war, so lange drauf zu warten, ne, diese Ewigkeit, ne. Und äh, das Ergebnis dann. Das war viel krasser, so, oder glaube ich.“* Der Schnelltest selbst, die Möglichkeit binnen 20 Minuten das Ergebnis zu erfahren hat eine große Bedeutung für die Betroffenen. *„Ich kann, ich bin sonst immer bekloppt geworden, eine Woche zu warten, ja, und jetzt weiß ich's direkt zwanzig Minute später, das ist das Beste was geht.“* *„Ja, deswegen sag' ich ja, haben direkt hier die psychische Unterstützung da, dann reden.“*

Die Bedeutung des Testes im zeitlichen Erleben der Betroffenen wird von einer Kundin hervorgehoben. *„Nee. Weil äh, es schleicht ja schon fast weg, es geht schon in den Hintergrund nach 'ner Woche. Man hat es doch gar nicht mehr so präsent. Und man weiß bewusster, man geht bewusster daran, glaube ich, an diesen schnellen Test. Man geht dahin, okay, ich mache jetzt den Schnelltest und man weiß nach 10min, oder irgendwann weiß ich, ob ich positiv bin.“* Dies kann auch eine Erklärung dafür sein, dass getestete Personen sich die Ergebnisse des Bestätigungstests später nicht mehr abholen.

Die Befragten berichteten verschiedentlich über die seelische Not und Verzweiflung, die die Mitteilung positiver Testergebnisse in Kliniken oder Gefängnissen in ihnen hervorgerufen hätte. Sie beschrieben ihre massive Angst unter der sie in der Wartezeit zwischen Blutabnahme und Mitteilung des Testergebnisses, manchmal erst nach mehreren Wochen, gelitten hätten und niemandem für ein Gespräch zur Verfügung gestanden habe. Formulierungen wie „es war die Hölle“ zeigen die erhebliche belastende Situation, unter der die Betroffenen nach ihren Angaben in Institutionen ohne angemessene Versorgung zu leiden hatten. Sie gaben an, in diesen Einrichtungen nicht unterstützt worden zu sein, sie hätten mit der Verarbeitung der Information eines positiven Testergebnisses selbst fertig werden müssen, was ihnen schwer gefallen und nicht immer gelungen sei.

„Das ist so wichtig, ich hab' keine Unterstützung gekriegt, obwohl ich im Krankenhaus das erfahren habe.“ Immer wieder wurde von ihnen berichtet, dass man z.B. bei der Visite im Vorbeigehen gesagt wurde: *„dass sie HIV positiv sind, wissen sie ja sicherlich.“* *„Ja und er dachte ja, Du weißt es schon. Gehst da jetzt mal rüber. Ihre Lungenentzündung ist mittlerweile fast weg, aber ihre HIV- Werte sind auch ganz gut und ich wusste es nicht.“* Die Gruppenbefragungen

Evaluationsbericht Test-It

ließen zudem erkennen, wie stark die Drogenabhängigen sich im Gesundheitswesen diskriminiert fühlen, bzw. wie mangelhaft die Betreuung hinsichtlich des Umgangs mit Testergebnissen oder Beratungen zum Test, insbesondere in Drogenkliniken und Gefängnissen, ist. Da man sie nicht als normale Patienten wahrnehme, würden manifeste Gesundheitsbeschwerden eher auf ihre Sucht zurückgeführt, sodass medizinische Behandlungen in Suchtkliniken oder Gefängnissen erst bei massiven Verschlechterungen oder oft nur unzureichend durchgeführt würden. Einzelne Befragte gaben an, dass sie von ihren Arbeitgebern diskriminiert worden seien, das Zugeben süchtig zu sein, habe zur sofortigen Kündigung geführt. Dies habe sie völlig aus der Bahn geworfen und habe ihre Situation dramatisch verschlechtert. Die Tatsache, illegale Drogen zu konsumieren, führe zu einer grundlegenden Diskriminierung einer ganzen Personengruppe wohingegen Alkoholabhängigkeit nicht so gravierend eingeschätzt werde und auch nicht zu Kündigungen geführt habe. Diese unterschiedliche Gewichtung der Gefährdung durch Drogen setze sich bis in Drogenkliniken hinein fort. Auch die Gewissheit, bei Bedarf direkt in der Einrichtung Unterstützung zu bekommen, wird von den Interviewten besonders hervorgehoben, denn obwohl klare Richtlinien für die Beratung vor einem HIV-Test und nach Mitteilung eines positiven Testergebnisses seit Jahren existieren: „Wegen der besonderen Belastung, die eine HIV-Infektion darstellt, ist eine persönliche Beratung vor und im Rahmen der Testmitteilung dringend vorgeschrieben.“ (Nationaler AIDS-Beirat 20.09.2001), werden diese immer noch nicht eingehalten. „Doch wurde nach Darstellung einiger unserer Probandinnen auch in jüngster Zeit weder ein Einverständnis für einen Test eingeholt, geschweige denn beraten, noch ein positives Testergebnis in angemessener Form, d.h. in Form eines persönlichen Beratungsgesprächs übermittelt.“ (Stefan et. al. 2004:45) *„Ja, deswegen sag´ ich ja, haben direkt hier die psychische Unterstützung da, dann reden sie mit dir.“* *„Ja, wenn dieser Test gemacht ist, ist ja einfach ´ne gewisse Spannung auch einfach vorhanden, sag ich mal.. dass die Gesprächsbasis da ist, dass die Unterstützung auch hier ist... dass die hier ist direkt, sag ich mal...“* weil viele von ihnen an anderer Stelle keine adäquate Unterstützung erhalten hatten.

Selbst dann, wenn die Klienten sich nicht jedem gegenüber öffnen wollen oder können, so scheint doch Vertrauen zu anderen Mitarbeitern der Einrichtung zu bestehen.

„Ja, einige. Also nicht jeden jetzt, weil man mit jedem nicht so den Draht hat, ja, aber wo die Möglichkeit – ja hab´ ich inzwischen mitgekriegt.“ Die Tatsache, von geschulten Personal betreut zu werden, wird geschätzt: *ich wollt grad sagen, die Ärzte sind ja auch so ein bisschen psychologisch ausgebildet... geht man mal von aus...*

sollten sie, ja... wer mit HIV zu tun hat, sollte denk ich mal so ein bisschen einfühlsam sein, grad´ wer hier arbeitet... wenn nicht, ist er hier fehl am Platz...“

Die Befragten hatten im Vorfeld sehr deutlich ihre Wünsche hinsichtlich der Durchführung des Testes geäußert, der auch von vorne Herein in der Durchführung die Bedürfnisse der Betroffenen berücksichtigt hatte. Deutlich wird auch, dass die substituierten Personen, die mit psychosozialen Betreuungsperson kooperieren müssen, sich von diesen nicht ausreichend und oder auch zeitnah unterstützt fühlen. *„weil es wird keiner, wenn er hier irgendwie erfährt positiv zu sein, irgendwie zu seinem psychosozialen Betreuer gehen und sagen: "Hör mal, hilf mir mal"... ist ja meistens sowieso so... entweder die ham´ keine Zeit oder nen Termin...“* Auch die Möglichkeit anonym zu bleiben wird besonders geschätzt. *„...ja, einfach dass angeboten wird,*

Evaluationsbericht Test-It

dass dieser Schnelltest angeboten wird, vor allem dass er anonym ist, ich denk mal dass ist ganz wichtig, dass das da drauf gehört, und unverbindlich ist... ich denke das ist wichtig...

Für Männer, die Drogen intravenös und Alkohol konsumieren, ist der wesentliche Grund, warum sie sich testen lassen, dass dieser Test im KICK angeboten wird. Betrachtet man die Personen, die sich einen Test und Behandlung wünschen, Drogen intravenös benutzen und gleichzeitig über unsichere Sexpraktiken berichtet haben, dann zeigt sich, dass 64% von diesen einen Wunsch nach HIV- Testung haben und 28% nicht weiter getestet oder behandelt werden möchten.

Ergebnisse der Testung

Von den 162 erstmalig (179-11 Recall- 6Wiederholungstest) mit dem Schnelltest getesteten Personen waren 6 HIV- positiv, dies entspricht einem prozentualen Anteil von 3,7% der getesteten Personen. Von den sechs HIV- positiv getesteten Personen gaben allerdings drei an, sich keiner Risikosituation ausgesetzt zu haben. Von drei Personen wurde „unsafe use“ genannt, von einer Person zusätzlich „unsafe- sex“.

Von diesen 6 Personen befinden sich z. Z. 2 Personen in Haft und 2 in ärztlicher Behandlung.

Die positiv getesteten Personen nahmen in der Folge alle eine medizinische Behandlung auf, die sich selbstverständlich positiv im Hinblick auf deren Gesundheit auswirkte, aber auch bei konsequenter Behandlung das Risiko einer HIV- Übertragung durch sie erheblich reduziert.

Die MitarbeiterInnen des KICK hielten zu allen Personen mit einem positiven Testergebnis den Kontakt aufrecht, soweit dies möglich war. Einzelne Personen wollten zunächst das Ergebnis für sich verarbeiten. Gerade die Möglichkeit auch unkompliziert an das Gesundheitssystem weiter vermittelt zu werden oder Unterstützung durch Gespräche sind besonders durch niedrigschwellige Einrichtungen, die von den Betroffenen aus einer Vielzahl von Gründen heraus aufgesucht werden, stellen für die Betroffenen eine wirkungsvolle Unterstützung dar. Unentdeckte HIV-positive Drogenabhängige identifizieren und ihnen adäquat weiter helfen zu können war eines der zentralen Anliegen des Projektes, das durch diese Ergebnisse bestätigt wurde

Ergebnis Schnelltest

	m	w
reaktiv	5	1
nicht reaktiv	124	32
gesamt	129	33

Wie reagieren Personen mit einem HIV positiven Testergebnis?

Bei den Gruppenteilnehmern waren auch Personen vertreten, die erst kürzlich über ihr HIV-positives Testergebnis informiert worden waren. Sie berichten über den Schock und ihre Unsicherheit, ob sie sich einer medizinischen Behandlung unterziehen sollten, und ihrer Sorgen, weil sie schon vorher sehr krank waren. Das KICK ist für sie aber ganz offensichtlich eine wichtige Anlaufstelle in ihrer prekären Lage.¹⁴ Auch wird von einem der Männer darauf hingewiesen, dass er jetzt Bescheid wisse, und nunmehr nicht mehr der Gefahr unterliege, unbeabsichtigt eine Sexualpartnerin anzustecken.

Du, ich hab' das erst vorige Woche erfahren. [...]

Klar, bin ich geschockt, nur mit dem Unterschied auf einer Hand finde ich's gut, dass ich's jetzt weiß, wie er schon sagte, ich weiß, wie ich mich den anderen gegenüber benehmen muss oder ... muss, ich weiß, was selber für mich gut is', was ich machen darf, was ich nicht machen darf und ich lebe Augenblick. Ich weiß ja nicht, wie frisch es jetzt ist, das wird sich jetzt nach dieser Blutuntersuchung, die ich jetzt vor drei Tagen gemacht habe, die Ergebnisse kommen, äh, wird sich das ja rausstellen, ob ich jetzt schon Medikamente brauche, oder ob das noch so frisch ist, dass ich erst mal gar nichts brauche. Das wird sich rausstellen. [...]

Ja, ich bin jetzt, das ist jetzt die Gegenprobe, die sie gemacht haben, und gleichzeitig dieses, ob ich jetzt schon Medikamente brauche, weißt du, wie weit es fortgeschritten ist, aber mehr weiß ich schon. Aber, ich sag' mal so, für mich ist es besser, dass ich es jetzt weiß, ist einfach besser. Weil dann brauche ich mir keine Vorwürfe machen, dass ich heute mit 'ner Alten ins Bett gehe und morgen lasse ich mich testen,... ich bin positiv, äh, dann kann ich mir gleich die Kugel geben, weil ich die Perle vielleicht angesteckt habe. [...]

„Also zufällig war ich im Knast, im Knast ist raus gekommen, dass ich positiv bin, was ich nicht geglaubt habe, als die mir 2 Röhrchen Blut abgenommen haben. [...] Das ist auch so, wie ich eine chronische Bronchitis haben werde, auch bis zum letzten Tage und das ist genau so wie ich Hepatitis C habe, das ist auch leider unheilbar. Und da ich jetzt positiv bin, ich könnte jetzt Interferon 'ne Therapie machen. [...] Also das befürchte ich. [...] Also, ist klar, dass ich jetzt momentan gar nicht an Hepatitis C denke, weil ich trinke auch Alkohol, habe kaum Beikonsum, also weiß ich nicht.

Oder sie war's vielleicht, ganz genau. Deswegen ist das schon ganz gut so. Guck' mal, ich hab' mich mit Hepatitis C habe ich mich angesteckt, im Knast beim Tätowieren. [...]

Einwandfrei festgestellt, ist vom Tätowieren, ne. Also nicht irgendwie Spritzenbesteck tauschen. [...]

Ich hab' jetzt alles, äh, ich hab' schon Kostenzulage beantragt für Therapie, für Entgiftung hab' ich jetzt schon alles, weil ich war vier Wochen im Krankenhaus mit Thrombose, Herzinfarkt gehabt, in den letzten 6 Wochen, also hab' ich zwei Herzinfarkte gehabt. Und äh, Thrombose

¹⁴ Die Auseinandersetzung mit Sterben und die Angst vor dem Tod ist ein Teil ihrer Realität, in einer Ecke des KICK wird der Menschen gedacht, die kürzlich verstorben sind und der offenen Szene angehört hatten. Viele von ihnen haben FreundInnen PartnerInnen verloren; die Betroffenheit darüber kann in Gesprächen, die nach dem Ausschalten des Diktiergerätes weitergeführt wurden zum Ausdruck.

haben sie mich, ich lauf' an Krücken noch und äh, das war für mich einer der Gründe, wo ich gesagt habe, so, jetzt ist an der Zeit, 50 Jahren mal die Bremse zu ziehen. Ja, der dann kam das jetzt ja auch noch dabei, mit dem anderen, da hab' ich gesagt: ... Ende!“

„Meine Ärztin hat gesagt, du bist positiv und dann is' ne Welt für mich zusammen gestürzt und dann wollte sie weiter machen und dann hab' ich gesagt, ey Stopp, ich kann nicht mehr. Und dann sitzt du da und denkst, in einem Jahr bist du tot und dann wollte ich mir erst auch keine Tabletten verschreiben lassen...Und am Schluss hatte ich nur noch 100 T- Zellen.“

4.3 Einzelinterviews

Wie wurden die Beratungsgespräche durch die Betroffenen selbst bewertet? Die intensive Beratung vor der Durchführung des Testes wurde von den Personen, die beraten wurden, als besonders positiv wahrgenommen, unter anderem weil sie eine sehr intensive persönliche Gesprächssituation darstellt, welche für die Drogenabhängigen nicht alltäglich ist. Nur von einem einzigen Testteilnehmer wurde berichtet, dass der Fragebogen zu lang und ausführlich für ihn sei. Durch die vielen differenzierten Fragen wurden die Klienten angeregt, auch über weitere Themen hinaus über ihre persönliche Situation zu reflektieren. Im Januar 2010 wurden insgesamt fünf Personen hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit der Beratung vor dem Test in Einzelinterviews befragt, fünf Männer direkt im Anschluss an das Gespräch vor Mitteilung des Testergebnisses einzeln vor Ort interviewt. Die Interviews wurden auf Tonband protokolliert und im Anschluss transkribiert. Es war vereinbart worden, die Ergebnisse direkt im Anschluss den beratenden Personen mitzuteilen, um gegebenenfalls frühzeitig Veränderungen der Beratung vornehmen zu können. Die Befragten waren mit dem intensiven Gespräch sehr zufrieden. Sie erklärten, wie richtig diese intensive Auseinandersetzung mit ihrem eigenen Gesundheitsverhalten sei, dass sie sich mit ihrem Verhalten in bestimmten Situationen auseinander gesetzt hätten. Dabei seien teilweise viele Erinnerungen an zurückliegende Geschehen in ihnen hochgekommen, die unverarbeitet geblieben seien, teilweise sei das Gespräch eine Bestätigung für sie, dass sie sich doch im Großen und Ganzen richtig verhalten hätten: *„Also, ich muss ganz ehrlich sagen, ich bin sehr zufrieden gewesen. Kannst Du ruhig aufnehmen. Ach so, Du machst gerade. Wie gesagt, ich bin sehr zufrieden gewesen, ähm, und ich muss Dir ganz ehrlich sagen, ja, weiß ich nicht, also, ich habe mich jetzt sehr gut aufgehoben gefühlt, muss ich ganz ehrlich sagen. Vor allen Dingen auch verstanden gefühlt, weißte?“*

„Äh, also, wenn's nach mir ging, nicht, nee. Also ich war jetzt total zufrieden, ohne Scheiß. Meine ich vollkommen ernst.“ *„Ach! Nein, natürlich! Sicher! Klar! Wenn ich überlege, wenn ich jetzt normal zum Arzt gehe, wenn, wie lange ich da warten muss, wenn ich mir jetzt Blut abnehmen lasse. Wo bei mir sowieso absolut total schwierig ist eben halt, kannst Du vorstellen, wenn ich schon über 25 Jahre drauf bist.“* *„Äh, in der Leiste lasse ich mir kein Blut abnehmen. Wenn dann nur Hals, aber ich habe mich hier sehr gut aufgehoben gefühlt und Du hast mich sehr gut beraten und äh, äh, auch so, wie gesagt, ich finde das unheimlich klasse, dass das jetzt, ich wusste gar nicht, dass es diese Schnelltests gibt.“*

„...Beratung war alles okay. Mehr kann ich nicht sagen.“

„Sie waren sehr nett. War informativ auf jeden Fall. Wusste gar nicht, dass es so'n Schnelltest

überhaupt gibt“.

„Nee, ich wurde grad´ gefragt, ob ich das machen will. Und da mein Freund, der ist positiv seit 4 Jahren, da hab´ ich gedacht, sowieso, dass ich sowieso im Risikobereich bin, dann kann ich mich gleichzeitig mal eben testen lassen. „

„Nee, man muss ja auch gucken, zu welcher Gruppe man gehört. Das ist ja, da ich ja jetzt im Risikobereich erst mal wegen Drogen sowieso, ne, dann auch noch mit ´nem Freund, der positiv ist, da muss ich mich eh regelmäßig testen lassen, und der Fragebogen halt, der erfüllt das ja nur, dass Sie halt gucken, welche Innenstelle, ne, die Umstände, ne, außer aus welchen Umständen, dass man sich getestet hat, welche Umstände dazu geführt haben, dass man sich getestet hat. „

4.4 Chancen von Beratung und Unterstützung im KICK

Davon, dass Mitglieder einer Zielgruppe, die von dem Risiko an einer HIV- Infektion zu erkranken besonders betroffen sind, die Übertragungswege des HI- Virus, wie auch die Möglichkeit sich vor einer Übertragung zu schützen, bekannt sind, kann ausgegangen werden. Bei den dem Test vorgeschalteten Beratungsgesprächen konnte es also nur darum gehen, die TeilnehmerInnen darin zu unterstützen, vorhandene Kompetenzen zu erweitern (sowie unter Umständen auch erst zu entwickeln), um das schon bereits vorhandene Wissen auch in Risiko minderndes oder vermeidendes Verhalten umsetzen zu können. Der Gesprächsleitfaden erwies sich dafür als geeignetes Instrument, weil die Frage nach zurückliegenden Risikosituationen die Möglichkeit bot, sehr konkret über das eigene Verhalten in bestimmten Situationen zu reflektieren und für die Zukunft Handlungsalternativen zu entwickeln und zu durchdenken.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass ein hoher Gesprächs- bzw. Kommunikationsbedarf wie auch –Bereitschaft unter den TeilnehmerInnen besteht. Die bereits erwähnten sechs TeilnehmerInnen, die sich einem Wiederholungstest unterzogen, ohne dass sie einer Erinnerung bedurften, und sich ein weiteres Mal einer unangenehmen Situation auszusetzen, bestätigt dies. Es lässt sich ein Zusammenhang von erhöhtem Beratungsangebot und einer Verstärkung der Selbstwirksamkeit sowie einer verbesserten Selbstkontrolle der Drogenkonsumenten erkennen.

Der Wunsch nach Kommunikations- und Unterstützungsbedarf der getesteten Personen ist bemerkenswert hoch, dies war auch schon in den Fokusgruppen- Befragungen deutlich geworden. Auf Anfrage der Interviewten waren diesbezügliche Fragen mit in den Leitfaden mit aufgenommen worden. Die Interviewten wünschen sich Gesprächsrunden. Einzelne berichteten über Schwierigkeiten, weil ihre Partner HIV- positiv wären, oder über die leidvolle Erfahrung, nach der Mitteilung eines positiven Testergebnisses alleine gelassen worden zu sein, wie wichtig es wäre, Unterstützung anzubieten. Obwohl einzelne Frauen bei den ersten Fokusgruppen- Befragungen darauf hingewiesen hatten, dass einzelne Themen eher Frauenangelegenheiten seien, dass spezielle Gesprächsrunden für Frauen, die es früher einmal gegeben habe, eingestellt seien, konnte ein solcher bei der quantitativen Auswertung nicht bestätigt werden.

Etwa die Hälfte der Teilnehmer gab an, einen erweiterten Beratungs- und Gesprächsbedarf (über das Beratungsgespräch der Testung hinaus) zu haben; ein Angebot von geschlechtergetrennten Gesprächsrunden wurde von der Mehrheit der Teilnehmer nicht gewünscht. Auch bestand bei der Mehrheit der Teilnehmer kein ausdrücklicher Wunsch nach einem gleichgeschlechtlichen

Evaluationsbericht Test-It

Berater.

Die Befragten hatten auch in den Fokusgruppen- Befragungen, wie dies auch die Ergebnisse der Auswertung des Testes gezeigt hatten, Interesse an weiteren Gesprächen. Von den 22 Personen, die intravenös Drogen applizieren, sowie Alkohol trinken, haben 17 jemand, mit dem sie bei einem positiven Testergebnis sprechen könnten, allerdings haben 5 niemand mit dem sie sprechen könnten.

Weitere Kommunikations- Informations- und Unterstützungsbedarf

	Gesprächsrunden		Gesprächsrunden geschlechtergetrennt		Wenn Test HIV+	
	m	w	m	w	m	w
Ja	60	19	1	1	44	8
Nein	50	11	32	8	78	22
weiß nicht	19	3	72	15	1	1
k.A.	4	2	26	10	10	4
Männerrunde			4	0		
Frauenrunde			0	1		
habe keine pos. Partner						
Gesamt	133	35	135	35	133	35

Mehrfachnennungen

Diese weitergehenden personalen Ressourcen konnten im KICK allerdings nur durch die Durchführung des test- it Projektes und damit zusätzlicher Finanzierung von außen gesichert werden. Andererseits scheinen einzelne Professionelle im KICK durch das Test- it Projekt auch für zusätzliche gesundheitliche Belange der Drogenabhängigen sensibilisiert worden zu sein, so dass in der Einrichtung bei Routinekontakten beiläufig geführte Gespräche um die Dimension HIV und übertragbare Krankheiten erweitert wurde. Gespräche mit Personen in besonderen Lebenslagen, mit Beziehungsproblemen und bestehenden Risikoverhalten bedürfen vermehrter Kommunikation mit geschultem Fachpersonal, ohne dass die Betroffenen unter Druck zu setzen oder zu überfordern. Aktivierende Gesprächsführung mit konfrontativen, die Realität ansprechenden Elementen als dialogisches Prinzip mit durchaus unangenehmen Wahrheiten, scheint nicht vermieden sondern viel mehr von den Klienten gewünscht zu werden. Unter aktivierender Gesprächsführung wird ein die Kommunikation förderndes Gesprächsverhalten verstanden, welches die Klienten in Phasen der Neuorientierung unterstützt. Klienten erfahren in einer Gesprächssituation, die durch Wertschätzung, Aufmerksamkeit und Verständnis gekennzeichnet ist, die Unterstützung bei eigenen Lösungsansätzen. Aktives Zuhören und aktives Sprechen ermöglichen der Person die beraten wird, sich und ihre Bedürfnisse besser kennen zu lernen. Dabei können die Argumente gegeneinander abgewogen werden, und darüber Verhaltensmodifikationen angestoßen werden. Diese Methode unterstützt anerkanntermaßen die Rückgewinnung über Entscheidung und die Einflussnahme auf das eigene Leben, in suchttherapeutischen Einrichtung angewendet. Insbesondere die Selbstwirksamkeitserwartung kann durch eine intensivere Beschäftigung mit Risikosituationen im Rahmen eines Kurses beeinflusst werden, und auch nachhaltige Wirkung hervorrufen (vgl. Brodbeck, 2002: S. 1064).

Evaluationsbericht Test-It

Durch sozialwissenschaftliche Aidsforschung wurde in den achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts bestätigt, dass die Fähigkeit zur Selbstregulation ein bestimmendes Element für Gesundheitsverhalten ist. Schon seit dieser Zeit ist bekannt, (vgl. Power, R. et. al. 1980; Robertson, J.R. 1988; Strang, J. 1988) dass DrogenkonsumentInnen Risiken einschätzen und gezielt zu risikoarmen i.v.- Konsum von Drogen übergehen. Dies unterstützt die Erkenntnis, dass es sich bei der beschriebenen Gruppe nicht um eine ausschließlich halt- und willenslose Gruppierung handelt, sondern um Personen, die ein deutliches Interesse an ihrer Gesundheit aufweisen.

Wenn die Selbstwirksamkeitserfahrungen gestärkt werden und sich daraus in einem längerfristigen Prozess auch die Selbstwirksamkeitserwartungen der DrogenkonsumentInnen verschieben, so kann das gewachsene Selbstbewusstsein über einen Kompetenzzuwachs hinsichtlich der Reduzierung von Risikoverhalten genutzt werden, sich auch neuen Herausforderungen, wie der Reduktion des Drogenkonsums gewachsen zu fühlen. Im Rahmen des „bundesdeutschen Modellprojektes zur Heroin gestützten Behandlung Opiatabhängiger“ wurden psychoedukative Kurse sowie ein „Manual für Case- Management und motivationales Interview“ entwickelt, die auf dem transtheoretischen Modell von DiClemete und Prochaska aufbauen und auch Selbsthilfewirkung von Gruppensituationen mit berücksichtigen. Das Arbeitsbuch in einer „Spirale nach oben“ verfolgt einen ähnlichen Ansatz, Nutzer können mit diesem Arbeitsbuch zu mehr Selbstkontrolle bei Drogengebrauch gelangen. Materialien und Methoden dieser Art könnten sicherlich modifiziert auch gezielter in niedrigschwelligen Einrichtungen angeboten und eingesetzt werden.

Es hat den Anschein, dass die Kommunikation mit den Klientinnen und Klienten niedrigschwelliger Einrichtungen optimiert werden könnte, wenn ausreichend Ressourcen zur Verfügung stünden und diese mit einem hohen fachlichen Anspruch umgesetzt würden. Der Auffassung von Bossong: „Niedrigschwellige Drogenarbeit ist mit Sicherheit nicht die Anspruchsvollste, wohl aber eine hochgradig belastende und auch wenig befriedigende Arbeit für Fachkräfte“ kann dann nicht mehr zugestimmt werden. Bislang scheint allerdings das zu gelten, was Bossong festgestellt hat: „Niedrigschwellige Tagesaufenthaltsstellen... bleiben was sie seit jeher waren, nämlich pädagogisch anspruchslose und mehr oder weniger unwirtliche Aufenthaltsräume für die Elendsgestalten unserer Großstädte“ „... die bisherige Praxis der niedrigschwelligen ist typischer Weise durch so etwas wie Pauschalangebote gekennzeichnet: allen steht unterschiedslos ein mehr oder minder breites Service-, Informations- und Gesprächsangebot offen, die Individualität, oder wie man so will: Diversität der Zielgruppe spielt praktisch keinerlei Rolle und wird kaum ernsthaft, d.h. auf Basis professionell reflektierten Fallverstehens in den Blick genommen.“ Ein Vergleich von institutionalisierten und sozial unauffälligen Heroin- und Kokainkonsumenten zeigt, dass die institutionalisierten User einen exzessiveren Drogenkonsum aufweisen, und durch die auf den kompulsiven Gebrauch zurückzuführenden negativen Konsequenzen höher belastet sind. So zeigen sich bei dieser Gruppe beispielsweise längere Perioden von Arbeitslosigkeit, weitgehende Verluste sozialer Unterstützung, höheres Involvierem in kriminelle Aktivitäten sowie mehr Gefängnisaufenthalte (Chitwood, Morningstar, 1985 / Graeven, D.B., Graeven, K.A., 1983).

Ein ergänzendes, sehr niedrigschwelliges Angebot zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben bzgl. Arbeit und Freizeit könnten ebenso zur Stabilisierung beitragen, die Möglichkeiten

Exklusion von Drogenabhängigen aus dem öffentlichen Raum in definierte niedrighschwellige Einrichtungen darf sich nicht darauf beschränken, den Betroffenen die Chance zu geben, Drogen unter Aufsicht zu konsumieren, die Chance zur Teilhabe an allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens ist ein Beitrag zu Stabilisierung der Persönlichkeit und dem Gewinn von Kontrollmöglichkeiten. *„Ja. Ich war erst bei der ARGE und dann haben die mich halt, da haben die für mich einen Antrag gestellt und jetzt musste ich dann zum Arbeitsamt zur Reha- Abteilung, muss ich jetzt zum Info- Gespräch und dann gucken wir, was für 'ne Maßnahme für mich wohl geeignet ist ... Nee, da habe ich Glück gehabt; meine Betreuerin bei der ARGE, die macht am Wochenende bei uns die Methadonvergabe, die kenne ich ganz gut.“*

„Joa, ich fühle mich jetzt eigentlich, ich mache immer Sachen, die ich von alleine aus mache, also, die ich freiwillig mache. Früher hätte mich jemand dazu gezwungen, hätte ich es nicht gemacht, aber wenn ich das alleine mache, mache ich das auch gerne. Von daher. Brauchte wohl noch ein bisschen Zeit, bis ich endlich so weit bin.“

Zwei in Berlin durchgeführte Projekte zeigen, dass Teilhabe an allen Bereichen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Lebens, selbst bei sehr schwer kompulsiv drogenkonsumierenden Personen, organisiert werden kann, wenn niedrighschwellige Angebote passgenau auf die Zielgruppe zugeschnitten sind, und den Betroffenen genug Zeit gelassen wird, sich zu entwickeln. Vom gemeinnützigen Projekt ZIK betriebene, großzügig eingerichtete Cafe und Kiez- Restaurant „Orangerie“ bietet vielfältige Angebote für Freizeitaktivitäten und sinnstiftende Beschäftigungen für Menschen mit HIV, AIDS oder chronischer Hepatitis C (www.zik-ggmbh.de) Das Projekt „Idefix“ richtet sich an Drogenabhängige mit Hunden und bietet Beschäftigungs- und Qualifizierungsmöglichkeiten.

4.5 Leitfäden und Laufzettel der am Recallverfahren Interessierten und Beteiligten

Über die Hälfte der Personen, die am ersten Test teilgenommen hatten, willigten in einen Recall ein, woraus sich folgern ließe, dass bei den Klienten ein ernsthaftes Interesse an einer Testung in kontinuierlichen Abständen besteht und sie deren Relevanz nach der ausführlichen Beratung für sich besser einschätzen konnten. Wegen der zeitlichen Befristung des Projektes wurde nur denjenigen Personen die Teilnahme an einem Recall- Verfahren angeboten, die bis zum 28. Februar 2010 beraten wurden. 42 der getesteten Personen wollten am Recall- Verfahren teilnehmen, bei 6 von diesen Personen wurden keine Kontaktdaten erfasst, weitere 6 Personen konnten nicht erreicht werden, die restlichen 30 Personen wurden per Brief, Telefon, Mail oder über eine persönliche Ansprache im KICK erreicht. Von diesen haben sich 10 Personen erneut testen lassen. Weitere 6 gaben an, dass sie sich in der Zwischenzeit keinem Infektionsrisiko ausgesetzt hatten, eine Person wurde in der Entgiftung getestet, eine weitere befindet sich in therapeutischer Behandlung, 2 sind in Haft, 2 Personen haben Hausverbot, 8 weitere Personen wurden informiert, haben aber nicht reagiert.

Evaluationsbericht Test-It

Recall

	Gesamt	m	w
Anzahl der Test bis zum 28.02.2010	76	59	17
Anzahl der Einwilligungen zum Recall	42		
Anzahl der Recalls	10		
erneute Tests	10		

Von den 10 Getesteten gaben 10 an, ihr Verhalten sei immer noch safe, zwei sagten darüber hinaus, dass ihr Verhalten noch safer geworden sei. 9 gaben an überhaupt keine Risikosituation mehr erlebt zu haben, 2 nannten unsafe sex und unsafe use, einmal wurde jeweils unsafe sex und unsafe use genannt.

Auf die Frage, was ihnen das Beratungsgespräch beim letzten Test gebracht hatte, wurde genannt: war in Ordnung, war sinnvoll, passe mehr auf, ich war zufrieden, ich bin immer noch safe. Weiß nicht, war eine Auffrischung, Gespräch war okay.

Interessant ist, dass auf die Frage, ob sich an ihrem Verhalten in unsafe use oder unsafe sex Situationen 11 der Befragten geantwortet haben, dass ihr Verhalten immer noch safe ist, 2 gaben an, ihr Verhalten sei „safer“ geworden. Gleichwohl wurden von 2 Personen sowohl unsafe use wie auch unsafe sex angegeben, von jeweils einer unsafe sex oder unsafe use, 9 Personen gaben an, sich in keiner Risikosituation befunden zu haben. Von 4 Personen liegen keine Angaben vor, dies ist darauf zurückzuführen, dass der Fragebogen für die Klienten, die über Recall an einem Wiederholungstest teilgenommen hatten, oder sich auf eigenen Wunsch hatten erneut testen lassen, erst verändert vorlag, als schon 4 Personen zum zweiten Mal beraten worden waren.

Aus den Antworten geht hervor, dass die Teilnahme an der Beratung im KICK selbst bei sehr konservativer Auslegung risikovermeidendes Verhalten unterstützt, die Betroffenen sich der Gefahr einer Ansteckung bewusst sind, aber auch wissen, dass dann, wenn ein „Ausrutscher“ vorkommt, die Möglichkeit besteht, sich in kurzen Abständen erneut testen zu lassen, um danach das weitere Vorgehen zu klären.

5. Ergebnisse

Bei der Bewertung der Studie soll das Verfahren der wirkungsorientierten Evaluation angewendet werden (vgl. Beywl / Niestro 2009). Daher soll zunächst geprüft werden, in wie weit die ursprünglichen Ziele erreicht wurden.

5.1. Projektziel 1

Möglichst viele Personen sollen mit der Maßnahme erreicht werden

Insgesamt wurden im Zeitraum vom 01. Januar 2010 bis zum 30.09.2010 179 Personen

getestet. Davon unterzogen sich 17 (11 Recalls und 6 Wiederholungstests) Teilnehmende dem Test zweimal. Geht man davon aus, dass in diesem Zeitraum, der Zeitraum wurde durch den Urlaub der in der Einrichtung tätigen Ärztin unterbrochen, wird deutlich, dass das Angebot an zwei Tagen in der Woche für die Testinteressenten ausreichend war. Naturgemäß war zu Beginn der Maßnahme ein höheres Aufkommen von Getesteten. Die Anzahl der Getesteten pro Woche pendelte sich danach auf einem beständigen Niveau ein. In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass das Werben für den Test durch die Berater im Vorraum der Einrichtung, das der Testphase jedes Mal voran ging, seine Wirkung bei den Betroffenen nicht verfehlte, da diese Maßnahme den Bekanntheitsgrad des Beraters erhöhte und so die mehr vertraute Situation im Kontakt mit den Testwilligen ermöglichte.

Besucher des KICK, die sich bisher nicht haben testen lassen, ziehen einen Test trotzdem für sich in Erwägung *„Nein, ich habe mir noch nie ´n Kopp gemacht, weil ich spritze nicht, ich habe keinen ungeschützten Verkehr, von daher habe ich nie gedacht, dass ich überhaupt einen machen muss sozusagen. Aber vielleicht sollte ich mal einen machen. Weil ich bin seit 40 Jahren abhängig und vielleicht sollte ich mal einen machen. Bestimmt.“*

Geht man von einer geschätzten maximalen NutzerInnenzahl von 1000 Personen (zu denen auch einmalige Gelegenheitskontakte zählen) pro Jahr im KICK aus, von denen bei circa 5% ein bekannter HIV positiver Status vorliegt, dann kann die Inanspruchnahme des Testangebots durch die BesucherInnen als erfolgreich eingeschätzt werden. Wegen Urlaubszeiten kann für den Test faktisch nur in einem Zeitraum von 8 Monaten gesprochen werden. Insgesamt haben also im betreffenden Zeitraum mindestens ein Drittel der Gäste des KICK (vermutlich aber mehr) das Testangebot in Anspruch genommen. Aussagen über die Rate der Infizierten im KICK sind daher sehr zuverlässig. Insgesamt ist die Einschätzung, wie viele Personen der Drogenabhängigen bzw. der Angehörigen der offenen Drogenszene mit dem Schnelltest erfasst wurden, nicht zu beziffern. Die Besucherzahlen des KICK werden von der Einrichtung selbst nicht genau erfasst, sondern nach einem bestimmten Verfahren hochgerechnet. Die von Raschke 1996 erstellte „Netzwerkstudie“ ermittelte 5000-6000 Drogenabhängige, von denen 500-600 der offenen Szene zuzurechnen sind. Gesicherte Zahlen existieren derzeit nur hinsichtlich der ca. 1500 substituierten Personen.¹⁵

Die Hohe Inanspruchnahme des Schnelltestangebotes im KICK ist nicht zuletzt auf die vielfache direkte Ansprache von einzelnen Personen in der Zielgruppe zurückzuführen.

5.1.1. Erreichbarkeit der Zielgruppe

Das Projekt wurde im Dezember 2009 mit Hilfe von Informationsmaterialien, vor allem aber „personalkommunikativ“ über die direkte Ansprache der Projektmitarbeiter „beworben“. Personen, die das KICK nicht regelmäßig aufsuchen, wurden von Mitarbeitern des KICK in der

¹⁵ persönliche Mitteilung von Dr. Ulrike Ullrich, Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Stadt Dortmund

Evaluationsbericht Test-It

Szene und über verteilte Flyer erreicht. Drogengebraucher wurden an mehreren Terminen und an zentralen Szenetreffpunkten, vor allem im Dortmunder Norden sowie in Hilfeeinrichtungen, aufgesucht (Café Flash, Gasthaus, Prostituiertenberatungsstelle Kober, Mitternachtsmission, Beratungsstelle Pur, Methadon-Ambulanz etc.).

Schon sehr früh wurde allerdings deutlich, dass sich im KICK fast ausschließlich NutzerInnen der Einrichtung oder diejenigen, die sich im Umkreis aufhalten, testen lassen würden. *„Die aus dem Stadtgarten sind schon hier. Das ist auch ´ne Szene, die sich hier abspielt. Die aus dem Stadtgarten, also wenn das hier schließt um 15h, gehen die wieder, gehen die in den Stadtgarten. Dann geht die Szene da weiter, ne. So isses doch eigentlich. Und, äh ich glaube, dass die sich auch testen lassen.“*

Bei den Fokusgruppeninterviews machten die Befragten hierzu sehr eindeutige Aussagen. *„Hier kommen Sie dran, weil die Leute sich hier treffen. Ich bin schon länger als 3 Jahre hier.“*

Die Bedeutung der räumlichen Lage des KICK für die Nutzer wurde von ihnen mehrfach hervorgehoben *„...z.B. wenn das KICK verlegt werden würde, müssten wir wieder in die Büsche, es gäbe viel mehr Tote, manche sind blöd und kommen nicht.“* Auch wenn die Einrichtung von niedrigschwelligen Angeboten ein Akt urbaner Ordnungspolitik darstellt, die den öffentlichen Raum entlastet, und eine gleichermaßen erfolgsversprechende wie ökonomische Maßnahme darin besteht, einen bestimmten Teil des Raumes abzutrennen, das belästigende Verhalten an diesen Orten zu konzentrieren und damit die Abweichung kontrolliert zu neutralisieren, so sind diese niedrigschwelligen Angebote ein wichtiger Schutzraum für diejenigen, die ihn nutzen, der nicht beliebig verlagert werden kann.

Dies ist zu bedenken, wenn von Kommunalpolitikern über Verlegung von Einrichtungen nachgedacht wird. Die Teilnehmer der Fokusgruppendifkussion wiesen auf unterschiedliche Szenen hin, die in Dortmund existieren, und die sich unterschiedlich verhalten. Sie bestätigten auch das aus der Literatur bekannte Phänomen einer verdeckten Konsumentengruppe mit kontrolliertem Konsum und hoher Selbstkontrolle. *„...und dann kommen noch andere private dazu oder was. Das ist ´ne Welt für sich. Da kommen Sie schwer dran.“* *„Wie soll man denn da hin gehen, wenn die privat sind? Die haben ´ne verdeckte Gesellschaft, diese Leute, die privat Drogen nehmen.“* Haves/Schneider (1992) haben schon früh Studien zitiert, die auf eine große Gruppe von Opiat gebrauchenden Personen verweisen, welche sozial unauffällig Drogen konsumieren und dem Hilfesystem aus diesem Grund auch nicht erscheinen. Im Gegensatz zu kompulsiven Opiatkonsumenten scheinen kontrolliert Heroin gebrauchende User wohl seltener isoliert gegenüber ihrer sozialen Umwelt und verfügen über einen breiteren Freundeskreis (vgl. Blackwell 1983; Crawford 1983).

Innerhalb der Stadt Dortmund werden unterschiedliche Anlaufplätze von unterschiedlichen Personengruppen aufgesucht. Es scheinen sich spezielle Territorien entwickelt zu haben, die von leicht unterschiedlichen Nutzergruppen frequentiert werden. Ein entscheidendes Element dabei scheint auch die Nähe und Erreichbarkeit von persönlich bekannten Dealern zu sein, über die der Drogenbedarf gedeckt werden kann. *„Weil die, ähm, weil das da unten denen ihre Szene ist. Die verkaufen da ihre Drogen, die haben da ihre, ihre Stammdealer, ne, und dann ist da die Szene. Die wollen hier mit nichts zu tun haben, ne. Genauso wenig, ne, wie ich mit den Leuten da unten nichts zu tun habe, weil ich mich hier aufhalte, ne. Das ist einfach*

Evaluationsbericht Test-It

so.“

In Dortmund wurde bisher nicht untersucht, welche Personen wie oft welche Einrichtung benutzen, wie viele Mehrfachnutzungen es gibt und welche der Betroffenen nur eine Einrichtung nutzen. Die räumliche Nähe zur Innenstadt scheint eine besondere Bedeutung zu haben.

Bei den Fokusgruppen- Befragungen wurde darauf hingewiesen, dass die Drogenkonsumenten in der Nordstadt sich in einer Situation der ständigen Furcht vor Vertreibung befinden. *„Die werden von der Polizei gejagt, die werden vom Ordnungsamt gejagt...“*

„Ordnungsbehördliche Maßnahmen haben generell zugenommen. In diesem „neuen Ordnungskonzept“ werden Menschen, die als die öffentliche Ordnung störend und Umsatz gefährdend wahrgenommen werden, so beispielsweise Wohnungslose, Süchtige und Bettler, aus öffentlichen Räumen verwiesen, bzw. mit Aufenthaltsverboten belegt. Gerade diese Personen sind aber auf den innerstädtischen sozialen Raum besonders stark angewiesen; sie abzuschrecken, oder ihnen Aufenthalte an bestimmten Orten zu verbieten, ohne gleichzeitig adäquate Hilfs- und Aufenthaltsangebote zu unterbreiten, ist eine fragwürdige Praxis.

Diese Angst, sich an Plätzen aufzuhalten, deren Bedingungen für die Nutzer nicht überschaubar sind, verhindert möglicherweise die Inanspruchnahme des kostenlosen Schnelltestes im KICK durch weitere Drogennutzer.

Immer wieder wurde betont, dass die Leute aus anderen Bereichen, die sie auch konkret benennen konnten (Hornbach, Brunnenstrasse) das KICK nicht aufsuchen würden, obwohl sie möglicherweise den Schnelltest für nützlich erachten würden. *„Äh, nee, also das ist sowieso ganz anderes Volk da unten und äh, die wirst Du hier garantiert nicht sehen. Und ich kann mir auch nicht vorstellen, dass die, äh, überhaupt wirklich was davon gehört haben, das kann ich mir schon gut vorstellen, dass die...“*

Also, nicht ein anderes Volk, sondern natürlich auch Konsumenten, aber die da sind, sind da und die bleiben da unten, eigentlich weniger hier. Also, äh, äh, ich weiß ja nicht, ob sich da jeder von testen lassen würde, aber ich gehe, also ich bin davon überzeugt, dass es da garantiert einige gibt, die sich testen lassen würden.

Vielleicht, äh, wissen dass da auch schon genug, ne, kriege ich jetzt nicht mit, ne. Aber ich kann mir nicht vorstellen, dass die Leute von sich aus, also z.B. dass er heute Abend, wenn er vielleicht an der Brunnenstraße ist und sagt, pass mal auf, ey, jetzt geh´ ich mal ´n HIV Schnelltest machen. Das glaube ich nicht, weil die Leute vergessen das. Die meisten denken eh nur von der Tapete bis zur Wand.

Ja, die... die machen das, weil sie es hier erfahren, das ist klar, aber wie Sie schon sagten, draußen, also die gehen wieder nach draußen, da ist das Thema uninteressant. Also, es bleibt nicht so im Kopf hängen, vielleicht bei ein, zwei, aber nicht bei 90%, sodass es rumgesprochen wird.

„Ja, aber ich denke mal auch, in Dortmund gibt´s 500 Leute, die gar nicht hier ins KICK gehen oder ins Flash oder so, die sich da unten halt nur Brunnenstraße oder ... wie das heißt, sich da aufhalten.

Partner: Ja, oder da Plakate aufhängen, ne, wenn ihr Interesse habt, fahrt zum KICK, ne, da gibt´s Schnelltest da oder so was, ne. Weil die Leute, die da unten sind, die kommen definitiv,

Evaluationsbericht Test-It

außer ein paar, ne, kommen die nicht hier hoch, ne. Weil sie da unten ihre Kundschaft haben. Oder da unten ihre Dealer haben, ganz einfache Sache. Das wäre ja auch extrem, ne, wenn alle hierhin kommen würden, ne, so viel Platz wär hier gar nicht.

„Weil in der Nordstadt, der Nordmarkt ist ein Anziehungspunkt, die haben da auch ein kleines Café, wo auch irgendwie Prävention auch betrieben wird, ne. „

„Erstmal ist, Sucht spielt wahrscheinlich ´ne Rolle, ´ne große glaub´ ich sogar. Erstmal isses das Bier ist in der Nordstadt viel billiger als hier in der Stadt, das spielt auch ´ne Rolle, denke ich. Dann glaube ich, dass sich da so Cliquen gebildet haben, wie hier auch...“ „Oder, ne, den Einfluss darauf habt, ne, verbreitet das, ne. An den Stellen, wo jeder, Brunnenstraße oder Pennymarkt, ne, weil ich denke, dass sich viele Leute, die nicht hierhin kommen, die wissen das nicht.“

„Die kennen sich alle untereinander und das ist auch ... sowas wie z.B. mit Krieg oder ... nicht zu tun haben, das gibt´s nicht, ne, und ganz ehrlich, ne, fast ganze Dortmunder Szene, ne, ob Brunnenstraße, hier oben, Flash oder Pennymarkt, ne, die Leute kennen sich alle untereinander, ne.“

„Nee, die haben trotzdem alle ihren eigenen Platz, ne.“

„Also da hat nichts mit irgendeiner Abneigung oder so zu tun, ne, das ist halt einfach, weil die alle ihre eigene Baustelle haben.“

Gross und Gmehl (2010) führten eine Befragung von marginalisierten Menschen, die auf öffentlichen Plätzen Alkohol konsumieren, in der Schweiz durch. Es handelt sich dabei mehrheitlich um Männer, in kleineren Städten werden neben Alkohol auch zusätzliche Drogen konsumiert, ein Viertel der Konsumenten besitzt keine Unterkunft, das Durchschnittsalter liegt bei 35 Jahren. Viele der Interviewten weisen einen schlechten physischen und psychischen Gesundheitszustand auf. Über ein Drittel hat sexuelle Übergriffe erlebt. Zwei Drittel geben an, in ihrem Leben mindestens einmal beinahe gestorben zu sein. Nach ihren Befunden ist der Grund für die Gruppenzugehörigkeit nicht nur die Verfügbarkeit von Suchtmitteln, sondern vornehmlich emotionale und soziale Unterstützung (z.B. Informationsaustausch, Umgang mit Behörden) sind ein Motiv für den Aufenthalt auf öffentlichen Plätzen.

Für Personen, die nicht in familiären oder beruflichen Kontexten eingebunden sind, ist diese soziale Unterstützung überlebenswichtig, die Zugehörigkeit zur Gruppe verlangt andererseits auch die Übernahme kultureller Normen, an die das Entwickeln einer kulturellen Identität gebunden ist, ein Verzicht auf kulturelle Zugehörigkeit ist gleichzeitig mit dem Verlust sozialer Unterstützung durch die Gruppe verbunden. Die Bedeutung von kultureller Identität im Zusammenhang mit Gesundheitsverhalten wurde beim Stop- AIDS Project in San Francisco erforscht und bei der Planung von Kampagnen so wirksam umgesetzt, dass innerhalb kurzer Zeit Verhaltensänderungen innerhalb der entsprechenden Communities erreicht wurden. Nach Gross und Gmehl sind insbesondere alkoholabhängige Jugendliche wegen der Gruppenzugehörigkeit in starkem Maße gefährdet, auch in den Gebrauch illegaler Drogen einzusteigen, möglicherweise handelt es sich bei der von den Teilnehmern der Fokusgruppen- Befragungen beschriebenen Gruppe, die „ganz unten“ angekommen seien, Andeutungen wie: „... dort ist der Alkohol billiger“ und „da sind die, die ganz unten sind“, erlauben die Formulierung der Hypothese, dass es sich bei den beschriebenen Revieren oder Plätzen um Personengruppen handelt, die nicht nur Drogen konsumieren, die dem BtMG

unterliegen, sondern gleichzeitig schwer alkoholkrank sind.

Es wurden auch deutliche Hinweise gegeben, dass an diesen Plätzen noch Risikoverhalten (z.B. Needlesharing) betrieben würde.

„Ne, oder wie im Café Flash, die einfach an ihren Orten bleiben und ich glaub', dieses Angebot müsste da hin getragen werden. Die kommen nicht her. „

„Da soll man sich auf den Kopf stellen und mit dem Arsch Fliegen fangen, das passt nicht. Die kommen nicht. Auch wenn die sich vielleicht gerne testen lassen würden, vielleicht sogar das, es gibt sicher welche dabei, ich würde es vermuten, aber.“

Hier wurden von den Nutzern selbst andere Vorschläge gemacht; z.B. solle man doch den Bus von KOBBER nutzen (ein Bus, indem Prostituierte sich Beratung holen), des Weiteren wurde ein Männerwohnheim genannt, den viele Wohnungslose als Schlafplatz nutzen würden. *„Ich glaube, am Sinnvollsten wäre es im Endeffekt, mit dem Krankenwagen an die Plätze zu fahren, wo die Leute sich aufhalten, sich dahin stellen und sagen, so, jetzt könnt Ihr Euch testen lassen und in 'ner halben Stunde habt Ihr das Ergebnis.*

5.2 Projektziel 2

Die getesteten Personen sollen für die Möglichkeiten des persönlichen individuellen Schutzes durch verhaltenspräventive Maßnahmen darüber informiert werden, wie sie sich durch Verhaltensprävention vor der HIV- Infektion schützen können

Die testwilligen Personen wurden ausführlich beraten; die Befragung von fünf getesteten Personen, die unmittelbar nach der Blutabnahme getestet wurden, ließ Rückschlüsse auf die positive Wirkung des intensiven Beratungsgesprächs zu. Geht man von den Befragungsergebnissen der Befragung beim Wiederholungstest aus, fühlten sich die Personen besser informiert, gingen vorsichtiger vor, etc.

Festzustellen ist allerdings, dass viele Personen, die getestet wurden, schon vorher über die Übertragungswege informiert waren. *„Ich kenne das ja noch vom Knast. Im Knast kriegt man auch so Fragebögen. Mir ist alles scheißegal, ich mache alles mit, ich habe noch nie im Leben gespritzt, nur rauchen. Nach der Beratung ist alles genauso geblieben wie vorher.“*

5.2.1 Grenzen von Beratung:

Schon vor Jahren wurden mithilfe sozialwissenschaftlicher Aidsforschung Zusammenhänge zwischen psychosozialen Einflussfaktoren, Persönlichkeitsvariablen, Bildungsstand und der Einbindung ins soziale Netz und Verhaltensänderung nach HIV- Tests beschrieben, die immer wieder bestätigt worden sind (vgl. Michel 1988). Solche Faktoren können nicht durch ein einzelnes Beratungsgespräch außer Kraft gesetzt werden. Obwohl eine ausführliche Aufklärung

Evaluationsbericht Test-It

über die Möglichkeiten der Vermeidung der Ansteckung mit dem HI- Virus wichtig ist, darf nicht übersehen werden, dass die Wirksamkeit von Aufklärung dort an ihre Grenzen stößt, wo die besondere Lebenslage auch dadurch bedingt ist, dass bestimmte Drogen nur auf illegalem Weg, d.h. auch zu überhöhten Preisen, beschafft werden können. Risikobewusstes Verhalten kann in verzweifelten Situationen nicht mehr durchgehalten werden, selbst dann, wenn es vorher intendiert war, wie das Beispiel des Verzichts von Kondomgebrauch bei Frauen, die der Beschaffungsprostitution nachgehen, zeigt die unter dem Druck der Freier sowie des Preisverfalls für die Dienstleistungen entstehende Notlage der Frauen. Eine Befragte beschrieb in der Gruppensituation, dass Oralverkehr ja nicht zur Ansteckung führen könne. Hier handelt es sich um ein erklärtes Ignorieren und Verleugnen der Risikosituation, die unmittelbar in Zusammenhang mit ihrer aktuellen Lebenssituation steht.: *Ja, habe ich mitgekriegt schon, äh, ja, also Verkehr ohne Gummi läuft bei mir nicht, aber, sag schnell, französisch ohne Gummi mache ich schon, ne, das ist aber auch ein Risikofaktor, oder?*

Ich meine, ich gehe auch schon unter Preis, bin ich ganz ehrlich. .Obwohl ich schon recht günstig bin, äh, ja, die einen sagen, ich bin noch zu teuer, die anderen sagen, ich bin einfach definitiv zu billig. Aber, also, wie gesagt, also pass auf, für französisch nehme ich 15, für französisch Verkehr nehme ich 20 und wenn ich die Kohle wirklich brauch', dann gehe ich auch schon mal bei französisch auf 'n 10er runter. ..Ja, aber ansonsten würde ich da unten gar nichts kriegen, ne.

„Weil, äh, ich mein, um Gottes Willen, das soll jetzt keine, das soll jetzt nicht heißen, dass ich was gegen Ausländer hab' oder was, aber die Bulgarenmädel, die gehen teilweise, also ich hab's mit 'nem Stammkunden ausprobiert, die gehen für 'n 5er und für 'ne Schachtel Zigaretten mit und das würde ich z.B. nicht machen. Muss ich ganz ehrlich sagen, ne. ...bloß immer diese 15€ reinzukriegen, das ist mittlerweile so schwer geworden, ja. Ich hab' die ganze letzte Woche gestanden, davon habe ich eine einzige Tube gekriegt, ne. Ich hab' den einen Tag 9 Stunden gestanden, wie gesagt, eine Tube gekriegt und das war's dann.“

.. Ja, ich, wie mental, und haue mir natürlich Pillen rein, ne. So is', klar.

Das Beratungsgespräch diente im Wesentlichen der Reflektion. Der Wirkungsgrad auch von sehr guter Beratung stößt allerdings dort an Grenzen, wo die speziellen Lebensbedingungen eine Umstellung des Verhaltens unmöglich machen. Hier wird deutlich, dass Gesundheitserziehung an eine Zielgruppe gerichtet, fast aussichtslos ist, wenn die betroffenen Personen unter erheblichem Suchtdruck stehen und durch die Kunden zu riskantem Verhalten verleitet werden. Außerdem können die prekären Bedingungen von den betroffenen Personen nur mit Hilfe des Konsums von Medikamenten überhaupt ertragen werden. Ein risikoarmes Verhalten kann hier letztendlich nur durch kontrollierte Vergabe von Heroin bzw. durch Einflussnahme auf den Kunden der betroffenen Prostituierten erreicht werden. Aus der Gesundheitsforschung ist seit langen bekannt, dass dort Gesundheitsrisiken minderndes Verhalten am ehesten übernommen und beibehalten wird, wo Menschen nicht von Tag zu Tag wieder für ihr Überleben kämpfen müssen. Die Ergebnisse des bundesdeutschen Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger belegen dies eindrucksvoll (Vertlein et al).¹⁶

¹⁶ Ausführliche Informationen finden unter www.heroinstudie.de

5.3 Projektziel 3

Die Zielgruppe soll für das Risiko einer Ansteckung mit HIV sensibilisiert werden.

Hier sind die Ergebnisse unklar:

Über die HIV-Infektion oder über die Erkrankung von Freunden und Bekannten fiel den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Fokusgruppen- Befragungen nicht schwer, obwohl sie erkennbar tief bewegt waren, wenn die über den Verluste von Bekannten, die Schwere der eigenen Erkrankung und ihre begrenzte körperliche Leistungsfähigkeit sprachen.

Ganz deutlich wurde in den Fokusgruppen -Befragungen, dass die NutzerInnen des KICK auch in der Einrichtung über die HIV- Infektion, Kontakt zu Infizierten und Erfahrungen im Umgang mit HIV sprechen. Allerdings scheint dies in kleinen Gruppen mit Personen zu geschehen, die sich schon länger kennen und eine gewisses Vertrauen zu einander entwickelt haben.

„Es wird auch, die Leute, die Aids haben, sprechen da auch drüber.“ „Das ist halt nicht so’n Thema, das jeden Tag aufkommt. Aber wenn’s aufkommt, dann ist wie er schon sagte, jeder offen und bereit, ... keiner geniert sich, sich zu äußern, aber es ist nicht der Fall, dass wir uns tagtäglich damit beschäftigen.“

Einige beschrieben, dass sie mit HIV- positiven Partnern zusammenleben. In den Gruppengesprächen thematisierten sie diese Themen sehr offen und ihre unmittelbare Betroffenheit wurde deutlich. In anderen Gruppenbefragungen äußerten die Betroffenen, dass es nicht möglich sei, und dass "kein Mensch das aushalten könne", ständig über die Bedrohung einer HIV- Infektion nachzudenken, insbesondere dann nicht, wenn aktuell kein Risikoverhalten vorliege. *„Dann wären wir ja nur noch am Denken. Wir haben schon genug Probleme irgendwie und dann auch noch. Wir können drüber reden, aber ich habe zwei sehr gute Kumpels, die Frau und Mann, über Aids gesprochen, das macht jeder.“*

Sie gaben an, Personen zu kennen, die mit HIV infiziert sind. Einige beschrieben, dass sie mit HIV- positiven Partnern zusammenleben. In den Gruppengesprächen sprachen sie diese Themen von sich aus an und ihre unmittelbare Betroffenheit wurde deutlich. Sie würden auch im Freundeskreis über AIDS sprechen. *„Ja, ähm, also, ich meine, ich habe mich früher schon, äh, schon vor längerer Zeit sehr intensiv damit beschäftigt, weil, äh, auch gute Freunde von mir an HIV erkrankt sind, daran leider Gottes auch gestorben sind, ähm, damals war das...“* Das offene Werben für die Teilnahme am HIV- Schnelltest durch den Berater der AIDS- Hilfe und die im KICK tätige Ärztin sowie die direkte Ansprache der Klienten und Klientinnen hatte hierbei einen wichtigen Effekt. Mitarbeiter der Einrichtung berichteten, dass die betroffenen Personen nun direkt über ihre eigene Infektion sprechen würden und nicht nur über die von anderen. Als Beispiel dafür wurde genannt, dass die T- Zellen- Zahl durch lautes Zurufen im Flur, im Aufenthaltsraum mitgeteilt werden würde.

„Äh, sag schnell, Intensivstation, äh, ich hatte ihm letztens schon paar Fragen gestellt, von wegen, weil ich kenne einige, die HIV- positiv sind, ja, und, äh, die geistig nicht mehr ganz so auf der Höhe sind irgendwie, und das Gefühl hab’, entweder nehmen die zu viele Pillen und trinken zu viel da drauf irgendwie, ne, und, äh, ja, er sagte, also ihm wäre das nicht bekannt, dass die, äh, dass das irgendwie jetz...“

„Wie gesagt, von uns hat keiner, deswegen. Ich kriege das so nicht mit, wer hinten rein geht und wie der hinten Gespräche da führt, aber so an den Tischen oder so, wird darüber nicht geredet.“

Viel mehr Probleme scheinen die Befragten im Umgang mit Freunden und Familienangehörigen

Evaluationsbericht Test-It

zu haben, für die eine Erkrankung mit HIV eine Bedrohung darstellt.

„Nee, nee, nee, nee, es geht hauptsächlich, also, bei, also, nee, nicht hauptsächlich, es geht bei mir nur um HIV. Z.B., ich gebe jetzt ein Beispiel, ich habe mal meine Mutter gefragt, meine Mutter ist Bluter, ne, [...] meine Mutter ist Bluter und die hatte ich mal gefragt gehabt, äh, wie sie denn, also sie weiß, dass ich Hepatitis C habe, ne, und da ist sie schon sehr, sehr vorsichtig, was ich auch verstehen kann, ne, und ich hatte sie mal gefragt gehabt, äh, wie sie denn damit umgehen würde, wenn sie erfahren würde, dass ich HIV- positiv wäre, und dann sagte sie direkt zu mir, ja dann brauchtest du gar nicht mehr nach Hause zu kommen.“

„Irgendwie, ne, weil sie dann, ähm, ja, zu viel Angst hätte, sich anzustecken, und äh, [...] und äh, ich hab´ sie versucht, äh, ich habe ihr auch Broschüren mitgebracht und alles, ich weiß also teilweise hat sie sich die wohl durchgelesen, ich weiß aber nicht, weil die ist jetzt schon, die wird jetzt 67, die ist geistig nicht mehr ganz so auf der Höhe, weil die hat jetzt schon über 30 Jahre lang künstliche Herzklappen, und, äh, Asbestlunge, und die ganze Scheiße.“

Angesichts ihrer fatalen Lebenssituation ist es für Einzelne schwierig, sich ständig mit der Krankheit zu konfrontieren, um nicht völlig zu verzweifeln. *„Und jetzt hat die Justiz einmal wieder zugeschlagen, ich habe 3x Bewährung gehabt, einmal 5 Jahres, ich habe als Ersttäter direkt 64er gekriegt.“*

Die Präsenz der Berater im Drogencafé an den Tagen, an denen der Test angeboten wurde, mehrere Fokusgruppen- Befragungen zu einschlägigen Themen mit ca. 50 NutzerInnen des KICK, das Sprechen beim Essen darüber, wie der Test erlebt wurde, eine verstärkte Sensibilisierung der Beschäftigten führten dazu, dass das Angebot gut und nach relativ kurzer Zeit auch wie selbstverständlich angenommen wurde, wie die spontanen Nachfragen nach Wiederholungstests deutlich machen. Dadurch werden auch solche Personen angesprochen, die sich sonst nicht hätten testen oder im Falle des Vorliegens einer Infektion frühzeitig hätten behandeln lassen.

„Und dreieinhalb Jahre 64er und 5 Jahre Bewährung danach, hab´ ich durchgezogen, danach noch 2x 3 Jahre Bewährung, auch durchgezogen und jetzt hat mich die Vergangenheit ein bisschen eingeholt und ich habe mir jetzt vor Kurzem 2 Jahre 3 Monate eingefangen.“

Person 2: „Und äh, und jetzt noch ´ne andere Krankheit; ich hab´ Hepatitis, ich habe also eine ...- Behandlung hinter mir und bin in ´ne Psychose reingefallen, habe im Augenblick 32 Mio. .. so ungefähr, wollte die nächste ...- Behandlung starten, aber jetzt kommt die Justiz dazwischen, das geht einfach nicht, ich müsste in eine an der Therapie rein, d.h. ich muss Im Knast sitzen und weiß genau, ich hab´ noch 10 Jahre zu leben.

„Ich hab´ HIV, hab´ die ersten drei Jahre keine Medikamente genommen, erst wenn ich am Boden liege, nehme ich welche. Aber wenn sie einem so richtig erklären, sollte man wohl so tun.“

entgiften, ich muss erst ´ne Therapie machen und dann evtl. mit der Drogenbehandlung mal fertig.“

6. Schlussbemerkungen

Die Ergebnisse des test- it- Projektes können schon alleine deshalb nur als positiv bewertet werden, weil im Vergleich zum Vorjahr die Durchführung von HIV- Tests in der Einrichtung erheblich gesteigert wurde. Im gesamten Jahr 2009 wurden nur 21 HIV- Tests durchgeführt. Von den sechs HIV- positiv getesteten Personen hatten sich drei bisher noch nie testen lassen, von diesen war das Risiko einer Infektion sowohl durch sie selbst als auch durch die Beratenden als relativ niedrig eingestuft worden. Maßgeblich für das hohe Maß der Inanspruchnahme des Schnelltests sind die Tatsache, dass der Test in der Wahrnehmung der NutzerInnen schnell und unkompliziert ist, weil kein Venenblut benötigt wird und das Ergebnis schon nach kurzer Wartezeit mitgeteilt werden kann und die Testung durch vertraute Personen in einer vertrauten Umgebung durchgeführt wird. Schnelltestangebote tragen dazu bei Testangebote regelmäßiger in Anspruch zu nehmen, wie die Bereitschaft am Recallverfahren teilzunehmen zeigt.

Die Bereitschaft der Betroffenen, sich so intensiv in eine Beratungssituation zu begeben und diese auch unaufgefordert wieder aufzusuchen, ist ein Hinweis darauf, dass die Chancen und Möglichkeiten von niedrigschwelligen Drogeneinrichtungen noch nicht systematisch voll ausgeschöpft wurden und hier erheblicher Forschungs- und Entwicklungsbedarf besteht. Für viele der weiteren Personen mit einem negativen Testergebnis war der Test Anlass, nicht nur ihr Infektionsrisiko sondern auch den Kontext ihrer Lebenssituation zu reflektieren, und war Auslöser für Einstellung- und möglicherweise Verhaltensänderungen.

Die Ergebnisse des test-it Projektes zeigen sehr deutlich, dass DrogenkonsumentInnen entgegen verbreiteter Vorurteile großes Interesse an ihrer Gesundheit haben und ein auf ihre Zielgruppe abgestimmtes Gesundheitsangebot in einem geeigneten Setting wie der HIV- Schnelltest in großer Zahl in Anspruch nehmen. Zielgerichtete Ansprache und zielgruppenspezifische Informationsmaterialien erhöhen das Bewusstsein für die Bedrohung durch Gesundheitsgefahren und fördert problemlösendes Bewältigungsverhalten, wie die Teilnahme am HIV- Schnelltest oder der Entwicklung oder Übernahme von Risiko minimierenden Strategien. Trotz persistierenden Drogengebrauchs und vieler Beeinträchtigungen konnten die Personen, die sich haben testen lassen, an anstrengenden Beratungsgesprächen teilnehmen, die von ihnen sogar als unterstützend wahrgenommen wurden.

Sollen weitere Angehörige der Zielgruppe im Raum Dortmund erreicht werden, so ist dafür aufsuchende Arbeit in einem viel höheren Maße nötig, als dies vorher absehbar war. Der HIV- Schnelltest muss dort angeboten werden, wo die Personengruppen sich aufhalten, weil das Angebot von ihnen sonst nicht angenommen wird. Ein Wirkungsgrad des HIV- Schnelltestangebotes kann insbesondere dort erzielt werden, wo es gelingt, Drogenabhängige mit geringen Selbstwirksamkeitserwartungen und Kontrollmöglichkeiten einzubeziehen. Unterschiedliche Nutzergruppen zu identifizieren war weder Anliegen des Projektes, noch ein Auftrag an die wissenschaftliche Begleitforschung. Privat konsumierende Konsumenten, die in der Lage sind, ihren Alltag zu gestalten sind auch eher in der Lage, ihr Verhalten auf Minimierung von Risiken hinsichtlich der Übertragung einer HIV- Infektion zu modifizieren, und

Evaluationsbericht Test-It

scheinen dies auch in hohem Maße getan zu haben. Es ist zu vermuten, dass Angehörige dieser Gruppe auch hinreichend medizinisch versorgt sind.

Die sofortige Übernahme von Risiko minimierendem Verhalten insbesondere in der Gruppe derjenigen Personen, die der offenen Szene angehören, kann nicht erwartet werden, die Tatsache, dass die Besucher des KICK zunehmend von sich aus das Testangebot wahrnehmen, und um einen Wiederholungstest bitten, zeigt, dass mit dem Angebot ein richtiger Weg beschritten worden ist, und weitere Maßnahmen wie z.B. den Hepatitis– Schnelltest ergänzt werden sollte, wie dies auch schon geplant ist. Die Institutionen des etablierten Gesundheitswesens mit ihren unterschiedlichen Zuständigkeiten sind nicht geeignet, eine angemessene medizinische, gesundheitsförderliche und präventive Versorgung der Nutzer und Nutzerinnen von niedrigschwelligen Einrichtungen zu garantieren, während der Laufzeit des Projektes wurden verschiedentlich Versuche unternommen, um die Teilnahme an einem Hepatitis C- Test zu ermöglichen. Weder die Krankenkassen noch das öffentliche Gesundheitswesen erklärten sich bereit, die Kosten für einen solchen Test zu übernehmen und verwiesen auf die niedergelassenen Ärzte, bei denen sich die betreffenden Personen untersuchen und behandeln lassen könnten. Dass diese Vorstellung nicht mit der Lebenswirklichkeit von Angehörigen der offenen Drogenszene übereinstimmt, wurde dabei keine Beachtung geschenkt. Vorschläge über sehr komplizierte Absprachen z.B. Delegationen der Blutabnahme durch einen Arzt, der Obdachlose behandelt, an die im KICK tätige Ärztin, um die Untersuchung durchzuführen und abrechnen zu können, sowie der freundlich gemeinte Hinweis des örtlichen Gesundheitsamtes, man könnte Spenden bei einem Laborarzt erbitten, in der Form, dass der Hepatitis Test kostenlos durchgeführt würde, tragen nicht zu einer das generelle Übertragungsrisiko reduzierenden präventiven Ausrichtung bei, und verhindern die adäquate Versorgung einer marginalisierten Gruppe, die weder aus humanitären, noch aus Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung vor Erkrankung zu rechtfertigen ist. Auch seitens des Landesministeriums NRW als obere Gesundheitsbehörde bestand zum Zeitpunkt der Nachfragen kein Regelungsbedarf. Eine Kassenzulassung für die in einer niedrigschwelligen Einrichtung tätigen Ärzte scheint ein Ausweg aus dieser extrem unbefriedigenden Situation zu ermöglichen, und setzt allerdings weitere erhebliche Anstrengungen der jeweiligen betreffenden Einrichtung voraus, bei gleichzeitig immer knapper werdenden finanziellen und personellen Ausstattung.

Die bei dem test- it Projekt gewonnenen Erfahrungen lassen sich sicherlich auf andere Einrichtungen, die mit einem niedrigschwelligen Ansatz in der Drogenhilfe arbeiten, übertragen. Notwendig für ein Gelingen sind nicht nur das Einhalten von Standards bei der Beratung und dem medizinischen Personal, welches den Test durchführt. Kenntnisse aus der allgemeinen Aids-Beratung sind nicht eins zu eins auf die Situation von Opiatabhängigen zu übertragen. Eine enge Kooperation von Aids-Beratern sowie Professionellen aus der Drogenhilfe hat sich als gelungene Vorgehensweise erwiesen. Der Ansatz von freiwilligen Nichtprofessionellen, kann eine professionelle Beratung insbesondere dann nicht ohne weiteres ersetzen, wenn keine fundierten Kenntnisse hinsichtlich der Theorien und Methoden zu Verhaltensänderung und Stärkung der Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeit vorliegen. Nicht nur Mittel zur Finanzierung des Tests, sondern auch die Bereitstellung zusätzlicher personeller Ressourcen sind für HIV-Schnelltestangebote einzuplanen.

7. Literaturverzeichnis

- Beywl, W.; Niestro M. (Hrsg.) (2009): Das ABC der wirkungsorientierten Evaluation. Köln Glossar Deutsch/ Englisch; 2. vollst. bearb. und erg. Auflage; Köln; S. 147
- Blackwell, J.S. (1983): Drifting, Controlling and Overcoming Opiate Users who avoid becoming Chronically Dependent. In: Journal of Drug Issues; 13 (1983) 2; S. 219 – 234
- BMZ (1999): Übersektorales Konzept. Partizipative Entwicklungszusammenarbeit. Partizipationskonzept.; BMZ Konzepte, Nr. 102.; Bonn; S. 4
- Bohnsack, R. (2004): Gruppendiskussion. In: Flick, U.; Kardorff, E. v.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch.; Reinbek; S. 369 - 384
- Bohnsack, R. (2004): Qualitative Evaluation und Handlungspraxis. Grundlagen dokumentarischer Evaluationsforschung. In: Flick, U.; Kardorff, E. v.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch.; Reinbek; S. 135 - 154
- Bossong (2007): Vortrag anlässlich der Frankfurter Konferenz zur integrierten Drogenpolitik und Drogenarbeit am 28. und 29. Februar; DHS: 152; Frankfurt am Main
- Brodbeck, J.; Matter, M.; Moggi, F. (2002): HIV- und Hepatitis-Prävention im sexuellen Risikoverhalten von Drogenkonsumentinnen; Schweizer Med Forum, Nr. 44; S. 1062 - 1064
- Brusten, M., Hohmeier, J. (Hrsg.) (1975): Stigmatisierung 1. Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen; Darmstadt
- BMZ (1999): Partizipation als Instrument bedeutet damit die Einbeziehung der Beteiligten in den Prozess der Informationsgewinnung. (BMZ Konzepte, Nr. 102). Bonn
- Caspari, A. (2006): Partizipative Evaluationsmethoden- zur Entmystifizierung eines Begriffs in der Entwicklungszusammenarbeit. In: Flick, U. (Hrsg.): Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte – Methoden – Umsetzungen; Hamburg, S. 365- 384
- Chambers, R. (2002): Relaxed and Participatory Appraisal: notes on practical approaches and methods for participants in PRA/ PLA- related familiarisation workshops.; Brighton
- Chitwood, P., Morningstar, P. (1985): Factors which differentiate Cocaine Users in Treatment from Nontreatment Users. In: The International Journal of the Addictions; 20, 1985, 3; S. 449-459
- Crawford, G. A.; Washington, M. C. ; Senay, E. C. (1983): Careers with Heroin. ; In: The Intern. Journal of the Addictions ; 18 (1983) 5; S. 701-715

Evaluationsbericht Test-It

- DiClemente, C. C. ; Prochaska, J. O. ; Fairhurst, S. K. ; Velicer, W. F.; Velasquez, M. M. ; Rossi, J. S. (1991): The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change; *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 59(2); S. 295-304
- Dürrenberger, G.; Behringer, J. (1999): *Die Fokusgruppe in Theorie und Anwendung*; Akademie für Technikfolgenabschätzung; Stuttgart
- Engels, D. (2006): Lebenslagen und soziale Exklusion; In: *Sozialer Fortschritt*; Heft 5, Mai 2006, S. 109 - 117
- Ernst, S. (2006): Die Evaluation von Qualität. Möglichkeiten und Grenzen von Gruppendiskussionsverfahren.; In: Flick, U. (Hrsg.): *Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte – Methoden – Umsetzungen*; Hamburg S. 183- 213
- Feltes, T. (2001): Vortrag auf dem XII. Mosbacher Symposium der Gesellschaft für Toxikologische und Forensische Chemie am 26. April 2001
- Friedrich, M. (1993): *Mädchen und AIDS.*; Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 22, Baden-Baden
- Friedrichs, J. (1973): *Methoden empirischer Sozialforschung*, Hamburg
- Gehrmann, G.; Müller, K.-D. (Hrsg.) (2010): *Aktivierende soziale Arbeit mit nicht motivierten Klienten*; Regensburg
- Graeven, D.B., Graeven, K.A. (1983): Treated and untreated Addicts: Factors associated with Partizipation in Treatment and Cessation Heroin Use. In: *Journal of Drug Issues*, 12, 2; S. 207 – 218
- Gross, C.; Gmehl, G. (2010): “Alkoholszene in Schweizer Städten untersucht“; URL: www.myscience.ch/fr/news/archive2010/alkoholkonsum/
- Grunbaum, J.A., Kann, L., Kinchen, S.A. et. al. (2002): Youth risk behaviour surveillance MMWR, *Morbidity and Mortality Weekly Report* 51, (SS0 4); S. 1-62
- Goffmann, (1975): *Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt
- Gerhardts, J.; Schmidt, B. (1992): *Intime Kommunikation*, Schriftenreihe Bd. 11, Baden-Baden 1992
- Schröder, H. (1962): Ansteckung; S. 416; In: Schaefer, H., Blohmke, M. (Hrsg.): *Sozialmedizin. Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizinsoziologie und Sozialmedizin*; Stuttgart 1972

Evaluationsbericht Test-It

Hallmann, T. (2009): Lokale Zivilgesellschaft, Drogen und öffentlicher Raum. Eine Fallstudie zu Politischer Kultur und Kommunikation am Beispiel des Diskurses der Drogenpolitik und Drogenszene in Münster.; Inauguraldiss.; Institut für Politikwissenschaft, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Haves, W., Schneider, W. (1992): Kontrollierter Gebrauch illegaler Drogen: Forschungsstand und Konsequenzen; Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 15, 1992, Nr.1, S. 49

Hecker, W. (1998): Freizügigkeit versus Gefahrenabwehr.; Sozialpädagogisches Institut Berlin, Clearingstelle Jugendhilfe/ Polizei (Hrsg.); Infoblatt Nr. 2, Mai 1998

Helferich, C. (2009): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 3. überarb. Auflage; Wiesbaden; S. 163

Idefix/ Fixpunkt gmbH (2008): ESF-Projekt Idefix. Qualifizierung und Beschäftigung in den Bereichen Produktion und Dienstleistung. Endbericht 2006 – 2008; Berlin

Kadorff, (2003): Kompetenzförderung als Strategie der Gesundheitsförderung; In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2003); Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methode in der Gesundheitsförderung.; 4. erw. und überarb. Auflage; Schwabenheim a. d. Selz; S. 134 – 137

Karstedt (1975): Soziale Randgruppen und soziologische Theorie; Darmstadt

Keller, S.; Kaluza, G.; Basler, H.D. (2001): Motivierung zur Verhaltensänderung – Prozessorientierte Patientenedukation nach dem transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung. In: Psychomed 13/2001, S. 101 – 111

Kolte, B. (2005): In einer Spirale nach oben. In: Dollinger, B./ Schneider, W. (Hrsg.): Sucht als Prozess.; Berlin; S. 321 - 332

Kolte, B.; Schmidt-Semisch, H. (2005): Kontrollierter Drogenkonsum: Ein prekäres Paradigma? In: Legnaro, A.; Schmieder, A. (Hrsg.): Kontrollierter Drogenkonsum – Drogenkonsum als Lebenskontrolle; Jahrbuch Suchtforschung; Münster; S. 1 - 19

Krueger, R.: (1994): Focus Groups; London

Michel, S. (1988): „HIV-Test und Verhaltensänderung“; Veröffentlichung 2 der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, W88-204; Wissenschaftszentrum Berlin

Michel, S. (2007): Fokusgruppen- Befragung als Instrument der Bedarfserhebung von Zielgruppen der Gesundheitsförderung an Hochschulen. In: Krämer, A., Sonntag, U., Steinke, B.,

Evaluationsbericht Test-It

Meier, S., Hildebrandt, C. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven;

Michel, S., Schwarze, B. (2009): Methodenbuch Soziale Arbeit. Basiswissen für die Praxis; S. 124

Morgan, D., Krueger, R. (1998): The Focus Group Kit;

Morin, S. (1988): Behavioural Change and Prevention of Sexual Transmission of HIV: 4. International Conference of Aids, Juni 12-16 1988; Stockholm

Muthesius, D. / Schaefer, D. (1992): Krankheits-, Behandlungs- und Versorgungsverläufe Aidskranker Frauen. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, 1992

Nationaler AIDS-Beirat 20.09.2001

Olisah, V.O.; Adekeye, O., Sheikh, T.L., Yusuf, A.J. (ohne Datumsangabe): Alcohol-related Problems and High-Risk Sexual Behaviour in Patients with HIV/ AIDS Attending Medical Clinic in Ahmadu Bello University Teaching Hospital (A.B.U.T.H.); Zaria

Pelz, C.; Schmitt, A.; Meis, M. (2004): Knowledge Mapping als Methode zur Auswertung und Ergebnispräsentation von Fokusgruppen in der Markt- und Evaluationsforschung.; Forum Qualitative Sozialforschung; 5(2), Art. 35.; verfügbar über: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-04/2-04pelzetal-d.htm>

Power, R.; Hartnoll, R.; Daviaud, E. (1988): Drug Injecting AIDS, and Risk Behaviour: potential for change and intervention strategies. In: British Journal of Addiction, 83; 649 - 654

Prochaska, J.O.; Velicer, W.F. (1997): The transtheoretical model of health behavior change. American Journal of Health Promotion; 12; 38-48

Robert-Koch-Institut (2009): Begleiterhebung von Wissen, Einstellungen und Risikoverhalten bei Nutzern von HIV-Testangeboten. In: Epidemiologisches Bulletin Nr. 34; S. 347-350

Robert Koch-Institut (2009): Zum Verlauf der HIV-Epidemie in Deutschland bis Ende 2009.; In: Epidemiologisches Bulletin Nr. 48; S. 498

Robertson, J.R. Skidmore, C.A., Roberts, J.J.K. (1988): HIV-Infection in Intravenous Drug Users: a follow-up study indicating changes in risk-taking behavior.; In: British Journal of Addiction, 83; S. 387 – 391

Schaeffer, D. (2009): Akzeptanzorientierte Drogenarbeit / acceptance-orientied-drug-work; 6; S. 6-10; URL: www.indro-online.de/Schaeffer09.pdf

Evaluationsbericht Test-It

Schervich, R. (1969): The Labeling-Perspective. Its Bless and Potential in the Study of Political Deviance.; In: American Sociologist, 1969; S. 47-57

Schmidt-Semisch, H.; Wehrheim, J. (2004): Rausch als individuelles Risiko. Dimensionen spätmoderner Drogenpolitik; Forum Wissenschaft 1/ 2004
URL: <http://www.bdwi.de/forum/archiv/archiv/97871.html>

Schmidt-Semisch, H.; Wehrheim, J. (2005): Exkludierende Toleranz. Ordnung und Kontrolle im Kontext akzeptierender Drogenarbeit; In: Dollinger, B.; Schneider, W. (Hrsg.): Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis. Berlin 2005, S. 229-249

Schmidt, T. (Jahreszahl unbekannt): Kontrollierter Drogenkonsum und Selbsthilfe;
URL: www.threumer-online.de/lehre.php

Stake, R. E. (2004): Standard-based and responsive evaluation. Thousand Oaks

Stall, R. et. al. (1986): Alcohol and Drug Abuse During Sexual Activity and Compliance with Safe Sex Guidelines for AIDS: The AIDS Behavioral Research Project; Vol. 13(4); Berkeley; S. 359 - 371

Steffan, E.; Herrmann, U. et. al. (2004): Frauenleben I, Abschluss der qualitativen Phase der Studie : Einfluss medizinischer Therapiefortschritte auf die Lebens- und Handlungs-perspektiven von Frauen mit HIV und AIDS; Berlin

Strang, J. (1988): Changing Injecting Practices blunting the needle habit. In: British Journal of Addiction, 83; S. 237 - 239

Theall, K.P. et. al. (2007): Alcohol consumption, ART usage and high-risk sex among women infected with HIV.“; AIDS Beh. Mar; 11(2); S. 205 - 215

Tohle, W./ Bönich, L. (2005): Lebensbewältigung. Ein sozialpolitisch inspiriertes Paradigma sozialer Arbeit; In: Tohle, W. (Hrsg.): Grundriss der sozialen Arbeit; Wiesbaden; S. 210

Veltes, T. (2001): Vortrag auf dem 12. Mosbacher Symposium der Gesellschaft für Toxikologische und Forensische Chemie am 26.04.2001

Vertheim, U., Kuhn, S., Haasen, C. (2008): Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie.; Hamburg

WHO (1993): Ottawa- Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung.; In: Franzkowiak, P. / Sabo, P. (Hrsg.) (1993): Dokumente der Gesundheitsförderung; Mainz, S. 96 – 101

Evaluationsbericht Test-It

Wright, M.-T.; Unger, H. von; Block, M. (2001): Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention.; In: (Hrsg.) Wright, M.-T.: Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention; Bern; S. 35 – 52

Young, M. (2002): Fünf Formen der Unterdrückung.; In: Philosophie der Gerechtigkeit, ed. Horn, C. und Scarano, N.; Frankfurt; S. 428 – 445