



II PRÄVENTION

A Verhaltensprävention / Methoden der Hepatitis Prävention

II.A 1 Setting psychosoziale Betreuung

Eine gut ausgestattete psychosoziale Betreuung (PSB), wie sie z.B. im Berliner Suchthilfesystem verankert ist, unterstützt Menschen in einer Substitutionsbehandlung effektiv, flexibel und individuell bei der Infektionsprophylaxe und einer erfolgreichen Behandlung von Hepatitis. Hierfür müssen allerdings institutionelle Voraussetzungen, wie Kooperationsvereinbarungen mit Ärzten und fachspezifische Schulungen des Betreuungspersonals, gewährleistet sein.

WAS LEISTET PSYCHOSOZIALE BETREUUNG?

Die psychosoziale Betreuung (PSB) ist ein spezielles Angebot für Menschen, die sich in einer Substitutionsbehandlung bei einem niedergelassenen Arzt befinden. Übergeordnetes Ziel der psychosozialen Betreuung ist die Förderung gesellschaftlicher Teilhabe der Klienten sowie der Aufbau und Erhalt einer weitestgehend autonomen Lebensweise. Klienten werden unterstützt, soziale, physische und psychische Folgeschäden ihrer Suchterkrankung zu beheben bzw. abzumildern. Damit verbunden sind die allgemeine Verbesserung ihrer Lebenssituation, die psychische und soziale Stabilisierung sowie die Verbesserung ihres gesundheitlichen Status. Das Abstinenzziel bzw. der Ausstieg aus der Substitutionsbehandlung sind dabei nachrangig. Primär geht es darum, einen adäquaten Umgang mit der Suchterkrankung zu erlangen und den Kreislauf von Stabilisierung und anschließender Selbstdemontage zu durchbrechen, der bei einer Vielzahl von Klienten zu beobachten ist.

Die inhaltliche Ausgestaltung und Finanzierung der PSB variiert je nach Bundesland. In Berlin ist sie eine Eingliederungsmaßnahme³, die Finanzierung erfolgt nach §§ 53, 54 SGB XII, die Vergütung der Leistungserbringer erfolgt anhand eines Fachleistungsstundensatzes. Auf der Basis eines standardisierten Hilfeplaninstruments mit fünf Hilfebereichen (‘Selbstversorgung’, ‘Tagesgestaltung und Kontaktfindung’, ‘persönliche und soziale Beziehungen’, ‘Beschäftigung, Ausbildung und Arbeit’, ‘Drogenabhängigkeit und psychische Beeinträchtigungen’) werden Inhalte, methodisches Vorgehen und Umfang der Betreuungsleistung gemeinsam mit dem Klienten festgelegt. Ein breites Spektrum an Angeboten steht zur Verfügung, darunter Einzelgespräche, Paar- und Familiengespräche, Hausbesuche, Begleitungen, nachgehende Arbeit, Kriseninterventionen, Telefonkontakte, Gruppenaktivitäten und gemeinsame Gespräche mit dem Substitutionsarzt (‘Dreiergespräche’). *Die Interventionsmöglichkeiten gehen über alltagspraktische sozialarbeiterische Unterstützungen hinaus: Rückfallprophylaxe, Psychoedukation, manualisierte Trainings (z.B. KISS, DBT) kommen ebenso zum Einsatz, wie die Vermittlung in weiterführende bzw. ergänzende Angebote (tagesstrukturierende Maßnahmen, psychotherapeutische und fachärztliche Behandlungen etc.).*

³ Ab 2020 wird das Bundesteilhabegesetz umgesetzt werden, die PSB wird demnach eine Teilhabeleistung werden. Die Ausgestaltung ist gegenwärtig unklar.

Die Hilfe wird auf die individuellen Ziele, Möglichkeiten und Bedarfe ausgerichtet. Lebenswelt- und Ressourcenorientierung, Kultur- und Geschlechtersensibilität sowie eine wertschätzende, akzeptierende Haltung bei maximaler Flexibilität beschreiben die Grundhaltung der PSB. Ein besonderes Merkmal ist die enge Vernetzung mit der Substitutionspraxis. Im Sinne einer interdisziplinären Zusammenarbeit gibt es eine Schweigepflichtsentbindung zwischen Arzt und Betreuer, es finden regelmäßige Fallbesprechungen und Dreiergespräche mit dem Klienten statt, in denen ein gemeinsamer Behandlungsplan vereinbart wird. Im Idealfall begegnen sich die Akteure auf Augenhöhe, wobei die Aufgabenfelder von Arzt und Betreuer entsprechend ihrer Profession abgesteckt sind.

Die PSB hat zweifellos erhebliche Vorzüge. Allerdings kann sie den Anspruch auf Niederschwelligkeit nur begrenzt erfüllen. Bedingt durch die Einzelfallfinanzierung müssen Klienten diese Hilfe beantragen, ihre Einkommensverhältnisse offenlegen und sie mit den entsprechenden Unterlagen nachweisen. Zwar verfügen die wenigsten Klienten über ein Einkommen jenseits der Zuzahlungsgrenze, die geforderten Nachweise sind jedoch eine widersinnige Hürde, an der gerade Klienten scheitern, die in besonders desolaten Verhältnissen leben. Ein weiteres Hindernis ist die Angabe unterhaltspflichtiger Angehöriger, die eine Zuzahlung leisten müssen, sofern sie über eigenes Einkommen verfügen. Dies ist für einige Klienten derart schambesetzt, dass sie die Hilfe nicht beantragen. Um Klienten mit multiplen Problemlagen effektiv bei der Antragsstellung unterstützen und später betreuen zu können, hat es sich als geeignet erwiesen, die Betreuung in der Substitutionspraxis zu verorten. Kurze Wege bieten bessere und spontane Kontaktmöglichkeiten. Informationen können schneller und unbürokratischer ausgetauscht werden. Mangelnde Termintreue der Klienten kann durch nicht sehr aufwändige, nachgehende Arbeit kompensiert werden.

PSB UND HEPATITIS

Die PSB ist eine mittel- bis langfristig angelegte Hilfe, d. h. Bezugsbetreuer und Klient arbeiten in der Regel mindestens ein Jahr zusammen. Dies impliziert, dass ein vertrauensvolles Arbeitsbündnis aufgebaut werden muss. Die Hilfe folgt einem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis, wobei sie hoch spezialisiert auf die Problemlagen der drogenabhängigen Klientel ausgerichtet ist. Bereits bei der Antragsstellung kann sich der Betreuer ein Bild über wesentliche biographische Ereignisse sowie die soziale und persönliche Situation seines Klienten machen. Es empfiehlt sich, möglichst zeitnah nach Beginn der PSB ein Dreiergespräch mit dem Substitutionsarzt zu vereinbaren. Neben der Festlegung einer gemeinsamen Zielsetzung sollte das Gespräch dazu dienen, dem Klienten die Modalitäten der Zusammenarbeit transparent zu machen (Aufgabenverteilung, Informationsweitergabe etc.) und den gesundheitlichen Status des Klienten zu thematisieren. Medizinische Daten, wie den aktuellen Infektionsstatus, Impfungen, gesundheitliche Beeinträchtigungen, Begleit- und Vorerkrankungen sollten offen besprochen werden. Dies ist für den Betreuungsprozess äußerst relevant, da sich daraus ggf. finanzielle, sozialrechtliche und medizinische Ansprüche ableiten lassen, bei deren Inanspruchnahme der Klient unterstützt werden kann. Ferner haben medizinische Behandlungsziele ggf. Vorrang, sie sollten in der gesamten Betreuungsplanung, insbesondere im Bereich `Beschäftigung, Ausbildung und Arbeit` berücksichtigt werden. Gemäß der Leistungsvereinbarung gehört „Motivierung zur Inanspruchnahme notwendiger medizinischer, psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Hilfen“ ebenso zu den Betreuungsinhalten, wie die „Beratung zur Infektionsprophylaxe und zu riskanten Applikationsformen“⁴.

⁴ <https://www.berlin.berlin.de/sen/soziales/themen/vertraege/sgb-xii/kommission-75/beschluesse/2017/>
Anlage 1 zum Beschluss Nr.5/2017 Leistungsbeschreibung SDAMB; Leistungsbeschreibung für: Psychosoziale Betreuung substituierter Drogenabhängiger (ambulanter Dienst) Stand März 2017

Die Vermittlung von Techniken zur Konsumkontrolle, die Aufklärung über Konsumrisiken, die Motivierung zur Konsumreduktion sowie zum Ausstieg aus illegaler Beschaffung und Drogenprostitution gehören in das suchtspezifische Portfolio der PSB. Die Hepatisthematik betrifft alle vorgegebenen Hilfebereiche, ebenso die Unterstützung des Klienten vor, während und nach der Hepatitis-Therapie (Infektions-, Übertragungs-, Reinfektionsvermeidung und Behandlung). Sämtliche Aspekte der Hepatitisproblematik lassen sich einzelnen Hilfebereichen zuordnen. (Hygiene und Gesundheit, Behandlungsverlässlichkeit, sexuelle und partnerschaftliche Fragen, Übertragungsrisiken, Konsumverhalten).

Psychoedukation hat sich in der Praxis als effektiv erwiesen, sowohl Verhaltensänderung zu initiieren als auch die Bereitschaft zu erzeugen, ggf. unangenehme, aber sinnvolle Maßnahmen anzunehmen, wie die Impfung gegen Hepatitis A und B oder das Benutzen von Kondomen. Dies bedeutet, dass die PSB den Klienten umfassende Information zur Risikovermeidung (Safer Use, Safer Sex), über die Erkrankung selbst und deren Behandlung gibt. Dabei sollten auch sexuell übertragbare Krankheiten wie HIV und Syphilis beachtet werden. Im Idealfall stellt die PSB ihren Klienten weitergehendes Informationsmaterial zur Verfügung (Flyer, Handbücher). Selbstverständlich sollte dies nicht den Charakter eines belehrenden Vortrags haben. Der Betreuer sollte vielmehr Behandlungserfahrungen, Ängste und Vorbehalte des Klienten sowie – und, dies ist nicht zu unterschätzen – medizinische Mythen ernstnehmen und thematisieren, so beispielsweise die These einer `verkapselten Hepatitis`.

Viele Klienten sind aufgrund der massiven Nebenwirkung an einer Hepatitisbehandlung gescheitert und haben diese Zeit in schlimmster Erinnerung, andere haben das Leiden Dritter mitbekommen und sind entsprechend abgeschreckt. Jetzt gilt es, Klienten über die neuesten Therapieformen und -erfolge aufzuklären, Vorurteilen entgegen zu treten und argumentativ zu widerlegen. Besonders wichtig ist es, darüber aufzuklären, dass Abstinenz bzw. Beigebrauchfreiheit keine Voraussetzung für eine Behandlung sind. Dies sollte im Dreiergespräch erwähnt werden, falls Ärzte über diese Neuerung noch nicht informiert sind. Nicht nur Sachinhalte spielen bei einem Veränderungsprozess eine Rolle, emotionale Aspekte sind ebenfalls handlungsleitend. Ängste können sich hemmend auf die Bereitschaft auswirken, etwas in Angriff zu nehmen, auch wenn kognitiv keine Barrieren bestehen.

Die Motivierung zur Verhaltensänderung sollte erst erfolgen, wenn der Klient signalisiert, dass er sein bisheriges Verhalten überdenkt. Motivierung zur Behandlung, Testung und Impfung (Hep. A + B) können von der Betreuung ebenso geleistet werden, wie die Unterstützung während der Therapie. Wichtig ist es, Risiken einzuschätzen und ein `Blutbewusstsein` zu vermitteln.

Die PSB hat ferner die Möglichkeit Paargespräche und Angehörigenberatung anzubieten. Dies ist beispielsweise sinnvoll, wenn Ängste und Unsicherheiten bzgl. Ansteckungsgefahren im Alltag bestehen.

Aufgabe der PSB ist nicht zuletzt, den Dialog zwischen Arzt und Klient zu fördern und den Klienten zu unterstützen, seine Anliegen offensiv zu vertreten. Ggf. ist es angezeigt, weitere Fachärzte hinzuzuziehen, bei denen sich der Klient gut behandelt fühlt.

INSTITUTIONELLE BEDINGUNGEN FÜR EINE GUTE BERATUNG ZUR HEPATITIS

Motivational Interviewing als methodische Basis hat sich sowohl in der Gesprächsführung als auch in der therapeutischen Haltung bewährt, Veränderungsprozesse bei Klienten zu initiieren und Compliance zu fördern. In der Substitutionsbehandlung befinden sich häufig Klienten, die an anderen Behandlungen gescheitert sind und daran zweifeln, etwas durchhalten oder erreichen zu können. Gerade bei diesen Menschen greift die Methode der motivierenden Gesprächsführung. Klienten können unterstützt werden, Ambivalenzen zu überwinden und eigene Etappenziele zu formulieren, was sich positiv auf den Prozess auswirkt.

Praxisnahe theoretische Schulungen mit anschließender Supervision nach der Methode motivierender Gesprächsführung sind optimale Voraussetzungen, dass Mitarbeiter das nötige Handwerkszeug erhalten. Sie sollten regelmäßig angeboten werden, insbesondere für neue Mitarbeiter.

Alle Einrichtungen der Suchthilfe, insbesondere aber psychosoziale Betreuungseinrichtungen, sollten dafür Sorge tragen, dass regelmäßige Fortbildungen zu folgenden Themen angeboten werden:

- ▶ Safer Use mit praxisnaher Demonstration,
- ▶ Safer Sex,
- ▶ Hepatitis/HIV: Risiken, Prophylaxe, Behandlung, Maßnahmen bei akuter Infektionsgefahr.

Diese Schulungen sollten für alle Mitarbeiter obligat sein, wobei es empfehlenswert ist, in regelmäßigem Turnus Nachschulungen durchzuführen, um die Mitarbeiter auf dem Stand neuester medizinischer Entwicklungen zu halten. Daher ist es von Nutzen, wenn Behandlungseinrichtungen Netzwerke zu Fachärzten mit Bezug zur Forschung knüpfen.

Kooperationsvereinbarungen mit behandelnden Ärzten, gemeinsame Fallteams und die Entwicklung gemeinsamer Standards können dazu beitragen, die Behandlung und die Erreichbarkeit der Klienten zu optimieren.

Ferner ist es vorteilhaft, wenn Klienten sämtliches Material zum sicheren Gebrauch von Drogen (Spritzen, Röhrchen, Pfännchen etc.) und zum sicheren Sex (Kondome, Latexhandschuhe etc.) ohne Wenn und Aber zur Verfügung gestellt bekommen. Informationsmaterial in leicht verständlicher Sprache sollte ebenfalls zur Verfügung stehen.

II.A 2 Setting: Niedrigschwellige Kontaktarbeit

HEPATITIS C BIS 2030 ELIMINIEREN?

Niedrigschwellige und lebensweltnahe Beratungs- und Testangebote in Drogen- und Aids-Hilfe

Unter intravenös (i.v.) konsumierenden Drogengebrauchenden (IVD) sind Infektionen mit HIV, Hepatitis C (HCV) und Hepatitis B (HBV) deutlich stärker als in der Allgemeinbevölkerung verbreitet. Die DRUCK Studie des Robert Koch-Instituts zeigte, dass die Seroprävalenz von HCV zwischen 42-75% lag, wobei eine aktive Infektion mit nachweisbarer Virus-RNA in 23-54% der Fälle diagnostiziert wurden.

Trotz hoher HCV-Testraten war der Anteil derer, die ihren aktuellen Infektionsstatus kannten, nicht ausreichend. Es zeigten sich ferner deutliche Wissenslücken im Bereich der Präventionsmöglichkeiten von HCV. Verglichen mit anderen Gruppen in Deutschland waren insbesondere auch die HCV-Therapieraten unbefriedigend.

Die Ergebnisse der DRUCK-Studie haben eine Vielzahl von konkreten Handlungsbedarfen zur Prävention und Kontrolle von Blut- und sexuell übertragenen Infektionen bei Drogenkonsument_innen aufgezeigt.

HIV/HCV-Beratung und Testung in Drogen- und Aids-Hilfe

Im Mittelpunkt sollten der Auf- und Ausbau von Möglichkeiten der gezielten Testberatung, der Testung sowie der Anbahnung von HCV-Behandlungen in Einrichtungen der Drogenhilfe mit niedrigschwelligen Angeboten stehen. Erste modellhafte Interventionen konnten aufzeigen, dass diese Beratungs- und Testangebote im nicht-medizinischen Setting von den Nutzer_innen der Einrichtungen sehr gut wahrgenommen wurden.

Ein zentrales Prinzip und Potential dieser Angebote liegt im „durchgehenden personalen Angebot“. Nutzer_innen dieser Einrichtung sollen in den unterschiedlichen Phasen vom Erstkontakt über die Testberatung bis zum Gespräch im Anschluss des Tests möglichst vom/von der gleichen Mitarbeiter_in begleitet werden. Dies erhöht Vertrauen und reduziert Hemmschwellen und Ängste. Der Arztvorbehalt für die Mitteilung von Testergebnissen kann als Chance für die Vorbereitung oder Vermittlung in eine HCV-Behandlung genutzt werden.

Die bisher geringen HCV-Behandlungsraten bei Drogenkonsument_innen machen deutlich, dass insbesondere jene, die nicht substituiert werden, über keine kontinuierliche Anbindung an medizinische Angebote verfügen. Die Hemmschwellen von der Straße oder der Drogenhilfe hin zu einem Facharzt, um z.B. einen HCV-Test zu machen sind so hoch, dass sie schwer überwunden werden.

Daher gilt es niedrigschwellige und lebensweltnahe Beratungs- und Testangebote in die Drogenhilfe zu integrieren. Also dort, wo Drogenkonsument_innen täglich sind und in der Regel ein intaktes Vertrauensverhältnis zu den dort tätigen Mitarbeiter_innen besteht.

Begleitend sollten gezielte Kurzberatungen insbesondere bei Wissenslücken zu Transmissionswegen stattfinden. Es sollte ein regelmäßiges Schulungsangebot zur Qualifizierung von (nicht-medizinischem) Personal in niedrigschwelligen Drogenhilfen als (Test-)beratende implementiert werden.

Ziele der Beratung und Testung in niedrigschwelligen Einrichtungen

- ▶ Implementierung niedrigschwelliger Angebote von HIV-/HCV-Beratungs- und Testangeboten für Drogenkonsument_innen ohne oder mit nur einem eingeschränktem Zugang zu medizinischen Angeboten.
- ▶ Durch das frühzeitige Erkennen einer HIV- und/oder HCV-Infektion soll die Grundlage für die Weiterleitung in eine entsprechende HIV-Therapie/HCV-Behandlung mit den heute guten Möglichkeiten der therapieinduzierten Ausheilung (bei HCV) geschaffen werden. So werden Infektionsketten unterbrochen.
- ▶ Mittels zielgruppenspezifischer Beratungs- und Informationsangeboten soll das Bewusstsein für risikoreiche Verhaltensweisen erhöht werden. Ferner sollen die Kenntnisse zur Prävention von durch Blut und sexuell übertragener Infektionen erweitert werden.

Personelle Ausstattung und Projektumfang

Das Beratungs- und Testangebot sollte als zusätzliches Angebot einmal wöchentlich (alternativ vierzehntägig) während der Öffnungszeiten (mind. 3 Stunden z. B. 11:00 - 14:00 Uhr und max. 5 Stunden z. B. 10:00 - 15:00 Uhr) stattfinden. In diesem Zeitraum sollten – ausschließlich für die Durchführung des Projektes und damit zusätzlich zur regulären Personalausstattung – 1 bis 2 Sozialarbeiter_innen / Pädagog_innen sowie eine Ärztin/ein Arzt anwesend sein. Es ist wichtig, dass die für das Projekt neu eingestellten Mitarbeiter_innen über Erfahrungen in der Beratung, Betreuung oder Behandlung von Drogen gebrauchenden Frauen und Männern verfügen. Dieser personelle Aufwand ist nötig, um dieses Angebot fachlich angemessen umsetzen zu können. Parallel soll der Regelbetrieb der Einrichtung fortgeführt werden.

Von zentraler Bedeutung sind folgende Kooperationspartner bzw. kooperierende Einrichtungen

- ▶ Ambulanz / niedergelassener Arzt/Ärztin zur Initiierung einer evtl. gewünschten Substitutionsbehandlung. Gegebenenfalls auch Angebot entsprechender Impfungen. HIV-Ambulanz / HIV-Schwerpunktpraxis zur Möglichkeit des zeitnahen Beginns einer antiretroviralen Therapie im Fall eines reaktiven HIV-Testergebnisses
- ▶ HCV-Ambulanz / HCV-Schwerpunktpraxis zur Möglichkeit des zeitnahen Beginns einer antiretroviralen Therapie im Fall eines reaktiven HCV-Testergebnisses (PCR / RNA)

Projektkosten

Die nachfolgenden Projektkosten sind auf der Basis eines 1x wöchentlichen Angebots à 4 Stunden (entspricht 16 Std./Monat) inkl. Personalkosten für Arzt/Ärztin und 2 Berater_innen auch Sachkosten (Tests, Laborkosten) kalkuliert.

Die Personalkosten belaufen sich auf ca. 20.000 bis 25.000 Euro pro Projekt pro Jahr, die Kosten der Sachmittel belaufen sich auf ca. 15.000 Euro pro Jahr.

Sollte man einen Arzt/Ärztin mit Kassensitz gewinnen können, besteht für den Arzt/Ärztin nach Absprache mit der KV die Möglichkeit eine Sondergenehmigung zu erhalten um Rezepte und Behandlungen außerhalb der Praxis zu Lasten der GKV ausstellen und durchführen zu können. Dies würde die Projektkosten deutlich reduzieren und hätte den Vorteil, dass direkt ein Übergang zur HIV/HCV-Behandlung angebahnt werden kann.

Position	Kosten pro Jahr in Euro	
	Personal vor Ort 4 Std/Woche (1 Arzt 50€/h, 2 Berater_innen 38€/h)	Arzt 9600
Personalkosten gesamt pro Jahr	24100	
Sachkosten pro Jahr (Tests, Labor)	ca. 15000	
Gesamtkosten in Euro	39100	

Begründung für Anträge an Stadt und Land

Die Bundesregierung hat sich mit der „Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen BIS 2030“ bedarfsorientiert integriert. Sektorübergreifend „neuen gesundheitlichen Herausforderungen“ gestellt und unterstützt die Ziele der WHO, die bis zum Jahr 2030 die Erreichung folgender Ziele vorsehen:

- ▶ Eine Reduzierung neuer HCV Fälle um 90%.
- ▶ 90% der HCV-Infizierten sollen diagnostiziert werden.
- ▶ 80% sollen behandelt werden.
- ▶ Es soll eine Reduktion von HCV bedingten Todesfällen um 65% erreicht werden.

Die Strategie bildet den Rahmen für die nachhaltige und erfolgreiche Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C sowie anderer sexuell übertragbarer Infektionen. Die Implementierung von Beratungs- und Testprojekten für Drogengebraucher_innen in AIDS- und Drogenhilfen sind ein wesentlicher Baustein für die Zielerreichung⁵.

⁵ <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/publikationen/bis-2030-strategie-zur-eindaemung-von-hiv-hepatitis-b-und-c-und-anderen-sexuell-uebertragbaren-infektionen-730444>

II.A 3 Setting: Betreutes Wohnen

Aktuell sehen wir uns damit konfrontiert, dass Wohnraum insbesondere in den Großstädten immer teurer wird. Dies führt dazu, dass nicht nur Drogengebraucher_innen, sondern auch Familien mit geringem Einkommen, Geringverdiener_innen, Student_innen und viele Rentner_innen sich mit drohendem Verlust von Wohnraum konfrontiert sehen und kaum eine Chance haben neuen Wohnraum zu finden. Die Folgen sind, dass Hilfsangebote für Menschen auf der Straße überlaufen sind und die Zahl der Obdachlosen seit Jahren ansteigt. Vor allem der zunehmende Mangel an Sozialwohnungen (aktuell weniger als 1,5 Millionen) wirkt wie ein Trigger für eine zunehmende Zahl obdachloser Menschen.

Für Drogengebraucher_innen ist die Bewältigung des Wohnungsproblems in der Regel Voraussetzung für die weiteren Hilfen. Die Wohnung als persönlicher und privater Schutzraum ermöglicht erst die Bezugsbetreuung. Der Einzug in den Wohnraum des betreuten Wohnens gibt Klienten ein „Zuhause“ auf Zeit.

Im Betreuungskontext sollte jede_r Klient_in eine_n Bezugsbetreuer_in haben. Die Bezugsbetreuung ist eine persönliche, professionelle Beziehung, die sich im Laufe der Zeit entwickelt. Diese Betreuungsform schafft einen intensiven Kontakt zwischen Klient_in und Bezugsbetreuer_in.

In diesem Zusammenhang können ganz grundsätzliche, aber auch persönliche, evtl. mit Scham besetzte Themen besprochen werden.

Das Gespräch über die Kenntnis des Infektionsstatus sowie bereits erfolgte oder aktuelle antiretrovirale Therapien sollte ein wichtiges Thema zwischen Klient_in und Bezugsbetreuer_in sein. Im Rahmen solcher Gespräche gilt es sich einen Eindruck vom Wissensstand hinsichtlich Maßnahmen der Infektionsprophylaxe zu verschaffen. Darüber hinaus bietet ein intaktes Betreuungsverhältnis eine Möglichkeit über Risiken im Kontext von Drogengebrauch und Sexualität ins Gespräch zu kommen.

Nicht selten sind behandlungsbedürftige HCV-infizierte Klient_innen aufgrund eigener Vorerfahrungen oder aufgrund von Erfahrungsberichten anderer Bewohner_innen überaus zurückhaltend in Bezug auf eine erneute oder erstmalige Behandlung der HCV Infektion mit heute modernen Medikamenten, die sich grundlegend von bis 2015 verordneten Therapien unterscheiden.

Insbesondere das „Betreute Wohnen“ ermöglicht die Durchführung von Informationsveranstaltungen im Rahmen derer, neben einem erfahrenen Mediziner auch Drogengebraucher_innen teilnehmen sollten, die mit den neuen Therapien erfolgreich behandelt wurden. Diese Veranstaltungen sind nicht nur geeignet, um einen Wissenszuwachs zu erwirken, sondern sollten dazu benutzt werden um das Vertrauen der Bewohner_innen in moderne Behandlungsregime zu stärken.

Schadensminderung im Betreuten Wohnen

Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass auch das Betreute Wohnen ein Ort ist, an dem Drogen konsumiert werden und auch risikoreiche Verhaltensweisen an der Tagesordnung sind.

Deshalb sollte im Team diskutiert werden, ob neben verschiedenen Formen der Informationsvermittlung auch Safer Use Trainings durchgeführt werden und Materialien zum risikoreduzierten Drogengebrauch zur Verfügung gestellt werden. Um einen Zugang ohne Hinzuziehung von Betreuer_innen zu ermöglichen kann z.B. im offenen Bereich der Einrichtung im Schrank eine Auswahl von Einwegspritzen, Nadeln, Filtern, Einweglöffeln und weiteren Konsumutensilien bereitgestellt werden. Hierbei sollten

neben Utensilien für den inhalativen und nasalen Konsum auch Kondome und Gleitgel sowie entsprechende Kurzinformationen zur Verfügung gestellt werden. Im Betreuungskontext selbst sollte der Fokus auch auf risikoreduzierte Applikationsformen jenseits von Spritze und Nadel gerichtet werden.

Eine 15 teilige Serie mit Kurzinformationen zu den wichtigsten Safer Use Themen kann über die Deutsche AIDS-Hilfe kostenfrei bezogen werden⁶.

Eine solche Praxis kann im Team durchaus zu kontroversen Diskussionen führen. Einerseits finden sich in vielen Konzepten von Organisationen, die betreute Wohnformen zu ihren Angeboten zählen, Ziele wie die Förderung eines drogenfreien Lebens bzw. das Hinwirken auf die Aufnahme einer Substitutionsbehandlung. Als Betreuer_innen müssen wir uns aber auch darüber bewusst sein, dass das Ziel eines abstinenten Lebens für viele der Bewohner_innen nicht realistisch ist und vielleicht auch nicht erstrebenswert erscheint.

In den Teambesprechungen sollten eine proaktive Auseinandersetzung und ein personenzentrierter individueller Umgang mit diesem Thema angestrebt werden. Jeder Klient wird für sich betrachtet und bewertet. Grundlage ist die aktive Zusammenarbeit zwischen dem Klienten und der Bezugsbetreuung.

Nimmt man das Konzept der Schadensminderung (Harm Reduktion) ernst, so ist ein individueller und praxisnaher Umgang mit dem Thema alternativlos. Seit mehr als 30 Jahren sehen wir, dass das Vorenthalten von Informationen und Konsumutensilien keinesfalls zu einer Reduktion des Drogengebrauchs führt, sondern ein risikoreicherer Umgang die Folge ist.

Wichtig ist, dass das Team zum Thema Drogennotfall und- Prophylaxe geschult ist und Aufmerksamkeit für den Selbstschutz vor Infektionsrisiken durch Nadelstichverletzungen oder anderweitigen Blutkontakt entwickelt. Hierzu gehört auch, dass Mitarbeiter_innen eine Impfung gegen Hepatitis A und B angeboten wird.

Die folgende Checkliste fasst die wesentlichen Maßnahmen, innerhalb der psychosozialen Beratung und Betreuung von Menschen mit chronischer Hepatitis C noch einmal zusammen.

⁶ <https://www.aidshilfe.de/shop/loffel-filter-wasser-konsumutensilien-hepatitis-bc>

Die Reihenfolge der Maßnahmen kann variieren.

SOFORTMASSNAHMEN BEI ALLEN AUFGENOMMENEN KLIENT_INNEN	
Aufklärung / Infektionsvermeidung	
1	Übertragungsrisiken: Re-Infektionsmöglichkeiten, Infektionen Dritter, Koinfektionen (Alltagshygiene, Safer Use, Sexualpraktiken)
2	Erhöhung des Hygiene- / Blutbewusstseins (Schlagwort: „Händewaschen“)
3	Verlauf der Infektion, Risiken bei Nichtbehandlung sowie Test-, Impf- und Behandlungsmöglichkeiten besprechen
4	Testen lassen: Hepatitis A, B und C / HIV (Koinfektionen)
5	Hepatitis A und B Impfung fordern und fördern
FOLGEMASSNAHMEN BEI BETROFFENEN KLIENT_INNEN	
Behandlungsoptionen klären: (in Kooperation mit dem Arzt / keine „Second Opinion“)	
6	Motivation zur Behandlung und Behandlungsoptionen individuell prüfen
7	Auf Meldepflicht des Arztes hinweisen
8	Beratung zur Arztwahl, Dreiergespräche, ggf. Zweitmeinung
9	Diagnose: Genotyp, Fibrosestadium, Relevanz von Koinfektionen, Vorbehandlung (Relapser / Non-Responder)
10	Konsequenzen: Ernährung, Alkohol- und Drogenkonsums, Lebensgewohnheiten, Verbindlichkeit, Partnerschaft, Familienplanung, Umgang mit Freund_innen, Arbeit, Beschäftigung
11	Therapiebeginn: Erfolgsaussichten, günstiger Zeitpunkt, neue Therapieoptionen, Therapiedauer, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Kontraindikationen
	Therapiebegleitung
	Krankheitsbegleitung: Wenn Behandlung nicht erfolgreich war oder (z.Zt.) nicht möglich / erwünscht ist
12	Informationen zu mögl. Therapieverläufen und Nebenwirkungen
13	Therapievorbereitungen: Mitwirkung durch Klient(in), Medikamente (Einnahmeschemata), ggf. Erhöhung des Substituts / Einstellung mit Antidepressiva
	Informationen zum Krankheitsverlauf
	Schadensbegrenzung / -minimierung
14	Absprachen mit Arbeitgeber, JobCenter und Kostenträger
15	Alltagsstruktur anpassen
16	Umgang mit Nebenwirkungen
	Krankheitsbewältigung
17	Regelmäßige Dreiergespräche zur Verlaufskontrolle
18	Compliance bzw. Adhärenz stärken und Durchhaltevermögen fördern
	ggf. Behandlungsmotivation fördern
MASSNAHMEN NACH ERFOLGREICHER THERAPIE	
19	Nachuntersuchungen empfehlen (alle 6 Monate)
20	Re-Infektionsmöglichkeiten thematisieren

B Verhältnisprävention

II.B 1 Setting: Haft

STANDARDS

Für das Setting Gefängnis besitzt das Thema Hepatitis-Prävention und -Behandlung eine herausragende Bedeutung: Die Hepatitis-C-Prävalenz in Haftanstalten ist hoch, knapp 18 % aller Gefangenen haben eine HCV-Infektion (RKI/WIAD 2008). Der Zugang zu anerkannten und wirksamen Infektionsschutzangeboten bleibt Gefangenen verwehrt (z. B. steriles Spritzbesteck, sterile Tätowiernadeln, Desinfektionsmittel).

Die Inhaftierung wurde in mehreren Studien als unabhängiger Risikofaktor für eine Hepatitis-C-Infektion festgestellt (u.a. DRUCK-Studie, RKI, 2016). Angesichts der Tatsache, dass eine große Zahl von Inhaftierten zwischen Haftaufenthalten und dem Leben in Freiheit pendelt und damit auch eine Carrierfunktion zwischen Risikogruppen und Allgemeinbevölkerung einnimmt, muss die Zeit der Inhaftierung für medizinische Untersuchungen, Diagnostik, Aufklärung/Prävention und Behandlung von Infektionskrankheiten genutzt werden.

Welche Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten gibt es in Haftanstalten? Welche Standards müssen erfüllt sein, welche Voraussetzungen sind notwendig, um das Thema Hepatitis C angemessen in die alltägliche Arbeit integrieren zu können? Wie kann eine Verzahnung der Angebote in der Haft mit denen in Freiheit erfolgen?

Die folgenden Standards richten sich an alle, die innerhalb und außerhalb von Haftanstalten mit Gesundheitsfragen und Gesundheitsförderung für Gefangene und Bedienstete beschäftigt sind. Die Standards sollen die Grundlagen bilden für den fachlich adäquaten Umgang mit HCV auf allen Ebenen (Prävention, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung HCV-Infizierter). Die konkrete Umsetzung dieser Standards hängt von den jeweiligen örtlichen Gegebenheiten ab. Diese Standards verstehen sich als Grundlage einer HCV-Strategie (mit eigener Planung und Überprüfung ihrer Umsetzung und Wirksamkeit), die für jede Haftanstalt zu entwickeln ist.

Einige der hier aufgeführten Maßnahmen sind bereits umgesetzt, jedoch nicht flächendeckend, nur als Einzelmaßnahmen, wodurch die Wirksamkeit beschränkt ist und die Bedürfnisse der Zielgruppen häufig nicht angemessen berücksichtigt werden.

Die hier aufgeführten Standards sollen helfen:

- ▶ die Bedürfnisse der Inhaftierten in Bezug auf Prävention, Beratung, Betreuung und Behandlung in den Mittelpunkt zu rücken,
- ▶ die Koordination und Kontinuität der Betreuung und Behandlung von Menschen mit HCV zu verbessern,
- ▶ die Flexibilität bei HCV-spezifischen Angeboten einzufordern, die nötig ist, um den unterschiedlichen Gegebenheiten in den Haftanstalten Rechnung zu tragen. Zudem sollen die Angebote der Anstalt zu Prävention und Gesundheitsförderung unterstützt werden.

STANDARDS FÜR HCV-PRÄVENTIONSMASSNAHMEN FÜR INHAFTIERTE

Gefangene müssen Zugang zu Präventionsangeboten und Informationen im Umgang mit Hepatitis C haben. Eine HCV-Behandlung ist auch im Vollzug anzubieten. Die Ausgabe von sterilen Einwegspritzen/-kanülen und weiteren Konsumutensilien stellt aus fachlicher Sicht das Mittel der Wahl zur Prävention von HCV dar. Wo dies kurzfristig nicht umsetzbar ist, sollten alternative HCV-Prophylaxe-Konzepte erarbeitet werden. Die Vergabe von Desinfektionsmittel und eines entsprechenden Trainings ist ein Mittel zweiter Wahl.

Die kostenlose und vertrauliche Vergabe von Mitteln zur Desinfektion von Spritzen, Kanülen und Tätowiernadeln und Aufklärung über ihre wirksame Anwendung sollte in allen Haftanstalten möglich sein. Haftanstalten sollten sterile Nadeln und Desinfektionsmittel ausgeben, um HCV-Infektionen bei Tätowierungen und anderen Körperkunst-Techniken (z. B. Piercen) vermeiden zu helfen. Aufklärung über die effektive Anwendung ist mit der Ausgabe verbunden.

Das Tätowierverbot, das in den meisten Haftanstalten über die Hausordnung geregelt ist, sollte aufgehoben werden, damit eine Beratung und Behandlung der Gefangenen erleichtert werden kann. Auch die Bestellung von Tätowierzubehör, wie z.B. Farbe, soll ermöglicht werden, um die eigene Herstellung von Farben, die gesundheitsschädigende Folgen haben kann, zu reduzieren. Es ist zu prüfen, ob die Einrichtung eines „Tätowierstudios“ erfolgen kann, wie dies in der Haftanstalt in Luxemburg erfolgreich umgesetzt wird.

Eine in Freiheit begonnene Substitutionsbehandlung sollte, wenn der/die Inhaftierte dies wünscht, in Haft fortgeführt werden. Im Dialog zwischen Arzt/Ärztin und Patient_in sollte die Wahl des Substitutionsmittels und die Dosierung medizinischen und nicht anstaltsspezifischen Gründen folgen.

Wird eine Opioidabhängigkeit in der Aufnahmeuntersuchung diagnostiziert, sollte eine Substitutionsbehandlung in Haft begonnen werden, wenn der/die Inhaftierte dies wünscht.

Auf Drogenfreiheit orientierte Hilfeangebote und Unterstützungskonzepte sollten in jeder Haftanstalt zugänglich und bestenfalls mit Hilfeangeboten in Freiheit verzahnt sein, um eine Kontinuität der Behandlung nach Haftentlassung zu gewährleisten.

Der Zugang zu Nass-Rasiergeräten, Zahnbürsten und Nagelscheren zum ausschließlichen Einzelgebrauch ist sicherzustellen. Gefangene sollten Etiketten erhalten, um diese persönlichen Gegenstände zu kennzeichnen und damit Verwechslungen zu minimieren.

Haftanstalten sollten einen möglichst jederzeitigen, vertraulichen und anonymen Zugang zu Kondomen und Gleitmittel gewährleisten. Dies ist über „Infotheken“, in denen oben Informationsmaterialien und im unteren Fach Kondome und Gleitmittel bereitstehen, einfach und kostengünstig zu realisieren.

Die STIKO (Ständige Impfkommision am Robert Koch-Institut) empfiehlt eine Hepatitis-B-Impfung aller Gefangenen, unabhängig von der Haftdauer. Sinnvoll und häufig auch umgesetzt, ist die Kombinationsimpfung Hepatitis A/B, deren Kosten nur geringfügig höher liegen als der Monokomponentenimpfstoff.

Die Hygienepläne der Anstalt (z. B. für Behandlungs-/Wartezimmer, Krankenstation, Küche, Friseur) sollten die Blut-Übertragungswege identifizieren und die Lebenswelten der Gefangenen berücksichtigen.

Haftanstalten sollten für alle Inhaftierten frei zugängliche Angebote zu vertraulicher HCV-Beratung schaffen. Geschlechts-, migrations-, alters- und bildungsspezifische Aspekte sind dabei zu berücksichtigen.

STANDARDS FÜR HCV-PRÄVENTIONSMASSNAHMEN FÜR BEDIENSTETE

Alle Bediensteten sollten über die relevanten Aspekte von Hepatitis C (Charakter der Krankheit, Infektionswege, Präventionsmaßnahmen und Verhalten bei Nadelstichverletzungen etc.) aufgeklärt werden. Der medizinische Dienst, Aidshilfen und weitere Einrichtungen der Kommunen bieten dafür die Grundlagen und stellen Hintergrundinformationen zur Verfügung.

Die STIKO (Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut) empfiehlt eine Hepatitis-B-Impfung u. a. auch für das Gefängnispersonal.

Weitere Präventions- bzw. Hygienemaßnahmen für Bedienstete sind der Zugang zu

- ▶ Gummihandschuhen und stichfesten Handschuhen,
- ▶ Beatmungstüchern für den Notfall,
- ▶ Desinfektionsmitteln (und eine Unterweisung zum effektiven Einsatz),
- ▶ Spiegeln zur Haftraumkontrolle.

STANDARDS FÜR DIE HCV-TESTS

Gefangenen sollte ein HCV-Test in den ersten Wochen nach der Aufnahme angeboten werden, dies auch unabhängig von den angegebenen Risikofaktoren. Ferner sollte eine Beratung zum Risikomanagement angeboten werden. Jeder Test sollte mit einer Test-Vorbesprechung und einer Beratung nach dem Test verbunden werden. Dies sollte in einer verständlichen und annehmbaren Form geschehen, die kultur- und bildungsspezifische Besonderheiten (z. B. in der Muttersprache, Berücksichtigung von Analphabetismus usw.) bei den Gefangenen berücksichtigt.

Themen der Test-Vorbesprechung sind:

- ▶ Übertragungswege, Risikoabschätzung, Verbreitung von HCV in Haftanstalten, besondere Risiken im Vollzug
- ▶ Charakter und Verlauf der Hepatitis C, HCV-Behandlung im Gefängnis;
- ▶ Risikoreduktion (wie wird das Risiko verringert, sich selbst oder andere zu infizieren);
- ▶ Zugang zu Harm-Reduction-Angeboten in der Haftanstalt;
- ▶ Test-Prozedur, einschließlich der Fragen, wann und wie die Testergebnisse vorliegen und übermittelt werden, der Verlässlichkeit des Tests und des „diagnostischen Fensters“;
- ▶ Bedeutung eines positiven, negativen oder unbestimmten Testergebnisses;
- ▶ Vertraulichkeit und Schutz der Privatsphäre im Gefängnis, einschließlich der Fragen, wer jetzt und in Zukunft Zugang zu den Testergebnissen erhält;
- ▶ Unterstützung bei positivem Testergebnis;

Die Test-Nachberatung gehört zu jeder Übermittlung eines positiven und auch negativen HCV-Testergebnisses. Bei einem negativen Testergebnis sollte auf Prävention und mögliche Folgen der Infektion hingewiesen werden. Wenn das Testergebnis positiv ausfällt, müssen folgende Themen besprochen werden:

- ▶ Bedeutung des positiven Testergebnisses;
- ▶ weitere diagnostische Maßnahmen (PCR, Fibrosegrad etc.)
- ▶ unmittelbare Bedürfnisse und Unterstützungsmöglichkeiten;
- ▶ Zugang zu Harm-Reduction-Angeboten im Gefängnis und bei Ausgang/Urlaub;
- ▶ Risikoverhalten in Bezug auf andere und Umgang damit;
- ▶ Was soll und kann wem erzählt werden (innerhalb der Anstalt und „draußen“)?
- ▶ Verstehen und Bewältigen von Kummer, Angst, Verlust;
- ▶ Verfügbarkeit von Behandlung im Gefängnis und ggf. außerhalb;
- ▶ rechtliche Aspekte im Zusammenhang mit der Meldung der Infektion.

Ein positives Testergebnis sollte möglichst am Vormittag mitgeteilt werden und ein weiterer Termin im Laufe des Tages angeboten werden, um weitere Fragen, die sich nach der Mitteilung ergeben, zu besprechen.

Bei dem/der Hepatitis-C-positiven Gefangenen sollte eine Klärung des allgemeinen Gesundheitszustandes, eine Kontrolle des Krankheitsverlaufs und eine Information über weiterführende Hilfen einschließlich Behandlung erfolgen.

Die Privatsphäre des/der Gefangenen sollte sowohl bei der Entscheidung für einen Test als auch bei der Übermittlung des Testresultats vertraulich behandelt werden. Informationen bezüglich Test und Testergebnis müssen ausschließlich beim medizinischen Personal der Anstalt verbleiben, sollte eine andere Praxis angeordnet sein, ist hierüber zu informieren.

Haftanstalten sollten sich an Infektions-Surveillance-Programmen beteiligen, um die HCV-Prävalenz-/Inzidenz und damit die Infektionsdynamik in Haft bearbeiten zu können. Die Zugangsuntersuchung (in den ersten 48 Stunden) ist häufig ein ungünstiger Zeitpunkt für die Durchführung eines Hepatitis-Tests bzw. das Einholen des Einverständnisses dazu, weil eine entsprechende Test-Vorbesprechung in dieser für die/den Gefangene/n ungewohnten Umgebung oft belastend erlebt wird.

STANDARDS FÜR HCV-AUFKLÄRUNG UND BERATUNG

Gefangene sollten HCV-Aufklärung beim Zugang in die JVA, während ihrer Haftstrafe und in entlassungsvorbereitenden Programmen haben. Alle Gefangenen sollten die Möglichkeit haben, diese Informationen mit qualifiziertem Personal in einer vertraulichen Umgebung zu diskutieren.

Präventionsmaterial sollte alters-, gender-, kultur- und bildungsspezifisch aufbereitet und in mehreren Sprachen verfügbar sein. Interaktive und andere Formen der Wissensvermittlung sollten ebenfalls eingesetzt werden (Computer, Video).

Peer-Education-Programme („von gleich zu gleich“) und Interessen-/Betroffenengruppen sollten in jeder JVA eingerichtet werden. Die Peer-Multiplikator_innen sollten entsprechend geschult und unterstützt werden, damit sie ihr Wissen an ihre Zielgruppe weitergeben und Nachfragen beantworten können.

Externe Mitarbeiter_innen (z.B. Drogen-/Aidshilfen, Gesundheitsämter) sollten in die Prozesse der Aufklärung, der Entwicklung von Präventionsmaßnahmen und der Unterstützung Betroffener einbezogen werden, um einerseits an den Standards mitzuwirken und andererseits nach Haftentlassung bereitzustehen.

STANDARDS FÜR DIE BETREUUNG UND BEHANDLUNG VON HCV-POSITIVEN GEFANGENEN

Gefangenen ist der Zugang zur Behandlung zu eröffnen, sobald ihre Infektion als chronisch eingestuft wird und die restliche Haftdauer mindestens 2-3 Monate beträgt. Eine vor Haftantritt begonnene Therapie ist in der Haft fortzuführen. Eine Inhaftierung ist kein Grund für eine Nichtgewährung einer HCV-Therapie oder für eine Unterbrechung bzw. einen Abbruch. Die Therapieempfehlungen für HCV-positive Menschen (siehe Kapitel I, 3) sind auch in Haft gültig und umzusetzen.

Es sollte geprüft werden, ob die Einrichtung einer Patientengruppe in der JVA möglich und sinnvoll ist. Diese Form der Wissensvermittlung und des Erfahrungsaustauschs hat sich als geeignet erwiesen.

Der Ausschluss HCV-positiver Gefangener von bestimmten Arbeitsbereichen (z. B. Küchenarbeit) ist nicht gerechtfertigt und trägt sowohl zur Verunsicherung von Mitgefangenen als auch zur Stigmatisierung davon Betroffener bei.

HCV-positive Gefangene sollten Möglichkeiten zusätzlicher und besonderer Ernährung erhalten, wenn Folgeschäden der Leber bereits eingetreten sind. Dies sollte so diskret wie möglich organisiert werden, um eine Diskriminierung zu reduzieren und um keinen Neid bei den übrigen Gefangenen zu erzeugen.

CHECKLISTE-SETTING GEFÄNGNIS: KLIENT_INNEN, MITARBEITER_INNEN, EINRICHTUNG

2.1 HCV-Prävention Inhaftierte

HCV-Aufklärung/-Beratung

Frage	ja	nein	
a) alle Inhaftierten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> im Einzelfall
b) bestimmte Zielgruppen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> im Einzelfall
Welche?			
durch wen?			
Wann?			
In Aufklärungsveranstaltungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wann?			
In ärztlicher Sprechstunde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wann? Wie oft?			
Wie (verwendete Medien, Curriculum usw.)?			
Hintergrundmaterialien verteilt bzw. zugänglich gemacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Welche?			
Mehrsprachig?			
Auffrischung der Aufklärung zu weiteren Zeitpunkten der Inhaftierung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Rhythmus:			
Termin:			
c) Vertraulichkeit (im Rahmen von Beratung, Test) gewährleistet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Verbesserung (Abläufe?)			
Selbsthilfe-Programme, Peer-Education zu HCV?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> geplant
Welche?			
Unterstützung durch externe Organisationen gegeben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> geplant
Welche?			
Kooperation mit externen Mitarbeiter_innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> geplant
Projekte:			
Mitarbeiter_innen:			
Nach Haftentlassung Betreuung/Kontakt vermittelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Durch wen?			

HCV-Prophylaxe

Frage	ja	nein	
a) Vergabe von Desinfektionsmitteln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Welche?			
Wo?			
Wann?			
Anleitungen für sicheren Umgang gegeben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
b) neue Nass-Rasiergeräte verfügbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wo?			
c) neue Zahnbürsten verfügbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wo?			
d) neue Nagelscheren verfügbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wo?			
e) Kondome verfügbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wo?			
f) Gleitmittel verfügbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wo?			
Zugang (a-f) jeweils ausreichend?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Verbesserung wie?			
Wo?			
g) Impfangebote	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Impfangebote unterbreitet?			
Impfung Hep A	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Impfung Hep B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wem?			
Wann?			
Verbesserung des Impfangebots?			
h) Substitutionsbehandlung angeboten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Erhaltungsbehandlung			
Bei Erstindikation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Entlassungsmanagement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Behandlungsangebot begrenzt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Anzahl Plätze:			
i) Vergabe steriler Einwegspritzen und Konsumutensilien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> geplant/ diskutiert
Was wird für die Einführung des Angebots benötigt?			

2.2 HCV-Prävention Bedienstete

Frage	ja	nein	
a) HCV-Aufklärung/Beratung der Bediensteten erfolgt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> geplant
Wann?			
Schulung zum Verhalten bei Nadelstichverletzungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> geplant
Wann?			
Auffrischung in regelmäßigen Abständen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> geplant
Wann?			
Rhythmus?			
Durch medizinischen Dienst der Anstalt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> geplant
Termin:			
Durch externe Einrichtungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> geplant
Termin:			
Welche?			
Wie?			
Materialien zu HCV verteilt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Welche?			
Verbesserung:			
b) Impfung			
Impfangebot Hepatitis A und B unterbreitet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> geplant
Termin:			
c) HIV Postexpositionsprophylaxe-Angebot (PEP) vorhanden/schnell verfügbar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

2.3 Hygiene

Frage	ja	nein	
a) Gummihandschuhe verfügbar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> geplant
b) Beatmungstücher verfügbar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> geplant
c) Desinfektionsmittel verfügbar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> geplant
Welche:			
Unterweisung zum effektiven Einsatz erfolgt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> geplant
Verbesserung a-c?			
d) Hygienepläne lt. Infektionsschutzgesetz vorhanden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Für welche Bereiche?			
Arbeitsplatzbedingungen lt. Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG)/ arbeitsmedizinischen Anforderungen erfüllt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Blut-Übertragungswege in Desinfektionsplänen ausreichend berücksichtigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Spiegel zur Haftraumkontrolle vorhanden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> geplant
Stichfeste Handschuhe für die Haftraumkontrolle vorhanden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> geplant

2.4 HCV-Tests Inhaftierte

Frage	ja	nein	
Hepatitis-Serologie angeboten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	O auf Nachfrage
Schulung zum Verhalten bei Nadelstichverletzungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	O auf Nachfrage
Im Rahmen der Zugangsuntersuchung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	O später
Wann?			
Zustimmung der Patient_innen wie eingeholt?			<input type="radio"/> mündlich <input type="radio"/> schriftlich
Vertraulichkeit gewährleistet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Verbesserungsbedarf?			
Test-Beratung vorab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	O geplant
Wie?			
Durch wen?			
Test-Nachbesprechung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	O geplant
Wie?			
Durch wen?			
Bei negativem Ergebnis: Welche Hinweise/Materialien?			
Bei positivem Ergebnis: Welche Maßnahmen/Materialien?			
Klärung des allgemeinen Gesundheitszustandes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Kontrolle des Krankheitsverlaufs?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Information über weiterführende Hilfen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Unterstützung durch Externe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Unterstützung bei Haftentlassung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wie?			
Beteiligung der Anstalt an HCV-(Infektions)-Surveillance-Programmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	O geplant

2.5 Betreuung und Behandlung von Inhaftierten mit HCV

Frage	ja	nein	
HCV-Behandlungsangebot vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> geplant
Kooperation mit externen Partner_innen (Schwerpunktpraxis/Praxis) organisiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> geplant
Welche:			
Beratung HCV-positiver Gefangener über Behandlungsangebot/-modalitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Durch wen?			
Auf Anfrage oder routinemäßig?			
Psycho-soziale Unterstützung organisiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Durch wen?			
Bei Haftentlassung sind folgende Maßnahmen mit Zustimmung des Patienten/der Patientin getroffen:			
Kontakt zu Hausarzt/-ärztin oder Schwerpunktpraxis in der Wohnregion des/der Gefangenen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Unterstützung in den Bereichen Sozialhilfe, Arbeit/Schule, Recht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Arbeitsangebote für HCV-Positive eingeschränkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Für welche Bereiche?			
Besondere Ernährung möglich?			