

herzenslust!

Beratung und Test

**BuT - ein Konzept zur HIV-Prävention in der
Vor-Ort-Arbeit für Männer, die Sex mit Männern
haben (Stand: 23. Januar 2009)**



**Deutschland
Land der Ideen**



Ausgewählter Ort 2009

Inhalt:

Einführung und Projektüberblick	3
Institutionelle Rahmenbedingungen	4
Zielgruppen und Ziele	8
Methodik	10
Beispiele aus anderen Regionen	16
San Francisco	16
Amsterdam	16
München	17
Berlin	18
Kopenhagen	18
Diskussion	20
Anhang	30
BuT beim Bundeswettbewerb Aidsprävention	30
Qualitätssicherung bei der Einführung von HIV-Schnelltesten.....	32
Literatur.....	38
Endnoten	40

Das Projekt „Beratung und Test“ [BuT] wird unterstützt durch:



Wichtiger Hinweis:

Dieses Konzept ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte liegen bei der AIDS-Hilfe NRW e.V. Dieses Konzept ist nur zur Verwendung im Steuerungskreis zu „Beratung und Test [BuT]“ vorgesehen. Eine weiterführende Verwendung oder Verbreitung der Unterlagen ist untersagt.

Für die Berücksichtigung von Urheberrechten ist der jeweilige Benutzer des vorliegenden Readers in jeder Hinsicht selbst verantwortlich.

Einführung und Projektüberblick

Die Zahl der HIV- Neudiagnosen steigt in Deutschland seit Jahren kontinuierlich an und hat im Jahr 2007 einen neuen Höchststand erreicht. Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass bis zu 50% der HIV- Neuinfektionen von selbst „frisch infizierten“ übertragen werden.

Die Vermutung liegt nahe, dass häufig vermeintliche Risikoreduzierungsstrategien angewandt werden ohne das nötige Wissen um die Details und tatsächlichen Risiken. Um dem Trend von ansteigenden Neuinfektionen entgegenzuwirken, empfiehlt die aktuelle Präventionsforschung neue Herangehensweisen und Konzepte. Dazu zählt sie auch neue Arbeitsansätze im Bereich von Beratung und Test für Männer, die Sex mit Männern (MSM) haben.

Das Landeskonzept Beratung und Test [BuT] soll u.a. genau in der Zielgruppe greifen, in der die meisten Übertragungen von HIV und anderen Geschlechtskrankheiten stattfinden, nämlich im Bereich sexueller Netzwerke schwuler Männer.

In Kooperation verschiedener Träger der Aidshilfe, der Positivselbsthilfe, der Selbstorganisation schwuler Männer und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) soll ein gemeinsames Projekt „Beratung und Test“ dazu beitragen,

- die Aufmerksamkeit für HIV und andere sexuell übertragbare Krankheiten in den besonders vulnerablen MSM-Gruppen zu wahren bzw. zu erhöhen,
- eine noch szenenahere Aufklärung und Wissensvermittlung zu Safer Sex, Risikoreduzierung, Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten zu gewährleisten,
- den Zugang zu Beratungs- und Testangeboten zu erleichtern,
- die psychologische bzw. psychosoziale Situation Betroffener bei positiver Diagnose zu verbessern,
- ehrenamtliches Engagement zu fördern und qualifizierte Einsatzmöglichkeiten für ehrenamtliche Mitarbeiter zu bieten
- und insgesamt das Bewusstsein für die eigene Gesundheit bei MSM zu stärken und die Zahl der Neuinfektionen mit HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten zu vermindern.

Um dies landesweit anzuregen bzw. regional zu ermöglichen, ist eine Kooperation und Vernetzung zahlreicher Akteure notwendig: Aidshilfen, regionale Gruppen der schwulen Gesundheitsförderung und Prävention, Selbsthilfe-Gruppen, Schwerpunktpraxen, Ambulanzen und lokale Gesundheitsämter sind wichtige Partner der Prävention. Deren Fachlichkeit, Alltagswissen, persönliche Betroffenheit und bereits bestehende Netzwerkarbeit sind entscheidend für die Verwirklichung des Projektes. Die Beteiligten an „Beratung und Test“ benötigen Raum für Reflexion, Austausch und eine fachlich-organisatorische Koordination, welche durch die AIDS-Hilfe NRW angeboten wird.

Institutionelle Rahmenbedingungen

Bei einer Betrachtung der Bundesebene rückt vor allem der „Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung“¹ in den Fokus. Hier finden sich konkrete Anknüpfungspunkte für das BuT-Konzept im Bereich der HIV-Testung. Die Forderungen des Aktionsplans decken sich mit dem BuT-Konzept hinsichtlich des Bestrebens, eine Angebotsstruktur für HIV-Tests zu schaffen, die folgenden Kriterien gerecht wird:

- Flächendeckendes Angebot als Ziel
- Zielgruppenorientierung
- Anonymer Zugang
- Kostenloses Angebot

BuT fokussiert dabei auf die besondere Zielgruppe MSM und u.a. auf die Verwendung des sog. HIV-Schnelltests in bestimmten qualifizierten Beratungssettings. BuT positioniert sich damit gleichfalls gegen einen ohne Beratung durchgeführten Heimtest mit allen Problemen von Test-Durchführung, Interpretation und Nachberatung. So berichtet das RKI von einer Studie aus Singapur, durch die aufgezeigt werden konnte, dass es bei der Anwendung von Heimtests durch Laien in 85% der Fälle zu relevanten Fehlern kam (s. S. 32).

Eine fachliche Verortung des Konzepts BuT lässt sich auch auf NRW-Ebene vornehmen. So formuliert die Landesgesundheitskonferenz in den „Gesundheitszielen NRW 2005 – 2010“² Forderungen, die durch das Konzept abgedeckt werden können. Hierzu gehören:

- Ausbau der Primär- und Sekundärprävention (Strukturziel 1)
- Schaffung von bürgernahen (und damit niedrighschwelligen(!)) Angeboten, die die individuellen Kompetenzen stärken (Strukturziel 2): Anonymität, Kostenfreiheit und aufsuchende Arbeit bei den Zielgruppen gewährleisten die Niedrighschwelligkeit. Das Beratungsangebot steht für eine Entwicklung von Selbstkompetenzen im Bereich der Gesundheitsförderung.
- Gesundheitsberichterstattung ausbauen (Strukturziel 4): Da im Rahmen der Risikoanamnese innerhalb von BuT eine Befragung der Nutzer zu ihrem Sexualverhalten stattfindet, bedeutet dies die Gewinnung von grundlegenden Daten u.a. zur Weiterentwicklung der Präventionsarbeit in NRW.

In NRW hat das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD) (als Vorgängerin des heutigen LIGA)³ Stellung zum Angebot von Schnelltests genommen.

So soll ein Schnell-Testangebot folgende Kriterien erfüllen, die auch in der Konzeption von BuT berücksichtigt sind:

- Die Zielgruppe muss eine hohe HIV-Prävalenz aufweisen. Schließlich verfügen die Schnelltests im Vergleich zu herkömmlichen Elisa-Tests über eine vergleichsweise geringere Spezifität. Daraus folgt, dass erst bei einer Zielgruppe mit einer hohen HIV-Prävalenz eine ausreichend geringe Anzahl von falsch-positiven Test-Ergebnissen erwartet werden kann.
- Eine weitere Verbesserung der Quote der abgeholten Testergebnisse soll erreicht werden.

Die Grundlagen zum BuT-Konzept wurden am 15.11.2007 durch die AIDS-Hilfe NRW im Rahmen der Landeskommision AIDS vorgestellt und zur Diskussion gestellt. Am 21. 10.2008 erfolgte ein Zwischenbericht ebenfalls in der Landeskommision AIDS.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Relevant für das BuT-Projekt sind im engeren Sinne das Infektionsschutzgesetz (IfSG) und das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG NRW). Ergänzend muss die Berufsordnung der Ärztekammern in Nordrhein und Westfalen-Lippe hinzugezogen werden. Die verschiedenen Normen setzen bei der Zusammenarbeit mit Ärzten und dem ÖGD an.

Nach aktueller Rechtslage ist davon auszugehen, dass der Einsatz von Ärzten im Projekt notwendig ist. Zu den höchstpersönlichen und nicht-delegierbaren Leistungen des Arztes gehört das Stellen einer Diagnose. Im Allgemeinen wird auch die Interpretation eines Schnelltest-Kits als Teil einer Diagnose betrachtet.⁴ Desweiteren ist der Einsatz von Ärzten inhaltlich sinnvoll, wenn es um einen Bestätigungstest oder um die Einleitung einer PEP geht. Ebenso ist die Anschlussfähigkeit des Konzepts hinsichtlich STI-Checks gewährleistet.

Möglich ist der Einsatz von eigenen Ärzten des ÖGDs für die aufsuchende Arbeit (§ 4 ÖGDG NRW), in deren Rahmen anonyme HIV-Tests (§ 15 ÖGDG NRW) angeboten werden. Des Weiteren können niedergelassene Ärzte durch den ÖGD (gegen Honorar) beauftragt werden (§ 4 ÖGDG). Allerdings ist hier das Einverständnis der jeweiligen Ärztekammer einzuholen, um eine Genehmigung für die Aufnahme dieser Tätigkeit (§ 17.5 Berufsordnung der Ärztekammer in Nordrhein bzw. Westfalen Lippe) zu erhalten.

Von einer rein rechtlichen Perspektive ausgehend, könnten auch niedergelassene Ärzte ohne gesonderte vertragliche Absprachen mit dem ÖGD in dem Projekt BuT eingesetzt werden. Die Berufsordnung der Ärztekammern ermöglicht hier Ausnahmegenehmigungen (nach § 17.3) für Einsätze außerhalb der eigenen Praxis. Aufgrund der hohen Dialogorientierung des BuT-Konzepts besteht ein großes Interesse mit dem ÖGD zu kooperieren.

Wissenschaftliche Rahmenbedingungen

Eine naheliegende Voraussetzung für den Erhalt der eigenen Gesundheit bilden Kenntnisse zur HIV und STI-Übertragung, zur Bedeutung und Aussagekraft eines HIV-Tests sowie die Kenntnis des eigenen Serostatus. Hinzu kommen Kompetenzen im Umgang mit diesen Informationen, wie sie sich in der Entwicklung und Umsetzung von individuellen Schutz- und Risikoreduktionsstrategien ausdrücken. Die Vermittlung dieser Informationen und Kompetenzen sind essentieller Teil des BuT-Konzeptes.

Risikoreduktionsstrategien haben dabei für MSM eine große Bedeutung, wie die KABaSTI-Studie darstellt. Aus ihr geht hervor, dass 46 % der Teilnehmer dazu bereit sind, Serosorting als Methode einzusetzen.⁵ Bevorzugt eingesetzt wird Serosorting (gegenüber „safer sex“) vor allem in folgenden Zusammenhängen:⁶

- Innerhalb fester Partnerschaften.
- Außerhalb bestimmter Lokalitäten, in denen Begegnungen als riskant eingeschätzt werden.
- Unter Berücksichtigung der Optik des Partners – ohne weitere Kommunikation über den Serostatus. Die Anwendung dieser Vorgehensweise steigt in verschiedenen MSM-Gruppen sogar auf bis zu 42 % an – z.B. bei MSM mit mehr als 5 Episoden ungeschützten Analverkehrs und min. einer STI im Jahr vor dem Befragungszeitpunkt.

Weitere Risiko-Minimierungsstrategien liegen in der Konzentration auf monogame Beziehungen⁷, Reduktion der Sexualpartner⁸, im Seropositioning⁹ oder in der Anwendung des Coitus Interruptus¹⁰.

Deutlich wird aber auch, dass sich „safer sex“ und Risikoreduktion als Verhaltensstrategie nicht gegenseitig ausschließen. Vielmehr ist zu erwarten, dass von Fall zu Fall entschieden wird, welche Strategie zur Anwendung kommt. Schließlich geben eine große Anzahl von MSM an, im Prinzip „safer sex“ zu praktizieren.¹¹

Diese große Bedeutung, die Risikoreduktionsstrategien erfahren, muss in entsprechender Weise thematisiert werden, um Erfolg und Nachhaltigkeit der HIV-Prävention gewährleisten zu können. BuT ist aufgrund seiner Konzeption in der Lage, einen entsprechenden Raum für Gespräche über Risikoreduktionsstrategien zu bieten.

Weitere Argumente für das Projekt BuT sind die aktuelle Angebotslage für HIV-Tests, die für Bereiche der MSM-Gruppe als nicht ausreichend gewertet werden kann: Im „Vor-Ort-Befragungs-Arm“ der KABaSTI-Studie gaben 17 % der Teilnehmer an, noch nie einen HIV-Test wahrgenommen zu haben.. Im „Internet-Befragungs-Arm“ waren es sogar 30 %. Diesem messen die Autoren eine höhere Repräsentativität bei, da hier auch MSM erreicht werden konnten, die keinen Kontakt zur schwulen Szene vor Ort haben.¹²

Die Qualität der Beratung im Umfeld des HIV-Tests ist teilweise zu hinterfragen: Nur 25% der MSM geben an, über die Gesundheitsämter Zugang zum HIV-Test erhalten zu haben, wo ihnen eine qualifizierte Beratung angeboten wird. Bei den anderen 75 % der befragten MSM ist es fraglich, ob der Test in einem Setting stattgefunden hat, das die qualitativ hohen Ansprüchen der AIDS-Beratungsstellen der Gesundheitsämter abzubilden vermag.¹³

Insgesamt ist auch die Kenntnis des aktuellen, individuellen Serostatus von Belang für die Ausbreitung der HIV-Epidemie: 33 % (Schweiz)¹⁴ bis 49% (Kanada)¹⁵ der HIV-Neuinfektionen werden von Menschen mit einer frischen HIV-Infektion übertragen. Gleichzeitig weiß z.B. ein erheblicher Teil der Menschen mit frischer HIV-Infektion nichts von seinem Serostatus (z.B. knapp ein Drittel in Kanada)¹⁶. Für Deutschland führt

vermutlich eine ähnliche Situation dazu, dass 5.000 – 10.000 Menschen nichts von ihrer HIV-Infektion wissen¹⁷. Diese fehlenden Informationen über den eigenen Serostatus verhindern ggf. eine Reflektion im Umgang mit der Verantwortlichkeit gegenüber sich und anderen. Dies führt z.B. in Deutschland dazu, dass ca. 35 % der an Aids verstorbenen MSM lediglich deswegen verstorben sind, weil die Infektion nicht rechtzeitig erkannt und therapiert wurde.¹⁸

Zielgruppen und Ziele

Das Angebot von BuT richtet sich vor allem an zwei (bzw. drei) Zielgruppen, die sich sehr unterschiedlich darstellen. Es handelt sich zum einen um MSM mit einem hohen Risikoprofil, die in tendenziell geschlossenen (Sub-)Szenen verkehren, und zum anderen um MSM mit einem unterdurchschnittlichen sozialen Status. Nachrangig wird auch die Gruppe der MSM im Allgemeinen als Zielgruppe berücksichtigt. Gemeinsam ist den erstgenannten Gruppen, dass die aktuellen Angebote zu „Beratung und Test“ (s. S. 8) offensichtlich noch nicht den gruppeneigenen Bedürfnissen entsprechen. Mit der im Landeskonzept BuT vorgesehenen Niedrigschwelligkeit soll eine Antwort auf diese Bedürfnisse gefunden werden. Die Niedrigschwelligkeit umfasst die Aspekte von aufsuchender Vor-Ort-Arbeit, Anonymität, Kostenfreiheit und Lebensweltakzeptanz.

Die Zielgruppe der MSM mit einem hohen Infektionsrisiko, die in tendenziell geschlossenen „(Sub-)Szenen“ verkehren, lässt sich detailliert charakterisieren. Ihre Zuordnung als Gruppe mit einem hohen Infektionsrisiko erfahren sie in der KABAStI-Studie: „Teilnehmer mit mehr als 10 Sexpartnern, die häufig oder immer Sexpartys, Lederclubs oder das Internet nutzen, um Sexpartner zu finden und außerdem UAV [ungeschützter Analverkehr, Anmerkung] in den zwölf Monaten vor der Befragung angeben, bilden den Kern des sexuellen Netzwerks, da hier sexuell übertragbare Erreger in hoher Rate ausgetauscht werden können. Dies ist somit die Gruppe mit dem höchsten Risiko für eine STI- oder HIV-Transmission.“¹⁹ Die Begrifflichkeit des sexuellen Netzwerks folgt der Definition sozialer Netzwerkanalyse. Ein Netzwerk grenzt sich nach außen durch eine abfallende Kontaktdichte ab.²⁰ Die Mitglieder des Netzwerks sind damit nicht notwendigerweise so organisiert, dass jeder jeden kennt. Mehrere Netzwerkmitglieder können auch nur mittelbar miteinander verbunden sein. Plastisch darstellbar wird dies z.B. an Online-Portalen, in denen sich bestimmte Suchraster anlegen lassen. In diesem Sinne ließe sich eine Gruppe von Männern, die Kontakte mit Männern aus einer bestimmten Region („Düsseldorf“) in einem bestimmten Alter („35 – 45“) und mit einem bestimmten Fetisch („Leder“) sucht, als ein soziales Netzwerk mit erhöhter Kontaktdichte darstellen. In dieser Kontaktdichte und der Abgrenzung nach außen liegt es begründet, warum sich einmal eingedrungene Erreger dort einfacher ausbreiten können.²¹ Für BuT bedeuten diese Aussagen einerseits, dass die Kommunikation des Projekts den Sprachformen und Symbolen der Zielgruppe entsprechen muss. Auf der anderen Seite jedoch ist über die genannten Sex-, Fetischclubs und (organisierten) Sexpartys ein Zugang zu dieser Gruppe möglich, über die das Angebot von BuT etabliert werden kann.

Auf die zweite Zielgruppe geht die KABAStI-Studie nur am Rande ein, allerdings enthält sie einen Hinweis auf die Nachfrage von HIV-Test-Angeboten in Abhängigkeit von Bildung – die als ein Aspekt sozialen Status verstanden wird. In diesem Zusammenhang konnte nachgewiesen werden, dass ein aufsuchendes Untersuchungsangebot („z.B. Sprechstunde des Gesundheitsamts in der Sauna / Bar / Disco“²²) vor allem für MSM mit geringerer Bildung interessant ist.²³ Im Rahmen eines aufsuchenden Vor-Ort-Angebots scheint vor allem der Fetischszene eine große Bedeutung zuzukommen, da hier auch diese zweite Hauptzielgruppe vertreten ist, wie Bochow et al. exemplarisch darstellen: „Der häufige Besuch von Lederlokalen scheint jedoch nicht von der Schichtzugehörigkeit abhängig zu sein. [...] Die Lederszene indes bietet einen sozialen Raum, in dem Kontakte unabhängig von schichtspezifischen Normen geknüpft werden können; die Fetischfunktion des Leders oder anderer Accessoires dieser Szene sind offenkundig schichtübergreifend.“²⁴ Es ist anzunehmen, dass diese brückenbildende Funktion

Fetischen auch verallgemeinert zugeschrieben werden kann. Weitere Orte, die MSM aus der Unterschicht besuchen, stellen schwule Saunen, Pornokinos oder Cruising-Areas dar, da dort „verbale Kommunikation und Umgangsformen eine untergeordnete Rolle [spielen, Anmerkung] An diesen Orten ist es auch nicht nötig, sich mit subkulturellen Normen zu identifizieren oder sich als schwul zu definieren.“²⁵

Weiter weisen Bochow et al. darauf hin, dass MSM aus der „Unterschicht“ häufiger Risikokontakte haben²⁶, über weniger Wissen zu HIV / Aids verfügen²⁷ und dem folgend häufiger HIV-positiv getestet werden.²⁸ Bestätigt wird dies durch eine aktuelle Befragung von Bochow et al., in der die erwähnten schichtspezifischen Unterschiede in der Betroffenheit von HIV und Aids noch einmal nachgewiesen werden können.²⁹ Versehen ist dies mit dem Hinweis: „Für die Präventionsarbeit der AIDS-Hilfen bedeutet dies, dass nach wie vor ein besonderes Augenmerk auf sozial benachteiligte schwule Männer zu richten ist.“³⁰

Insgesamt ist aber auch eine Offenheit des Konzepts für MSM im Allgemeinen als dritte übergreifende Zielgruppe sinnvoll. Gerade die KABA/STI-Studie konnte zeigen, dass die Angst vor einem positiven Testergebnis für eine Gruppe von ca. 15 % der MSM (dauerhaft) gegen einen HIV-Test spricht.³¹ (Über weitere gemeinsame Merkmale scheint diese Gruppe primär nicht zu verfügen.) Doch eine verbesserte psychosoziale Unterstützung durch „Buddys“, wie sie im Konzept vorgesehen sind, bildet ein interessantes Argument (bei entsprechender Kommunikation), um das Angebot eines HIV-Tests leichter wahrnehmen zu können.

Zusammenfassend sind für alle drei Gruppen positive Veränderungen zu erwarten: Die Beratungskomponente innerhalb des Projekts ermöglicht es ihnen, optimierte Risikoreduktionsstrategien hinsichtlich HIV und STIs sowie einen angemessenen Umgang mit dem HIV-Test zu entwickeln. Die Testkomponente leistet einen wesentlichen Beitrag zu einer umfassenden Informationsgrundlage, auf welcher die Teilnehmer Verhaltensstrategien entwickeln können. Im Fall eines positiven Testergebnisses bezieht sich das z.B. auf einen rechtzeitigen Zugang zu HAART und dient damit dem langfristigen Erhalt der eigenen Gesundheit.

Die Inanspruchnahme weiterer medizinischer Angebote bedeutet in der Regel jedoch die Aufgabe der Anonymität, die für das abgegrenzte BuT-Angebot gilt. Diese Aufgabe der Anonymität hat weitreichende rechtliche Folgen z.B. beim Abschluss verschiedener Versicherungen oder als Tatbestand der Körperverletzung – bei ungeschütztem Sex ohne Information des Partners über den Serostatus. Es ist Aufgabe des Buddys, bei einem reaktiven Testergebnis den Ratsuchenden auch im Umgang mit daraus resultierenden Fragen zu begleiten (vgl. S. 14).

Methodik

Unter dem „Dach“ der Gesamtkonzeption von BuT finden sich mehrere Methodenmodule, aus denen sich auch die notwendigen Kompetenzen der (ehrenamtlichen / hauptamtlichen) Mitarbeiter ableiten lassen. Dabei handelt es sich um „Voluntary Counselling and Testing“, Lotsensysteme / Aidshilfe-Betreuerarbeit und Forschungsmethoden aus dem Public Health-Bereich. Diese Methoden wurden so modifiziert, dass sie innerhalb der Gesamtkonzeption zielführend eingesetzt werden können.

Die Wertebasis sowohl für den Einsatz einzelner Methoden als auch für die Zusammenstellung zu einem Gesamtkonzept findet sich im Empowerment-Ansatz wieder. Allem voran steht dabei die Hinwendung zu einer ressourcenorientierten Perspektive (und die Abkehr von der Defizitorientierung). Alle Mitarbeiter begegnen den Teilnehmern deswegen nicht als Klienten sondern auf gleicher Augenhöhe mit ständiger Achtung der Autonomie und Selbstverantwortung. Unabhängig von der individuellen Situation und den möglicherweise daraus resultierenden Belastungen hat jeder Teilnehmer ein unveräußerliches Partizipations- und Wahlrecht im Hinblick auf die Gestaltung seines Lebensalltags. Der Mitarbeiter ist kompetenter und empathischer Begleiter bei Prozessen der Selbstaktualisierung und des personalen Wachstums.³²

Der Gesamtrahmen und damit auch die Inhalte beziehen sich im Kern auf die Methode **„Voluntary Counselling and Testing“ (VCT)** von UNAIDS. Da hierbei der Fokus auf Entwicklungsländern liegt, wurde der Ansatz vor allem in der Modifikation des schweizerischen Bundesamts für Gesundheit (BAG)³³ berücksichtigt, der für eine erfolgreiche Implementation der Methode in west-europäischen Strukturen steht.

Die strukturellen Rahmenbedingungen, die sich als Mindeststandards verstehen, stellen sich so dar:

- Teilnehmer (bzw. „Klienten / Klientenbeziehung“ im Original)
 - Das BAG empfiehlt den Test nur für Personengruppen mit mittlerer und hohem Infektionsrisiko einzusetzen. Dies folgt der oben erwähnten niedrigeren Spezifität von HIV-Schnelltests und der daraus resultierenden erwartbaren Zahl falsch-positiver Ergebnisse.
 - Sofern ein Kostenbeitrag von den Teilnehmern erwartet wird, muss dieser in einer Höhe sein, dass das VCT-Angebot nicht deswegen unattraktiv wird. Darüber hinaus ist der Kostenbeitrag für Personen in prekären wirtschaftlichen Situationen weiter zu reduzieren.
 - Der HIV-Test wird nur auf freiwilliger Basis aufgrund eines informierten Einverständnisses („Informed Consent“) angeboten. In diesem Zusammenhang ist noch zu klären, ob ein HIV-Test auch in der Zeit des diagnostischen Fensters nach dem Risikokontakt mit der Empfehlung eines Wiederholungstests angeboten werden kann (UNAIDS)³⁴ oder grundsätzlich verweigert werden muss (BAG)³⁵.
- Setting
 - Während das BAG zunächst nur fordert, dass die VCT-Stellen für das Zielpublikum leicht zugänglich sein müssen – hinsichtlich Öffnungszeiten, verkehrstechnischer Erreichbarkeit und diskretem Zugang, führt UNAIDS explizit z.B. das Umfeld von „Nachtclubs“ auf.³⁶
 - Die Räumlichkeiten, in denen der Test angeboten wird, entsprechen angemessenen hygienischen Standards und ermöglichen den sicheren Umgang mit infektiösem Material (sowie dessen Entsorgung). Insbesondere für eine

jüngere Zielgruppe führt UNAIDS auf, dass die Räumlichkeiten ergänzend so ausgestaltet sind, dass sie nicht abschreckend wirken.³⁷

- Mitarbeiter
 - Die Aspekte von Anonymität, Schweigepflicht und Datenschutz werden berücksichtigt.
 - Gegenüber den Teilnehmern sind die Mitarbeiter in der Lage, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und ihnen offen, vorurteilsfrei und respektvoll zu begegnen.
 - Die (ehrenamtlichen / hauptamtlichen) Mitarbeiter gewährleisten eine hohe professionelle Kompetenz – in der Beratung zum Risikoverhalten, zu Testentscheidung und Test sowie zu Bewältigungsstrategien. Die medizinischen Mitarbeiter verfügen über professionelle Kompetenzen in der Test-Durchführung, im Umgang mit infektiösem Material und in der HIV-Therapie / PEP. Alle Mitarbeiter sind darüber hinaus in der Lage, in interdisziplinären Teams zusammenzuarbeiten.
 - Die VCT-Anbieter sind gut vernetzt mit medizinischen, sozialen und anderen Einrichtungen, die für die Gesundheit der Teilnehmer wichtig sind. Dies sind die Ansatzpunkte für ein entsprechendes Case-Management.
- Qualität
 - Die VCT-Anbieter wenden ein Konzept zur kontinuierlichen Qualitätsentwicklung an, das u.a. Fehlermanagement, Fortbildung und Supervision beinhaltet.

Auf diesen Strukturen baut eine mehrstufige Ablauforganisation auf:³⁸

1. Der Prozess beginnt mit der Begrüßung des Teilnehmers, Erklären des Ablaufs und dem Aushändigen eines Fragebogens, der zur Erhebung des Schutzverhaltens als Grundlage für das Beratungsgespräch dient.
Der Teilnehmer wird stets persönlich zu Beratung und Test begleitet sowie in der Wartezeit betreut.
2. Begonnen wird mit einer Risikoanamnese, welche die Entscheidung zum Ziel hat, ob für den Teilnehmer ein Beratungsgespräch angemessen ist, oder ob er direkt an den begleitenden Arzt zu vermitteln ist. Der Teilnehmer ist immer dann direkt an den Arzt zu verweisen, wenn Symptome einer Primärinfektion (wie Unwohlsein, Fieber, Müdigkeit, Hautausschlag, etc.) vorhanden sind, oder wenn der Risikokontakt innerhalb von drei Tagen vor dem Beratungsgespräch stattgefunden hat. In beiden Situationen wird kein Schnelltest angeboten.
3. In der Vorberatung wird über Rahmen (Anonymität, Freiwilligkeit) und Ablauf des Schnelltests informiert. Es wird ein Dialog über das individuelle Risiko- und Schutzverhalten sowie über Strategien zur Risikoreduktion angeboten. In diesem Zusammenhang können auch Wissenslücken zu HIV und anderen STIs gefüllt werden.
4. Der HIV-Schnelltest wird durch den Arzt durchgeführt und interpretiert. Die Ergebnismitteilung kann jedoch auch durch einen Berater erfolgen.
5. Die Nachberatung umfasst bei negativem Test-Ergebnis ein Gespräch zu den Themen Interpretation und Bedeutung des HIV-Tests sowie benötigten Ressourcen und Anwendung von Strategien zur Risikoreduktion.
6. Bei einem reaktiven Schnell-Test-Ergebnis ist der psychische Zustand des Teilnehmers zu ermitteln und ihm eine angemessene Unterstützung anzubieten. Darüber hinaus wird dem Teilnehmer ein (Labor-) Bestätigungstest empfohlen; dieser wird auch durch den Arzt vorgenommen. Es erfolgt auch eine Terminvereinbarung zur Übergabe des Resultats aus dem Bestätigungstest. Das Ergebnis wird dem Teilnehmer durch den Arzt (z.B. im Gesundheitsamt oder in einer Schwerpunktpraxis)

mitgeteilt. Bei einem positiven Bestätigungstest folgt eine (gemeinsame) Entscheidung über das weitere Vorgehen hinsichtlich medizinischer, emotionaler, psychosozialer und ggf. wirtschaftlicher Erfordernisse.

Anhang 1: Phasenmodell VCT

1. Risiko- und Schutzanamnese sowie Falleinstufung		
Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3
Person ohne HIV-Infektionsrisiko	Person mit mässigem HIV-Infektionsrisiko	Person mit erhöhtem HIV-Infektionsrisiko
Dauer ≤ 30 Minuten	Dauer ca. 30 Minuten	Dauer bis 60 Minuten

- ⇒ bei **Risikoexposition innerhalb der letzten 90 Tage** vor dem Beratungsgespräch folgende Abklärungen (betr. Kategorien 2 und 3):
- **Verdacht auf HIV-Primoinfektion** (Symptome wie Unwohlsein, Fieber, Müdigkeit, Hautausschlag, ⇒ kein Schnelltest! Arztüberweisung!
 - **Risikosituation in letzten 3 Tagen** ⇒ kein Schnelltest! Arztüberweisung (Abklärung einer PEP)!
 - **Weder Verdacht auf Primoinfektion noch Risikoexposition vor 0–3 Tagen:** KlientIn zu geschütztem Verhalten auffordern und Termin für einen **Schnelltest frühestens 3 Monate nach der Risikoexposition** vereinbaren. KlientInnen darauf hinweisen, dass sie inzwischen bei Auftreten der oben beschriebenen Symptome einer möglichen HIV-Primoinfektion einen Arzttermin vereinbaren sollten.
- ⇒ bei **Risikoexposition ≥ 90 Tage** vor dem Beratungsgespräch (betr. Kategorien 2 und 3) oder bei fehlendem HIV-Infektionsrisiko (Kategorie 1): → weiter zu 2. Vorberatung

2. Vorberatung	
Kategorie 1	Kategorie 2, Kategorie 3
Vom Test abraten, i.d.R. kein HIV-Test, über Safer-Sex-Regeln informieren, evtl. Kondome abgeben	<ul style="list-style-type: none"> • Anonymität, Freiwilligkeit, Ablauf, Kosten • Individuelles Risiko- und Schutzverhalten • HIV, andere übertragbare Infektionen • Strategien zur Risikominderung • Testvorbereitung und -motivation

3. HIV-Schnelltest

4. Nachberatung			
Schnelltestresultat negativ		Schnelltestresultat reaktiv	
Risikokategorie 2 Person mit mässigem HIV-Infektionsrisiko	Risikokategorie 3 Person mit erhöhtem HIV-Infektionsrisiko	Risikokategorie 2 Person mit mässigem HIV-Infektionsrisiko	Risikokategorie 3 Person mit erhöhtem HIV-Infektionsrisiko
<ul style="list-style-type: none"> • Testresultat mitteilen • Offene Fragen 	<ul style="list-style-type: none"> • Testresultat mitteilen • Plan und Ressourcen zur Risikominderung • Mitteilung an Dritte, Partnerüberweisung • Offene Fragen 	<ul style="list-style-type: none"> • Testresultat mitteilen: tendenziell beruhigen • Psych. Zustand klären, ggf. Unterstützungsangebot • Kostenübernahme klären (anonym → Selbstzahler ⇔ unter Identität KlientIn → evtl. Übernahme Krankenkasse) • Termin zur Mitteilung Resultat Labor-Bestätigungstest 	<ul style="list-style-type: none"> • Testresultat mitteilen: tendenziell keine Hoffnung machen • Psych. Zustand klären, ggf. Unterstützungsangebot • Kostenübernahme klären (anonym → Selbstzahler ⇔ unter Identität KlientIn → evtl. Übernahme Krankenkasse) • Termin zur Mitteilung Resultat Labor-Bestätigungstest

Venöse Blutentnahme – Blutprobe für Bestätigungstest in ein anerkanntes Bestätigungslabor schicken – 2. Termin (Arzt) vereinbaren

Resultat Labor-Bestätigungstest HIV negativ	Resultat Labor-Bestätigungstest HIV positiv
<ul style="list-style-type: none"> • Testresultat mitteilen • Ressourcen zur Risikominderung erheben • Plan zur Risikominderung gemeinsam entwerfen • Mitteilung an Dritte, Partnerüberweisung diskutieren • Offene Fragen zulassen/diskutieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Testresultat mitteilen • Weiteres Vorgehen und Klientenbedürfnisse besprechen • Auf Weiterführende Angebote hinweisen, insbesondere Kontakt zu Arzt/Ärztin der Kohorte oder anderem/anderer HIV-SpezialistIn sowie zu Beratungsstelle einer Aids-Hilfe sicher stellen • Mitteilung an Dritte, Partnerüberweisung diskutieren • Offene Fragen zulassen/diskutieren

Ablauf der BAG³⁹

Bereits im VCT-Konzept von UNAIDS findet sich der dringende Hinweis auf emotionale Unterstützung, die nach einem reaktiven Test benötigt wird.⁴⁰ Dieser wichtige Aspekt stellt eines der Argumente für die Integration von **Buddys** in das Gesamtkonzept dar.

Im Falle eines reaktiven Ergebnisses des Schnelltests nimmt der Buddy entscheidende Funktionen bei der weiteren Begleitung des Teilnehmers wahr. Seine Rolle orientiert sich an den Ansätzen des Fallmanagements und der (ehrenamtlichen) Betreuungsarbeit in den Aidshilfen („Buddy-Konzept“). Er setzt mit seiner Arbeit dort an, wo es dem Teilnehmer nicht (mehr) gelingt, sich selbst zu stabilisieren bzw. für sich selbst ein Unterstützungskonzept zu organisieren. Nimmt der Teilnehmer das Buddyangebot an, so erhebt der Buddy im Dialog dessen Bedürfnisse bzw. Hilfebedarf und entwickelt daraus einen Unterstützungsplan, der einen inhaltlichen und zeitlichen Rahmen umfasst. Im Rahmen dieses Plans halten Buddy und Teilnehmer Kontakt miteinander.

Im Sinne eines „Gate-Openers“ eröffnet der Buddy dem Teilnehmer Zugang zu geeigneten psychosozialen, rechtlichen und medizinisch-therapeutischen Hilfestellungen sowie zur Positiven -Selbsthilfe. Er unterstützt ihn im Weiteren dabei, diesen Zugang wahrzunehmen. Der Buddy kann bei Bedarf auch die verschiedenen Angebote untereinander koordinieren. Im Zeitrahmen des Hilfeplans, also bis zu einem (negativen) Ergebnis des Bestätigungstests oder im Bedarfsfall (z.B. bei einem positiven Ergebnis des Bestätigungstests), achtet er auf die psychische / emotionale Stabilität des Teilnehmers und kann auch direkte Unterstützung durch entlastende Gespräche bzw. Maßnahmen der Krisenintervention anbieten. Allerdings ist festzuhalten, dass die primäre Aufgabe des Lotsen das „Gate-Opening“ ist. Der Buddy übernimmt über den Unterstützungsplan hinaus keine Verantwortung für den Prozess der psychosozialen / emotionalen Stabilisierung bzw. für den Teilnehmer selbst. Er ist weder Therapeut noch Retter; dies ist als Sicherungssystem für eine faire Beziehung zwischen Buddy und Teilnehmer sowie als Schutz des Buddys (in Bezug auf die Übernahme falscher(!) Verantwortung, übergroßer Belastung und dysfunktionalen Beziehungen) zu verstehen.⁴¹

Der Buddy ist dabei sinnvollerweise mit der Positiven-Selbsthilfe verbunden. Die persönliche Bewältigung der HIV-Infektion stellt eine bedeutende Erfahrung dar, die es dem Buddys authentisch ermöglicht, wichtige Bewältigungsstrategien an den Teilnehmer weiterzugeben. Darüber hinaus wird es möglich, dass der Teilnehmer eine unmittelbare Möglichkeit bekommt, an (sozialen) Netzwerken innerhalb der Positiven-Selbsthilfe teilzuhaben.

Für Risikoanamnese und Vorberatung wird üblicherweise ein fragebogengestütztes Verfahren eingesetzt: Der Teilnehmer füllt im Vorfeld einen (anonymen) **Fragebogen** aus, der Items zur Information über HIV und andere STIs enthält, sowie nach dem Sexualverhalten und den eingesetzten Schutz- bzw. Risikoreduktionsstrategien fragt. Dieser Fragebogen ist nicht nur Vorbereitung für das Beratungsgespräch sondern ermöglicht auch eine Selbstreflexion über das Risikoverhalten.

Nach der Risikoanamnese und der Vorberatung werden die Fragebögen (unter Berücksichtigung aller notwendigen Datenschutzregeln) im Kernprozess von Beratung und Test nicht weiterbenötigt und stünden einer (sozial-)statistischen Aufbereitung und Auswertung zur Verfügung. Damit können über eine Trendanalyse wichtige Daten als Grundlage für die Evaluation und Weiterentwicklung der Präventionsarbeit bei MSM gewonnen werden. Es liegt hier nahe, sich an den entsprechenden qualitativen Rahmenbedingungen der „Rapid Assessment und Response“-Methode (RAR) der WHO⁴² zu orientieren. Bei der RAR-Methode handelt es sich um eine Designmethode für den Forschungsprozess. Die Ziele liegen dabei nicht in der (reinen) Produktion wissenschaftlicher Theorien, sondern in der Darstellung von Zusammenhängen, die sich

bei einer bestimmten Personengruppe, in einem bestimmten (geographischen Gebiet) oder bei einem bestimmten Krankheitsbild negativ auswirken.⁴³ Ein weiteres wesentliches Merkmal ist die Zusammenarbeit mit der „community“, in der die Erhebung durchgeführt wird. Ihre Unterstützung wird als entscheidend für den Erfolg der Forschung angesehen.⁴⁴ Pragmatisches Vorgehen zeichnet die Designmethode ebenso aus – so kann z.B. davon abgesehen werden, Befragungsteilnehmer zufällig auszuwählen. Stattdessen kann jeder, der möchte, teilnehmen („opportunistic sample“ bzw. „time and place sampling“).⁴⁵ Damit können die Anforderungen hinsichtlich einer repräsentativen Teilnehmerauswahl umgangen werden. Zusätzlich erlaubt die RAR-Technik dem Interviewer / Studienleiter explizit, handelnd einzugreifen – z.B. hier durch Test-Beratung oder Test-Durchführung.⁴⁶ Die (strukturierten) Beobachtungen der Mitarbeiter können als eine weitere Methode genutzt werden, um die Ergebnisse aus den Fragebögen weiter abzusichern („Triangulation“).⁴⁷

Bis auf die eigentliche Projektkoordination können alle Elemente so gestaltet werden, dass dort **ehrenamtliche Mitarbeiter** ihren Einsatz finden können. Die Projektkoordination beschränkt sich auf (administrative) Vorbereitung, (Ressourcen-) Planung, Personalmanagement (von ehrenamtlichen Mitarbeitern) und auf die Evaluation des Projekts. Insbesondere das Personalmanagement stellt hohe Anforderungen an die Projektkoordination, da ehrenamtliche Mitarbeiter in verantwortungsvollen Bereichen eingesetzt werden können. Das Personalmanagement umfasst Gewinnung, Auswahl, Ausbildung, Einsatz und Begleitung der Mitarbeiter. Für die Übernahme der Projektkoordination ist es sinnvoll, dass der Koordinator über eine entsprechende Profession, z.B. als Sozialarbeiter / Sozialpädagoge verfügt.

Eine zweite Einschränkung findet sich bei der eigentlichen Test-Durchführung, bei der ein Arzt anwesend sein muss. Auch der Einsatz eines Arztes ist auf ehrenamtlicher Basis (nach Abstimmung mit dem lokalen Gesundheitsamt) möglich.

In allen anderen Bereichen, wie Einführung / Begrüßung, fragebogengestützte Risikoanamnese, Vor- und Nachberatung sowie Buddy-Aufgaben können besonders geschulte ehrenamtliche Mitarbeiter eingesetzt werden. Hierbei sei auf Studien verwiesen, die im Rahmen der christlichen Seelsorge⁴⁸, Notfallseelsorge und Gemeindesozialarbeit durchgeführt wurden. Sie konnten aufzeigen, dass Laien bereits nach kurzem Training effektiv arbeiten können.⁴⁹ Ein entscheidender Faktor für den Erfolg von Laien liegt offenbar in den Kompetenzen begründet, die sich nicht (nur) durch Ausbildung aufbauen lassen.⁵⁰ Dies bezieht sich vor allem auf eine hohe allgemeine soziale Kompetenz („Lebenserfahrung“). Des Weiteren muss die Lebensweltkompetenz des Mitarbeiters die Lebenswelt des Teilnehmers reflektieren können.⁵¹

Die besondere Berücksichtigung von ehrenamtlichen Mitarbeitern in diesem Konzept ermöglicht es, die Gruppe von Ehrenamtlichen für die Prävention zu gewinnen, die bereits eine hohe Vorqualifikation mitbringen und nun nach einer herausfordernden Tätigkeit für sich suchen. Mit dieser Berücksichtigung des Ehrenamts geht eine Veränderung der Rolle der hauptamtlichen Mitarbeiter einher, die nun in verstärktem Maß das Personalmanagement umfasst. Diese Rollenveränderung ist jedoch als Erweiterung der Rolle über die Beratertätigkeit hinaus zu verstehen.

Beispiele aus anderen Regionen

Examples of good practice

San Francisco⁵²

Um einen niedrigschwelligen Zugang zu HIV-Tests anbieten zu können, wurde in San Francisco ein Netz so genannter „Counselling and Testing Sites“ aufgebaut. Auch hier werden HIV-Schnelltests angeboten. Die Wartezeit zwischen Blutabnahme und Testergebnis wird für ein Gespräch zwischen Berater und Teilnehmer genutzt. In diesen Gesprächen wird, neben standardisierten Risikoerhebungsbögen, versucht, über persönliche Risikoverhaltensweisen zu reden, sowie Fragen zu HIV / AIDS und Sexualität zu klären. Nach diesem Gespräch wird das Ergebnis des HIV-Tests abgelesen. Falls das Ergebnis reaktiv ist, wird eine Blutprobe als Bestätigungstest abgenommen. Des Weiteren wird der Teilnehmer zu einem in der Einrichtung anwesenden „Linkage Counselor“ geführt. Dieser ist neben der akuten Krisenintervention für eine Überleitung des Teilnehmers zu passenden AIDS-Projekten verantwortlich. Als letztes wird dem Teilnehmer die AIDS-Hotline vorgestellt und mit ihm ein zweiter Termin in sieben Tagen vereinbart, um entsprechende Überleitungen zu vervollständigen sowie weitere Fragen und Notlagen zu erörtern. Die Idee dieses lückenlosen Überganges ist die Einsicht in die Notwendigkeit, den HIV-positiven Teilnehmer das Gefühl der Fürsorge und des „Nicht-Alleine-Seins“ zu geben.

Um die Erreichbarkeit des HIV-Tests sicher zu stellen, gibt es mobile Testaktionen von einzelnen Projekten, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedliche „Risikoplätze“ anfahren und den HIV-Schnelltest kostenlos anbieten.

Amsterdam

Die Ausgangslage für das Projekt „Beratung und Test“ in Amsterdam war u.a. die Feststellung, dass sich lediglich 42 % (2000) bzw. 54 % (2003) der MSM in den Niederlanden jemals auf HIV-Antikörper haben testen lassen.⁵³ Als Grund für die niedrige Testrate gilt insbesondere die einwöchige Wartezeit zwischen Blutabnahme und Testergebnis.⁵⁴ Und so wurde Checkpoint im Jahr 2003 zum ersten Anbieter von HIV-Schnelltests in den Niederlanden.⁵⁵

Der Test wurde zunächst nur in eigenen Räumlichkeiten („Checkpoint“) angeboten und vollständig von einem ehrenamtlichen Team aus Ärzten, Krankenpflegern und intern ausgebildeten Mitarbeitern betreut.⁵⁶ Mit einer Gebühr von 20 € ist der Test kostenpflichtig.⁵⁷ Insgesamt folgt der Test dabei dem Modell des VCTs, weist allerdings einige Besonderheiten auf. Zunächst findet vor der Testberatung noch ein Begrüßungsgespräch statt, in dessen Rahmen eine fragebogengestützte Risikoanamnese erhoben wird, allerdings geschieht dies im Gespräch mit einem (ehrenamtlichen) Mitarbeiter. In der Testberatung wird dann noch ausdrücklich ein schriftliches Einverständnis („Informed Consent“) zum Test eingeholt.⁵⁸ Der schwierigen Situation, die nach dem Test im Rahmen der Ergebnisbekanntgabe auftreten kann, sind sich die Checkpointmitarbeiter bewusst: So empfehlen sie grundsätzlich, nicht allein zum Test zu erscheinen, sondern für den Notfall eine Begleitperson mitzunehmen.⁵⁹ Sollte dann ein Bestätigungstest notwendig werden, kann diese Begleitperson die notwendige emotionale Unterstützung (zunächst in der Wartezeit) anbieten. Gleichzeitig stehen aber auch die Mitarbeiter für ausführliche Gespräche zur Verfügung, um Fragen zu klären, emotionale Stabilisierung anzubieten und um einen Plan auszuarbeiten, der dem Teilnehmer hilft, die Wartezeit bis zum Ergebnis des Bestätigungstests konstruktiv zu überbrücken.⁶⁰

Eine Zwischenevaluation des Projekts ergab folgende Aussagen:⁶¹

67 % der Teilnehmer gaben an, dass das schnelle Testergebnis der Grund war, warum sie sich für dieses Testverfahren entschieden haben.

- 34 % der Teilnehmer nutzten daraufhin dauerhaft den Checkpoint, um sich auf HIV-Antikörper testen zu lassen.
- Die HIV-Prävalenz der im Checkpoint erreichten MSM ist höher als in der STI-Praxis des kommunalen Gesundheitsdienstes.

Die Teilnehmer gewannen ihre Informationen über den HIV-Test hauptsächlich über das Internet.⁶²

Seit Oktober 2007 bieten die Checkpoint-Mitarbeiter zusätzlich einen Termin für HIV-Test (und Hepatitis Impfung) bei Mister B, einem Fetisch und Erotik-Shop an. Das Testangebot findet sonntags zwischen 13.00 und 15.00 Uhr statt.

Als weitere Neuerung wird ein Speicheltest auf HIV-Antikörper parallel(!) zum „herkömmlichem“ Schnelltest getestet.⁶³

München

Das Beratungs- und Testprojekt der Münchner AIDS-Hilfe hat 2006 das Modell eines Checkpoints aufgegriffen. Das seit 2005 bestehende Beratungs- und Testangebot, welches auf herkömmliche Verfahren zur HIV-Testung zurückgreift, wird auch weiterhin im Schwulen Kommunikations- und Kulturzentrum angeboten. Während der Öffnungszeiten des Checkpoints, zweimal in der Woche, werden dort Beratung zu Risikoreduktionsstrategien, zu HIV-Test und dem Umgang mit dem Test sowie unterschiedliche Tests angeboten. Das Beratungsgespräch basiert auf einer fragebogengestützten Risikoanamnese. Alle Tests sind kostenpflichtig (s.u.).⁶⁴ Die Ziele des Angebots sind primär- und sekundärpräventiver Natur.⁶⁵

- Es soll eine verstärkte Auseinandersetzung mit dem HIV-Test und Risiko beim Sex ermöglicht werden.
- Basierend auf den us-amerikanischen Untersuchungen soll durch Beratung und Test die Schutzmotivation verbessert werden (vgl. S. 20).
- Infektionsketten innerhalb von sexuellen Netzwerken sollen unterbrochen werden (vgl. S. 8).
- Menschen mit HIV soll ein rechtzeitiger Zugang zu medizinischen und psychosozialen Angeboten ermöglicht werden.

Interessanterweise wird dieses Angebot derzeit zu 50% von heterosexuellen Männern und Frauen und zu 50% von MSM genutzt – obwohl dieses Projekt deutlich auf MSM als (Haupt-)Zielgruppe hinweist. Bei insgesamt 85% der Teilnehmer bestand ein konkretes Infektionsrisiko und es wurde ein HIV-Test durchgeführt.⁶⁶

Angebot / Testverfahren	Kosten
Risikoanalyse und -beratung	kostenfrei
HIV Schnelltest	26,00 €
HIV Bestätigungstest	kostenfrei
HIV Viruslastbestimmung (PCR)	90,00 €
Syphilis-Serologie	12,00 €
Gonorrhö Schnelltest	5,00 €
Chlamydien Schnelltest	5,00 €
Hepatitis Serologie	60,00 €

Das Angebot von checkpoint münchen:	
Bei jeder Beratung	Spezifisches Risiko-Assessment mittels Fragebogen
Risiko vor 0-3 Tagen	PEP diskutieren, gegebenenfalls anbieten
Risiko vor 3-14 Tagen	Keine Testmöglichkeit ggf. qualitative HIV-PCR ab 1. Woche möglich
Risiko vor 2-6 Wochen	Kombitest Antigen/Antikörper
Risiko länger als 6 Wochen	HIV-Schnelltest
Ggf.	Tests bezogen auf andere STDs

Quelle: HIV & More, Ausgabe 3/2007, S. 47.

Berlin

Der Schnelltest wird in Berlin durch Mann-O-Meter e.V. angeboten. Die Vereinsaktivitäten insgesamt konzentrieren sich auf das Angebot von Beratung für schwule Männer, Anti-Gewaltarbeit, HIV-Prävention, Knastarbeit sowie auf die Unterstützung diverser (ehrenamtlicher) Gruppen. Die Arbeit wird dabei von 5 hauptamtlichen und ca. 70 ehrenamtlichen Mitarbeitern getragen. Als Teil der HIV-Prävention bietet Mann-o-Meter zweimal im Monat einen HIV-Schnelltest im eigenen Infoladen an. Die Kosten hierfür betragen 15,00 €.

Auffällig ist die starke Fokussierung auf hauptamtliche Mitarbeiter: So ist als Personalbedarf ein Arzt, zwei Psychologen sowie ein ehrenamtlicher Mitarbeiter vorgesehen. Die vorliegenden Berichte geben jedoch keine Auskunft darüber, aus welchen Gründen diese Personalkonstellation ausgewählt wurde. Der ehrenamtliche Mitarbeiter allerdings wird lediglich für die Steuerung der Teilnehmer durch den Prozess von Beratungsgesprächen und HIV-Test eingesetzt wird. Die Steuerung der Teilnehmer geschieht anhand einer Art Laufzettel, auf der die Nummer des Teilnehmer sowie die absolvierten Stationen (Beratung / Test / Ergebnismitteilung) notiert werden. Psychologen und Arzt verfügen noch einmal über eigene Bögen um die Teilnehmernummern zu notieren

Wie im BuT-Konzept vorgesehen, werden Fragebögen zum Schutzverhalten und zur Risikoabschätzung als Grundlage für ein (leitfadengestütztes) Beratungsgespräch eingesetzt. Die Auswertung der Fragebögen ergab vor allem hinsichtlich der Bildungsabschlüsse eine Ungleichverteilung: Mit 52 % bilden die MSMs mit Abitur oder Hochschulabschluss die größte Gruppe unter den Teilnehmern.⁶⁷ Inwieweit es damit gelungen ist, die Hauptrisikogruppen zu erreichen, konnte anhand des vorliegenden Materials nicht geklärt werden.

Kopenhagen

Für das Beratungs- und Testprojekt von Stop AIDS liegt bisher ein Zwischenbericht von März 2008 vor. Das Angebot wurde entsprechend der VCT-Methodik aufgebaut. Das (kostenlose) Testangebot unterliegt dem kommunalen HIV-AIDS-Plan. Beratung und Test werden in einem „Checkpoint“ in der Innenstadt von Kopenhagen angeboten. Stop AIDS stellte jedoch fest, dass MSM aus der Hochrisikogruppe nicht in einem zufriedenstellenden Maß erreicht werden konnten. Aus diesem Grund wurde nun eine Versuchsphase begonnen, in dem das Projekt auf Saunen und Lederclubs ausgedehnt wird. Zusätzlich wird dieses Angebot nun von einer allgemeinen HIV-Test-Kampagne flankiert.

Abgerundet wird das Konzept durch das Angebot eines „Safer-Sex-Coaching“: Hier geht es um das Angebot mehrerer individueller Coaching-Sitzungen, zu denen in der Test-Beratung eingeladen wird. Ziel des Coachings ist es, die Kompetenzen aufzubauen (und anzuwenden), die ein verbessertes Schutzverhalten ermöglichen. Im Berichtszeitrahmen von April 2007 bis März 2008 wurde das Testangebot von 152 verschiedenen MSMs wahrgenommen, von denen 11 wiederum „Safer-Sex“-Coaching-Gespräche führten.

Diskussion

Die vorliegenden Forschungsergebnisse und Erfahrungsberichte wurden dazu eingesetzt, um die diese nach Stärken / Chancen und Schwächen / Risiken zu gliedern und zu analysieren. Dazu wurde eine SWOT-Analyse verwendet (s. n. S.)

Im Bereich der **Stärken und Chancen** stellt sich vor allem die Niedrigschwelligkeit und die Verbindung von Beratung, (Schnell-)Test und Buddysystem als vorteilhaft für eine Akzeptanz des Projekts in der Zielgruppe dar. Unterschiedlichen Befürchtungen / Ängsten der Zielgruppe werden konstruktiv durch das BuT-Konzept begegnet:

So ist der Test-Zugang insgesamt barrierefreier, da die Wartezeit auf das Ergebnis entfällt, die oft als stark psychisch belastend empfunden wird.⁶⁸ Ebenso wirkt die Beratung zusätzlich emotional entlastend nicht nur in der Auseinandersetzung mit der Wahrnehmung des eigenen Risikoverhaltens, sondern auch mit dem HIV-Test-Prozess. Weiter entfällt die Notwendigkeit, zu (min.) zwei unterschiedlichen Terminen zu erscheinen, da Testdurchführung und Ergebnismitteilung ohne wesentlich zeitliche Verzögerung durchgeführt werden können.

Desweiteren setzt das Buddysystem dort an, wo befürchtet wird, dass eigene (psychische, emotionale und soziale) Ressourcen nicht ausreichen könnten, um ggf. mit einem positiven Testergebnis umgehen zu können.

Insgesamt grenzt sich das Konzept deutlich von bisherigen Test-Angeboten ab. Dies geschieht v.a. durch die Verbindung eines Beratungsangebots und mit einem Buddysystem, die über eine hohe Arbeitsqualität verfügen. Schließlich werden schon Schnelltests durch Arztpraxen und Labore angeboten, allerdings ist hier die Beratungsqualität teilweise fraglich (vgl. Seite 8, Spalte 2) und Buddys fehlen ganz. Mit Blick auf potentielle Entwicklungen im Bereich der Testzulassungen ist zu ergänzen, dass Buddy und Beratungsangebot auch bei einem Heim-Test fehlen. Hinzu kommt für die MSM mit unterdurchschnittlichem sozialem Status noch der Vorteil, dass keine Einrichtung des privaten oder öffentlichen Gesundheitsdienstes aufgesucht werden muss. Mangelndes Vertrauen in gesellschaftliche Institutionen (wie Ämter, Behörden oder Arztpraxen) wirkt hier also nicht barrierebildend.⁶⁹ Damit wirkt das Projekt zusätzlich sozial-integrativ.

Im Bereich der **Schwächen und Risiken** ist zu beachten, dass der Schnelltest nur für Gruppen mit hoher HIV-Prävalenz zu verwenden ist, dies ist allerdings schon per se Teil des Konzepts.

Der geäußerten Befürchtung, dass durch den vereinfachten Zugang zu einem HIV-Test eine Desensibilisierung der Zielgruppe für Präventionsbotschaften stattfindet, wurde auch in der KABAsti-Studie nachgegangen. Es wurde dabei sowohl die Hypothese überprüft, ob häufiges Testen (ohne besondere Beratung) dazu führt, dass sich Menschen weniger riskant verhalten; als auch die Hypothese, ob häufiges Testen in dieser Form zu falscher Sicherheit und damit zu noch riskanterem Verhalten führt. Die Studie konnte jedoch weder den einen noch den anderen Zusammenhang bestätigen.⁷⁰ US-amerikanische Studien konnten dagegen aufzeigen, dass „Menschen, die ihren Serostatus nicht kennen, (...) 50% wahrscheinlicher ungeschützten Sex als HIV-Positive [haben].“⁷¹

Im BuT-Konzept wurde der Beratungsanteil deutlich ausgebaut - im Vergleich zu reinen Test-Angeboten. Durch diese konzeptionelle Veränderung wird eine stärkere präventive Wirkung erwartet, die bei reinen Test-Angeboten in dieser Form nicht beobachtet werden konnte.

Ziel der SWOT-Analyse ist es auch, Methoden zu entwickeln, die verhindern, dass sich Risiken / Schwächen realisieren. Im Falle des BuT-Konzepts würde das die Umsetzung folgender Maßnahmen grundsätzlich (sofern nicht schon im Konzept vorgesehen) und in hoher Qualität bedeuten:

Die Botschaften, die benötigt werden, um Risikoverhalten, Test bzw. Testergebnis und seine Auswirkungen zu verstehen, sind komplex. Durch die Kombination von Beratung und Test in einem Setting müssen die Mitarbeiter zu den erwähnten Gebieten kompetente Ansprechpartner sein. Dies erfordert eine entsprechende Ausbildung der Mitarbeiter und eine kontinuierliche Personalentwicklung, zu der z.B. auch Supervision zählt. Je nach Setting, in welchem der Test angeboten wird, sind auch Fremdsprachenkenntnisse sinnvoll.

Es wird angestrebt, BuT dort einzusetzen, wo sich hochvulnerable MSM treffen. Beispielsweise sind dies Saunen, Lederclubs oder Darkroom-Bars. Dies sind gleichzeitig jedoch auch Orte, die zunächst nicht mit einem professionellen psychosozialen / medizinischen Angebot in Verbindung gebracht werden. Um trotzdem den professionellen Anspruch kommunizieren zu können, und um dadurch Vertrauenswürdigkeit zu erzeugen, ist eine umfassende „Corporate Identity“ zu entwickeln. Diese umfasst eine Normierung hinsichtlich der Prozesse, aber auch in Bezug auf die verwendeten Materialien, Outfits der Mitarbeiter oder der mobilen / transportablen Ausstattung für die Räumlichkeiten, in denen Beratung und Test stattfinden. Die „Corporate Identity“ muss dabei mit Professionalität, Vertrauenswürdigkeit und Niedrigschwelligkeit assoziiert werden können.

Ein weiterer kritischer Faktor für den Erfolg ist die Einbindung aller relevanten, internen und externen Akteure in das Projekt – insbesondere die Zusammenarbeit mit dem ÖGD und den Ärztekammern ist konstruktiv auszubauen. Es bestehen bewährte Vernetzungsstrukturen, die auch konstruktiv auf die Konzeptentwicklung und – Umsetzung wirken – z.B. zu DAGNÄ, DAIG, AK sexuelle Gesundheit, LIGA, Landeskommision AIDS, Sprecherkreis der Aids-Fachkräfte, regionale AKs „AIDS“, Schwules Netzwerk NRW sowie der AIDS-Hilfen und Herzenslust-Projekten untereinander.

SWOT-Analyse: Test und Beratung

Die SWOT-Analyse ist ein Werkzeug, um Informationen über ein Projekt so zu gliedern, dass sich eine Abbildung nach internen und externen, positiven und negativen Einflussgrößen ergibt. Diese Darstellung ist dann die Grundlage für die Strategieentwicklung. SWOT steht dabei für „Strengths“ (Stärke – positiv / intern), „Weaknesses“ (Schwächen – negativ / intern), „Opportunities“ (Chancen – positiv / extern) und „Threats“ (Risiken – negativ / extern). Ziel ist es, eine Strategie zu entwickeln, die sich durch Stärken und Chancen profiliert sowie in der Lage ist Schwächen und Risiken zu umgehen.

Stärken (intern)	Chancen (extern)
<ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit zu einer hohen Zielgruppen-Spezifität und Niederschwelligkeit. • Möglichkeit zur Information über Schutzverhalten / Safer Sex – durch Berater im Peer-Kontext. • Testdurchführung und Ergebnisbekanntgabe fallen auf lediglich einen Termin (bei einem negativen Ergebnis). Dadurch: <ul style="list-style-type: none"> ○ → Weitere Reduktion von Barrieren. ○ → Individuell angepasste Testfrequenz möglich. • Vermeidung der Wartezeit zum Ergebnis. • Testergebnisse werden (nahezu) sicher abgeholt. • Möglichkeit zur Krisenintervention (über Berater und Lotsen), dadurch: <ul style="list-style-type: none"> ○ → verbesserte psychosoziale Beratung und Begleitung. ○ → verbesserte psychologische Situation. • Über Fragebögen / Beratung können Informationen zum Schutzverhalten gewonnen werden – als Grundlage für zukünftige Präventionsstrategien 	<ul style="list-style-type: none"> • Brückenschlag zwischen Primär- und Sekundär-Prävention. • Etablierte Methodik („VCT“) und Beispiele des Good Practice können aufgegriffen werden. • Aufwertung der Selbsthilfe innerhalb der AIDS-Hilfe (über Lotsen). • Test-Situation in NRW allgemein sehr hochschwellig (dadurch keine Konkurrenzsituation). • ¾ aller Tests finden außerhalb eines qualifizierten Beratungskontexts statt (Ärzte Labore) (dadurch keine Konkurrenzsituation). • Reduktion der Dunkelziffer an HIV-Infektionen möglich • Verbesserter Zugang zu antiretroviraler Therapie (und PEP).
Schwächen (intern)	Risiken (intern)
<ul style="list-style-type: none"> • Je nach Setting ist eine Mehrsprachigkeit erforderlich. • Mit dem Recht auf „Ungetestet-Sein“ muss noch ein konstruktiver Umgang gefunden werden. • Hohe Anforderungen aufgrund komplexer Botschaften an Schulungen / Ehrenamtlichen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Diagnostisches Fenster: ○ Banalisierung. ○ Test auf der Bett-Kante. • Schmuttleckencharakter muss vermieden werden – auch bei Vor-Ort-Einsätzen. • Aufgrund seiner geringeren Spezifität, ist der Test nur für hoch-prävalente Gruppen geeignet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Finanzierung des Test ist noch ungeklärt. Kostenloses Testangebot aber essentiell. (Stand der Verhandlungen der DAH?) • Kooperation mit den Gesundheitsämtern notwendig (vor allem, wenn die Ärzte durch das Gesundheitsamt beauftragt werden müssen). • Mögliche Desensibilisierung der Zielgruppe für Präventionsbotschaften vermutet. • Erfolgsentscheidend ist die Einbindung aller relevanten Akteure, was eine vorherige Aushandlung von Interessenskonflikten bedingt.

Regionale Umsetzung in NRW

In Nordrhein-Westfalen sind bereits vielfältige Erfahrungen im Bereich von niedrigschwelligen Beratungs- und Testangeboten vorhanden. Als Beispiel seien die Arztsprechstunden in den schwulen Saunen in Essen, Düsseldorf oder Münster genannt. Gerade diese Projekte setzen den HIV-Test dort um, wo BuT aufgrund der Sensibilität der Ergebnismitteilung nicht umgesetzt werden kann. Ohne dass es sich bei diesen Angeboten um Projekte handelt, die die Kernpunkte der VCT-Methode von UN AIDS bzw. der eidgenössischen BAG vollständig übernehmen, ist mit diesen Projekten eine enge Zusammenarbeit anzustreben. (Diese Projekte verbinden qualifizierte Beratung zur Herstellung des informed consents mit dem Angebot eines HIV-Tests.) Diese Zusammenarbeit bezieht sich nicht nur auf Unterstützung, Vernetzung und Informationsaustausch sondern auch auf Öffentlichkeitsarbeit, Aus- und Fortbildung sowie auf Evaluation.

Die Umsetzung von BuT vor Ort folgt den dargestellten Konzepten von „VCT“ mit seinen Erweiterungen um den Einsatz von Fragebögen zur Risikoanamnese (einschl. ihrer späteren Auswertung) sowie der Etablierung von Buddys als Betreuer nach der Bekanntgabe eines reaktiven Testergebnisses.

Innerhalb der VCT-Methode setzt BuT einen besonderen Schwerpunkt auf die Bereiche Beratung und Kommunikation.

Wichtige Ziele der Primärprävention können durch das niedrigschwellige Angebot eines Informations- und Beratungsgesprächs (vor Ort, aber abseits des Publikumsverkehrs) besonders unterstützt werden. Die Ziele des Beratungsangebots liegen in der Vermittlung von Informationen zu Schutz- und Risikoreduktionsstrategien sowohl zu HIV als auch zu STIs, die als entscheidender Ko-Faktor für die HIV-Übertragung gelten. Darauf aufbauend soll Unterstützung bei der Entwicklung notwendiger Kompetenzen zur Umsetzung dieser Schutz- und Risikoreduktionsstrategien angeboten werden. Die Bedeutung eines HIV-Tests sowie die Aussagekraft des Ergebnisses, das sog. diagnostische Fenster und die hohe Infektiosität während einer frühen HIV-Infektion können ebenfalls hier thematisiert werden. Diese Teile des Beratungsgesprächs sind unabhängig von der eigentlichen Testberatung und -Durchführung. Hat der Teilnehmer seine persönlichen Ziele für den Prozess durch das Informations- und Beratungsgespräch bereits erreicht, kann das Gespräch an dieser Stelle (erfolgreich) beendet werden. Die Abwägung, wann und ob Testberatung und -durchführung als weiterer Schritt sinnvoll sind, erarbeiten Mitarbeiter und Teilnehmer gemeinsam. Mögliche Gründe, die gegen einen Test sprechen, sind Drogen- oder deutlicher Alkoholkonsum sowie Lebenssituationen, die Bewältigung eines möglichen positiven Test-Ergebnisses unmöglich machen.

Ein weiterer wichtiger Beitrag zur Primärprävention und Aidshilfearbeit wird durch die (Außen-)Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit erreicht. Themensetzung und Dialog vor Ort unter den (nicht teilnehmenden) Gästen (z.B. einer Darkroombar) über das Angebot von BuT stellen Schritte in Richtung verstärkter Verantwortungsübernahme und der Entstigmatisierung von HIV / AIDS dar.

Ein anderer Schwerpunkt ist ein regelmäßiges Angebot mit mindestens monatlichen Terminen für BuT, die angestrebt werden, um einerseits die notwendige Niedrigschwelligkeit gewährleisten zu können, und um andererseits gerade auch hoch vulnerablen MSM konsequent einen Zugang zu HIV-Tests zu ermöglichen.

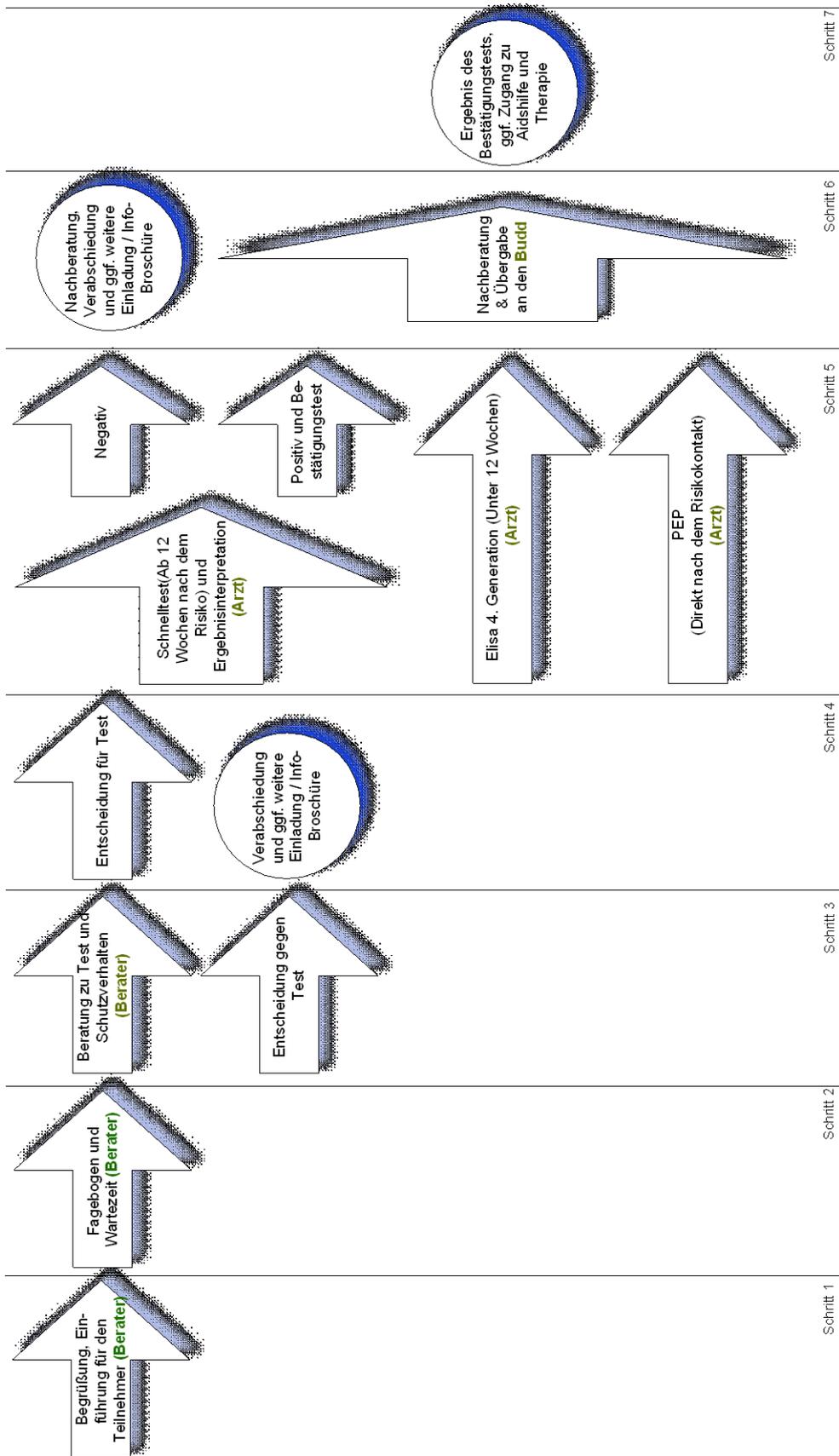
Ein weiterer Aspekt der Niedrigschwelligkeit ist die szenenahe Umsetzung des Angebots. D.h. das BuT-Angebot kann dann als einfach zugänglich gelten, wenn es in Settings

angeboten wird, die den (potentiellen) Teilnehmern bekannt und für sie vertrauenswürdig sind. Wenn es sich bei diesen vertrauenswürdigen Settings um schwule Saunen, kleine Darkroombars (ohne abtrennbare Räume) oder um Autobahnparkplätze, die für Cruising-Kontakte genutzt werden, handelt, kann nicht die geschützte Umgebung aufgebaut werden, die für Beratung und Test notwendig ist. Um dennoch die Chance nutzen zu können, ein BuT-Angebot zumindest im Umfeld eines vertrauenswürdigen Settings durchführen zu können, wird eine mobile Umsetzung in einem Beratungsbus angestrebt. Hierfür ist geplant ein geeignetes Wohnmobil zu nutzen, das zwei abgetrennte Räume bietet.

Vor diesem Hintergrund sind für unterschiedliche Settings die Anwendung differenzierter Strategien zur Umsetzung niedrigschwelliger Beratungs- und Testangebote vorgesehen:

Setting	Strategie
Stationäre Checkpoints. Schwulenzentren, Kneipen, Sexclubs, Sexshops (Unter Berücksichtigung folgender Aspekte: A. Außerhalb der regulären Öffnungszeiten. B. Bei getrennten Räumlichkeiten und unbeobachtetem Zugang zu diesen Räumlichkeiten.	BuT kann vollständig umgesetzt werden.
Schwule Partys / Diskotheken	Das BuT-Angebot soll vor einer Party beginnen und spätestens dann beendet werden, wenn die Zielgruppe z.B. aufgrund des Konsums psychoaktiver Substanzen nicht mehr erreicht werden kann. Wenn BuT vollständig umgesetzt wird, ist darauf zu achten, dass genügend Räumlichkeiten vorhanden sind, die auch die Eröffnung eines reaktiven Testergebnisses in einem geschützten Rahmen ermöglichen. Sollte die räumliche Situation die Umsetzung von BuT nicht zulassen, wird die Umsetzung anderer Beratungs- und Testprojekte angeregt, die den herkömmlichen HIV-(ELISA-)Test einsetzen. Bei geeigneten Stellplätzen kann auch ein BuT-Bus eingesetzt werden.
Schwule Saunen	Da beim Einsatz des HIV-Schnelltests nicht verhindert werden kann, dass ein Mann mit einem reaktiven Ergebnis den normalen Ausgang der Sauna benutzen muss, wird die Umsetzung von BuT nicht empfohlen. Stattdessen wird die Umsetzung anderer Beratungs- und Testprojekte angeregt, die den herkömmlichen HIV-(ELISA-)Test einsetzen.
Cruising Gebiete	Bei geeigneten Stellplätzen kann auch der BuT-Bus eingesetzt werden. Es ist abzuwägen, ob in dieser Umgebung BuT vollständig umgesetzt werden kann – oder besser ein Angebot zu etablieren ist, das auf den herkömmlichen HIV-(ELISA-)Test zurückgreift.

Aus den Überlegungen zur Umsetzung ergibt sich folgende Ablaufstruktur:



Für die erfolgreiche Etablierung dieses Konzepts vor Ort sind folgende vorbereitende Teilschritte umzusetzen:

Steuerungskreis

Um die Prozesse im Dialog mit den Regionen (z.B. Dortmund, Essen, Duisburg, Düsseldorf und Köln) zu planen, wird ein Steuerungskreis gebildet. In diesem Steuerungskreis werden aus den Regionen jeweils VertreterInnen der Trägerprojekte, der Positivenselbsthilfe, des ÖGDs, der SprecherInnenkreis der AIDS-Fachkräfte und – KoordinatorInnen NRW, der niedergelassenen Ärzte und der Klinikambulanzen eingeladen.

Darüberhinaus werden Vertreter der AIDS-Hilfe NRW und des Schwulen Netzwerks NRW an diesem Steuerungskreis teilnehmen.

Ziel des Steuerungskreises ist es, die fachliche Konzeption zu optimieren und daran mitzuwirken, dass die Absprachen mit den Gesundheitsämtern / Ärztekammern / auf lokaler Ebene umgesetzt werden (können). Darüber hinaus soll die Entwicklung von „Corporate Identity“, Ausbildungskonzept und Forschungskonzept kritisch begleitet werden, so dass die Umsetzbarkeit innerhalb regionaler Strukturen gegeben ist.

In diesem Arbeitskreis wird auch die Zeitplanung für das Projekt abgestimmt.

Aushandlungen ÖGD / Ärztekammern

Auf der lokalen Ebene, auf der BuT durch verschiedene Projektpartner umgesetzt werden soll, sind bereits unterschiedliche Formen der Kooperation vorhanden, die sich insbesondere auf die Zusammenarbeit mit den unteren Gesundheitsbehörden beziehen. Diese Zusammenarbeit hat sich in der Vergangenheit als tragfähig erwiesen. Diese Zusammenarbeit ermöglichte nicht nur den inhaltlichen Austausch und die gemeinsame Nutzung bestimmter Ressourcen, oft konnten bereits gemeinsame Projekte angestoßen werden, die sowohl die Ziele von öffentlichem Gesundheitsdienst als auch die freigemeinnütziger Aidshilfe betreffen. Für die lokale Umsetzung von BuT kann davon ausgegangen werden, dass sich BuT ebenfalls in der Schnittmenge der Ziele von ÖGD und Aidshilfe befindet. Deswegen werden die lokalen Aidshilfeorganisationen als potentielle Projektträger von BuT dazu angehalten, nach wie vor auf bisherigen Strukturen der Kooperation aufzubauen und diese auszubauen. Gerade für die Ausgestaltung des BuT-Angebots, für den Erfahrungsaustausch und für das Erkennen lokaler Trends ist es sinnvoll, gemeinsam Austauschforen auf kontinuierlicher Basis zu organisieren.

Wie bereits beschrieben, müssen Absprachen mit dem ÖGD / den Ärztekammern / über den Einsatz von Ärzten getroffen werden. Hier gibt es drei Optionen:

- Einsatz von eigenen Ärzten des ÖGD
- Einsatz von niedergelassenen Ärzten auf Honorarbasis
- Einsatz von niedergelassenen Ärzten als ehrenamtliche Mitarbeiter

Es scheint jedoch nicht möglich, dass eine zentrale Lösung erarbeitet werden kann – aufgrund lokal verankerter Gegebenheiten. Deswegen wird angestrebt, auf Landesebene Handreichungen bzw. Musterverträge zu entwickeln, die vor Ort in die Verhandlungen zwischen lokalem Träger, Arzt und Gesundheitsamt bzw. Ärztekammer eingebracht werden können.

Ein weiterer Aspekt der Aushandlungen ist die Übernahme der Kosten für den HIV-Schnelltest. Rechtlich besteht diese Möglichkeit durch die Verbindung zwischen § 4.2 („Kostenübernahme“) und § 15 („anonyme HIV-Untersuchungen“) ÖGDG NRW. Da jedoch anonyme HIV-Untersuchungen in den Gesundheitsämtern angeboten werden, muss für das Konzept von BuT noch eine Lösung erarbeitet werden, welche die Finanzierung zumindest der HIV-Schnelltest-Sets (und ggf. des medizinischen Personals) sicherstellt. Zentraler Ansprechpartner des BuT-Projekts ist hier das MAGS.

Konzeption „Corporate Identity“ (+ Umsetzung)

An die Außendarstellung / Kommunikation des Projekts werden Anforderungen aus unterschiedlicher Richtung gestellt:

Zunächst hat sich die Öffentlichkeits- und Informationsarbeit an der Sprache der Zielgruppe zu orientieren und muss dennoch in der Lage sein, komplexe Sachverhalte nicht unzulässig vereinfacht wieder zu geben. Viel Raum dürfte dabei die Infektiosität während der Primärinfektion sowie der Umgang mit der diagnostischen Lücke einnehmen. Darüber hinaus ist darauf zu achten, dass ein angemessener Umgang mit dem Recht auf Ungetestet-Sein gefunden wird.

Die Erfahrungen Dritter im Rahmen der „examples of good practice“ haben gezeigt, dass die Öffentlichkeitsarbeit im Internet die beste Wirkung hat. Ebenso wurde in Kopenhagen deutlich, dass die Zusammenarbeit mit den Wirten, die nicht in die Konzeptumsetzung einbezogen wurden bzw. werden konnten, nicht immer unproblematisch ist.

Im BuT-Angebot vor Ort ist unbedingt auf ein professionelles Auftreten zu achten. So muss über den Auftritt Vertrauenswürdigkeit, Fachlichkeit und Verlässlichkeit des Angebots auch dann kommuniziert werden können, wenn die umgebenden Räumlichkeiten (z.B. in einem Lederclub) dies nicht per se fördern können. Dieses professionelle Auftreten umfasst Outfit der Mitarbeiter, Raumausstattung / Dekoration sowie Test-Equipment.

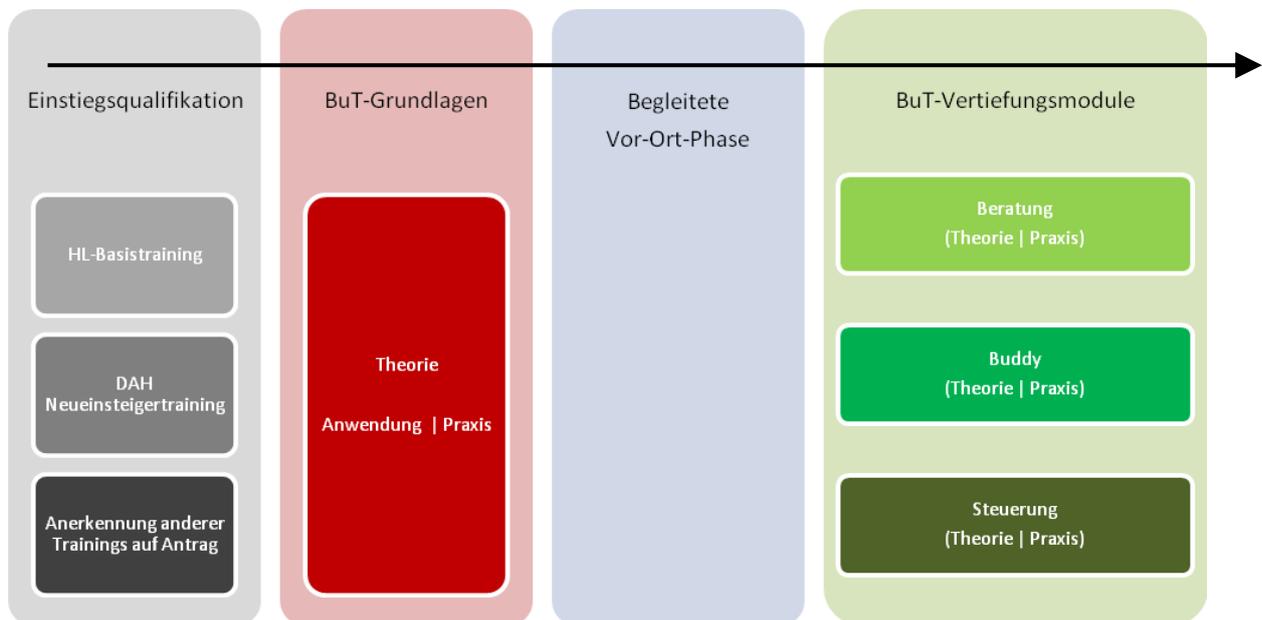
Da das Konzept als Teil der Herzenslust-Kampagne umgesetzt wird, ist eine Kompatibilität zur Marke „Herzenslust“ und ihrer Darstellung unbedingt erforderlich.

Konzeption Aus- & Fortbildung

Nicht nur die Anforderungen bezüglich eines professionellen Auftretens verlangen einen hohen Qualifikationsstandard der (ehrenamtlichen / hauptamtlichen Mitarbeiter). Es sind vor allem die komplexen Botschaften sowie vielfältigen Situationen, mit deren Auftreten im BuT-Kontext gerechnet werden muss. Mögliche Situationen sind z.B. die Eröffnung eines reaktiven Testergebnisses, die Weitergabe von Kompetenzen zu einem verbesserten Schutzverhalten genauso wie die Vermittlung der Bedeutung des HIV-Tests (und der diagnostischen Lücke).

Die Umsetzung der Aus- und Fortbildung baut auf einer Vorqualifikation auf, die außerhalb der Trainings für BuT erworben werden muss. Nach einem BuT-Grundlagentraining und einer begleiteten Vor-Ort-Phase sind dann mehrere Spezialisierungen in den BuT-Vertiefungsmodulen möglich, die zur Übernahme bestimmter Aufgabenbereiche qualifizieren (siehe folgende Seite).

Für diese Rollen / Funktionen werden zum Teil Ausbildungscurricula benötigt, die sich an den Betreuer- & Berater-Schulungen der Deutschen AIDS-Hilfe sowie den Ausbildungskonzepten des us-amerikanischen CDCs orientieren können.



Konzeption Qualitätssicherung

Durch die Fragebögen zur Risikoanamnese fallen Daten an, die bei einer sozialstatistischen Auswertung wertvolle Beiträge zur Präventionsforschung leisten können. Über eine längerfristige Auswertung der Fragebögen könnten sogar Trends im Sexual- und Schutzverhalten der MSM abgelesen werden können. Um die Aussagefähigkeit der Daten zu steigern, ist es sinnvoll, dass alle Anbieter von HIV-Schnelltests (unter dem Dach der DAH) einen einheitlichen Fragebogen verwenden, der zentral ausgewertet werden kann – selbstverständlich unter Einhaltung aller relevanten Datenschutzbestimmungen. Hierzu soll ein Austausch mit DAH, WZB und den Testanbietern erfolgen, der die Entwicklung eines einheitlichen Fragebogens ermöglicht.

Neben den Fragebögen zur Risikoanamnese bieten Erhebungen zur Mitarbeiter- und Teilnehmerzufriedenheit sowie Qualitätszirkel mit Mitarbeitern oder Vernetzungspartnern die Möglichkeit, wichtige Daten für die Verbesserung der Qualität zu gewinnen. Einer Befragung in der schwulen Szene kann zusätzlich die Funktion einer aktivierenden Befragung zugemessen werden.

Darüber hinaus sind alle notwendigen Maßnahmen der technischen Qualitätssicherung hinsichtlich der „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen und des Arbeitsschutzgesetzes zu beachten (vgl. Stellungnahme des RKI zur Einführung von HIV-Schnelltests in Gesundheitsämtern und AIDS-Hilfen, s. S. 32).

Zukunftsoptionen

Mehrere Optionen können nach dem geplanten Start des BuT-Projektes ca. ab Februar 2009 konzeptioniert werden:

Um MSM aus den beschriebenen Zielgruppen noch besser erreichen zu können, insbesondere wenn diese eine Zuwanderungsgeschichte haben, wäre die Integration von mehrsprachigen Mitarbeitern sinnvoll.

Des Weiteren könnte BuT auch mobil (in einem Beratungsmobil, s. S.23 f.) umgesetzt werden. Damit könnten Treffpunkte von MSM erreicht werden, die keinen abgegrenzten Bereich bieten, in denen BuT durchgeführt werden kann (z.B. kleine Darkroom-Bars oder Cruising-Areas).

Erweiterbar wäre das Konzept in seiner medizinischen Komponente noch hinsichtlich STI-Tests oder Hepatitis-Impfungen. Wobei hier das Erscheinen der Teilnehmer zu regelmäßigen Terminen zu gewährleisten ist. (Beim STI-Test: Zur Test-Abholung. Bei der Hepatitis Impfung: Zur 2. und 3. Impfung.)

Die Erfahrungen anderer Testanbieter haben gezeigt, dass der Öffentlichkeitsarbeit im Internet eine entscheidende Bedeutung zukommt. Erweiterungen, die über das Angebot einer statischen Webseite hinausgehen, sind hier denkbar, Z.B. mit einer Online-Terminvereinbarung für BuT, durch die auch bei offenen Angeboten Wartezeiten vermieden werden können.

Im Rahmen der Beratungs-Komponente könnte zukünftig noch ein anschließendes Safer-Sex-Coaching analog des Kopenhagener Konzepts angeboten werden.

Anhang

BuT beim Bundeswettbewerb Aidsprävention

Die vorliegende Konzeption des BuT-Projektes wurde im erstmals ausgeschriebenen Bundeswettbewerb Aidsprävention der höchstdotierte Preis zugesprochen. Die Jury wählte "BuT" zunächst aus über 100 eingereichten Projekten und dann aus 13 nominierten Siegerprojekten aus. Der Preis wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ausgelobt.

In seiner Laudatio stellte Dr. Dirk Sander (Abteilungsleiter des Bereichs "Strukturelle Prävention für schwule, bisexuelle und andere Männer, die Sex mit Männern haben", in der Deutschen Aids-Hilfe e.V.) die Überlegungen der Jury vor, die zur Verleihung des Preises an BuT geführt haben:

„Ich möchte Ihnen kurz die Hintergründe und die innovative Leistung des von der Jury prämierten Projekts "Beratung und Test" der Aids-Hilfe Nordrhein-Westfalen vorstellen.

Wir wissen, dass es eine große Gruppe von Männern gibt, denen es schwer fällt einen HIV-Test durchzuführen. In einer Befragung wurde z.B. festgestellt, dass Männer, die nicht auf HIV getestet sind, im Vergleich zu anderen eine signifikant schlechtere Beziehung zu ihrem Arzt, zu Beratungsangeboten und zur medizinischen Versorgung im Allgemeinen haben. Sie nutzen deshalb kaum die Angebote zur gesundheitlichen Vorsorge und im individuellen Risikomanagement verhalten sie sich häufig so, als seien sie HIV-Negativ und riskieren so unter Umständen sich und Andere. Bekannt ist auch, dass diese Männer häufig mit schweren inneren Ängsten kämpfen, möglicherweise HIV-positiv zu sein. Sie wissen oft nicht, wie sie mit einem positiven Testergebnis umgehen sollen. Die Durchführung eines HIV-Tests ist für sie auch aufgrund der langen Wartezeiten auf das Ergebnis teilweise unvorstellbar. Genau hier setzt das Projekt "Beratung und Test" ein.

Es soll zunächst ein niedrighschwelliges, also szenenahes, aufsuchendes, möglichst kostenloses Testangebot zu arbeitnehmerfreundlichen Zeiten etabliert werden. Es geht dabei aber nicht nur darum ein "Schnelltestangebot" zu machen. Vielmehr umfasst "Beratung und Test" zunächst eine Risikonanamnese, die die individuelle Reflexion des sexuellen Handelns und eine Verbesserung des Schutzverhaltens fördern soll. Falls sich in diesem Beratungsgespräch Risiken aus der Vergangenheit ergeben, wird ein Schnelltest durchgeführt, der in wenigen Minuten ein Ergebnis zeigen kann. Bei einem positiven Ergebnis würden sich bisher ein weiteres Beratungsgespräch und der Verweis auf einen spezialisierten Arzt ergeben.

Das eingereichte Projekt "Beratung und Test" geht an dieser Stelle aber einen wichtigen Schritt, welcher auch schon im Angebot kommuniziert wird und deshalb die Testbereitschaft erhöhen wird, weiter:

Den HIV-positiv-Getesteten wird nämlich ein ehrenamtlicher und speziell-geschulter "Lotse" aus der peergroup zur Seite gestellt, der sie in den nächsten Wochen "begleitet", ihnen hilft bei der ersten Verarbeitung des Testschocks und ihnen in dieser Zeit mit Rat und Tat zur Seite steht. Durch dieses Angebot können die beschriebenen Ängste vor dem Test abgebaut werden, man wird nicht mit seinen Fragen und Sorgen allein gelassen.

Die Jury lobt insbesondere diese innovative Idee des Lotseneinsatzes, der ein Alleinstellungsmerkmal gegenüber anderen, ähnlich gelagerten Projekten darstellt. Über den Zugang in der Szene werden nicht nur schwule Männer, sondern auch MSM mit hohem Beratungsbedarf erreicht. Beeindruckt hat uns auch, dass dieses Projekt sehr eng

an der Lebenswelt der Zielgruppe angelehnt ist und so deren individuellen Bedürfnissen gerecht wird. Das (Modell-) Projekt ist gut übertragbar und ein weiterer Baustein in der Bekämpfung der HIV-Epidemie bei der am meisten von HIV-bedrohten und -betroffenen Zielgruppe der Männer, die Sex mit Männern haben. Die Erfahrungen, die hier gesammelt werden, werden einen großen Einfluss auf die zukünftige Test-Angebotsstruktur haben.

Die Jury hat sich deshalb einstimmig dazu entschlossen, das Projekt mit einem Preisgeld von 10.000 Euro für die Anschaffung und Unterhaltung eines "Beratung und Test"-Mobils zu prämiieren. Hiermit wollen wir einen Beitrag zur Effektivität und Effizienz des Projektes leisten. Ich gratuliere Ihnen herzlich und wünsche Ihnen viel Erfolg bei der Umsetzung, Evaluation und Weiterentwicklung Ihrer Idee!"

Betr.: Stellungnahme zur Einführung von HIV-Schnelltests in Gesundheitsämtern und AIDS-Hilfen

Bearbeiter: Dr. U. Marcus, Dr. C. Kücherer

Qualitätssicherung bei der Einführung von HIV-Schnelltesten - Stellungnahme des RKI

Zur Anfrage des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales (Abteilung Gesundheits- und Veterinärwesen) nimmt das RKI wie folgt Stellung:

1. Anwendung von HIV-Schnelltesten in Deutschland

Das RKI sieht keine prinzipiellen Hinderungsgründe gegen den Einsatz von HIV-Schnelltesten in Deutschland, insbesondere sehen wir auch keine prinzipiellen Hinderungsgründe gegen den Einsatz von HIV-Schnelltesten im Rahmen der HIV/AIDS-Beratung. Es empfiehlt sich jedoch, vor der Einführung von HIV-Schnelltesten Maßnahmen der Qualitätssicherung festzulegen und diese dann nach Einführung kontinuierlich umzusetzen und in regelmäßigen Abständen zu evaluieren.

Generell ist bezüglich der Anwendung von Schnelltesten der spezifische Kontext des Einsatzes dieser Tests zu unterscheiden - Einsatz von Schnelltesten im Labor (z.B. für dringende Einzeluntersuchungen), im Rahmen der Beratung vor Ort (z.B. in Diskos, vor Saunen) oder der geplanten Anwendung durch den medizinischen Laien durch Bezug aus der Apotheke oder über das Internet. Eine Durchführung durch den ungeschulten Laien, insbesondere ohne medizinische Aufsicht, wird derzeit abgelehnt.

2. Vorbedingungen für den Einsatz/ das Angebot von HIV-Schnelltesten

Der Einsatz von HIV-Schnelltesten sollte unter ärztlicher Aufsicht erfolgen und die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sollten nachvollziehbar und festgelegt sein. Für eine hygienische Entsorgung potentiell infektiösen Materials muss gesorgt sein.

3. Welcher Personenkreis darf HIV-Schnellteste durchführen?

Im Rahmen der berufsmäßigen Ausübung der Heilkunde ist der direkte oder indirekte Nachweis eines Krankheitserregers für die Feststellung einer Infektion oder übertragbaren Krankheit bei Personen, die mit einem Krankheitserreger gemäß § 7 Infektionsschutzgesetz infiziert sind, insoweit nur Ärzten sowie unter ärztlicher Aufsicht tätigen Personen gestattet (§ 24 IfSG). Entsprechend geschultes medizinisches und paramedizinisches Personal -inklusive AIDS-Berater - unter ärztlicher Aufsicht. Schulungsbedarf sollte regelmäßig erhoben und die Durchführung von Schulungsmaßnahmen sollte dokumentiert werden.

4. Beurteilung der Anwendungssicherheit und Aussagekraft von HIV-Schnelltesten

Prinzipiell sehen wir keine Probleme hinsichtlich der Sicherheit und Aussagekraft von HIV-Schnelltesten bei Anwendung durch entsprechend geschultes Personal, bei fortlaufender Qualitätssicherung und regelrechter Materiallagerung und -entsorgung und wenn Blut oder Plasma als Probenmaterial genutzt wird. Bei der Verwendung von Oralexsudat/Speichel als Probenmaterial sind gehäuft falsch-positive und -negative Ergebnisse berichtet worden, so dass auch beim Einsatz von Schnelltesten, die prinzipiell eine Zulassung für solche Proben haben, nach Möglichkeit Blut/Plasma genutzt werden sollte. Probleme hinsichtlich Anwendungssicherheit und Aussagekraft würden wir sehen, wenn HIV-Schnelltesten als Heimteste durch ungeschulte Personen angewandt werden (siehe Anhang).

5. Möglichkeit falsch-positiver HIV-Testergebnisse

Die Möglichkeit falsch-positiver HIV-Testergebnisse bei Schnelltesten besteht selbstverständlich. Die Häufigkeit falsch-positiver Ergebnisse ist von der HIV-Prävalenz in der getesteten Population abhängig. Diese Möglichkeit muss bei der Mitteilung des Testergebnisses (HIV-Schnelltest ist reaktiv, nicht positiv!) berücksichtigt werden. Ein reaktives Schnelltestergebnis reicht nicht zur Diagnose einer HIV-Infektion aus. Es muss ebenso wie ein einmaliges positives Elisa-Testergebnis durch einen Bestätigungstest mit anderen Testeigenschaften als denen des zuerst eingesetzten Tests kontrolliert und bestätigt werden.

6. Möglichkeit falsch-negativer HIV-Testergebnisse durch Fehler beim Test-Handling

Prinzipiell besteht die Möglichkeit eines falsch-negativen Testergebnisses durch Anwendungsfehler. Bei der Mehrzahl der in Deutschland verwendeten Schnellteste gibt es jedoch interne Kontrollfenster/-streifen, die zumindest anzeigen, ob Probenmaterial korrekt aufgetragen wurde. Bei Anwendung durch geschultes Personal dürfte diese Fehlerquelle bei der Anwendung von Schnelltesten nicht wesentlich größer sein als bei der Testdurchführung in einem Labor. Falsch-negative Testergebnisse können, über eine falsche Handhabung des Testkits hinaus, durch Durchführung des Tests während der Serokonversionsphase auftreten, d.h. wenn noch nicht sicher Antikörper (und/oder Antigene) nachgewiesen werden können.

7. Information über Sensitivitätsunterschiede zwischen HIV-Schnelltesten der 3. Generation und einem HIV-Test der 4. Generation

Generell ist die zu testende Person auf die begrenzte Aussagekraft der Tests in der Serokonversionsphase sowie die Grenzen der frühesten Nachweisbarkeit einer HIV-Infektion hinzuweisen.

8. Bestätigung eines HIV-Schnelltestergebnisses

Falls ein HIV-Schnelltest ein reaktives Ergebnis zeigt, ist dieser Befund durch einen HIV-Bestätigungstest zu kontrollieren. Ein negatives HIV-Schnelltestergebnis muss nicht routinemäßig durch einen konventionellen HIV-Screeningtest bestätigt werden. Bei anamnestischen Hinweisen auf ein kurz zurückliegendes Infektionsrisiko (< 3 Monate) kann im Einzelfall eine Kontrolle

durch einen Screeningtest der 4. Generation sinnvoll sein, alternativ oder zusätzlich ist die Wiederholung des Tests zu einem späteren Zeitpunkt zu empfehlen.

9. Anwendung der „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (RiliBAEK 2007)“

Prinzipiell sind die Richtlinien zur Qualitätssicherung der Bundesärztekammer auch beim Einsatz von HIV-Schnelltesten anzuwenden. Bisher liegt dafür jedoch erst der allgemeine Teil der RiliBAEK vor. Dieser Teil beinhaltet Mindestanforderungen an die Qualitätssicherung, indem er die Erstellung und Einhaltung untersuchungsspezifischer SOP's fordert. Spezifische Bestimmungen zur Qualitätssicherung der Diagnostik von Krankheitserregern sind derzeit in Arbeit; deren Erscheinungstermin ist derzeit noch nicht abzusehen.

Mindestanforderungen an die Qualitätssicherung Aus unserer Sicht würden wir als Maßnahme der Qualitätssicherung vorschlagen, dass Einrichtungen, welche routinemäßig Schnellteste anwenden, eine schriftliche Verfahrensanleitung (Standard Operation Procedure - SOP) erstellen, die folgende Aspekte berücksichtigt:

- Keine Verwendung von Testen nach Ablauf des Verfallsdatums
- Schriftliche Dokumentation der Chargennummern der verwendeten Teste
- Sicherstellung der ordnungsgemäßen Lagerung
- Sicherstellung der eindeutigen Zuordenbarkeit von Test und getesteter Person
- Dokumentation der Test-durchführenden Person
- Beachtung der Herstellerangaben zur Entnahme und Auftragung des Probenmaterials
- Prüfung der Kontrollstreifen auf den entsprechenden Schnelltesten vor der Ergebnismitteilung
- Schriftliche Dokumentation der Testergebnisse inklusive Datum der Untersuchung
- Die Einhaltung der SOP sollte in regelmäßigen Abständen überprüft werden. Des Weiteren würden wir empfehlen:
- Dokumentation des Vorgehens bei reaktivem Schnelltest-Ergebnis
- Fortlaufende Dokumentation und regelmäßige Auswertung der Rate der
- Bestätigung reaktiver Schnelltestergebnisse

- Dokumentation und regelmäßige Auswertung des Anteils der nicht-mitgeteilten Ergebnisse von Bestätigungstesten (wegen Nicht-Wiedervorstellung des Klienten)

10. Teilnahme an externen Ringversuchen bei Durchführung von HIV-Schnelltesten

Die Teilnahme an externen Ringversuchen wird als zusätzliche Maßnahme der Qualitätssicherung empfohlen.

11. Eignung von HIV-Schnelltesten für den Einsatz außerhalb medizinischer Laboratorien

An Schnelltests werden teilweise andere bzw. zusätzliche Anforderungen als an „normale“ Tests gestellt. Die Zweckbestimmung eines Medizinproduktes, also in diesem Fall des „HIV-Schnelltests“, wird vom Hersteller des Tests vorgegeben. Die Entscheidung darüber, ob ein Schnelltest auch außerhalb eines medizinischen Laboratoriums eingesetzt werden kann, muss die Leitung der Testeinrichtung in eigener Verantwortung fällen.

12. Anwendbarkeit der Biostoffverordnung

Ob AIDS-Hilfen (ehrenamtliche Tätigkeiten?) in den Geltungsbereich des Arbeitsschutzgesetzes fallen oder nicht, kann von hieraus nicht beurteilt werden. Im Geltungsbereich des Arbeitsschutzgesetzes ist der Arbeitgeber verpflichtet, durch eine Ermittlung und Beurteilung der arbeitsbedingten Gefährdungen die notwendigen Schutzmaßnahmen festzulegen. Diese allgemeine Vorschrift wird für Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen in der Biostoffverordnung konkretisiert.

Blutentnahmen für HIV-Schnelltests sind (ungezielte) Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen und fallen unter die Biostoff-Verordnung. Die Gefährdungsbeurteilung ist nach § 8 BioStoffV vor Aufnahme der Tätigkeit durchzuführen. Es müssen tätigkeitsbezogene Informationen zu den vorkommenden Mikroorganismen, zu Betriebsabläufen und Arbeitsverfahren zu möglichen Übertragungswegen und Erfahrungen aus vergleichbaren Expositionssituationen berücksichtigt werden sowie die entsprechenden Vorgaben aus den technischen Regeln für biologische Arbeitsstoffe (z.B. TRBA 400 „Handlungsanleitung zur Gefährdungsbeurteilung und für die Unterrichtung der Beschäftigten bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen“).

Entsprechend dem Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung hat der Arbeitgeber die erforderlichen Schutzmaßnahmen zur Sicherheit und zum Gesundheitsschutz der Beschäftigten zu treffen.

Literaturrecherche zur **Anwendungssicherheit und Aussagekraft von HIV-Schnelltesten bei Anwendung durch ungeschulte Laien** Zu dieser Fragestellung gibt es bisher lediglich eine relevante wissenschaftliche Publikation. Eine Arbeitsgruppe in Singapur untersuchte die Akzeptanz und Machbarkeit selbst durchgeführter HIV-Schnelltests in einer Querschnittsstudie an zwei HIV-Testzentren des Landes (Lee VJ, Tan SC, Earnest A, Seong PS, Tan HH, Leo YS (2007): User acceptability and feasibility of self-testing with HIV rapid tests. *J Acquir Immune Defic Syndr* 45(4): 449-53). Eingeschlossen in die Studie waren sowohl HIV-positive als auch HIV-negative Personen (n=350).

Dabei zeigte sich, dass 98% der Teilnehmer es vorzogen, den HIV-Test in einer privaten Umgebung zu machen, Allerdings gaben die meisten Teilnehmer außerdem an, dass im Rahmen des Tests eine vertrauliche Beratung durch professionelle Berater („Counsellor“) unerlässlich sei. Fast 90% beurteilten den Test als einfach anzuwenden und die Gebrauchsanleitung als leicht verständlich. Trotzdem gelang es 85% der Teilnehmer nicht, den Testablauf in allen Schritten korrekt selbstständig durchzuführen. 56% hatten ungültige Testergebnisse, weil sie den vorgeschriebenen Testablauf nicht korrekt einhielten und durchführten. 12% konnten ihr Testergebnis nicht korrekt ablesen, wobei 2% ein positives und 7% ein negatives Testergebnis nicht richtig interpretierten. 10% wussten nicht, dass ein positives Testergebnis durch einen weiteren Test bestätigt werden muss. Jüngerer Lebensalter, höherer Bildungsstatus und bereits früher durchgeführte HIV-Tests waren mit besseren Ergebnissen korreliert.

Die in Eigenregie durchgeführten HIV-Tests wurden parallel durch Schnelltests überprüft, die von professionellen Beratern durchgeführt wurden. Deren Testergebnisse wiederum wurden durch HIV-Bestätigungstests überprüft, wobei sich für die von den Beratern durchgeführten Schnelltests sehr hohe Sensitivitäten und Spezifitäten ergaben (98,8% bzw. 99,6%).

Die Ergebnisse der Studie insgesamt können zunächst einmal dahingehend interpretiert werden, dass die Akzeptanz von Heimtests in Eigenregie prinzipiell groß ist. Bei der eigenständigen Durchführung der Schnelltests und der Interpretation der Testergebnisse fanden sich jedoch gravierende Einschränkungen. Die meisten Studienteilnehmer erachteten die begleitende professionelle Beratung („Counselling“) für notwendig. Eine allgemeine Anwendung von HIV-Schnelltests in Eigenregie wurde daher zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Studie (2007) in Singapur nicht empfohlen.

Eine aktuelle Auswertung einer Studie in England zeigte den **Bedarf für ausreichendes Training** zur Durchführung der Tests selbst bei medizinisch geschultem Personal (3 falsch-negative Ergebnisse durch Fehlbewertung; Zelin J, Garrett N, Saunders J, Warburton F, Anderson J, Moir K, Symonds M, Estcourt C; on behalf of the North East London Sexual Health Network Research Consortium. An evaluation of the Performance of OraQuick(R) ADVANCE Rapid HIV-1/2 Test in a high-risk population attending genitourinary medicine clinics in East London, UK. *Int J STD AIDS*. 2008 19(10): 665-667.

Verwendung von „Oral fluids“ als Probenmaterial bei HIV-Schnelltesten: In einer Mitteilung der US-amerikanischen CDC (CDC: False-positive oral fluid rapid HIV tests - New York City, 2005-2008. *MMWR* 2008; 57: Early release June 18, 2008) wird auf eine sehr stark schwankende Testperformance eines HIV-Schnelltests hingewiesen, bei dem orales Exsudat zur Testung verwendet wird. Es wird empfohlen, nur dann orales Exsudat zur Testung zu verwenden, wenn die Verwendung von Blut absolut nicht möglich ist.

Abkürzungen

- BuT = Beratung und Test, Landeskonzept
- DAH = Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- LIGA = Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW
- MAGS = Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen
- MSM = Männer, die Sex mit Männern haben
- ÖGD = öffentlicher Gesundheitsdienst
- s. n. S. = siehe nächste Seite
- STI = Sexual transmitted infection, sexuell übertragbare Infektionen
- VCT = Voluntary Counselling and Testing, "freiwillige Beratung und Testung"

Literatur

- Behrens, Marcus (o. Dat.): Schnelltest im MOM. Erste Ergebnisse aus der Befragung. Unveröffentlicht. Berlin.
- Bengel, Jürgen; Strittmatter, Regine; Willmann, Hildegard (2001): Was erhält Menschen gesund? Erweiterte Neuauflage. Köln.
- Bochow, Michael; Schmidt, Axel. J.; Grote, Stefanie (2007): Wie leben schwule Männer heute? Kurzfassung der Befragungsergebnisse Köln.
- Bochow, Michael; Wright, Michael T.; Lange, Michael (2004): Schwule Männer und Aids. AIDS-Forum DAH Band 48. Berlin.
- Brenner B.G.; Roger M.; Routy J.P. et al. (2007): High Rates of Forward Transmission Events after Acute/Early HIV-1 Infection. In: Journal of Infectious Diseases, Vol. 195 Nr. 7, S. 951–959.
- Bundesärztekammer (Hrsg.) (2008): Persönliche Leistungserbringung. URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3225> Stand 22.01.2009.
- Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.) (2007): Empfehlungen des BAG über die freiwillige HIV-Beratung und -Testung (VCT) unter Verwendung von HIV-Schnelltests an Teststellen. Bern.
- Bundesministerium für Gesundheit; Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung; Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2007): Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung. 3. Auflage. URL: <http://www.bmz.de/de/service/infothek/buerger/themen/HIVBReg.pdf> Stand: 07.04.2008.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) (2007): Der HIV-Test: Positionen und Standards der Aidshilfen. Unveröffentlichter Sachbericht zum Konzepttreffen. Berlin.
- Dieterich, Michael (2006): Laienkompetenz. In: Seelsorge, Ausgabe 2, S. 41 – 49.
- Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen (Hrsg.) (2008): HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös. URL: http://www.saez.ch/pdf_d/2008/2008-05/2008-05-089.PDF Stand: 07.04.2008.
- Facius, Sascha (2007): Bareback – zwischen Fetisch und Pathologie? Unveröffentlichte Diplomarbeit. Köln.
- Gunzelmann, Thomas; Schiepek, Günter; Reinecker, Hans (1987): Laienhelfer in der psychosozialen Versorgung. In: Gruppendynamik, Vol 18 Nr. 4, S. 361 – 384.
- Herringer, Norbert (o. Dat.): Grundlagentext Empowerment. URL: <http://www.empowerment.de/grundlagentext.html> Stand: 07.04.2008
- Volkert, Ramona (Hrsg.) (2006): HIV-Test ist Prävention. In HIV & More. Ausgabe 3 / 2006. S. 9.
- Hiv Vereniging Nederland (Hrsg.) (2007) (a): A Checkpoint coordinator on the way things work. URL: http://hivnet.org/index.php?option=com_content&task=view&id=4142&Itemid=343 Stand: 07.04.2008.
- Hiv Vereniging Nederland (Hrsg.) (2007) (b): How does checkpoint work?. URL: http://hivnet.org/index.php?option=com_content&task=view&id=4138&Itemid=343 Stand: 07.04.2008.
- Hiv Vereniging Nederland (Hrsg.) (2007) (c): OraQuick Oral Fluid test. URL: http://hivnet.org/index.php?option=com_content&task=view&id=4144&Itemid=343 Stand: 07.04.2008.

- Jost, Josef; Bernasconi E. (2000): Der HIV-Antikörper-Schnelltest. In: Schweizerische Ärztezeitung. Vol. 81. Nr. 37, S. 2077 – 2078.
- Knoll, Christopher (2007): Der HIV-Schnelltest in der Praxis. In: HIV & more. Ausgabe 3/2007, S. 46 – 47.
- Koevoets, William; Loon, Stan van (2007): Annual report 2006. URL: http://hivnet.org/downloads/pdf/annual_report_checkpoint_2006.pdf Stand: 07.04.2008.
- Koevoets, William; Loon, Stan van (2004): 15th International Aids Conference – Bangkok 2004. Track C 04 Learning serostatus: making HIV testing accessible. URL: <http://hivnet.org/downloads/pdf/Abstract%20Checkpoint%20-%20Bangkok%202004.pdf> Stand: 07.04.2008.
- Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Hrsg.) (2007): HIV-Schnelltests im ÖGD?. Unveröffentlichtes Protokoll. Münster.
- Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Hrsg.) (2004): Gesundheitsziele NRW. URL: http://www.loegd.nrw.de/gesundheitspolitik/land_nrw/gesundheitsziele-nrw/frameset.html Stand: 07.04.2008.
- Muenchner Aidshilfe e.V. (Hrsg.) (o. Dat.): Checkpoint München. URL: <http://www.muenchner-aidshilfe.de/index.php?sid=&ord=beratung&dat=checkpoint> Stand: 27.05.2008.
- Niekrentz, Claus (2007): Einrichtung und Erprobung eines ehrenamtlichen Lotsennetzwerks zur Rückfallprävention nach stationärem Klinikaufenthalt im Land Brandenburg. URL: http://www.blsev.de/fileadmin/user_upload/Geschaeftsstelle/Lotsenkonzept_Endfassung.pdf Stand: 07.04.2008.
- Robert Koch Institut (Hrsg.) (2006): Epidemiologisches Bulletin. Sonderausgabe B. URL: http://www.rki.de/cln_042/nn_208946/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2006/Sonderausgaben/B__2006,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/B_2006.pdf Stand: 07.04.2008.
- Robert Koch Institut (Hrsg.) (2008): Qualitätssicherung bei der Einführung von HIV-Schnelltesten. Unveröffentlichte Stellungnahme.
- Schmidt, Axel J.; Markus, Ulrich; Hamouda, Osamah (2007): KABaSTI-Studie. Berlin.
- Strohmeier, Peter; Kersting, Volker (2003): Segregierte Armut in der Stadtgesellschaft. In: Informationen zur Raumentwicklung. Heft 3 / 4 2003.
- UNAIDS (Hrsg.) (2000): Voluntary Counseling and Testing (VCT). Technical Update. Genf.
- WHO (Hrsg.) (2003): Rapid Assessment and Response - Technical Guide TG-RAR. URL: <http://www.who.int/docstore/hiv/Core/Contents.html> Stand 07.04.2008.
- Yerli, S. et al. (2001): Acute HIV infection: impact on the spread of HIV and transmission of drug resistance. URL: http://www.infekt.ch/updown/documents/publ/2001/yerly_2001_aids.pdf Stand: 07.04.2008.

Endnoten

- ¹ Bundesministerium für Gesundheit et al. (Hrsg.) (2007).
- ² vgl. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Hrsg.) (2004).
- ³ Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Hrsg.) (2007).
- ⁴ Vgl. Robert Koch-Institut (2008), Bundesärztekammer (2008).
- ⁵ Schmidt, Axel J. et al. (2007), S. 60.
- ⁶ Schmidt, Axel J. et al. (2007), S. 92 f.
- ⁷ Schmidt, Axel J. et al. (2007), S. 88: 40 % der Männer ohne HIV-Infektion sind hierzu bereit.
- ⁸ Schmidt, Axel J. et al. (2007), S. 88: 50 % der Männer ohne HIV-Infektion / mit weniger als 10 Sexualpartnern im Jahr sind hierzu bereit.
- ⁹ Schmidt, Axel J. et al. (2007), S. 60: 28 % der Männer ohne HIV-Infektion sind hierzu bereit.
- ¹⁰ Schmidt, Axel J. et al. (2007), S. 60: 8 % der Männer ohne HIV-Infektion sind hierzu bereit.
- ¹¹ Schmidt, Axel J. et al. (2007), S. 60: 78 % der Männer ohne HIV-Infektion, 75 % der ungetesteten MSM.
- ¹² Schmidt, Axel J. et al. (2007), S. 102.
- ¹³ Schmidt, Axel J. et al. (2007), S. 102.
- ¹⁴ Yerli, S. et al. (2001), S. 1 f..
- ¹⁵ Brenner B.G.; Roger M.; Routy J.P. et al. (2007). S. 957.
- ¹⁶ Brenner B.G.; Roger M.; Routy J.P. et al. (2007). S. 957.
- ¹⁷ Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) (2007).
- ¹⁸ Robert Koch Institut (Hrsg.) (2006), S. 4.
- ¹⁹ Schmidt, Axel J. et al. (2007), S. 81.
- ²⁰ Vgl. Schmidt, Axel J. et al. (2007), S. 76.
- ²¹ Vgl. Schmidt, Axel J. et al. (2007), S. 76.
- Schmidt, Axel J. et al. (2007), S. 58.
- ²³ Schmidt, Axel J. et al. (2007), S. 58.
- ²⁴ Bochow et al. (2004), S. 132.
- ²⁵ Bochow et al. (2004), S. 132.
- ²⁶ Bochow et al. (2004), S. 135.
- ²⁷ Bochow et al. (2004), S. 133, 159.
- ²⁸ Bochow et al. (2004), S. 136.
- ²⁹ Vgl. Bochow et al. (2007), S. 4.
- ³⁰ Vgl. Bochow et al. (2007), S. 4.
- ³¹ Schmidt, Axel J. et al. (2007), S. 102.
- ³² Herringer, Norbert(o. Dat.)
- ³³ Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.) (2007), S. 4 – 6,
- ³⁴ UNAIDS (Hrsg.) (2000), S. 5,
- ³⁵ Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.) (2007), S. 8,
- ³⁶ UNAIDS (Hrsg.) (2000), S. 9.
- ³⁷ UNAIDS (Hrsg.) (2000) ,S. 11.
- ³⁸ Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.) (2007), S. 7 – 9.
- ³⁹ Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.) (2007), S. 10.
- ⁴⁰ UNAIDS (Hrsg.) (2000), S. 4 f..
- ⁴¹ Niekrentz (2007), S. 7, S. 14.
- ⁴² WHO (Hrsg.) (2003).

-
- ⁴³ WHO (Hrsg.) (2003), 3.2, besonders 3.2.10
- ⁴⁴ WHO (Hrsg.) (2003), 4.4, 4.8.
- ⁴⁵ WHO (Hrsg.) (2003), 9.3.
- ⁴⁶ WHO (Hrsg.) (2003), 2.8, 4.12, 8.8.
- ⁴⁷ WHO (Hrsg.) (2003), 2.2.
- ⁴⁸ Vgl. Dieterich, M. (1999).
- ⁴⁹ Gunzelmann et al. (1987), S. 372 f.
- ⁵⁰ Gunzelmann et al. (1987), S. 379.
- ⁵¹ Vgl. Gunzelmann et al. (1987), S. 373 .
- ⁵² Wörtlich entnommen aus: Facius, Sascha (2007)
- ⁵³ Koevoets, William; Loon, Stan van (2004), S. 1., S. 2.
- ⁵⁴ Koevoets, William; Loon, Stan van (2004), S. 1.
- ⁵⁵ Hiv Vereniging Nederland (Hrsg.) (2007) (c).
- ⁵⁶ Koevoets, William; Loon, Stan van (2004), S. 3.
- ⁵⁷ Hiv Vereniging Nederland (Hrsg.) (2007) (b).
- ⁵⁸ Koevoets, William; Loon, Stan van (2004), S. 3.
- ⁵⁹ Hiv Vereniging Nederland (Hrsg.) (2007) (b).
- ⁶⁰ Koevoets, William; Loon, Stan van (2004), S. 3. / Hiv Vereniging Nederland (Hrsg.) (2007) (a).
- ⁶¹ Koevoets, William; Loon, Stan van (2004), S. 3.
- ⁶² Koevoets, William; Loon, Stan van (2007), S. 15.
- ⁶³ Hiv Vereniging Nederland (Hrsg.) (2007) (c).
- ⁶⁴ Münchner AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) (o. Dat.)
- ⁶⁵ Knoll, Christopher (2007), S. 46.
- ⁶⁶ Knoll, Christopher (2007), S. 47.
- ⁶⁷ Behrens, Marcus (o. Dat.).
- ⁶⁸ Jost, Josef; Bernasconi E. (2000), S. 2077 f.
- ⁶⁹ Strohmeier, Peter; Kersting, Volker (2003), S. 243.
- ⁷⁰ Schmidt, Axel J. et al. (2007), S. 59.
- ⁷¹ Volkert, Ramona (Hrsg.) (2006), S. 9.