

Wissenschaftliche Begleitung des Zentrums für Sexuelle Gesundheit und Medizin „Walk In Ruhr“ in Bochum – Phase 2

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Förderkennz.: Kap. 1504 Titel 686 01
Laufzeit: 01.02.2017 – 31.07.2019

Abschlussbericht zu Teilprojekt 1

Martina Schu, FOGS
Kristina Enders, FOGS
Dr. Peter Tossmann, delphi
Fabian Leuschner, delphi
Benjamin Jonas, delphi
Prof. Dr. Marylyn M. Addo, UKE (Beratung)

Köln/Berlin, im Januar 2020

Projektnummer: 910/2016

Vorhaben und Verantwortliche

Projekttitel: Wissenschaftliche Begleitung des Zentrums für Sexuelle Gesundheit und Medizin – „Walk in Ruhr“ in Bochum (WIR)

Förderkennzeichen: Kap. 1504 Titel 686 01

Laufzeit: 01.02.2017 – 31.07.2019

Fördersumme: 419.818,00 Euro, davon 142.100 Euro zur Weiterleitung ans WIR.

Dieser Bericht betrifft ausschließlich die wiss. Begleitung des WIR. Über die im Jahr 2018 vorgenommenen Erweiterungen (Situationsanalyse zu Partner*innen-Benachrichtigung bei STI in Deutschland – verantwortlich FOGS; Wissenschaftliche Begleitung Checkpoint-Plus-Projekte – verantwortlich delphi) wird je separat berichtet.

Projektleitung und -mitarbeitende:

Das Vorhaben wird von einer Arbeitsgruppe aus Wissenschaftler*innen von FOGS Köln, delphi Berlin und UKE Hamburg realisiert. Die Gesamtprojektleitung liegt bei FOGS.

- FOGS, Gesamtprojektleitung und –koordination: Martina Schu
Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH
Hansaring 115, 50670 Köln
Tel.: 0221/973101-22, E-Mail: schu@fogs-gmbh.de
- Delphi, verantwortlich: Dr. Peter Tossmann
delphi Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH
Kaiserdamm 8, 14057 Berlin
Tel. 030/394097-81, E-Mail: tossmann@delphi-gesellschaft.de
- UKE: Prof. Dr. Marylyn Addo
Uniklinik Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Infektionsforschung
Martinistraße 52, 20246 Hamburg
Tel. 040/7410-5299, E-Mail: m.addo@uke.de

In Köln arbeitete seit dem 01.08.2016 Martina Schu an dem Projekt. Die wissenschaftliche Mitarbeit lag bei Günter Schlanstedt (01.08.2016 – 31.03.2017), Dr. Anabel Kuntz (01.03.2017 – 31.10.2017) und seit Februar 2018 bei Kristina Enders (alle: Sozialwissenschaftler*innen). Das Kölner Team wurde unterstützt von Janine Teuber (B.Sc. Sozialwissenschaften), administrative Arbeiten liegen bei Anne Gehrman.

In Berlin waren seit August 2016 beteiligt: die Dipl.-Psychologen Dr. Peter Tossmann und Benjamin Jonas (bis 15.04.2019) und Fabian Leuschner (seit 16.04.2019) – unterstützt von Ariane Pucka (Hilfskraft).

In Hamburg arbeiteten die Medizinerinnen Mary Wachira (bis März 2017) durchgehend Prof. Dr. Marylyn Addo im Projekt mit, seit April 2017 wurde die Mitarbeit des UKE bedarfsbezogen angepasst, seither wird die Projektgruppe durch Prof. Dr. Marylyn Addo beraten.

Die Studiengruppe wurde mit Start der wissenschaftlichen Begleitung des Zentrums für Sexuelle Gesundheit und Medizin konstituiert und stimmte sich eng in allen Fragen der wissenschaftlichen Begleitung ab. Beratung und Supervision lagen bei Prof. Dr. Rudolf Schmid.

Inhaltsverzeichnis

Kap.		Seite
	VORHABEN UND VERANTWORTLICHE	I
	INHALTSVERZEICHNIS	II
	DANKSAGUNG	1
	ZUSAMMENFASSUNG	2
1	EINLEITUNG	10
2	ERHEBUNGS- UND AUSWERTUNGSMETHODIK	11
2.1	Sekundäranalysen und (Vor-Ort-)Recherchen	11
2.2	Bestandsaufnahme und Fokusgruppengespräche mit Beschäftigten und Leitung (2017)	11
2.3	Zielkatalog und Evaluationskonzept	12
2.4	Auftakt und Projektgruppentreffen	13
2.5	Lenkungsgruppe	13
2.6	Quantitatives Dokumentationsinstrumentarium	14
2.6.1	Erstbefragung von Klient*innen/Patient*innen/Nutzer*innen	14
2.6.2	Fallbezogene Leistungsdokumentation (L-Dok)	15
2.6.3	Übergreifende Tätigkeitsdokumentation	16
2.6.4	Einbezug medizinischer Parameter	16
2.6.5	Dokumentation von Veranstaltungen	17
2.6.6	Nachbefragung von Nutzer*innen	18
2.7	Qualitative Untersuchungsschritte	18
2.7.1	Leitfadengestützte Einzelinterviews mit Klient*innen	19
2.7.2	Leitfadengestützte Gespräche mit Beschäftigten und Leitungspersonen	19
2.7.3	Leitfadengestützte Interviews mit Versorgungsbeteiligten in Bochum	20
2.7.4	Leitfadengestützte Interviews mit Zuwendungsgebern und Kostenträgern von WIR-Akteuren	20
2.8	Austausch mit Expert*innen, Besuch von Fachtreffen	21
2.9	Auswertungsmethodik	21
2.10	Limitationen der Evaluation	22
3	DURCHFÜHRUNG ARBEITS- UND ZEITPLAN, ZIELERREICHUNG	25
4	ERGEBNISSE	30
4.1	Entwicklung „Walk in Ruhr“ in Bochum	30
4.1.1	Die Akteure im „Walk in Ruhr“	32
4.1.2	Finanzierung	41
4.2	Nutzer*innen des Zentrums	43
4.2.1	Soziodemografische und weitere Merkmale	44
4.2.2	Risikoverhalten	47

4.2.3	Teilzielgruppen im Walk in Ruhr (WIR) - Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin	50
4.2.4	Entwicklung der Inanspruchnahme des WIR nach Umfang und Art der Nutzer*innen	57
4.3	Das Angebotsspektrum im WIR	62
4.3.1	Angebote im WIR	63
4.3.2	Leistungsprofil im WIR: Fallübergreifende Tätigkeiten und fallbezogene Leistungen	69
4.3.3	Evaluation ausgewählter Aspekte	114
4.4	Partizipation und Sicht der Nutzer*innen	131
4.5	Gender Mainstreaming Aspekte	142
5	DISKUSSION DER ERGEBNISSE	144
5.1	Zielerreichung	144
5.1.1	Individuell-fallbezogene Ebene	144
5.1.2	Organisationsebene	160
5.1.3	Regionale Ebene	170
5.2	Zusammenfassendes Fazit	175
6	VERWERTUNG DER PROJEKTERGEBNISSE (NACHHALTIGKEIT/ TRANSFERPOTENTIAL)	179
7	VERBREITUNG UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT DER PROJEKTERGEBNISSE	183
8	PUBLIKATIONSVERZEICHNIS	183
9	LITERATUR	184
10	GLOSSAR	188
11	ANHANG	190
	ANHANG INSTRUMENTE	198

Tabellenverzeichnis

Tab.	Seite
Tab. 1: Grundfinanzierung der Akteure	41
Tab. 2: Soziodemografische Merkmale der teilnehmenden Klient*innen insgesamt, sowie nach Einrichtung des Erstkontakts* (N = 3.518)	45
Tab. 3: Anteil der WIR-Nutzer*innen mit zurückliegenden STIs (n = 3.318)	46
Tab. 4: Anteil der WIR-Nutzer*innen mit Substanzkonsum zum/beim Sex (n = 3.261)	47
Tab. 5: Anteil der Nutzer*innen mit Erstkontakt zu Einrichtungen des WIR (N = 3.518)	52
Tab. 6: Teilzielgruppen nach Lebensalter, Geschlecht, subjektiver Gesundheitszustand und Lebensqualität	54
Tab. 7: Teilzielgruppen – Verteilung Zugänge und Besuchsgründe	56
Tab. 8: Öffnungs- und Angebotszeiten im WIR (Stand Mai 2019)	63
Tab. 9: Angebote im WIR	65
Tab. 10: Dokumentierte STI-Untersuchungen aller testenden Einrichtungen des WIR (im Jahr 2018, N = 4.134)	79
Tab. 11: Gender und durchschnittliches Alter von Nutzer*innen mit der Leistung „STI Test“ (nach dokumentierender Einrichtung, im Jahr 2018)	80
Tab. 12: Nutzer*innen mit der Leistung „STI Test“ nach Zielgruppen des WIR im Jahr 2018 (Mehrfachzuordnung von TN möglich)	81
Tab. 13: Patient*innen mit STI-Labortest nach Zielgruppen des WIR im Jahr 2018 (Mehrfachzuordnung von Personen möglich)	84
Tab. 14: Gender und durchschnittliches Alter von Patient*innen mit STI-Labortest (im Jahr 2018, N = 2.578)	85
Tab. 15: Dokumentierte Leistungen der Ambulanz nach den fünf höchsten Reichweiten (im Jahr 2018, N = 20.449)	86
Tab. 16: Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung durch verschiedene Zielgruppen des WIR im Jahr 2018 (Mehrfachzuordnung von Personen möglich)	87
Tab. 17: Vergleich HIV-Patient*innen nach Diagnosestatus (N = 3.518)	92
Tab. 18: STI-Ko-Infektionen bei HIV-Patient*innen – Screening, Behandlung und Behandlungserfolg (N = 813)	95
Tab. 19: Dokumentierte fallbezogene psychosoziale Leistungen nach Reichweiten und dokumentierenden Einrichtungen (im Jahr 2018, N = 880)	97
Tab. 20: Inanspruchnahme der psychosozialen Versorgung (PSV) durch verschiedene Zielgruppen des WIR im Jahr 2018 (Mehrfachzuordnung von Personen [Pers.] möglich)	99
Tab. 21: Von Psychotherapeut*innen dokumentierte Psychotherapie im WIR Zentrum (im Jahr 2018, N = 123)	101

Tab. 22 :	Klient*innen in Psychotherapie im WIR	102
Tab. 23:	Dokumentierte Leistung im Kontext PrEP im WIR (im Jahr 2018, N = 268)	120
Tab. 24:	Vergleich WIR-Klient*innen mit Klient*innen mit einer Leistung im Kontext PrEP im WIR bzw. PrEP-Nutzer*innen nach Zugang (im Jahr 2018, N = 2.578)	121
Tab. 25:	Vergleich WIR-Klient*innen mit Klient*innen mit Leistung PrEP bzw. PrEP-Nutzer*innen nach Soziodemografie (im Jahr 2018, N = 2.578)	121
Tab. 26:	Angaben zu Wunschöffnungszeiten im Rahmen der Nachbefragung inkl. Kennzeichnung der regulären Öffnungszeiten des WIR (N = 416)	134
Tab. 27:	Ziele der Evaluation und Indikatoren der Zielerreichung (Antrag vom Mai 2016)	190

Abbildungsverzeichnis

Abb.	Seite
Abb. 1: Realisierter Arbeits- und Zeitplan – Phase 1 und Phase 2	29
Abb. 2: Anteil der WIR-Nutzer*innen mit sexuellen Risikosituationen in den letzten sechs Monaten (n = 3.263)	48
Abb. 3: Zugangswege zum WIR „Wie sind Sie auf unser Angebot aufmerksam geworden?“ (n = 3.282)	49
Abb. 4: Gründe für die Nutzung des WIR (n = 3.331)	50
Abb. 5: Entwicklung der Anzahl aktiver Klient*innen im WIR im Zeitverlauf	57
Abb. 6: Anteil von Teilzielgruppen an der Gesamtpopulation pro Quartal – Soziodemografische Merkmale; ausschließlich Erstaufnahmen (N = 2.120)	58
Abb. 7: Anzahl der Aufnahme unterschiedlicher Teilzielgruppen pro Quartal – Soziodemografische Merkmale; ausschließlich Erstaufnahmen (N = 2.120)	59
Abb. 8: Anteil ausgewählter Teilzielgruppen an der Gesamtpopulation pro Quartal; ausschließlich Erstaufnahmen (in %, N = 2.120)	60
Abb. 9: Anzahl der Aufnahme ausgewählter Teilzielgruppen pro Quartal; ausschließlich Erstaufnahmen (N = 2.120)	61
Abb. 10: Zugangswege der Neu-Klient*innen von Mai 2017 bis Dez 2018 (in % der aufgenommenen Personen pro Monat, N = 2.269)	62
Abb. 11: Personalressourcen des WIR nach Berufsgruppen und Einrichtungen (Juni 2019)	68
Abb. 12: Dokumentierte Arbeitszeit: fallbezogene Leistungen und fallübergreifende Tätigkeiten zwischen 21.01. und 15.02.2019 (T-Dok und L-Dok; n = 5.684 Einträge; 327,5 Arbeitstage)	70
Abb. 13: Verteilung fallbezogene Leistungen und übergreifende Tätigkeiten nach Anteil Nennungen und Zeitaufwand (T-Dok und L-Dok; n = 5.684 Einträge; 2.620,2 Stunden)	71
Abb. 14: Verteilung Leistungen und Tätigkeiten nach WIR-Einrichtung – inkl. Administration (T-Dok und L-Dok; n = 5.684 Einträge; 2.620,2 Stunden)	71
Abb. 15: Verteilung Leistungen und Tätigkeiten nach Berufsgruppen – ohne Administration (T-Dok und L-Dok; n = 4.901 Einträge; 1.922,6 Stunden)	72
Abb. 16: Leistungen und Tätigkeiten aller WIR-Einrichtungen und Berufsgruppen nach Reihenfolge (T-Dok und L-Dok; 32 Mitarbeitende, n = 5.684 Einträge; 2.620,2 Stunden)	73
Abb. 17: Anzahl der Labortests nach STI im Untersuchungszeitraum (N = 19.165)	82
Abb. 18: Durchgeführte und positive STI-Labortests pro Quartal (N = 19.165)	83
Abb. 19: (Positiv) auf STI getestete Personen pro Quartal (N = 1.736)	83

Abb. 20:	HIV Laborergebnisse: (vorerst) letzter Kontrolltermin in der Ambulanz (ohne neuinfizierte Patient*innen)	88
Abb. 21:	Laborergebnisse zu HI-Viruslast bei HIV-Patient*innen im Zeitverlauf	89
Abb. 22:	Laborergebnisse zu CD4 Zellen bei HIV-Patient*innen im Zeitverlauf	89
Abb. 23:	Patient*innen mit HIV-Neuinfektionen im Untersuchungszeitraum (N = 42)	90
Abb. 24:	HIV-Neuvorstellungen und CD4-Zellen (N = 42)	91
Abb. 25:	Anzahl STI-Labortests sowie Anzahl und Anteil positiver Testergebnisse pro Quartal (bei HIV-Patient*innen, n = 813)	94
Abb. 26:	Fallübergreifende Kooperation im WIR – nach Kooperationspartner interne Einrichtung und externe Stelle (n = 27 Fachkräfte, Angaben in Stunden gesamt)	104
Abb. 27:	Dokumentierte mit anderen WIR-Akteuren gemeinsam erbrachte Leistungen und Tätigkeiten aller WIR-Einrichtungen nach Einrichtung in Prozent der dokumentierten Arbeitszeit (T-Dok und L-Dok; 32 Mitarbeitende, n = 5.684 Einträge; 2.620,2 Stunden)	105
Abb. 28:	Inanspruchnahme von WIR-Einrichtungen (gesamter Zeitraum, N = 3.518)	106
Abb. 29:	Wege von erster genutzter Einrichtung zu zweiter genutzter Einrichtung (gesamter Zeitraum, N = 3.518)	107
Abb. 30:	Nutzung von mehr als einer Einrichtung im WIR und Dauer bis zur zweiten Einrichtung (im Jahr 2018, n = 2.578)	108
Abb. 31:	Entwicklung fallbezogener Kooperation: Anzahl und Anteil der versorgten Klient*innen mit mindestens einer dokumentierten gemeinsam erbrachten Leistung pro Monat (Jahr 2018, n = 2.587)	110
Abb. 32:	Fallbezogener Austausch nach Art der kooperierenden Einrichtung (Jahr 2018, Angaben in Prozent pro Monat, Gesamt N = 2.587)	111
Abb. 33:	Entwicklung von Vermittlungen (im Jahr 2018, Angaben in Prozent pro Monat, Gesamt N = 2.587)	111
Abb. 34:	Teilzielgruppen und professioneller Kontakt (Austausch und Vermittlung; Jahr 2018, Angaben in Prozent, Gesamt-N = 599)	113
Abb. 35:	Entwicklung der Neufälle mit Beteiligung der Health Adviser nach Quartalen (April 2017 – Dezember 2018)	116
Abb. 36:	Fallbezogene Leistungen (rot, rot-blau) und übergreifende Tätigkeiten (blau) der Health Adviser (Anteil an der dokumentierten Arbeitszeit; 21.01. – 15.02.2019)	117
Abb. 37:	Fallbezogene Leistungen Health Adviser (Jahr 2018, n = 433 Fälle und 264,2 Stunden über L-Dok dokumentierte Leistungen)	118
Abb. 38:	Beurteilung der Umsetzung von Health Advising in der Nachbefragung (Angaben in Prozent, n = 17)	119
Abb. 39:	Partner Notification Karte (Vorder- und Rückseite, Bsp.)	123
Abb. 40:	Partner*innen-Benachrichtigung im Jahr 2018 nach Fallzahl und Monat inkl. Positivrate in Prozent (N = 508)	124
Abb. 41:	Patient*innen mit positivem STI-Laborbefund nach Partner*innen-Benachrichtigung (2018; N = 321)	125

Abb. 42:	Partner*innen-Benachrichtigung nach Fallzahl 2018 und nach Teststatus (N = 508)	125
Abb. 43:	Partner*innen-Benachrichtigung (PB) – Mehrfachansprachen nach Fallzahl und Berufsgruppe (2018; N = 508 Fälle mit insg. 531 Ansprachen)	126
Abb. 44:	Positiv Getestete nach Fallzahl und nach PB-Beratung (N = 91)	127
Abb. 45:	Medication Adherence Report Scale (MARS) (n = 211 TN mit vollständigen Angaben)	129
Abb. 46:	Anteil der HIV-Patient*innen mit Laborkontrolle im Jahr 2018 (N = 804)	130
Abb. 47:	HIV-Patient*innen mit Viruslast über der Nachweisgrenze in Folgeuntersuchung (N = 813)	131
Abb. 48:	Relevanz verschiedener Aspekte aus Sicht der Nutzer*innen nach Rangfolge (n = 300 – 402)	135
Abb. 49:	Bestandsklient*innen nach Beurteilung der Veränderung (N = 218; in den Balken: Angaben zur Anzahl der jeweiligen Angaben)	137
Abb. 50:	Einschätzung der Klient*innen zur Versorgung nach Fallzahl (N = 431)	138
Abb. 51:	Beurteilung der ärztlichen Behandlung in der Nachbefragung (n = 229)	139
Abb. 52:	Bewertung der Zusammenarbeit im WIR (Anzahl und Anteil, n = 324)	140
Abb. 53:	Zufriedenheit der Teilnehmenden an der Nachbefragung mit dem WIR insgesamt (Anzahl und Anteil, n = 431)	141
Abb. 54:	Weiterempfehlungsabsicht der Teilnehmenden an der Nachbefragung (N = 431)	141
Abb. 55:	Geschlechterverteilung im Zeitverlauf (Neuaufnahmen, gesamter Zeitraum, Anzahl und Verteilung in Prozent je Monat; n = 3.494)	142
Abb. 56:	Präventionskonzept des WIR – erstmalig vorgestellt auf dem STI-Kongress 2018	197

Danksagung

Wir bedanken uns beim Bundesministerium für Gesundheit für die Möglichkeit, die Entwicklung dieses spannenden Projekts begleiten zu können.

Und wir bedanken uns beim WIR. Alle im WIR arbeitenden Personen haben zwei Jahre lang sehr viele Daten zusammengetragen und erhebliche Zeit dafür aufgewendet. Sie haben mit uns gesprochen, uns Einblick gewährt und uns so teilhaben lassen. Deshalb gilt ihnen allen an dieser Stelle großer Dank.

Ebenso gilt herzlicher Dank auch den vielen Nutzer*innen, Klient*innen, Patient*innen, die bereitwillig ihre Daten zur Verfügung stellten, Fragebogen beantwortet und/oder mit uns gesprochen haben.

Und schließlich gilt Dank allen weiteren in der Evaluation beteiligten und diese unterstützenden Fachpersonen, darunter Versorgungsbeteiligte in Bochum, Zuwendungsgebern, Krankenkassen, Kassenärztlicher Vereinigung und weiteren das Zentrum bzw. seine Akteure finanzierenden Stellen sowie Fachkolleg*innen aus ganz Deutschland, den Niederlanden und England, die uns von ihren Erfahrungen berichteten und viele Fragen mit uns diskutiert haben.

Zusammenfassung

Das „Walk in Ruhr“ (WIR) – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin in Bochum wurde im Frühjahr 2016 eröffnet und bietet seither ein breites Spektrum an Aufklärung, Diagnostik, Therapie und psychosozialer Versorgung für Menschen mit sexuell übertragbaren Infektionen (STI) bzw. einem Risiko dafür. Dies wird durch die Zusammenarbeit von sechs unabhängigen Einzelorganisationen realisiert: (1) die Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie der Ruhr-Universität Bochum, (2) die Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts Bochum und (3) die Aidshilfe Bochum e. V. als dort angesiedelte Institutionen sowie (4) Madonna e. V., (5) pro familia e. V. und (6) Rosa Strippe e. V. mit punktuell im Zentrum präsenten Angeboten. Der Aufbau des WIR gelang auf Basis einer positiven Trägerhaltung und mit mehrfacher finanzieller Unterstützung durch Kirchengemeinde, Bistum, Träger, Stadt und Land.

Angesichts des innovativen Charakters dieses Modells einer integrierten Versorgung im Bereich HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen, hat das Bundesministerium für Gesundheit die wissenschaftliche Begleitung des WIR gefördert. Die Evaluation zielte darauf ab, die Implementierung des Zentrums handlungsorientiert und konstruktiv zu unterstützen und Erkenntnisse zu generieren, die für eine Weiterentwicklung der STI-Prävention und -Behandlung in Deutschland hilfreich sein können.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung wurden zunächst gemeinsam mit den Akteuren vor Ort ein Zielkatalog mit Ober- und Detailzielen für das Modellvorhaben und seine Evaluation formuliert sowie Indikatoren zur Messung der Zielerreichung definiert. Auf fallbezogener Ebene wurde dann überprüft, wie die Angebote des WIR im Hinblick auf medizinische und psychosoziale Versorgung einzuschätzen und wie Niedrigschwelligkeit, Akzeptanz und Zufriedenheit von Nutzer*innen zu bewerten sind. Auf organisatorischer Ebene galt es insbesondere, Synergieeffekte zwischen den WIR-Akteuren abzubauen und die Wirkung der WIR-Aktivitäten in die Region hinein zu untersuchen.

Zur Bearbeitung der Fragen wurde ein Mixed-Method-Design umgesetzt und eine Vielzahl unterschiedlicher Datenquellen genutzt: Daten aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) und aus eigens entwickelten Klient*innen-, Leistungs- und Tätigkeitsdokumentationen sowie aus Nutzer*innenbefragungen. Die quantitativen Daten wurden durch qualitative Interviews mit Führungskräften, Beschäftigten und Nutzer*innen des WIR, Zuwendungsgebenden und Versorgungsbeteiligten aus Bochum ergänzt.

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung zusammenfassend dargestellt und Empfehlungen abgeleitet. Eine detaillierte Aufbereitung der Ergebnisse finden interessierte Leser*innen im vorliegenden Abschlussbericht.

Wen erreicht das WIR

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung wurden von April 2017 bis Februar 2019 Daten von insgesamt 4.789 Nutzer*innen des WIR erfasst. Hiervon haben knapp 74 % (N = 3.518 Personen) einer Teilnahme an der Evaluation zugestimmt, sodass trotz einiger Lücken (bspw. im Bereich Sexarbeit) ein gutes Bild der Klientel gezeichnet werden kann.

Im WIR werden über die verschiedenen Akteure sehr unterschiedliche Zielgruppen erreicht, von der Allgemeinbevölkerung bis hin zu Menschen mit hohem STI-Risiko. Jede am WIR beteiligte Einrichtung zieht andere Klient*innengruppen an: Über die Ambulanz als Erstkontaktstelle kamen 1.739 Personen, darunter entsprechend ihrer Aufgabe viele HIV-Patient*innen – häufig auch aus dem Bochumer Umland. Diese Klientel war vergleichsweise älter (im Mittel 41,5 Jahre), überwiegend männlich und fast zur Hälfte hete-

rosexuell. Über das Testangebot des Gesundheitsamts kamen im Beobachtungszeitraum 1.530 Nutzer*innen: Allgemeinbevölkerung, vorrangig direkt in Bochum wohnhaft, am relativ jüngsten (im Mittel 30 Jahre), zu drei Viertel heterosexuell und mit dem größten Anteil von Frauen und von Personen mit hohen Bildungsabschlüssen. Über die Aidshilfe kamen 541 an der Studie teilnehmende Personen ins WIR, zu zwei Drittel Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), und im Durchschnitt rund 37 Jahre alt waren. Personen mit Migrationshintergrund fanden am häufigsten über die Aidshilfe ins WIR. Zur Klientel der nicht dauerhaft im WIR präsenten Einrichtungen Madonna, pro familia und Rosa Strippe liegen keine belastbaren Datengrundlagen vor (vgl. 2.10).

Hinsichtlich gesundheitsbezogener Parameter ergibt sich für die an der Evaluation teilnehmenden 3.518 Personen folgendes Bild: Über 800 Klient*innen im WIR waren HIV-infiziert und in Behandlung durch die Ambulanz, ein gutes Drittel hat schon mal eine (andere) STI durchgemacht, vor allem Feigwarzen, Syphilis und Chlamydien. Etwa die Hälfte der Befragten (47 %) konsumiert beim Sex psychoaktive Substanzen, insbesondere Alkohol. Über Chemsex – definiert als Konsum von Kokain, Speed, Ecstasy, Crystal/Tina, GBL/GBH oder Mephedron zum Sex – berichteten gut 6 % aller Klient*innen, darunter vor allem Männer (81 %) bzw. MSM (61 %). Etwa zwei Drittel aller Befragten (64,8 %) gaben an, in den letzten sechs Monaten mindestens eine sexuelle Risikosituation erfahren zu haben, überwiegend ungeschützter Vaginal- oder Analverkehr.

Der Grund für den Besuch im WIR war in zwei von drei Fällen (67 %) der Wunsch, einen STI-Test durchzuführen – fast die Hälfte aller Fälle aufgrund einer vorhergehenden Risikosituation, ein Viertel kam aufgrund einer neuen Beziehung („Verlobungstest“). Ebenfalls ein Viertel lässt sich regelmäßig auf STI testen. 968 Besucher*innen (29 %) nutzten das WIR im Rahmen ihrer (zum Teil schon seit Jahren andauernden) (HIV-)Behandlung, wobei sich das Behandlungsspektrum im Beobachtungszeitraum von den HIV-Patient*innen auf die Versorgung weiterer Befunde aus dem Umfeld der sexuellen Medizin erweitert hat. 18 % der befragten Personen suchten (zunächst nur) Informationen bzw. Beratung zum Thema sexuelle Gesundheit.

Im Beobachtungszeitraum haben sich die Klient*innenzahlen nahezu verdoppelt: von durchschnittlich gut 400 Personen auf rund 800 Nutzer*innen pro Monat, darunter vor allem mehr junge und heterosexuelle Personen sowie HIV-negative MSM. Die gleichbleibend hohe Rate von positiven Tests zeigt, dass trotz der Ausweitung im Wesentlichen Zielgruppen mit STI-Risiko angesprochen wurden. Die erhoffte stärkere Ansprache marginalisierter und generell schwer erreichbarer Zielgruppen ist zumindest in der Evaluationsgruppe nicht nachweisbar. Dies liegt zum Teil auch darin begründet, dass Betreute aus diesen Zielgruppen aufgrund von Sprachbarrieren oder von Befürchtungen hinsichtlich möglicher negativer Konsequenzen die Erfassung ihrer Daten ablehnten.

Angebotsspektrum und Entwicklung

Im WIR wird über die verschiedenen Partnerorganisationen ein breites Spektrum an Prävention (auch in Lebenswelten), Information, Beratung (auch sozial-/rechtlicher Art), Test und Behandlung realisiert. Die Angebote des WIR stehen allen Ratsuchenden offen, die mit einem Beratungs-, Test-, und/oder Behandlungswunsch kommen. Allerdings gelten unterschiedliche Zugangsregeln bzw. -möglichkeiten: Alle Angebote der Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts, der Aidshilfe sowie von Madonna, Rosa Strippe und pro familia sind anonym und kostenlos zugänglich. Die Nutzung der medizinischen Angebote der Ambulanz (Beratung, Test, Impfung, Behandlung, Psychotherapie) ist überwiegend nur nach ärztlicher Überweisung und zu Lasten der Krankenversicherung möglich sowie im Rahmen einer der vielen durchgeführten Studien. Seit Er-

öffnung des WIR wurden zudem Möglichkeiten des kostenlosen Zugangs zu bestimmten Hilfen bzw. des Zugangs für nicht Krankenversicherte geschaffen.

Das Präventionskonzept des WIR umfasst mittlerweile eine Reihe von Maßnahmen, die von unterschiedlichen Einrichtungen/Fachkräften und in verschiedenen Kooperationen umgesetzt werden, darunter den risikoadaptierten und präventiv orientierten Einsatz von STI-Tests. Im Rahmen der Evaluation konnte beobachtet werden, dass alle Einrichtungen des WIR, die STI-Tests anbieten, im Jahr 2018 82 % aller Klient*innen erreichten. Es wurden insgesamt 2.102 Personen getestet, davon 26 % Frauen und 73 % Männer. Nur ein geringer Anteil der Klient*innen (0,2 %) definiert sich selbst nicht als männlich oder weiblich. Sie wurden in der Ambulanz und/oder der Beratungsstelle des Gesundheitsamts getestet. Die Aidshilfe testete über ihr MSM-spezifisches Screeningangebot erwartungsgemäß vor allem Männer (93 %). Die meisten Frauen (41 % aller Klient*innen) wurden von der Beratungsstelle des Gesundheitsamts dokumentiert.

Das Durchschnittsalter der Testklientel lag insgesamt bei knapp 37 Jahren, in der Beratungsstelle des Gesundheitsamts jedoch deutlich darunter (30 Jahre). 93 % der Heterosexuellen mit mehr als zehn Sexualpartner*innen im letzten halben Jahr haben mind. einen STI-Test gemacht, v. a. in der Beratungsstelle des Gesundheitsamts. HIV-Patient*innen werden erwartungsgemäß vor allem in der Ambulanz und nur selten von der Beratungsstelle des Gesundheitsamts oder der Aidshilfe auf Koinfektionen mit STI getestet. Die Analyse der Laborergebnisse zeigt über die Zeit, dass trotz der Testung von immer mehr Personen die Positivrate nicht abfiel, sondern im Gegenteil leicht stieg. Die höhere Quote positiver STI-Testergebnisse kann als Indiz für die Relevanz und Treffsicherheit einer risikoadaptierten Testung betrachtet werden.

Im WIR übernimmt die Immunologische Ambulanz die medizinische Versorgung. Im Evaluationszeitraum erfolgte eine ständige Ausweitung der medizinischen Kapazitäten sowie der Behandlungsmöglichkeiten. Neben den HIV-Patient*innen werden nun zunehmend Patient*innen mit anderen Diagnosen aus dem Bereich der sexuellen Medizin behandelt, sodass nun von den knapp 1.700 von der Ambulanz im Jahr 2018 versorgten Patient*innen (66 % der gesamten WIR-Klientel) nicht einmal die Hälfte HIV-positiv war. Gleichwohl gestaltet sich gemessen am Gesamtaufwand die Versorgung der HIV-Patient*innen mit Abstand am zeitintensivsten (im Mittel 3,2 Std. für eine/n HIV-Patient*in und 3,8 Std. für HIV-Spätidiagnostizierte im Vergleich zu im Mittel 2,0 Std. je Patient*in). Für den gesamten Beobachtungszeitraum liegen für 826 Evaluationsteilnehmende Informationen zu einem positiven HIV-Status vor. Gut 94 % der HIV-Patient*innen wiesen in der letzten Kontrolle eine Viruslast unter der Nachweisgrenze auf. Das heißt zum einen, dass bei ihnen HIV beim Geschlechtsverkehr mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr übertragen werden kann und zum anderen, dass das WIR sich damit im Rahmen der bundesdeutschen Ergebnisse und der WHO-Ziele (90-90-90) bewegt.

810 HIV-Patient*innen mit auswertbaren Befunden zu Koinfektionen wurden im Beobachtungszeitraum auf eine STI getestet, ein Viertel mit positivem Befund. Von denjenigen HIV-Patient*innen mit einer sexuell übertragbaren Ko-Infektion wurden 97 % dann auch direkt durch die WIR-Ambulanz behandelt, knapp 80 % haben eine Behandlungskontrolle (test of cure) bekommen und wiederum 96 % haben (mind.) eine STI-Behandlung erfolgreich abgeschlossen. Personen unter 27 Jahre nutzen medizinische Behandlung am wenigsten.

Neben den medizinischen Leistungen stehen den Nutzer*innen im WIR zahlreiche psychosoziale und psychotherapeutische Beratungsangebote zur Verfügung. Aus der Leistungsdokumentation der Beschäftigten im WIR geht hervor, dass die psychosoziale Beratung zu Risikomanagement und Risikoreduktion die am häufigsten dokumentierte psychosoziale Leistung darstellt: Für 355 Personen wurden hierfür durchschnittlich 21,4 Mi-

nuten aufgewendet. Beratungen im Kontext von PrEP, wurden für 268 Personen dokumentiert und dauerten im Mittel knapp eine Stunde (57,1 Minuten). Ähnlich lang dauerten Beratungen zu (sozial-)rechtlichen Themen (59,9 Minuten; 85 Personen) und zu verschiedenen psychosozialen Aspekten (55,1 Minuten für 164 Nutzer*innen).

Zur psychosozialen Versorgung im WIR gehört auch die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Die Inanspruchnahme von Psychotherapie ist im WIR sowohl als Kassenleistung möglich, als auch seit Herbst 2018 ohne Einbindung einer Krankenversicherung im Rahmen einer von der Deutschen AIDS-Stiftung geförderten psychotherapeutischen Sprechstunde. Darüber hinaus haben Klient*innen des WIR die Möglichkeit, Sexualtherapie (bei pro familia) und psychotherapeutische Beratung zur Überbrückung der Wartezeit auf Psychotherapie (bei der Rosa Strippe) zu nutzen. Im Jahr 2018 wurde für etwa 5 % der Klient*innen in der Evaluation (n = 123) eine psychotherapeutische Behandlung dokumentiert. Hierunter waren überdurchschnittlich viele MSM, HIV-Positive und Chemsex-User.

Im Zusammenwirken der verschiedenen Disziplinen wurden im Beobachtungszeitraum verschiedene neue Maßnahmen entwickelt und das Angebotsportfolio ergänzt: Hierzu zählen bspw. die Erprobung von Health Advising, eines PrEP-Versorgungspfads, die o. g. Psychotherapie sowie kostenlose gynäkologische Versorgung für Nicht-Versicherte.

Health Advising zog als neue Spezialisierung besondere Aufmerksamkeit auf sich. Nach ersten und durchaus kontroversen Diskussionen dazu, was Health Adviser tun sollen oder müssen, übernahm die neue Berufsgruppe schließlich verschiedene Aufgaben mit Schwerpunkten in Erstberatung und -anamnese, Weiterverweisung an die je sinnvollen Instanzen/Angebote im WIR, Sicherung der Behandlungskette sowie im Bereich der Vor-Ort-Prävention und bei der Förderung von Adhärenz durch Umsetzung eines Recall-Systems. Die neue Funktion ist unter den übrigen Beschäftigten im WIR akzeptiert, wird durchweg als wichtige Ergänzung wahrgenommen und als Entlastung der Ärzt*innen erfahren. Im Untersuchungszeitraum wurde einiges erprobt, mit Blick auf eine Bereicherung der Gesundheitsversorgung generell sehen die Autor*innen jedoch durchaus noch Bedarf nach einer stärkeren Profilierung von Health Advising.

Seit Oktober 2017 können Patient*innen des WIR die PrEP erhalten. Aufklärung und Begleitung der Klient*innen wird über den kooperativ von Ambulanz und Aidshilfe entwickelten PrEP-Versorgungspfad realisiert. Von 268 zu PrEP-Beratenen erfasste die Evaluation im Jahr 2018 125 tatsächlich PrEP-Nutzer*innen. Nach Aussage der Mitarbeitenden lässt sich beobachten, dass sich seit der Kostenübernahme der Medikation durch die Krankenkassen, die Klientel ändert und mehr sozial schwächere Personen über die PrEP ihren Weg ins WIR finden. Damit eröffnen sich auch für diese Gruppe weitere Möglichkeiten zu Prävention und ggf. (schnelleren) Behandlung.

Das Gesundheitsamt Bochum finanziert seit Frühjahr 2019 den Einsatz einer Gynäkologin, von der insbesondere Frauen ohne Krankenversicherung profitieren. Das Angebot wird vor allem von Madonna sehr begrüßt, bietet es doch eine Gelegenheit, Sexarbeiterinnen unkompliziert und auf Wunsch anonym und kostenlos gynäkologische Behandlungen zu ermöglichen. Das Testangebot des Gesundheitsamts wurde zunächst nur einmal in der Woche im WIR angeboten und an den übrigen Tagen weiterhin im Gesundheitsamt. Sukzessive wechselte das Angebot mehr und schließlich gänzlich ins WIR. Die eingangs bestehende Vermutung, dass manche Klient*innen einen „szenefernen“ Testort präferieren, bestätigte sich nicht. Vielmehr erschien die direkte Weiterleitungsmöglichkeit an Behandlung und andere Beratungsangebote sinnvoll.

Ergänzend wurden die Öffnungszeiten mehrfach angepasst (und z. B. zweimal wöchentlich Abendsprechstunden angeboten) sowie Öffentlichkeitsarbeit, Informationsmöglich-

keiten und Prävention ausgeweitet bzw. modernisiert. Im WIR wird Partner*innen-Benachrichtigung zunehmend systematisch umgesetzt – u. a. durch Entwicklung eines Online-Tools zur anonymen Benachrichtigung und eines Umsetzungskonzepts.

Kooperation und Synergie

Die Zusammenarbeit von sechs unterschiedlichen Einzelinstitutionen mit dem Ziel, ein bedarfsgerechtes, eng verknüpftes Komplexangebot umzusetzen, ist unter den Rahmenbedingungen deutscher Sozialgesetzgebung und Versorgungstraditionen ein anspruchsvolles Unterfangen. Erforderlich sind zum einen die einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit aller WIR-Akteure und zum anderen das Hinzuziehen von Angeboten und Leistungen externer Versorgungsbeteiligter. Da die WIR-Akteure weiterhin selbstständige Einrichtungen/Organisationen sind, sind fallbezogener Austausch und Zusammenarbeit nur mit schriftlichem Einverständnis der Klient*innen möglich. Vor diesem Hintergrund wurde zu Beginn der wissenschaftlichen Begleitung ein Datenschutzkonzept mit Schweigepflichtsentbindung erarbeitet. Gleichwohl passt ein so bürokratisches Verfahren nur bedingt zu einem Konzept, das zum Ziel hat, nahtlos verschiedene Hilfen anzubieten.

Für die Kommunikation der am WIR beteiligten Einrichtungen wurden verschiedene fallbezogene und fallübergreifende Besprechungs- und Austauschformate implementiert. Mit Blick auf den Austausch fallbezogener Informationen kommen unterschiedliche professionelle Prägungen und Haltungen zum Tragen. Alle Einrichtungen des WIR haben jedoch zum Ziel, dass ihre Mitarbeitenden vorurteilsfrei, akzeptierend und nicht wertend mit Nutzer*innen umgehen und bei der Unterstützung immer auch die Stärkung von Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortlichkeit von Klient*innen und Patient*innen im Blick haben. Nach Angaben der Beschäftigten hat das gegenseitige Verständnis und das Voneinander-Lernen im Beobachtungszeitraum stetig zugenommen: Nicht-medizinische Fachkräfte lernten medizinische Zusammenhänge kennen, können bspw. Medikation und die Bedeutung zuverlässiger Einnahme nun besser verstehen. Medizinische Fachkräfte erfahren hingegen mehr über die Komplexität von Lebensbedingungen und Beratungsprozessen sowie über psychische Probleme und deren Auswirkungen auf Gesundheit und die Nutzung medizinischer Behandlung.

Die überwiegende Mehrzahl (83 %) aller Klient*innen des WIR nutzte zwischen April 2017 und Februar 2018 eine der Einrichtungen, insb. die Ambulanz (z. B. zur HIV-Behandlung) oder das Test- und Beratungsangebot des Gesundheitsamts (oft einmalig und mit negativem Befund). Diese Klient*innen brauchten, zumindest zu diesem Zeitpunkt, nicht mehr. Nach eigener Aussage erfuhren sie beim Besuch aber „im Nebenbei“, dass im WIR noch mehr Angebote zur Verfügung stehen.

17 % aller Klient*innen nahmen mehr als eine WIR-Einrichtung in Anspruch: 15 % nutzten zwei und 2 % (mehr als) drei WIR-Einrichtungen. Der Bedarf nach unterschiedlichen Hilfeangeboten stieg mit der Belastung der Klientel an. Diese Klient*innen waren etwas älter, eher MSM, waren öfter bildungsfern, hatten – auf insgesamt niedrigem Niveau – doppelt so häufig keine Krankenversicherung und kamen aufgrund ihrer breiteren Problemkonstellationen (u. a. Chemsex) deutlich öfter auf der Suche nach Beratung bzw. Psychotherapie ins WIR (Patient*innen ohne Krankenversicherung, spätdiagnostizierte HIV-Infizierte, Sexarbeiter*innen und Migrant*innen aus Subsahara-Afrika). Dass PrEP-User am häufigsten fallbezogene Kooperation auf sich zogen (78 %) erstaunt nicht, da der PrEP-Versorgungspfad medizinische und umfassende psychosoziale Beratung vorsieht.

Im Zusammenhang mit der Mehrfachnutzung des Komplexangebots im WIR ist interessant, welche Einrichtungen des WIR vergleichsweise häufig gemeinsam oder nacheinan-

der genutzt wurden. Die größten Verbindungen fanden zwischen Ambulanz und Aidshilfe sowie Gesundheitsamt und Ambulanz, also den im WIR ansässigen Angeboten; In 231 Ambulanzfällen kam im zweiten Schritt die Aidshilfe hinzu, in 122 Fällen war der Weg umgekehrt, hier ging es bspw. um PrEP-Beratung oder um Adhärenzförderung. Bei den 150 Fällen, die nach der Testung im Gesundheitsamt die Ambulanz nutzten, ging es vor allem um die Behandlung festgestellter STI oder um die Abklärung auffälliger Symptome. Umgekehrt nutzten auch 41 Ambulanz-Patient*innen erst im zweiten Schritt die Testberatung des Gesundheitsamts – hier hat die Ambulanz z. B. kostenlose Testmöglichkeiten für nicht krankenversicherte Personen oder solche, die einen anonymen Test wünschten, vermittelt. 38 Klient*innen gingen vom Gesundheitsamt zur Aidshilfe, bspw. um dort psychosoziale oder sozialrechtliche Beratung in der Folge eines positiven Testergebnissen einzuholen.

Aus Erfahrung in vielen Feldern der medizinischen oder der psychosozialen Versorgung ist bekannt, dass Vermittlungen und Empfehlungen zum Einrichtungswechsel damit einhergehen, dass Klient*innen nicht oder nicht zeitnah bei der nächsten Stelle ankommen. Deshalb wurde geprüft, wie (schnell) im WIR die Hinzuziehung der zweiten Einrichtung gelang. Bei drei Viertel aller Fälle (75,3 %), die mehr als eine Einrichtung nutzten, fanden Wechsel zur bzw. Hinzuziehung der zweiten Einrichtung noch am gleichen Tag statt, häufig durch eine persönliche Übergabe bei der je anderen Stelle. Das deutet darauf hin, dass es entsprechend einfacher für Fachkräfte und Klientel ist, nur wenige Türen weiter zu gehen und nicht erst woanders anrufen zu müssen, um dort einen Termin zu vereinbaren und einen neuen Weg auf sich zu nehmen. Das Zentrumssetting mit der unmittelbaren Nähe der Akteure (zumindest von drei Einrichtungen), gepaart mit einer augenscheinlich großen Bereitschaft aller Akteure, zugewiesene Klient*innen auch sogleich anzunehmen, zeigt sich hier als unterstützender Faktor.

Dass die vollständige Überführung der Testberatung des Gesundheitsamts ins WIR umgesetzt wurde, hängt auch damit zusammen, dass die direkte Überleitung der positiv Getesteten in die medizinische Behandlung als Mehrwert erkannt wurde. Tatsächlich zeigt sich, dass die Hälfte der Personen mit positivem STI-Test in der Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts schnell zur Behandlung in die Ambulanz überwiesen werden konnten: Bei 29 % begann die Behandlung am gleichen Tag, bei weiteren 19 % binnen einer Woche. Von der anderen Hälfte ist nicht bekannt, ob und wo (z. B. bei niedergelassenen Ärzt*innen) sie sich behandeln lassen. Nach Ansicht der Fachkräfte der Teststellen im WIR und der Ambulanz bietet die räumliche Nähe Vorteile für die schnelle (und häufig persönlich begleitete) Überleitung in Behandlung. Tatsächlich gehört der Transfer von positiv Getesteten in Behandlung zu den vieldiskutierten Fragen in der Fachwelt. Und wenngleich aufgrund mangelnder Vergleichsdaten keine valide Grundlage für eine Einordnung dieses Ergebnisses im WIR gegeben ist, erscheint es doch plausibel, dass die direkte Überleitung in einem Zentrum Kontaktverluste vermindern kann.

Viele Angebote und gesundheitsbezogenen Leistungen erbringt das WIR selbst. Doch sind z. T. weitere Hilfen erforderlich, bspw. ergänzende medizinische, z. T. stationäre Versorgung oder soziale Unterstützungen, wie z. B. Schuldnerberatung, betreutes Wohnen oder suchtbezogene Hilfen. Im Jahr 2018 wurden für 103 Personen (4 %) Überweisungen an die trägereigenen Hospitäler St. Josef und St. Elisabeth dokumentiert. Mit 134 Personen (5 %) wurden noch mehr ergänzend oder zur Weiterbehandlung/-betreuung an externe Stellen verwiesen. Dabei handelte es sich am häufigsten um andere Fachärzt*innen (n = 69), andere Kliniken (n = 25) oder externe Psycholog*innen oder Psychotherapeut*innen (n = 23). An Beratungsstellen wurden 17 Klient*innen vermittelt, darunter fünf an Suchtberatungsstellen. Angesichts der vorliegenden Fallzahlen zu Substanzkonsum und Chemsex einerseits und der begrenzten Passung von Angeboten der klassi-

schen Sucht- und Drogenhilfe andererseits, erscheint es geboten, für mehr Klient*innen entsprechende Beratung hinzuzuziehen und hier adäquate (kooperative) Konzepte zu entwickeln. Der Prozess wurde in Bochum begonnen.

Zufriedenheit und Akzeptanz

Das WIR strebt an, akzeptierend zu arbeiten, niedrighschwellig zugänglich zu sein und Nutzer*innen schnell und umfassend adäquate Hilfe anzubieten. So wird auch gemäß des Walk-In-Konzepts niemand abgewiesen, der mit Beschwerden oder spontan zum Test kommt. Tatsächlich waren 90 % der nachbefragten Klient*innen zufrieden oder sehr zufrieden mit dem WIR. Über 90 % der Befragten fühlten sich zudem respektiert, einige lobten die akzeptierende und wertschätzende Ansprache. Klient*innen berichteten, dass das Personal niemanden verurteilt, zuvorkommend ist und sich aktiv kümmert – auf fachlich hohem Niveau. Über 80 % der Nachbefragten beschrieben zudem, dass ihr Anliegen vertraulich und zügig behandelt wurde und sie ausreichend Zeit hatten, ihre Fragen zu klären. Die Öffnungszeiten entsprachen im Wesentlichen dem klient*innenseitig geäußerten Bedarf und Wartezeiten hielten sich, auch bei spontanem Aufsuchen des WIR, nach ihren Aussagen in engen Grenzen. Die befragten Klient*innen sahen eine deutliche Verbesserung der Bedingungen im neuen Zentrum verglichen mit den vorherigen Settings. Vor allem die räumliche Nähe mehrerer Angebote wurde als Vorteil erlebt. Die Evaluationsergebnisse lassen zudem vermuten, dass zufriedene Klient*innen tatsächlich mit Mund-zu-Mund-Propaganda für das WIR werben und ihnen also eine wichtige Rolle als „Zuweiser*innen“ zukommt.

Zufrieden mit den Entwicklungen zeigten sich auch die Beschäftigten im WIR: Die räumliche Nähe und die enge fallbezogene Kooperation habe zu mehr Verständnis für die je anderen Berufsgruppen und Arbeitsansätze geführt. Der fachliche Austausch habe zudem Wissenszuwachs befördert und die Bereitschaft, Kolleg*innen anderer Einrichtungen um Rat zu fragen, sei gestiegen.

Abschließende Bewertung

Über verschiedene Zugänge können im WIR unterschiedliche Zielgruppen erreicht werden und bei breiterem Unterstützungs-/Behandlungsbedarf aufgrund des etablierten fachlichen Austauschs und der räumlichen Nähe schnell zu anderen Angeboten weitergeleitet bzw. diese hinzugezogen werden. Durch die Integration der kostenlos und anonym arbeitenden Beratungsstelle des Gesundheitsamts in das WIR wird ein vergleichsweise hoher Anteil von Heterosexuellen, Frauen und jungen Menschen ebenso erreicht wie Männer die Sex mit Männern haben (MSM), spezifische Risikogruppen und Menschen, die zur Behandlung von HIV oder einer anderen STI die medizinische Ambulanz nutzen. Im Beobachtungszeitraum erreichte das WIR stetig mehr Klient*innen und verdoppelte binnen zwei Jahren das Fallvolumen. Wichtige Faktoren hierfür waren offenbar die Möglichkeit kostenlos und anonym Angebote zu nutzen, die enge Verknüpfung von Testangeboten, umfassender Beratung und Behandlung sowie eine wertschätzende, akzeptierende und vorurteilsfreie Atmosphäre im Zentrum. Gerade letzteres verweist auf von Seiten der Nutzer*innen wahrgenommene Probleme in der niedergelassenen Versorgung zu Fragen der sexuellen Gesundheit.

Die multiprofessionelle Ausrichtung und die enge fallbezogene Kooperation unter dem Dach des WIR fördern offenbar eine bedarfsgerechte psychosoziale und medizinische Versorgung. Das Synergiepotential des WIR zeigt sich u. a. darin, dass die Mehrzahl aller Nutzer*innen mit einem positiven STI-Befund innerhalb einer Woche eine fachgerechte

Behandlung erhalten und einrichtungsübergreifend neue Konzepte entwickelt wurden (bspw. zu PrEP, Partner*innen-Benachrichtigung). Erkenntnisse zur Einbindung von psychosozialer Beratung und Health Advising verweisen zudem darauf, wie Klient*innen umfassender unterstützt und Ärzt*innen besser entlastet werden können.

Neben den Angeboten Test, Beratung und Behandlung hat das WIR im Zusammenwirken verschiedener Disziplinen verschiedene neue Maßnahmen entwickelt und in das Angebotsportfolio integriert. Aus sechs verschiedenen Teams mit je eigenem Professionsverständnis entwickelte sich eine von zunehmendem gegenseitigem Verständnis geprägte vertrauensvolle multiprofessionelle Zusammenarbeit mit Wissenszuwachs auf allen Seiten. Wichtige Faktoren hierfür waren die räumliche Nähe und alltägliche Gelegenheit zu Austausch, konkrete Zusammenarbeit an in Einzelfällen und fachlicher Austausch.

Innovationen zeigen in der Regel aber nicht nur Potentiale auf, sie brauchen nach der ersten Entwicklung meist noch Systematik, Struktur und stetige Optimierung. So kann vor dem Hintergrund der vorliegenden Daten konstatiert werden, dass die Erreichung marginalisierter und generell schwer erreichbarer Zielgruppen sowie die Umsetzung von Peer-Konzepten erst eingeschränkt gelungen ist und dass Partner*innen-Benachrichtigung noch systematischer umgesetzt werden sollte. Mit Blick auf eine Bereicherung der Gesundheitsversorgung generell, sehen die Autor*innen des vorliegenden Ergebnisberichts auch den Bedarf nach einer klareren Profilierung von Health Advising.

Dem WIR ist es in den letzten Jahren an verschiedener Stelle gelungen, Drittmittel und Projektförderungen von öffentlichen Stellen, Stiftungen und der Industrie zu akquirieren. Auch wurden die Unterstützung durch das Gesundheitsamt Bochum und das Land ausgeweitet (Gynäkologin, Health Adviser, Personalmittel für Madonna, Laborkosten etc.). Schwieriger stellte sich hingegen die Absicherung oder Ausweitung von Angebotsbereichen dar, die nicht über einen gesundheitsbezogenen Titel gefördert werden (Rosa Strippe). Zudem konnte mit einer Krankenkasse ein Selektivvertrag (nach § 140a SGB V) zur „Qualitätspauschale STI“ abgeschlossen werden – was seitens des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW aufgegriffen und durch ein Fachgespräch mit weiteren Kassen unterstützt wurde.

Angesichts der offenbar guten Akzeptanz des WIR in den avisierten Zielgruppen und der Erfolge des Zentrums, ist anzuraten, dieses Angebot dauerhaft abzusichern und ggf. ähnliche Modelle in Deutschland in die Fläche zu überführen. Voraussetzung dafür sind finanzielle Rahmenbedingungen, die über die Bereitstellung befristeter Projektmittel von unterschiedlichen Stellen hinausgehen. Multiprofessionelle Beratung, Behandlung und Austausch – vor allem eine bedarfsadäquate Zuordnung von Beratung (auch zu Partner*innen-Benachrichtigung) und von psychotherapeutischer (Sofort-)Hilfe lassen sich, ebenso wie gemeinsame Konzeptentwicklung, risikobezogene Screenings und ggf. Health Advising, nur umsetzen, wenn hierfür eine verlässliche Grundfinanzierung sichergestellt wird, ggf. durch die Leistungsträger- und Sozialgesetzbuch-übergreifende Bündelung verschiedener Finanzierungsbeiträge. Zudem erscheint es perspektivisch insbesondere mit Blick auf eine unbürokratische fallbezogene Kooperation sinnvoll, die verschiedenen Angebote unter einem organisatorischen Dach/einer Rechtsform zu bündeln.

Schließlich sei erwähnt, dass über Komplexeinrichtungen wie das WIR eine Vielzahl neuer Daten und Einsichten gewonnen werden und Forschung sich hier vielen Fragen widmen kann. Hierzu zählen Trends im sexuellen Risikoverhalten, Effektivität von Health Advising, Identifizierung von Risikopopulationen durch systematische Partner*innen-Benachrichtigung, Überleitung positiv getesteter Personen in Behandlung, u. v. m. Die schon jetzt vorliegenden Erkenntnisse und viele weitere können so zur Entwicklung von Fachlichkeit im Land, zur Weiterentwicklung von Leitlinien etc. genutzt werden.

1 Einleitung

Epidemiologische Studien verweisen nach wie vor auf einen hohen Bedarf an Maßnahmen zur Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen (STI). Wie das Robert-Koch-Institut entlang aktueller Daten für Deutschland zeigt, sind neben Männern, die Sex mit Männern haben, auch junge Erwachsene zunehmend von STI betroffen (vgl. RKI, 2015a & 2015b, Deleré et al., 2014). Ein Problem hinsichtlich der Entwicklung und Etablierung niedrigschwelliger Versorgungsangebote, die sich an den Bedarfen der heterogenen Zielgruppen orientieren, stellt die Vielzahl im Kontext sexueller Gesundheit tätiger Akteure und deren ungenügende Vernetzung dar. Fragmentierung, heterogene Strukturen und verschiedene Rahmenbedingungen, gesetzliche und finanzielle Vorgaben der zuständigen Sozialleistungssysteme etc. kennzeichnen die Versorgungslandschaft (Bremer & Winkelmann, 2012).

Vor diesem Hintergrund wurde im Frühjahr 2016 in Bochum das Walk In Ruhr – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin (WIR) eröffnet, das ein umfassendes Angebot für die Versorgung von STI und zu sexueller Gesundheit vorhalten will. Schon die Konzeptionierung wurde durch das (damalige) MGEPA NRW unterstützt. Ziel ist, die Fachkompetenz in sexueller Gesundheit in einer Anlaufstelle räumlich zu konzentrieren, um niedrigschwellig alle Bevölkerungsgruppen, inklusive der Menschen ohne Krankenversicherung, zu erreichen. Zudem wird interdisziplinäres Lernen angestrebt (Brockmeyer, 2016). Diese Ziele sollen durch die Zusammenarbeit von sechs unabhängigen Einzelorganisationen realisiert werden:

- Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie der Ruhr-Universität Bochum
- die für HIV-/STI-Tests zuständige Fachstelle des Gesundheitsamts
- Aidshilfe Bochum e. V. (als im Zentrum angesiedelte Institutionen/Angebote)

sowie

- pro familia e. V.
- Madonna e. V.
- Rosa Strippe e. V. (als punktuell mitwirkende Akteure)

Das Angebot der Akteure wurde im Verlauf um mehrere Elemente ergänzt: Health Adviser (Förderung Land NRW, Pharmaindustrie und Deutsche AIDS-Stiftung), psychotherapeutische Sprechstunde (gefördert von der Deutschen AIDS-Stiftung) und eine gynäkologische Sprechstunde (finanziert über das Gesundheitsamt Bochum). Zudem wurde das Angebotsspektrum ausdifferenziert, was im Folgenden näher beschrieben wird.

Die Forschungsinstitute FOGS und delphi, unterstützt vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), wurden im Juli 2016 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beauftragt, den Implementierungsprozess des WIR drei Jahre wissenschaftlich zu begleiten und den Mehrwert der integrativen Versorgung zu untersuchen. Im Rahmen der Evaluation wurden in enger Abstimmung und Reflexion mit den kooperierenden Einzelorganisationen struktur- und prozessbezogene Aspekte der Umsetzung des WIR untersucht. Die Basis hierfür bildet ein in der ersten Phase (August 2016 bis Januar 2017) gemeinsam erstellter Zielkatalog.

Die Erfahrungen, die im Rahmen der Implementierungsphase gemacht und durch die wissenschaftliche Begleitung dokumentiert wurden, sowie die Ergebnisse der Wirkungsevaluation beschreiben wichtige Rahmenbedingungen und Anforderungen für die Erarbeitung ähnlicher Konzepte und Implementierung vergleichbarer Angebote.

2 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Die wissenschaftliche Begleitung des Walk In Ruhr – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin (WIR) umfasste zwei Phasen: In Phase I (August 2016 bis Januar 2017) ging es primär um eine Bestandsaufnahme zur Ausgangssituation in Bochum und die Recherche zu vergleichbaren Einrichtungen, vorrangig in Deutschland, sowie um die partizipative Entwicklung des Ziel- und Indikatorenkatalogs und des Evaluationskonzepts mit den WIR-Akteuren (vgl. Vorläufiger Abschlussbericht Phase 1 vom Dezember 2016).

In Phase II ab Februar 2017 wurden die für die Evaluation notwendigen Erhebungen durchgeführt, wobei die ursprüngliche Planung bedarfsbezogen angepasst wurde. Bei der Evaluation kam ein Mixed-Method-Design zur Anwendung, das quantitative Erhebungen mit qualitativen Bausteinen kombinierte (teilnehmende systematische Beobachtungen, qualitative Interviews und Fokusgruppen, Sekundäranalysen, Nutzer*innenbefragung, Dokumentation von Klient*innen-, Leistungs- und Tätigkeitsdaten) und die Sichtweisen aller Akteursgruppen (Leitungskräfte und Beschäftigte im Zentrum, Zuwendungsgeber und Versorgungsbeteiligte in Bochum sowie externe Fachöffentlichkeit) und von Nutzer*innen, Klient*innen, Patient*innen.¹ Die wissenschaftliche Begleitung des Projekts zielte darauf ab, die Implementierung des WIR handlungsorientiert und konstruktiv zu unterstützen – hierzu wurden Erwartungen, Prozesse und Effekte reflektiert und jeweils gemeinsam die nächsten Schritte beraten und abgestimmt. Das Vorgehen wird im Folgenden konkret vorgestellt:

2.1 Sekundäranalysen und (Vor-Ort-)Recherchen

Die Arbeit der wiss. Begleitung startete mit einer Bestandsaufnahme zur Arbeit der sechs Institutionen des WIR und zur Situation in Bochum. Dafür wurden Daten zur soziodemographischen Lage in Bochum und Materialien der Einrichtungen erfragt, allerdings waren eher begrenzt Daten zu den Einrichtungen und ihrer Arbeit vorhanden.

Zeitgleich startete eine Recherche zu vergleichbaren nationalen und internationalen Angeboten. Neben Literatur- und Onlinerecherchen wurden einige Einrichtungen vor Ort besucht. Zu den Ergebnissen vgl. Abschlussbericht Phase 1 vom Juli 2017. Weitere Recherchen, Expertengespräche und Einrichtungsbesuche in Phase 2 ergänzten die Recherchen (vgl. die Zwischenberichte von April 2018 und April 2019).

2.2 Bestandsaufnahme und Fokusgruppengespräche mit Beschäftigten und Leitung (2017)

Im August 2016 wurden alle sechs Einrichtungen in Bochum besucht und im Einzelgespräch qualitativ und leitfadengestützt nach Angeboten, Klient*innen bzw. Patient*innen, Zielen für die Zusammenarbeit im WIR sowie Erfahrungen mit der Kooperation (mit WIR-Organisationen und darüber hinaus) erfragt. Es ging um das Selbstverständnis in der Arbeit generell und im Zentrum: Wie wird der eigene Auftrag definiert? Welches Verständnis von sexueller Gesundheit besteht? Welchen Beitrag will jeder Akteur als Teil des WIR erbringen und wie sieht die Aufgaben- und Zuständigkeitsverteilung im WIR aus etc. Zudem ging es um Informationen zu räumlicher und personeller Ausstattung, Personalqualifikation und Einbindung ehrenamtlicher Kräfte, von Peers und Sprachmitt-

¹ Je nach Einrichtung werden für die dort erreichten Personen unterschiedliche Begriffe verwendet, vorrangig: Klient*innen, Patient*innen und Nutzer*innen. In diesem Bericht werden die Begriffe weitgehend synonym verwendet.

ler*innen. Gefragt wurde nach der jeweiligen Angebotspalette und den genauen Erreichbarkeits-/Sprechzeiten im WIR, nach der Organisation des Zugangs, Kostenregelungen, Barrierefreiheit und Assistenzmöglichkeiten. Betrachtet wurden das Vorgehen bzgl. Partner*innen-Benachrichtigung und Adhärenz-Sicherung, Einschätzungen zu den Aufgaben von Health Advisern etc. Schließlich wurde erhoben, welche Ziele und Erwartungen an die Evaluation bestehen.

Anfang Mai 2017 wurde jeweils eine weitere Gesprächsrunde mit Mitarbeitenden im WIR im Rahmen von Fokusgruppengesprächen durchgeführt. Diese dienten dazu, mit Blick auf die Festlegungen im Zielkatalog zentrale Aspekte der Arbeit, Erfahrungen und Bedarfe der Fachkräfte zu erheben. An den Gesprächen haben Mitarbeitende aller Organisationen teilgenommen, die direkt in Beratung, Behandlung, Begleitung von Klient*innen tätig sind. Die Fokusgruppen teilten sich auf nach sozialarbeiterisch bzw. beratend Tätigen und medizinischem Personal. Im gleichen Zeitraum wurden auch mit den Führungskräften der Organisationen Einzel- und Gruppengespräche geführt.

Die je etwa 2,5-stündigen leitfadengestützten Fokusgruppengespräche mit insgesamt zwölf Beschäftigten fanden in einem geschützten Setting ohne Anwesenheit von Führungskräften statt. Sie wurden durch FOGS moderiert und protokolliert, die Protokolle zusammenfassend themenbezogen ausgewertet. Die Ergebnisse wurden im Abschlussbericht Phase 1 vom Juli 2017 vorgestellt.

2.3 Zielkatalog und Evaluationskonzept

In der zunächst vorliegenden groben Rahmenbeschreibung zur Arbeit des Zentrums und dessen Zielsetzungen (Brockmeyer, 2016) waren Ziele, Aufgaben, Vorgehen sowie Ressourcen und interne Struktur des Zentrums nicht ausreichend beschrieben. Die vom BMG formulierten Zielbereiche der Evaluation² mussten im Antrag³ zum Vorhaben zunächst auf die Umsetzung der Evaluationsschritte fokussiert und darüber hinaus eher unkonkret formuliert werden, vgl. Tab. 27 im Anhang, wo zudem auch die Umsetzung abgetragen ist.

Im Rahmen der wiss. Begleitung wurden dann über etwa acht Monate die konzeptionellen Vorstellungen des WIR genauer gefasst und mit Zielen untersetzt. Dazu fanden monatliche Sitzungen der zügig konstituierten Projektgruppe statt. Die so erarbeitete Zielmatrix umfasst in drei Zielbereichen jeweils mehrere Rahmenzielthemen:

- **Individuelle/fallbezogene Ebene:** Niedrigschwelligkeit, Akzeptanz/Attraktivität, optimale medizinische und optimale psychosoziale Versorgung sowie Zufriedenheit von Nutzer*innen
- **Organisationale Ebene:** Konzept/Standards, Synergieeffekte und Aufwand/Kosten
- **Regionale Ebene:** Wirkung in die Region und Qualifikation weiterer Versorgungsbeteiligter.

Zu allen Rahmenzielen wurden Detailziele erarbeitet und Indikatoren beschrieben. Schließlich wurden den Indikatoren Evaluationsmethoden zugeordnet, die zur Überprü-

² Vgl. Öffentliche Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit „Wissenschaftliche Begleitung des Zentrums für Sexuelle Gesundheit und Medizin – ‚Walk in Ruhr‘ in Bochum“ vom 7. April 2016.

³ Vgl. Antrag auf Gewährung einer Zuwendung für die „Wissenschaftliche Begleitung des Zentrums für Sexuelle Gesundheit und Medizin – ‚Walk in Ruhr‘ in Bochum“ von FOGS, delphi und UKE vom 20. Mai 2016.

fung der Zielerreichung eingesetzt wurden (vgl. Vorläufiger Abschlussbericht Phase 1 vom Dezember 2016).

In der ersten Phase waren zudem Möglichkeiten zu entwickeln, wie die je eigenständigen Akteure ihre Arbeit organisieren und koordinieren wollen, insbesondere, wie angesichts dieser Rahmenbedingung fallbezogener Austausch stattfinden kann. Ein weitere Herausforderung bestand darin, dass für verschiedene Merkmale keine Ausgangsdaten für die Gesamtheit der Akteure im WIR bzw. für die Situation in Bochum vorlagen, die Basiswerte einer Bewertung darstellen könnten.

2.4 Auftakt und Projektgruppentreffen

Unmittelbar nach Projektbeginn fand am 04.08.2016 ein Auftakttreffen statt, bei dem das BMG skizzierte, welche Erwartungen mit der Evaluation verbunden sind und das WIR sich vorstellte. Seitens der Studiengruppe wurde das Vorgehen im Rahmen der Evaluation des WIR dargelegt.

Die geplante Projektgruppe mit allen im WIR tätigen Akteuren wurde zügig nach der Auftaktsitzung implementiert, sie tagte das erste Mal im September 2016. An der Projektgruppe beteiligten sich regelmäßig alle Akteure mit je ein bis sieben Personen sowie die Studiengruppe. Parallel zur Erarbeitung des Zielkatalogs und darauf aufbauend wurde in den ersten sechs hochfrequent stattfindenden Projektgruppentreffen partizipativ mit allen WIR-Akteuren ein Evaluationsinstrumentarium entwickelt.

In der Folge fanden weiter alle drei Monate Projektgruppensitzungen statt, bei denen konzeptionelle Fragen, Angebotsentwicklung sowie Zwischenergebnisse der Evaluation vorgestellt und diskutiert wurden. Die insgesamt 15. Sitzung im September 2019 galt der Diskussion der Ergebnisse.

Alle Sitzungen wurden von der wissenschaftlichen Begleitung moderiert und dokumentiert, die Protokolle wurden für den vorliegenden Bericht themenbezogen ausgewertet. Die Protokolle gingen nach Abnahme durch die Projektgruppe auch an das BMG und den Projektträger.

2.5 Lenkungsgruppe

Am 08.03.2017 fand in den Räumen des BMG in Bonn das erste Treffen der Lenkungsgruppe statt. An dem Treffen nahmen teil:

- Ines Perea, BMG
- Dr. Tatjana Heinen-Kammerer, Projektträger VDI/VDE-IT
- Dr. Sandra Dybowski, MAGS NRW
- Prof. Dr. Norbert Brockmeyer, WIR-Zentrum, Ambulanz
- PD Dr. Adriane Skaletz-Rorowski, WIR-Zentrum, Ambulanz
- Christoph Schlüter, WIR-Zentrum, Koordination der Evaluation
- Arne Kayser, WIR-Zentrum, Aidshilfe Bochum
- Astrid Gabb, WIR-Zentrum, Madonna
- Markus Chmielorz, WIR-Zentrum, Rosa Strippe

- Prof. Dr. Marylyn Addo, Evaluation, UKE
- Dr. Peter Tossmann, Evaluation, delphi Gesellschaft
- Martina Schu, Evaluation, FOGS.

Bei dem Treffen wurden das Evaluationskonzept und erste Erfahrungen der Arbeit im WIR vorgestellt (s. Protokoll des Projektträgers). Die Lenkungsgruppe traf sich im weiteren Verlauf noch insgesamt zweimal, z. T. mit leicht vergrößertem Teilnehmendenkreis (Dr. Marcus vom RKI).

2.6 Quantitatives Dokumentationsinstrumentarium

Das gemeinsam mit der Projektgruppe entwickelte Evaluationsinstrumentarium lag im Februar 2017 vor und wurde am 2. März 2017 der Ethikkommission zur Prüfung vorgelegt (positives Votum am 18. April 2017).

Von Ende April 2017 an wurden die für die Beantwortung der Fragen im abgestimmten Zielkatalog notwendigen quantitativen Erhebungen durchgeführt. Neben der Dokumentation von Daten der Klient*innen (Erstbefragung, EB) wurden auch sämtliche im WIR erbrachten Leistungen für diese Personen erfasst. Angestrebt wurde eine Vollerhebung von Klient*innen- und fallbezogenen Leistungsdaten. Ergänzend wurden medizinische Daten aus dem Krankenhausinformationssystem hinzugezogen und alle Klient*innen zu einer online durchzuführenden Nachbefragung eingeladen.

Im Rahmen der Dokumentation wurden zudem zu zwei Zeiträumen (je vier Wochen) alle fallübergreifenden Tätigkeiten festgehalten – von allen Beschäftigten im WIR.

Instrumente und Procedere wurden in einem ausführlichen Manual beschrieben.

Das quantitative Dokumentationsinstrumentarium wurde von Ende April 2017 bis Mitte Februar 2019 durchgehend eingesetzt, zur Erstbefragung wurde ein Pretest durchgeführt. Im Rahmen der Projektgruppensitzungen erfolgten Rückmeldungen zum Stand der Umsetzung, es wurden Probleme in der Anwendung besprochen und erste Zwischenergebnisse vorgestellt und diskutiert (zu den Instrumenten s. Anhang).

2.6.1 Erstbefragung von Klient*innen/Patient*innen/Nutzer*innen

Nach Vorliegen des Ethikvotums wurde über fünf Wochen ein Pretest der deutschsprachigen Erstbefragungsbogen durchgeführt. Auf Basis der Erfahrungen im Zentrum und der Ergebnisse der ersten Prüfungen durch das Evaluationsteam wurden das Instrumentarium oder das Procedere dann letztmalig feinjustiert.

Von Ende April 2017 an erhielt ein Großteil der Besucher*innen des WIR eingangs (Bestandsklientel zu Beginn der Erhebung) einen Paper- und Pencil-Fragebogen (Erstbefragung), mit dem relevante fall- bzw. klient*innenbezogenen Merkmale zu Beginn von Beratung bzw. Behandlung im WIR erfasst wurden (vgl. auch Kapitel 2.10). Hierzu gehörten soziodemografische Daten (Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund etc.), soziale Situation (Beziehung, Krankenversicherung, Wohnen, Arbeit etc.), Risikoverhalten (sexuell, Drogenkonsum), Infektions- und andere Erkrankungsparameter und vorherige Behandlungserfahrungen. 23 der 33 Items der Erstbefragung sind eng angelehnt oder wortgleich einem bestehenden Instrument entnommen, das die Deutsche Aidshilfe gemeinsam

mit dem Robert-Koch-Institut entwickelt hat (RKI & DAH, 2016) und das in vielen Checkpoints von lokalen Aidshilfen in Deutschland eingesetzt und vom RKI zentral ausgewertet wird. Zwei Items zur Erfassung der allgemeinen bereichsübergreifenden Lebensqualität wurden dem EUROHIS-QOL 8 Item Index (EUROHIS-QOL; Brähler et al., 2007) entnommen; die übrigen Items des Instruments sind Eigenentwicklungen.

Im Zeitraum vom Start der Erhebung am 24.04.2017 bis zum 15.02.2019 wurden insgesamt 4.789 Erhebungsbogen ausgegeben bzw. von den Beschäftigten mit Angaben zum Teilnahmestatus der betreffenden WIR-Nutzer*innen versehen. Dabei gelang es nicht immer, alle Besucher*innen anzusprechen. So legen interne Recherchen der Ambulanz nahe, dass ein Anteil von etwa 10 % der Ambulanz-Patient*innen nicht zur Teilnahme an der Evaluation aufgefordert wurde. Klient*innen von Madonna und pro familia sind im Rahmen der Erstbefragung stark unterrepräsentiert, auch von der Klientel der Beratungsstelle des Gesundheitsamts fehlen größere Anteile. Von den etwa 70 Fällen von Madonna, die lt. Angaben von Madonna (auch) das WIR nutzten, hat sich nur eine Frau zur Teilnahme an der Studie bereit erklärt. Madonna erläutert dazu, dass die Frauen durchweg anonym bleiben wollten, Angst vor Entdeckung hatten oder – auch im Kontext des Prostitutionsschutzgesetzes – (noch mehr) Datenerfassung ablehnten. Auch für die drei Fälle, die über pro familia ins WIR eingebunden waren, liegt keine Einwilligungserklärung vor.

Mit etwas Verzögerung wurden im Mai auch die in die von der Projektgruppe als relevant definierten fünf Fremdsprachen (englisch, französisch, spanisch, bulgarisch und rumänisch) übersetzten Instrumente bereitgestellt. Zu 4.449 Bogen liegen Informationen zur genutzten Sprachversion der Erhebungsbogen vor: Tatsächlich wurde, abgesehen von der deutschen Version (98,3 %), lediglich die englische Übersetzung (1,6 %) in nennenswertem Umfang genutzt. Die Versionen in Spanisch, Französisch und Rumänisch wurden jeweils bei 0,1 % der Studienteilnehmenden eingesetzt, die bulgarische Version wurde nie verwendet.

Insgesamt 73,5 % von den zur Teilnahme an der Evaluation aufgeforderte Personen (N = 3.518) willigten ein und stellten ihre Daten zur Verfügung. Damit kann auch bei den o. g. Einschränkungen die Teilnahmequote als sehr gut bezeichnet und ein im Wesentlichen zutreffendes Bild von Klientel und Leistungen gezeichnet werden. Die Teilnehmenden füllten die Erstbefragung aus, unterschrieben die erforderliche Einverständniserklärung und erhielten mindestens eine dokumentierte Leistung im WIR.

Obgleich die Erstbefragung mit 33 Fragen recht umfangreich war, wurde sie weit überwiegend vollständig beantwortet, lediglich einzelne Fragen nach finanziellen Aspekten fanden weniger Akzeptanz.

2.6.2 Fallbezogene Leistungsdokumentation (L-Dok)

Die fallbezogene Leistungsdokumentation (L-Dok) diente dazu, systematisch sämtliche Elemente nach Art und Aufwand festzuhalten, die mit der fallbezogenen Beratung bzw. Behandlung der WIR-Klientel verbunden sind. Mit der Erfassung der medizinischen und sozialen Leistungen sollen Nutzungsprofile und gruppenbezogene Nutzungsmuster identifiziert sowie Aufwand abschätzbar werden. Im Unterschied zur Tätigkeitsdokumentation, die zweimal für ausgewählte Stich-Zeiträume durchzuführen war (s. Abschnitt 2.6.3), wurde die L-Dok über den gesamten Zeitraum umgesetzt, was für die Beschäftigten mit einem erheblichen Zusatzaufwand neben ihrer eigentlichen Arbeit verbunden war.

Nach Abzug von Datensätzen, zu denen kein Einverständnis der betreffenden Klient*innen vorlag, wurden im Zeitraum vom 24.04.2017 bis zum 15.02.2019 insgesamt 41.041 Leistungen im Rahmen der Evaluation dokumentiert. Diese Daten wurden durch die Mitarbeitenden im WIR entweder elektronisch in Excel-Tabellen oder postalisch in Papierform zur Verfügung gestellt, koordiniert durch einen dafür Beauftragten. Die Papierbogen wurden – wie sämtliche Bogen zur Erstbefragung – bei delphi von einer studentischen Hilfskraft in die EDV eingegeben.

Angesichts dieses umfangreichen Datensatzes und dem Ziel, eine weitreichende Verknüpfung zwischen allen fallbezogenen Erhebungsinstrumenten zu erreichen, waren eine möglichst umfassende Erhebung und eine hohe Datenqualität wichtig. Um dies zu gewährleisten, wurden bei annähernd 1.200 teilnehmenden Fällen Nachrecherchen und ggf. Korrekturen durchgeführt. Als häufigste Fehlerquelle erwiesen sich falsche Verknüpfungs-/Teilnahme-Codes oder Eingabe- und Übertragungsfehler, die eine Zuordnung von Datensätzen unmöglich machen. Zur Sicherung der Datenqualität wurden zudem umfangreiche Prüfungen der Angaben auf formelle Fehler (z. B. Struktur des Teilnahme-Codes, Existenz des Mitarbeitenden-Codes) und Plausibilität (z. B. stehen bestimmte Angaben in Widerspruch zueinander?) vorgenommen und fehlende Angaben mit Hilfe an anderer Stelle existierender Informationen ergänzt.

2.6.3 Übergreifende Tätigkeitsdokumentation

In den Jahren 2018 und 2019 wurden für je vier Wochen alle Tätigkeiten der Beschäftigten (Vollerhebung) dokumentiert, die nicht einzelnen Klient*innen zuzuordnen sind (Tätigkeitsdokumentation, T-Dok). Hierbei handelt es sich bspw. um Dienstbesprechungen, Fortbildung, Administratives, Drittmittelwerbung, wissenschaftliches Arbeiten, Ausbildung und Anleitung von Mitarbeitenden oder Praktikant*innen, Lehre sowie Öffentlichkeitsarbeit. Ergänzend bestand die Möglichkeit, hier auch den Aufwand für klient*innenbezogene Tätigkeiten zu notieren, die Klient*innen betrafen, die (noch) nicht in die Erhebung eingewilligt hatten (Klientel ohne Code). Gemeinsam mit der oben beschriebenen Leistungsdokumentation (vgl. Kap. 2.6.2) war so eine umfassende Beschreibung aller Tätigkeiten im WIR bzw. aller mit dem WIR assoziierter Tätigkeiten möglich.

Im Jahr 2018 beteiligten sich insgesamt 26 und im Jahr 2019 31 Beschäftigte des WIR an der Tätigkeitsdokumentation, wobei die Ambulanz (mit der Rezeption) mit 16 bzw. 21 Personen den größten Anteil stellte. Es folgten die Aidshilfe (2019: n = 6, 2018: n = 4), Madonna (je n = 2) und die anderen Einrichtungen (je n = 1). Da zum Zeitpunkt beider Erhebungen je nur eine der drei Health-Adviser-Stellen besetzt war, nahmen 2018 lediglich der bei der Aidshilfe verortete Health Adviser und 2019 eine bei der medizinischen Ambulanz angestellte Health Adviserin an der Tätigkeitsdokumentation teil. Die Gesamtzahl dokumentierter Tätigkeiten beläuft sich auf 2.117 (2018) und 2.799 (2019).

Die Daten wurden durch die Mitarbeitenden im WIR entweder elektronisch in Excel-Tabellen oder postalisch in Papierform zur Verfügung gestellt. Die Papierbogen wurden bei delphi oder FOGS von studentischen Hilfskräften eingegeben.

2.6.4 Einbezug medizinischer Parameter

Die Evaluation bezieht medizinische Daten ein, die im Rahmen der Behandlung routinemäßig im Krankenhausinformationssystem (KIS) erhoben werden. Dabei handelt es sich um fallbezogene Angaben zu Durchführung und Ergebnissen verschiedener STI-Tests

und zur Kontrolle laufender HIV-Behandlungen. Wie die o. g. Erhebungsinstrumente werden die Daten mit dem Teilnahme-Code versehen, um die erhobenen Informationen miteinander verknüpfen zu können.

Aus auswertungstechnischen Gründen wurden dem Team der wissenschaftlichen Begleitung medizinische Daten aus dem WIR nur bis zum 31.12.2018 übermittelt (vgl. auch Kap. 2.10). Für die Evaluation liegen Angaben zu insgesamt 19.165 Laboruntersuchungen (Bluttests und Abstriche) auf acht verschiedene STI (Chlamydien, Gonorrhoe, Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, Mykoplasmen, Syphilis, Trichomonaden) vor. Darüber hinaus stehen der wissenschaftlichen Begleitung dokumentierte Daten von 813 HIV-Patient*innen zu deren Behandlungskontrollen zur Verfügung. Die Ergebnisse der STI-Tests im Gesundheitsamt und in der Aidshilfe wurden mit Verweis auf Anonymität nicht fallbezogen erfasst, hilfsweise kann hier auf die Angaben in den Jahresberichten der Teststellen zurückgegriffen werden.

2.6.5 Dokumentation von Veranstaltungen

Zur Erhebung von Aktivitäten des WIR, die Bedeutung für im Zielkatalog definierte Aspekte haben, wurden zwei Dokumentationsbogen erstellt, die seit Januar 2017 eingesetzt wurden:

- Dokumentation regionen-/klient*innenbezogene Veranstaltungen, Angebote im WIR bzw. in Bochum: Datum, Titel, Ort, mitwirkende Institutionen/Personen des WIR und Zielgruppen der Veranstaltung (Nutzer*innen, Ehrenamtliche, Interessierte, Fachkräfte im WIR, externe Fachkräfte – je mit Anzahl), Gesamtzahl Teilnehmende, Erläuterungen.

Mit dem Bogen sollten insbesondere jene Veranstaltungen erfasst werden, die sich auf Bochum und Umgebung bezogen, bspw. Präventionsveranstaltungen, Patient*innenschulungen, Mitwirkungen an Sommerfesten u. ä., Treffen mit Multiplikator*innen, Öffentlichkeitsarbeit. Die Dokumentation sollte Themen und Schwerpunkte aufzeigen, Art und Ausmaß der angesprochenen Zielgruppen sowie die tatsächliche Nutzung.

- Dokumentation wissenschaftlicher Veranstaltungen, Fortbildungen im WIR bzw. in Bochum: Datum, Titel, Ort, mitwirkende Institutionen/Personen des WIR und Zielgruppen der Veranstaltung (Fachkräfte, Ehrenamtliche und Interessierte, Nutzer*innen – je mit Anzahl), Gesamtzahl Teilnehmende, Erläuterungen.

Dieser Bogen galt vor allem der Erfassung des Beitrags, den das WIR zur Qualifikation von Versorgungsbeteiligten in Bochum leistet wie z. B. Fachtage im WIR, Vorträge zu Fachfragen, Qualitätszirkel. Auch hier sollten Themen, Frequenz und Zielgruppen sowie die tatsächliche Inanspruchnahme nach Art und Umfang erfasst werden.

Die Listen wurden zwischen Januar 2017 und Juni 2019 zentral in der Ambulanz geführt und 70 regionen-/klient*innenbezogene Veranstaltungen sowie 56 wissenschaftliche Veranstaltungen dokumentiert. Allerdings wurden über diese Instrumente fast nur Veranstaltungen/Aktionen der Ambulanz oder mit Beteiligung der Ambulanz (auch weit über Bochum hinaus) sowie von der Aidshilfe nachgehalten. Die Beiträge der übrigen Akteure konnten, wen auch begrenzt, über deren jeweilige Jahresberichte ergänzt werden.

Ergänzend erhielt das Evaluationsteam von der Ambulanz erfasste Pressespiegel, die Hinweise zur Reichweite der öffentlichen Wahrnehmung gaben.

2.6.6 Nachbefragung von Nutzer*innen

Wie die Erstbefragung wurde auch die Nachbefragung von den Klient*innen des WIR ausgefüllt. Hierbei wurde u. a. erhoben, wie zufrieden die Klient*innen mit den von ihnen genutzten Leistungen im WIR sind und welche Verbesserungsmöglichkeiten sie ggf. sehen. Anders als die Erstbefragung erfolgte die Nachbefragung nicht papiergestützt, sondern ausschließlich online unter <https://www.delphi-survey.de/wir>. Neben einer deutschen Version war der Online-Fragebogen, analog zu der papiergebundenen Erstbefragung, in fünf weiteren Sprachen (Englisch, Französisch, Spanisch, Rumänisch und Bulgarisch) verfügbar.

Die Qualitätssicherung bezog sich bei der Nachbefragung v. a. auf das Erkennen von Datensätzen, die lediglich testweise ausgefüllt wurden. Hierzu wurde u. a. eine Frage implementiert, in der direkt erhoben wird, ob Angaben zu Testzwecken getätigt wurden. Zudem wurden sämtliche Textfelder des Fragebogens nach Eingaben überprüft, die Aufschluss hierüber geben (z. B. Eingaben ohne Sinn; schriftlicher Hinweis, dass Fragebogen getestet wurde). In der Nachbefragung sind Klient*innen, die bereits vor der Eröffnung des WIR in Behandlung bei der Ambulanz waren, mit einem Anteil von 51 % stark überrepräsentiert. Im WIR gehen wir insgesamt von einem Anteil von 19 % Bestandsklient*innen aus.

Derart bereinigt ist zu konstatieren, dass sich bis zum Schluss der Datenerhebung am 15.02.2019 nur insgesamt 431 Klient*innen an der Nachbefragung beteiligt haben. Die Nachbefragung fand also bei weitem nicht die Akzeptanz der Erstbefragung. Laut Erklärungen aus dem WIR passt eine Nachbefragung insbesondere nicht zu einer Nutzung des Zentrums rein für HIV/STI-Tests. Die meisten Test-Nutzer*innen kommen nur zu dem einen Termin ins WIR und wollen anschließend – meist erleichtert – schnell weg.

Für anderssprachige Klient*innen des WIR wurden sowohl für die Erst- als auch die Nachbefragung sowie die Studieninformationen in Absprache mit der Projektgruppe auch in den Sprachen Englisch, Spanisch, Französisch, Bulgarisch sowie Rumänisch bereitgestellt. Tatsächlich genutzt wurden ausschließlich der deutsche (98,4 %) und der englische Fragebogen (1,6 %). In 235 Fällen (54,5 %) können die Angaben in der Nachbefragung Teilnehmenden der Evaluation zugeordnet und so Inanspruchnahme und Bewertung verknüpft werden. In den übrigen Fällen wurde entweder kein Code angegeben oder die Codes waren nicht mit solchen identisch, die per Erstbefragung erhoben worden waren.

Auch Personen, die aufgrund ihrer HIV-Infektion dauerhaft in medizinischer Behandlung sind, wurden zur Nachbefragung eingeladen. Hier konnte die Befragung zwar keine abschließende Nachbefragung im engeren Sinn sein, sie wurden vielmehr um eine Zwischenbewertung gebeten. Diese Nutzer*innengruppe (HIV-Infizierte in fortlaufender Behandlung) stellt tatsächlich den weitaus größten Anteil der Nachbefragungsbogen (73,5 %).

2.7 Qualitative Untersuchungsschritte

Das Evaluationskonzept sah angesichts der zu bearbeitenden Fragestellungen eine Reihe von qualitativen Instrumenten vor, die vor allem auf Erfahrungen, Einschätzungen und Bedarfe verschiedener relevanter Akteursgruppen fokussierten. Alle qualitativen Arbeitsschritte erfolgten leitfadengestützt, die Themen wurden mit der Projektgruppe abgestimmt.

2.7.1 Leitfadengestützte Einzelinterviews mit Klient*innen

Im Evaluationskonzept waren Fokusgruppen mit Nutzer*innen des WIR geplant, um Einschätzungen, Erwartungen und Wünsche der Klient*innen/Nutzer*innen qualitativ zu erheben. Schon für die erste Runde (April 2017) der Befragung waren nach Gesprächen in der Projektgruppe davon abweichend Einzelinterviews umgesetzt worden. Auch bei der Schlussbefragung wurde dieses Verfahren gewählt und im Februar 2019 persönliche Einzelinterviews mit Nutzer*innen des WIR durchgeführt. An zwei aufeinanderfolgenden Tagen waren je zwei Interviewerinnen ganztags im WIR. Um die Heterogenität der Nutzer*innen des Zentrums abbilden zu können, waren die Stichtage so gewählt, dass möglichst viele Besucher*innen mit unterschiedlichen Anliegen angesprochen werden konnten.

Die leitfadengestützt durchgeführten Gespräche waren freiwillig und anonym, die Gespräche wurden nicht auf Band aufgezeichnet, vielmehr dokumentierten die Interviewerinnen die Antworten auf Papier. Beschäftigte im WIR informierten ihre Klient*innen über die Interviews, z. T. vorab und z. T. ad hoc an den beiden Tagen. Wenn Klient*innen teilnehmen wollten, wurden sie nach ihrem Termin im WIR oder in Wartezeiten zu den Interviews gebracht, die geschützt in separaten Räumen stattfanden.

Wie in der ersten Runde (April 2017) konnten auch zur Schlussbefragung (Februar 2019) 23 Interviews realisiert werden. Die Gespräche wurden themenbezogen ausgewertet und flossen in die Auswertungen ein.

2.7.2 Leitfadengestützte Gespräche mit Beschäftigten und Leitungspersonen

Gespräche mit im WIR Tätigen fanden zum einen im Rahmen der Bestandsaufnahme statt (vgl. Kap. 2.2). Zum anderen wurden planmäßig gegen Ende des Evaluationszeitraums erneut Gesprächsrunden und Einzelinterviews umgesetzt:

Mit Mitarbeitenden aller Organisationen im WIR wurden in der zweiten Märzhälfte 2019 Fokusgruppengespräche durchgeführt. Um der Heterogenität besser gerecht zu werden, fanden mit fünf Gesprächen und einem nachträglichen Telefoninterview mit insgesamt 14 Beschäftigten allerdings deutlich mehr Termine als die geplanten zwei statt. Die Gespräche dienten dazu, mit Blick auf die Festlegungen im Zielkatalog zentrale Aspekte der Arbeit, Erfahrungen und Bewertungen der Fachkräfte mit Blick auf drei Jahre WIR zu erheben. Folgende Gespräche fanden statt:

- Rezeption/Pflege
- Sozialarbeit/Beratung
- STI-Fachkraft
- Psychotherapie
- Health Advising
- Assistenzärzt*innen

Die Gespräche fanden in einem geschützten Setting ohne Anwesenheit von Führungskräften statt.

Im gleichen Zeitraum wurden auch mit den Führungskräften der Organisationen Gespräche geführt. Statt des geplanten einen Fokusgruppengesprächs wurde auch hier ein differenzierteres Vorgehen gewählt und ein Gruppengespräch (Ambulanzeleitung) sowie fünf

Einzelgespräche (Aidshilfe, Gesundheitsamt, Madonna, pro familia, Rosa Strippe) realisiert. Im je spezifischen Setting konnten Entwicklungen detaillierter nachgefragt werden.

Die je etwa zweistündigen leitfadengestützten Gespräche orientierten sich an den im Zielkatalog definierten Vorhaben und wurden durch FOGS moderiert und protokolliert. Erörtert wurden bspw. der Stand von Angeboten und Kooperation, Standards, Regelwerken, Organisation, Finanzierung sowie die Erfahrungen seit Eröffnung des Zentrums. In den Gesprächen mit Leitungskräften lag der Fokus stärker auf strukturellen Aspekten. Die Protokolle wurden zusammenfassend ausgewertet und flossen themenbezogen in die Auswertungen ein.

2.7.3 Leitfadengestützte Interviews mit Versorgungsbeteiligten in Bochum

Zur Untersuchung der Ziele im Bereich regionale Versorgung sowie von Akzeptanz und Auswirkungen auf die Versorgung in Bochum wurden zwischen Juli und August 2018 mit elf ausgewählten Versorgungsbeteiligten Interviews realisiert.

Zur Vorbereitung wurden die in den fallbezogenen Leistungsdokumentationen (L-Dok) erfassten Kooperationen ausgewertet und die Auswahl sowie die Ansprache mit der Projektgruppe abgestimmt. Unter den Gesprächspartner*innen waren niedergelassene und Krankenhaus-Ärzt*innen, Beratende aus ambulanten und stationären Einrichtungen von Suchthilfe, Schwangerschafts(-konflikt-)beratung und Wohnungslosenhilfe sowie eine Vertreterin des Referats für Gleichstellung, Familie und Inklusion der Stadt Bochum. Die Gespräche wurden von der wissenschaftlichen Begleitung vorbereitet und dokumentiert, die Protokolle zusammenfassend und themenbezogen ausgewertet.

2.7.4 Leitfadengestützte Interviews mit Zuwendungsgebern und Kostenträgern von WIR-Akteuren

Nach den Gesprächen im Herbst 2017 gingen im Mai 2019 die Gespräche mit Zuwendungsgebern und weiteren Kosten- und Leistungsträgern in die zweite Runde. Thematisiert wurden erneut relevante Förderaspekte, Fördergrundlagen, Anforderungen, Bewertung der Mitarbeit im WIR- und ggf. Förderung desselben. Der Fokus lag diesmal auf einer erfahrungsgestützten Diskussion von Finanzierungsmöglichkeiten sowie auf Entwicklungen seit 2017. Folgende Organisationen wurden um Auskunft gebeten:

- Gesundheitsamt Bochum
- Kath. Klinikum Bochum
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS), Abteilung Gesundheit, Referat Aids, Sucht und Drogen
- Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration, Abteilung Familie, Referat Politik für LSBTI* und Referat Soziale Familiendienste, Familienbildung
- Ministerium für Heimat, Kommunales, Bau und Gleichstellung, Abteilung Gleichstellung, Referat Prostitution, Menschenhandel
- Krankenkassen: AOK und Knappschaft Bahn-See
- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

- Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit beim Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen.

Wie in der ersten Runde waren auch 2019 nicht alle Angesprochenen zu einem Gespräch bzw. zu ausführlichen Auskünften bereit. Die durchgeführten Gespräche wurden von der wissenschaftlichen Begleitung moderiert und dokumentiert, die Protokolle zusammenfassend und themenbezogen ausgewertet.

2.8 Austausch mit Expert*innen, Besuch von Fachtreffen

Mit Projektbeginn startete eine Recherche zu vergleichbaren nationalen und internationalen Angeboten (bspw. Health Adviser oder Partner*innen-Benachrichtigung). Neben breit angelegten Literatur- und Onlinerecherchen machte sich die wissenschaftliche Begleitung vor Ort ein Bild von einigen Einrichtungen und führte leitfadengestützte Expert*innengespräche zu Situation und Angebotsspektrum. Von August 2016 bis Januar 2017 besuchte die wissenschaftliche Begleitung insgesamt fünf nationale und eine niederländische Einrichtung, hinzu kamen Fachgespräche zu den Erfahrungen von Checkpoints in Zürich und andernorts in der Schweiz sowie bei KOSI.MA in Mannheim.

Im Verlauf der Arbeit kam es zu Gesprächen mit weiteren Expert*innen aus Deutschland und England sowie wiederholt zu einem Austausch mit verschiedenen Fachleuten von DAH und RKI.

Mitarbeitende der Evaluation besuchten 2017, 2018 und 2019 die Münchner AIDS- und Hepatitis-Werkstatt und informierten sich über neue Trends in der Beratung und Behandlung von Menschen mit STI/HIV. Besucht wurden des Weiteren die dagnä-Konferenzen 2017 und 2019, mehrere Kongresse und Fachtreffen der DSTIG (im Jahr 2018 mit Vorstellung von Zwischenergebnissen). Beim Deutsch-Österreichischen Aids Kongress (Juni 2019 in Hamburg) und dem Versorgungsforschungskongress (im Oktober 2019 in Berlin) wurden in mehreren Beiträgen Teilergebnisse der Evaluation vorgestellt.

Die zentralen Erkenntnisse aller Fachtreffen- und Einrichtungsbesuche und der dort stattgefundenen Gespräche flossen in die Begleitung und Berichterstattung ein.

2.9 Auswertungsmethodik

Die Evaluation hatte das Ziel, mit Blick auf die Nutzer*innen des WIR eine Vollerhebung umzusetzen. Es sollten also alle Fälle, die im WIR betreut, beraten oder behandelt wurden, eingeschlossen werden – sofern das Mindestalter von 16 Jahren gegeben war und eine Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Evaluation vorlag.

Die Nutzer*innen erhielten eine Studieninformation und wurden schriftlich um ihr Einverständnis zur Datennutzung gebeten. Um die Informationen aus der Erstbefragung (EB), der Leistungsdokumentation, den medizinischen Daten sowie ggf. aus der Nachbefragung auf Personenebene zusammenführen zu können, wurde in der Evaluation ein sog. Teilnahme-Code genutzt. Der Code ist ein Pseudonymisierungs-Code, der von den Betroffenen selbst einfach gebildet werden kann. Zur Erhöhung der Sicherheit enthält der Code keine Buchstaben des Klient*innen-Namens, sondern erfragt Buchstaben des mütterlichen Namens.

Damit Leistungs- bzw. Tätigkeitsdaten in Bezug auf Beschäftigtengruppen ausgewertet werden können, wurde in der Evaluation auch ein Mitarbeitenden-Code eingesetzt. Der

Mitarbeitenden-Code besteht aus einer Zufallszahl, die von den Instituten vergeben und den Mitarbeitenden individuell mitgeteilt wurde.

Bei der Evaluations-Studie wurde ein Mixed-Method-Design angewendet, das quantitative Erhebungen (Erstbefragung Klient*innen, Dokumentation fallbezogener Leistungen und übergreifender Tätigkeiten, medizinische Parameter von Patient*innen der Ambulanz, Nachbefragung) mit qualitativen Bausteinen (Dokumentenanalyse, systematische teilnehmende Beobachtung/Hospitation, Einzelinterviews mit Klient*innen, Interviews und Fokusgruppen mit Mitarbeitenden des WIR, Gespräche mit Versorgungsbeteiligten sowie mit Kosten- und Leistungsträgern) kombiniert.

Das Studiendesign wurde von der Ethik-Kommission der Ruhr-Universität Bochum genehmigt.

2.10 Limitationen der Evaluation

Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation der Implementation des WIR fand nicht unter den Bedingungen einer Studie statt, sondern „im richtigen Leben“. Die zu betrachtenden Personen waren keine (zufällig oder kriteriengestützt) ausgewählten Studienpatient*innen, sondern ganz unterschiedliche Personen, die ihre Anliegen und Bedarfe ins WIR führten. Hier erhielten sie Beratung, Test, Behandlung – ganz unabhängig davon, ob sie zur Teilnahme an der Untersuchung bereit waren. Und für einen Teil der Nutzer*innen war der Schutz ihrer Anonymität von entscheidender Bedeutung. Dass unter diesen Bedingungen eine Teilnahmequote von knapp drei Viertel aller Nutzer*innen des Zentrums erzielt wurde, ist dem großen Engagement der Mitarbeitenden geschuldet. Gleichwohl gehen damit Limitationen einher, die zu benennen sind:

- Die Teilnahmequote variierte je nach Einrichtung: Während die Klientel der im WIR ansässigen Einrichtungen insgesamt gut erfasst ist, verweigerten fast alle mit WIR-Kontakt betreuten Klient*innen von Madonna und pro familia ihre Zustimmung zur Teilnahme an der Evaluation. Deshalb sind vielfach lediglich Aussagen zu den drei Einrichtungen, die im WIR verortet sind, möglich. Damit einher geht zudem eine Unterrepräsentanz bestimmter Personengruppen, bspw. von Sexarbeiter*innen und Personen ohne Krankenversicherung. Über die Nicht-Erfassung der von pro familia im WIR-Kontext betreuten Männer mit Erektionsstörungen kann über diese vermutlich ganz andere Klient*innengruppe nicht berichtet werden.
- Diesen und weiteren Personengruppen ist Anonymität besonders wichtig. Bspw. schürte die Verabschiedung des ProstSchG bei Sexarbeiter*innen Ängste und engte ihre Bereitschaft, Daten preiszugeben noch weiter ein. Anonymität war auch Männern mit Erektionsstörungen, sich illegal in Bochum aufhaltenden Personen oder Menschen nach traumatischen Erfahrungen, in psychischem Stress oder Krisen etc. wichtig. Die qualitativen Erhebungen verweisen darauf, dass diese Personengruppen durchaus im WIR versorgt wurden. Doch sind sie in der Evaluation aufgrund fehlender Datenerfassung unterrepräsentiert. Aufgrund einiger Überschneidungen mit den genannten Gruppen, sind so die Anteile von Frauen, Migrant*innen und Personen ohne Krankenversicherung in der Teilnehmendengruppe niedriger als in der Realität.
- Die Mitarbeitenden nahmen Einfluss auf die Teilnehmendenquote, indem bspw. Personen in akut schwierigen Situationen oder in psychischen Stresssituationen sowie Flüchtlinge häufig nicht zur Teilnahme aufgefordert wurden. Die Fachkräfte haben hier eigenständig entschieden, dass diesen Personen eine (weitere) Befragung und Einverständniserklärung nicht zugemutet werden soll. Des Weiteren waren die Zeit-

ressourcen der Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts so limitiert, dass phasenweise deshalb gar nicht zur Teilnahme an der Erhebung aufgerufen wurde. Dies führte zu Ausfällen beim Einschluss von Testklientel.

- Personen mit körperlichen Behinderungen sind über die Datenerfassung nicht erkennbar, da bestehende Einschränkungen oft nicht dokumentiert wurden. Auswertungen zu Menschen mit Einschränkungen betreffen deshalb ausschließlich Menschen mit Verständigungsschwierigkeiten.
- Aufgrund der hohen Teilnahmequote von Ambulanzpatient*innen sind HIV-Patient*innen in Dauerbehandlung generell überrepräsentiert. Dies betrifft noch einmal mehr die schriftliche Nachbefragung, zu der deutlich mehr Ambulanzklientel motiviert werden konnte.
- Um der Ambulanz Doppeldokumentation zu ersparen, sollten medizinische Daten zu Diagnosen und Behandlungsverläufen aus dem Krankenhausinformationssystem übernommen werden. Dies war jedoch sehr viel schwieriger als erwartet und band sowohl in der Ambulanz als auch bei der Evaluation sehr viel Zeit. Gleichwohl konnten nicht alle Daten (bspw. zu Hepatitis C) in zufriedenstellender Qualität extrahiert werden, wodurch einige wenige Analysen nicht möglich waren.
- An der Nachbefragung beteiligten sich rd. ein Zehntel aller im WIR durch die Evaluation erreichten Nutzer*innen. Viele von ihnen bildeten in der anonymen und online durchgeführten Nachbefragung keinen Code, der nötig war, um die Daten mit jenen aus Erstbefragung und Leistungsdokumentation zu verknüpfen. Deshalb ist kein Vergleich von Daten möglich, bspw. zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Beginn der Betreuung und bei Beendigung bzw. später. Die Klientel der Beratungsstelle des Gesundheitsamts hat die Nachbefragung wenig genutzt, nach einem oft einmaligen Besuch im WIR erschien das vielen nicht passend oder nötig.
- Eine wesentliche Grundlage für die Diskussion der Ergebnisse ist die Umsetzung bzw. Erreichung der im Zielkatalog definierten Ziele. Dabei wurden dort z. T. Ziele formuliert, die Veränderungen bzw. Verbesserungen im Vergleich zum vor-WIR-Setting benennen. Allerdings fehlen uns Vergleichsdaten zu den vorherigen Ständen. Inwieweit also bspw. die Behandlung von HIV im Vergleich zum vorherigen Setting verbessert werden konnte, lässt sich auf Basis der vorliegenden Daten nicht prüfen.
- Auch Fragen zur Reichweite des WIR in und um Bochum können nur begrenzt beantwortet werden. Zum einen wurden die dafür vorgesehenen Dokumentationen nur von einem Teil der Akteure und nur lückenhaft bearbeitet. Zum anderen ist Reichweite ohne repräsentative bevölkerungsbezogene Umfragen nur schwer messbar, die jedoch im Rahmen der hier durchgeführten Evaluation weder vorgesehen noch machbar waren.
- Schließlich muss konstatiert werden, dass erst im Verlauf Dokumentationsfehler deutlich wurden, die dann nicht mehr rückwirkend behoben werden konnten. Beispielsweise wurde teilweise nach Einführung des anonymen Online-Tools zur Partner*innen-Benachrichtigung fälschlicherweise nur die Empfehlung zur Nutzung des Tools als „Partner*innen-Benachrichtigung“ erfasst. Dies war nachträglich nicht mehr zu rekonstruieren. Auch wurden die Items „Adhärenzförderung“ und „Vermittlung zu anderen Stellen“ sehr unterschiedlich verwendet und die entsprechenden Leistungen z. T. anders, z. T. gar nicht dokumentiert. Soweit möglich wurde die Art der Auswertung dem Ausfüllverhalten angepasst, doch bleiben sicher Unschärfen.

In der Folge bestehen Lücken, die u. a. eine genaue Quantifizierung der erreichten Personen und der in Anspruch genommenen Leistungen mit den vorliegenden Daten nicht zu-

lassen. Mit Blick auf diese Begrenzungen ermöglichen diese Daten keine validen Kostenschätzungen. Es können lediglich Anhaltspunkte für durchschnittliche Aufwände und beteiligte Berufsgruppen gegeben werden.

3 Durchführung Arbeits- und Zeitplan, Zielerreichung

Das Projektvorhaben wurde im Wesentlichen in Übereinstimmung mit dem Arbeits- und Zeitplan umgesetzt. Es kam lediglich – wie oben dargestellt – zu einigen bedarfs- und situationsbezogenen Anpassungen: So wurden bspw. statt der geplanten Fokusgruppen mit Klient*innen Einzelinterviews durchgeführt, ebenso wurden mehr kleinteiliger besetzte Interviews mit Beschäftigten und Leitungskräften im WIR realisiert als bei Antragstellung vorgesehen. Die erste Befragung der Zuwendungsgeber/Kostenträger fand aufgrund der Landtagswahl in Nordrhein-Westfalen und der daraus resultierenden deutlichen Veränderungen bei Ministerien und Ressorts etwas später als geplant statt.

Die Haupt- und Teilziele für die Umsetzung der Evaluation (vgl. Anhang Tab. 27) wurden wie geplant umgesetzt und im Wesentlichen fristgerecht erreicht. Die folgenden Abschnitte gehen auf die Zielerreichung ein, gegliedert nach den drei Hauptzielen und darin die Teilziele berücksichtigend.

(1) Die Implementierung des Walk In Ruhr – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin (WIR) wird wissenschaftlich begleitet

Der Implementierungsprozess des WIR wurde drei Jahre durch ein interdisziplinäres Team von Wissenschaftler*innen (Sozialwissenschaft, Psychologie, Medizin) begleitet. In regelmäßigen Treffen mit den WIR-Akteuren wurden Erwartungen, Prozesse und Effekte reflektiert und jeweils gemeinsam die nächsten Schritte beraten und abgestimmt. Zu diesem Zwecke wurde nach der Auftaktsitzung im August 2016 als zentrale Kommunikationsstruktur eine Projektgruppe konstituiert, die sich seit September 2016 insgesamt 15-mal traf (geplant waren mindestens zehn Treffen). In der Projektgruppe waren alle sechs Akteure vertreten. Alle Projektgruppensitzungen wurden von der wissenschaftlichen Begleitung dokumentiert und die Protokolle BMG und Projektträger zur Verfügung gestellt. In regelmäßigen Abständen erhielt das BMG Einblick in den Fortschritt der Evaluation und wurde über die Entwicklung des Angebots in Bochum informiert. Darüber hinaus wurden im Berichtszeitraum wie geplant drei Lenkungsgruppensitzungen einberufen, bei denen zudem zum Stand informiert wurde. Bei diesen Treffen wurden jeweils Zwischenergebnisse (März 2017, Juni 2018) bzw. der Abschlussbericht (August 2019) vorgestellt.

Die Arbeiten zur Entwicklung des Evaluationskonzepts wurden in Phase 1 aufgenommen und mit etwa einem Monat Verspätung abgeschlossen. Dazu wurden zunächst im Rahmen der Bestandsaufnahme in Einzelgesprächen mit den Akteuren vor Ort ihre Ziele erhoben und gemeinsam in und mit der Projektgruppe in vier Sitzungen ein Zielkatalog mit Grob- und Teilzielen sowie Indikatoren zur Überprüfung der Zielerreichung erarbeitet, der seit Dezember 2016 vorliegt.

Darauf aufbauend wurde ein Instrumentenset entwickelt und in der Projektgruppe abgestimmt. Der Einsatz wird über ein Manual detailliert erläutert. Das Evaluationsinstrumentarium wurde am 2. März 2017 bei der Ethikkommission der Ruhr Universität Bochum zur Prüfung eingereicht. Nach einer eher geringfügigen Nachforderung wurde das gesamte Instrumentarium am 18. April 2017 positiv votiert. Der über fünf Wochen laufende Pretest der deutschsprachigen Instrumente startete kurz nach Vorliegen des Ethikvotums am 24. April 2017. Basierend auf den Erfahrungen im Pretest erfolgten anschließend kleinere Anpassungen. Im Mai 2017 wurden auch die in fünf Fremdsprachen (englisch, französisch, spanisch, bulgarisch und rumänisch) übersetzten Instrumente bereitgestellt. Die Dokumentationsinstrumente (Erstbefragung von Klient*innen, Fallbezogene Leistungsdokumentation, Nachbefragung von Klient*innen) wurden von Ende April 2017 bis Mitte Februar 2019 durchgehend eingesetzt, die übergreifende Tätigkeitsdokumentation

zu zwei Stichzeitpunkten. Verschiedene qualitative Elemente ergänzten über den gesamten Verlauf das quantitative Instrumentarium (vgl. Abschnitt 2.7). Alle sechs Akteure verpflichteten sich, die Evaluation zu unterstützen und die Dokumentationen einzusetzen. Tatsächlich trugen drei Akteure jedoch aufgrund je spezifischer Gegebenheiten nur wenig fallbezogene Dokumentationen bei (vgl. S. 15).

In den nächsten Monaten wurden die Auswertungsroutinen entwickelt und in Diskussion mit der Projektgruppe mehrfach angepasst. Im Rahmen der Projektgruppensitzungen erfolgten Rückmeldungen zum Stand der Datenerhebung, wurden Probleme mit der Dokumentation und den Erhebungsinstrumenten besprochen sowie erste Zwischenergebnisse vorgestellt und diskutiert. Datenaustausch, Datenbereinigung und die Klärung offener Fragen zu der komplexen Datenstruktur blieben bis zuletzt deutlich aufwendiger als gedacht und konnten nur mit erheblicher Verzögerung abgeschlossen werden.

(2) *Auswirkungen des Walk In Ruhr – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin (WIR) auf die regionale Versorgung werden erfasst*

Im August 2016 begann die wiss. Begleitung mit einer Bestandsaufnahme zur Arbeit der sechs Institutionen des WIR und zur Versorgungssituation in Bochum. Dafür wurden zum einen Sozialdaten zu Bochum erfragt, relevante Versorgungsinstitutionen im Kontext von sexueller Gesundheit eruiert sowie Materialien der sechs Kernakteure im WIR wie bspw. Konzepte und Jahresberichte (aus den Vorjahren) sowie andere Daten zusammengetragen und sekundäranalytisch ausgewertet. Hierzu kann konstatiert werden, dass zum damaligen Zeitpunkt nur begrenzt Daten zu den Einrichtungen und ihrer Arbeit vorhanden waren und keine vergleichbaren oder zusammenfassenden Angaben.

Ebenfalls im August 2016 wurden alle sechs Einrichtungen besucht und in Einzelgesprächen qualitativ und leitfadengestützt nach Angeboten, Klientel, Zielen für die Zusammenarbeit im WIR (s. o.), Beteiligung der Klientel bei der Angebotsentwicklung sowie Erfahrungen mit der Kooperation (mit WIR-Organisationen und darüber hinaus) erfragt.

Um relevante Versorgungsbeteiligte in Bochum zu erfassen, wurde zum einen recherchiert, welche Angebote und Akteure in Bochum zur Verfügung stehen. Zum anderen wurde über die Dokumentationen erfasst, über welche Zugänge und vermittelnden Akteure in Bochum und darüber hinaus die Nutzer*innen ins WIR fanden und mit welchen externen Versorgungsbeteiligten im Rahmen der Beratung, Betreuung, Behandlung konkret kooperiert bzw. wohin Nutzer*innen vermittelt wurden. So wurden externe Versorgungsbeteiligte identifiziert, deren Einschätzungen zu den Auswirkungen des WIR auf die Versorgung in Bochum statt über zwei Fokusgruppen, über zwei Gruppengespräche und sechs Interviews mit insgesamt elf Personen erhoben.

Im Konzept der Evaluation waren darüber hinaus zwei Fokusgruppen mit Nutzer*innen des WIR geplant, um ihre Einschätzungen, Erwartungen, Wünsche und ihre Beteiligung an der Angebotsentwicklung qualitativ zu erheben. Schon für die erste Runde der Befragung (April 2017) waren nach Gesprächen in der Projektgruppe davon abweichend und zeitlich aufwändiger Einzelinterviews (n = 23) umgesetzt worden.

(3) *Vergleich von Ansatz und Funktionalität des Walk In Ruhr – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin (WIR) mit vergleichbaren Ansätzen.*

Mit Projektbeginn wurde mit einer Literatur- und Onlinerecherche zu integrativ arbeitenden Beratungs- und Versorgungsangeboten im In- und Ausland (vor allem Schweiz, Niederlande, Großbritannien, USA) begonnen. Die entsprechenden Quellen und (soweit auf-

findbar) Konzepte wurden systematisch ausgewertet. Dabei waren die Erfahrungen in Deutschland von besonderem Interesse, da sie unter den Bedingungen des deutschen Sozialleistungssystems aufgebaut wurden und gute Erfahrungen leichter auf das WIR übertragen werden konnten. Die Bestandsaufnahme zu vergleichbaren Ansätzen wurde in Phase I planmäßig abgeschlossen, dabei wurden deutlich mehr als die geforderte Liste mit Kurzbeschreibungen zu sechs vergleichbaren Angeboten erstellt: Recherchiert, besucht und näher betrachtet wurden sieben Einrichtungen, fünf davon in Deutschland. Die Ergebnisse wurden auf der ersten Lenkungsgruppensitzung am 8. März 2017 vorgestellt und verschriftlicht (vgl. Abschlussbericht Phase 1 vom Juli 2017). Die Recherchen wurden in Phase 2 weitergeführt und weitere nationale Beratungs- und Versorgungsansätze eingeschlossen (Gesundheitsamt Köln, CASAblanca – Centrum für AIDS und sexuell übertragbare Krankheiten in Hamburg Altona, CheckpointPlus Freiburg, Checkpoint BLN), zudem wurde die GUM clinic Mortimer Market in London besucht und Erfahrungen ausgetauscht. Die Ergebnisse der Evaluation des WIR wurden mit Daten zu anderen Versorgungsangeboten verglichen.

Zur Erfassung der Funktionalität des WIR wurden quantitative und qualitative Daten zu Zugängen, medizinischen, psychologischen und sozialen Aufklärungs-, Präventions- und ggf. Testungsangeboten und ihren Verknüpfungen, Öffnungszeiten etc. und Verteilung über die sechs Akteure zusammengetragen und ausgewertet. Ebenso konnte die Erreichung der Zielgruppe beschrieben, Merkmale der Nutzer*innen/Patient*innen abgebildet und Nutzungsprofile erstellt werden. Mit Blick auf die gesundheitliche Lebensqualität konnten zu Beginn der Betreuung im WIR von deutlich mehr als den angestrebten 50 % der Klientel Daten erhoben werden – jedoch liegen aufgrund der begrenzten Beteiligung an der Nachbefragung nur für sehr viel weniger Fälle auch abschließende Einschätzungen zur Lebensqualität vor. Besser ist hingegen die Befundlage zu den medizinischen Daten: Zwar kann nicht ganz über die angestrebten 90 % der Patient*innen berichtet werden, doch liegen Aussagen zu Verläufen aus den Labordaten der HIV-Patient*innen der Ambulanz sowie zum Adhärenzniveau über die Behandlungsergebnisse und die Nachbefragung vor (von mehr als 50 % der Teilnehmenden). Das Ausmaß von Partner*innen-Benachrichtigung wurde durchgehend für die an der Evaluation teilnehmenden Personen erfasst. Die Zufriedenheit der Klientel ist über qualitative Erhebungen und die Nachbefragung erfasst worden, die Teilnahmequote erreichte jedoch nicht die ursprünglichen angestrebten 50 % der Klientel. Dies hängt wohl auch damit zusammen, dass insbesondere die Klientel, die das WIR lediglich zu einem einmaligen Test aufsuchte, entweder keine Einladung zur Nachbefragung erhielt oder wenig Veranlassung sah, sich daran zu beteiligen.

Im Frühjahr 2017 wurden mit Mitarbeitenden und Leitungskräften im WIR Interviews und Fokusgruppengespräche durchgeführt, die im Frühjahr 2019 wiederholt wurden. Die Abschlussgespräche dienten dazu, mit Blick auf die Festlegungen im abgestimmten Zielkatalog zentrale Effekte der Arbeit im WIR, Veränderungen und die Entwicklung der Vernetzung in Bochum zu erheben. Statt der geplanten drei Fokusgruppengespräche wurden jedoch sechs Gruppengespräche und sechs Einzelgespräche realisiert, um die Entwicklungen detaillierter nachfragen zu können. Im Konzept der Evaluation waren darüber hinaus auch abschließend Fokusgruppen mit Nutzer*innen des WIR geplant – hier wurden abweichend erneut 23 Einzelinterviews umgesetzt (Februar 2019, Projektmonat 30).

Mit Blick auf Kosten und Finanzierungsaspekte wurden wie geplant Vertreter*innen von Kommune, (weiteren) Zuwendungsgebern sowie Kosten- und Leistungsträgern befragt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sämtliche Arbeitsschritte umgesetzt und alle Ziele der Evaluation erreicht wurden. Die Arbeitsschritte wurden teilweise an-

ders und aufwendiger umgesetzt. Dies gilt im Wesentlichen auch mit Blick auf die Teilziele der Evaluation, wenngleich einzelne Indikatoren nicht im anvisierten Umfang realisiert werden konnten.

Die tatsächliche Umsetzung des Arbeits- und Zeitplans stellt die folgende Abbildung im Überblick vor:

Abb. 1: Realisierter Arbeits- und Zeitplan – Phase 1 und Phase 2

	2016		2017				2018				2019						
	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3				
Auftakt und Konstituierung Projektgruppe	X																
Bestandsaufnahme zu vergleichbaren Angeboten																	
Bestandsaufnahme WIR-Zentrum																	
Evaluationskonzept, Ethikvotum																	
Fokusgruppen/Interviews mit Nutzer*innen und mit Leitungs-/Fachkräften																	
Dokumentation Klient*innendaten																	
Dokumentation fallbezogener Leistungen und - stichzeitpunktweise - weiterer Tätigkeiten (T)																	
Nachbefragung Klient*innen																	
Befragung externe Versorgungsbeteiligte																	
Befragung Kosten- und Leistungsträger																	
Weitere Recherchen vergleichbarer Angebote																	
Treffen Lenkungsgruppe																	X
Treffen Projektgruppe																	X
Auswertung und Validierung																	→

4 Ergebnisse

4.1 Entwicklung „Walk in Ruhr“ in Bochum

Bochum ist eine kreisfreie Stadt im Regierungsbezirk Arnsberg und neben Duisburg, Essen, Dortmund und Hagen eines der fünf Oberzentren des Ruhrgebiets. Mit rd. 365.000 Einwohner*innen ist Bochum die sechstgrößte Stadt des Landes, die zweitgrößte in Westfalen. Die Stadt liegt eng benachbart zu Essen, Gelsenkirchen, Herne, Dortmund und Witten; wie im Ruhrgebiet überall, verschwimmen die Stadtgrenzen, die Bevölkerung bewegt sich vielfach nicht nur innerhalb ihres Ortes, sondern nutzt auch Angebote in den benachbarten Städten. In der Stadt sind sechs Hochschulen beheimatet, an denen knapp 58.000 Menschen studieren (das entspricht etwa 16 % der Bevölkerung). Bochum ist gezeichnet vom Strukturwandel im Ruhrgebiet, die Arbeitslosenquote ist in den letzten Jahren leicht auf gut 8 % gesunken.

Das Gesundheitsamt geht davon aus, dass sich in Bochum jährlich zwischen 15 und 25 Menschen neu mit HIV infizieren, in ganz NRW verzeichnete das Robert-Koch-Institut im Jahr 2016 640 Neuinfektionen. Das Bochumer Gesundheitsamt und die Aidshilfe Bochum schätzen die Gesamtzahl der HIV-infizierten Menschen in Bochum auf aktuell 600 Personen.

Die Stadt Bochum fördert sowohl über das Gesundheitsamt als auch Sozial- und Jugendamt seit vielen Jahren Angebote rund um Sexuelle Gesundheit und Identität in Bochum und koordiniert diese über die Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts (mittlerweile als Außenstelle des Amts im WIR verortet) bzw. die städtische Gleichstellungsstelle. Dadurch konnten sich mehrere, z. T. landesweit einmalige, Projekte etablieren (s. u.).

Die Behandlung von HIV-Infizierten erfolgt im Wesentlichen durch die Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie der Ruhr-Universität Bochum. Die Ambulanz ist die einzige spezialisierte Fachinstitution zur HIV-Behandlung in Bochum, es existiert, anders als in einigen umliegenden Städten (z. B. Dortmund, Duisburg) keine HIV-Schwerpunktpraxis. Laut Auskunft der KVWL werden fast alle Menschen mit HIV/Aids in Bochum in der Interdisziplinären Immunologischen Ambulanz behandelt.

Die Akteure im Handlungsfeld sind seit vielen Jahren über verschiedene Gremien sowie z. T. gemeinsame Projekte miteinander vernetzt. Von besonderer Bedeutung für Prävention und Hilfe im Bereich sexueller Gesundheit sind der seit vielen Jahren etablierte „Arbeitskreis Sexuelle Gesundheit“⁴ und der „Runde Tisch Prostitution“⁵.

Angesichts weiter steigender Bedarfe (gestiegene Nachfrage der verschiedenen Beratungsstellen, Anstieg der Fallzahlen meldepflichtiger und nicht-meldepflichtiger sexuell übertragbarer Infektionen sowie von ungewollten Schwangerschaften Jugendlicher) mündete die enge Zusammenarbeit der Akteure in Bochum 2013 in das Vorhaben, die wichtigsten Dienstleistungen aller Anbieter an einem Standort in Bochum zu bündeln. Vorbild waren dabei vor allem die englischen Sexual Health Clinics, auch Genitourinary Medicine Clinics (GUM clinic) genannt. Aus dem AK Sexuelle Gesundheit erwuchs die sog. Steuerungsgruppe WIR-Zentrum (ohne die Drogenberatung der Krisenhilfe Bochum), die dann über mehrere Jahre das Konzept entwickelte. Beteiligt waren damals (wie heute):

⁴ Teilnehmende: Gesundheitsamt, pro familia, Rosa Strippe, Aidshilfe und die Drogenberatung der Krisenhilfe Bochum

⁵ Teilnehmende: Gesundheitsamt, Gleichstellungsstelle der Stadt, Polizei, Ordnungsamt, Bauamt, Bau-Ordnungsamt, Finanzamt sowie Madonna

- Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz des St. Josef-Hospitals Bochum/RUB
- Gesundheitsamt Bochum, Fachbereich „Sexuelle Gesundheit“
- pro familia e. V., Beratungsstelle Bochum
- Aidshilfe Bochum e. V.
- Rosa Strippe e. V.
- Madonna e. V.

Die Vorsitzende des Ausschusses für Arbeit, Soziales und Gesundheit der Stadt Bochum begleitete die Gruppe zunächst. Die Entwicklungsarbeit wurde durch das MGEPA unterstützt (Projekt zur „Entwicklung eines bedarfsgerechten Versorgungskonzeptes zur Förderung der Sexuellen Gesundheit“), zudem wurden ZSP-Mittel⁶ für die Erstellung eines Konzepts und eine 0,5 Stelle für die Erprobung von Health Advising⁷ bereitgestellt. Parallel starteten das Gesundheitsamt Bochum, Madonna e. V. und die Immunologische Ambulanz des St. Josef-Hospitals ein Pilotprojekt zur Verbesserung von Erreichbarkeit und Versorgung von Sexarbeiterinnen in Bochum durch aufsuchende Arbeit.

Die Steuerungsgruppe analysierte den Bedarf in Bochum, recherchierte zur Arbeitsweise der englischen GUM-Ambulanzen (u. a. durch Besuche in London) und entwickelte mit Begleitung von Prof. Jürgen Wettke, HCIC GmbH, ein Konzept. Die Räumlichkeiten eines ehem. Schwesternwohnheims am St. Elisabeth Hospital des Katholischen Klinikums Bochum (KKB) wurden umgebaut. In der im Frühjahr 2015 unterzeichneten Kooperationsvereinbarung (ohne Laufzeit) wurden die Leistungen definiert, die die Akteure einbrachten, das eingesetzte Personal sowie die Bereitstellungszeiten. Die ursprünglichen Pläne wurden seither mehrfach angepasst.

Das WIR hat keine eigene Rechtsform, alle Akteure bleiben selbstständig und für Dienst- und Fachaufsicht des je eigenen Personals verantwortlich. Die Außendarstellung, die zunächst grundsätzlich miteinander abgestimmt erfolgen sollte, verschob sich im Laufe der Implementierungsphase verstärkt zu Ambulanz, Aidshilfe und zur Beratungsstelle des Gesundheitsamts.

Trotz einiger Versuche konnte über Zuschüsse für Aufbauarbeiten keine eigenständige Finanzierung für das WIR erreicht werden. Die Ambulanz hat jedoch mit Blick auf die bei den Konzeptdiskussionen deutlich gewordenen Bedarfe einige Projekte und Studien konzipiert und Mittel dafür eingeworben, bspw. zur Erfassung der STI-Prävalenz und -Versorgung sowie der Verbesserung des Wissens zu STI von Jugendlichen und jungen Erwachsenen (PreYoungGo). Seit 2018 beteiligt sich das WIR als einer von zehn Standorten an der BRAHMS-Studie zur Inzidenz der Übertragung von HIV, Hepatitis und (anderen) STI bei Personen mit Infektionsrisiko. Im Jahr 2019 laufen etwa fünfzehn Studien. Über Drittmittel aus der Industrie (ViiV Healthcare) werden zwei weitere Health Adviser gefördert, die zu Juni/Juli 2017 ihre Arbeit aufnahmen. Seit Herbst 2018 fördert die Deutsche AIDS-Stiftung eine 0,5 Stelle Psychotherapie. Schließlich gewährt das BMG dem WIR von 2017 bis 2019 eine Aufwandsentschädigung für die Unterstützung der Evaluation. Fortlaufend werden weitere Projekte entwickelt und Anträge gestellt (bei Bund und Land, Industrie, Stiftungen, Krankenkassen), um weitere Mittel für das WIR einzuwerben.

⁶ Mittel der zielgruppenspezifischen Prävention.

⁷ Zugleich wurde eine 0,5-Stelle für Health Adviser im Checkpoint Köln gefördert. Laufzeit: bis Ende 2017

Aidshilfe, Ambulanz und die Beratungsstelle des Gesundheitsamts bezogen als erste Akteure die neuen Räume im Dezember 2015 bzw. im März 2016, die offizielle Eröffnung fand am 3. Juni 2016 mit einer Feierstunde und einem Fachsymposium statt. Das BMG sieht im Zentrum ein mögliches Modell für die Weiterentwicklung der STI-Versorgung in Deutschland und fördert deshalb eine externe wissenschaftliche Begleitung.

4.1.1 Die Akteure im „Walk in Ruhr“

Alle sechs Akteure der Entwicklungsphase sind im WIR – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin (WIR) beteiligt: die Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz, das Gesundheitsamt sowie die (Selbst-)Hilfeeinrichtungen Aidshilfe Bochum, Madonna, Rosa Strippe und pro familia. Um die Struktur des WIR zu beschreiben, werden zunächst die sechs Einzelakteure vorgestellt und dann skizziert, welche Angebote sie vorhalten, wie die Arbeit im WIR organisiert ist und welche Vernetzungen über das Zentrum hinaus bestehen.

4.1.1.1 Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie der Ruhr-Universität Bochum

Die Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz der Klinik für Dermatologie ist die Haupt-Behandlungsinstitution für HIV-Infizierte in Bochum. Als Teil der Ruhr-Universität Bochum ist die Ambulanz auch in Forschung und Lehre tätig. Nach jahrelanger Verortung im St. Josef-Hospital zog die Ambulanz als Ganzes im März 2016 ins WIR um, die ursprünglich hergerichteten Räume werden 2019 erweitert. Schon im St. Josef-Hospital hat die Ambulanz mit der Aidshilfe kooperiert, die regelmäßig in der Klinik präsent war, Beratung und ein regelmäßiges Patientenfrühstück anbot.

Die Ambulanz behandelt Menschen mit HIV nach Überweisung von niedergelassenen Mediziner*innen auf der Grundlage einer Instituts-Ermächtigung mit einem definierten Leistungsspektrum nach Einzelleistungsabrechnung plus der HIV-Qualitätspauschale. Im Notfall kann die Ambulanz direkt behandeln, in Grenzen können auch Patient*innen ohne Krankenversicherung behandelt werden (ermöglicht durch Spenden, das KKB oder städtische Zuwendungen). Die Ambulanz beteiligt sich an zahlreichen drittmittelfinanzierten Studien (s. o.), über die z. T. auch zusätzliche Tests und Behandlungsoptionen eröffnet werden (bspw. Mykoplasmentestung, alle Lokalisationen). Das Spektrum der Ambulanzbehandlung ist auftragsgemäß stark auf Diagnostik, Diagnosevermittlung und Therapie von HIV und STI ausgerichtet, auch fachärztliche proktologische Behandlung ist gewährleistet. Zudem werden Beratung und Behandlung zu sexueller Gesundheit (STI und assoziierte Erkrankungen sowie sexuelle Störungen) und in begrenztem Umfang auch psychotherapeutische Versorgung (0,75-Stelle) angeboten. Die Behandlung von Fertilitätsstörungen, Verhütungsberatung und Familienplanung finden in geringem Umfang statt. Das über die Ermächtigung definierte Leistungsspektrum der Ambulanz ist aus Sicht der hier arbeitenden Ärzt*innen nur begrenzt bedarfsadäquat, insbesondere fehle es an Möglichkeiten, risikoadaptiert zu testen.

Im Zuge der Implementierung des WIR konnten zusätzliche Finanzmittel erschlossen und Angebote aufgebaut werden:

- Seit Anfang 2019 konnte mit der Krankenkasse Knappschaft Bahn-See in Bochum eine zusätzliche Qualitätspauschale für STI-Behandlungsfälle vereinbart werden (Besondere Versorgung nach § 140a, SGB V).
- Im Verlauf der Implementierungsphase erfolgte eine deutliche Ausweitung des STI-Testangebots. Die WIR-Ambulanz testet auf Syphilis, Mycoplasma genitalium, Chlamydia trachomatis, Gonorrhoe, HPV, Trichomonaden, Hepatitis B, HIV, Hepatitis C. Im Untersuchungszeitraum wurden für 1.736 Ambulanz Patient*innen 21.499 STI-Laboruntersuchungen dokumentiert. Die WIR-Ambulanz testet risikoorientiert und dem individuellen Sexualverhalten entsprechend an verschiedenen relevanten Lokalisationen (genital, anal und oral). Im Mittel wurden je Patient*in 12,4 Tests durchgeführt.
- Über die Deutsche AIDS-Stiftung steht seit 2018 eine halbe Stelle für Psychotherapie zur Verfügung, was erstmals eine psychotherapeutische Versorgung von Patient*innen ermöglicht, die nicht krankenversichert sind oder an einer Beantragung von Einzeltherapie und der Befolgung regelmäßiger Stunden scheitern würden sowie seit 2019 Kapazitäten für Health Advising.
- Die Gynäkologische Versorgung wird in Kooperation mit dem St. Elisabeth-Hospital organisiert und stellt einen großen Mehrwert für das WIR dar, der mit dem Umzug realisierbar wurde. Schon hier gab es Möglichkeiten, auch Frauen ohne Krankenversicherung zu behandeln. Seit dem 01.03.2019 finanziert das Gesundheitsamt zudem zehn Stunden/Woche gynäkologische Sprechstunde im WIR (angestellt im Kath. Krankenhaus Bochum), die ohne Terminvereinbarung und ohne Krankenversicherung genutzt werden kann. Die bestehende Kooperation mit Madonna konnte intensiviert werden, seit Sommer 2019 wirkt die Gynäkologin auch an der aufsuchenden Arbeit im Bordell mit.
- In der Ambulanz werden Medikamente für PEP und PrEP verordnet. Die Ambulanz hat zusammen mit einer Bochumer Apotheke und TAD Pharma ein bezahlbares PrEP-Modell entwickelt, das seit Oktober 2017 28 Tagesdosen für zunächst 52, jetzt 42 Euro in einer qualitätsgesicherten Form zugänglich macht.⁸ Im WIR geht die PrEP-Verordnung mit einer Beratung durch die Aidshilfe und regelmäßigen medizinischen Kontrolluntersuchungen durch die Ambulanz einher. Die Untersuchungen können z. T. im Rahmen der BRAHMS-Studie geleistet werden.
- Seit einigen Monaten bietet das WIR⁹ „teST-It“ – ein Selbstentnahme-Kit für 32 Euro an, das nach einem Arztkontakt erhältlich ist. Alles Weitere geht postalisch/telefonisch. Derzeit ist die Nachfrage jedoch eher gering, zudem lassen Klient*innen, die sich das Set im WIR holen und erklären lassen, den Test zumeist dann doch direkt vor Ort machen. Nachfrage kommt eher, so wird berichtet, von professioneller Seite (Gesundheitsämter, niedergelassene Praxen). Gemeinsam mit der Aidshilfe NRW soll das Test-Kit auch online vertrieben werden.
- Nachdem Partner*innen-Benachrichtigung einen wichtigen Platz im Zielkatalog bekam, intensivierte man die Bemühungen, Partner*innen-Benachrichtigung im Behandlungs- und Beratungsalltag zu implementieren. Derzeit wird dies insbesondere in der Ambulanz umgesetzt (vgl. Kap. 4.3.3.3).

⁸ Das Modell funktioniert ähnlich wie das von Tenberken mit Hexal ausgehandelte erste in Deutschland verfügbare Modell über die Verschreibung einer verblisterten Form. Mittlerweile ist die PrEP bundesweit zu vergleichsweise günstigen Preisen erhältlich. Die ersten beiden Anbieter (in Bochum und über Tenberken/Hexal) ermöglichen nach einer Preissenkung weiterhin die günstigsten Preise mit nunmehr rd. 40 Euro pro 28 Tabletten.

⁹ Nicht nur die Ambulanz, auch Aidshilfe und Gesundheitsamt verkaufen die Test-Kits. Alle berichten gleichermaßen über begrenzte Nachfrage.

Die Personalsituation in der Ambulanz war im Jahr 2016 wie folgt: drei Ärzt*innen (Fachrichtung Dermatologie, zweimal auch Weiterbildung zu Proktologie) und auf 3,25 Stellen vier Pflegekräfte plus ein im Krankenhaus angestellter Psychotherapeut für einen Tag pro Woche. Über Drittmittel wurden die WIR-Geschäftsführung, Sekretariat/Buchhaltung, Study Nurses, IT-Unterstützung, Öffentlichkeitsarbeit, studentische Assistenz finanziert – sowie seit Januar 2017 eine BMG-geförderte Koordination und Unterstützung für die Evaluation. Seither ist das WIR deutlich gewachsen: Mittlerweile sind hier sechs Ärzt*innen tätig (plus drei, inklusive der o. g. Gynäkologin, die das Gesundheitsamt Bochum fördert), drei Health Adviser (Zuwachs von zwei) sowie insgesamt fünf Pflegekräfte (Zuwachs von zwei), zwei Auszubildende und zwei Psychotherapeut*innen (hinzu kam die o. g. halbe Stelle Psychotherapie). Des Weiteren wird das WIR-Team zunehmend durch Praktikant*innen, z. B. von der Hochschule für Gesundheit, unterstützt.

Patient*innen der Ambulanz wurden im Rahmen einer Veranstaltung über die Planungen informiert und um ihre Meinung und Wünsche an das neue Zentrum gebeten. Aktuell wird eine partizipativ gestaltete Angebotsreihe unter dem Titel „Let’s talk about...!“ durchgeführt. (U. a.) bei „HIV für Anfänger“ werden HIV-Neudiagnostizierten strukturiert Informationen zur Infektion vermittelt. Dabei werden Betroffene, neben Aidshilfe und Ambulanz, als Expert*innen in die Beratungen einbezogen.

Niedergelassene und Klinik-Ärzt*innen werden über Arbeitskreise und Qualitätszirkel sowie über die Fortbildungsangebote angesprochen, insbesondere über das Curriculum Sexuelle Gesundheit, das von der DSTIG in Kooperation mit der BZgA, den Ärztekammern Westfalen-Lippe und Berlin und weiteren Fachgesellschaften entwickelt wurde.

Die Ambulanz dokumentiert ihre Arbeit im Rahmen der Krankenhausdokumentation (KIS, vgl. Abschnitt 2.6.4) für die Abrechnung mit der KV und berichtet in der Fachöffentlichkeit über studienbezogene Daten sowie Auswertungsprojekte.

4.1.1.2 Gesundheitsamt Bochum – Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit/Aids-Koordination

Das Gesundheitsamt fördert alle freien Träger/NGOs in Bochum, die rund um das Thema Sexuelle Gesundheit tätig sind, z. T. als Hauptzuwendungsgeber. Das Gesundheitsamt unterhält eine Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit, die HIV- und STI-Tests und Beratung für die Allgemeinbevölkerung anbietet (keine Behandlung). Hier steht 0,8 Stelle zur Verfügung, besetzt mit einer Psychologin (zudem qualifiziert als Psychotherapeutin/STI-Fachkraft), der zudem die Aids-Koordination (Leitung bzw. Teilnahme an den AK Sexuelle Gesundheit und dem Runden Tisch Prostitution) obliegt. Schulpräventionsmaßnahmen gehören seit der Umstrukturierung im Kontext des Weggangs von zwei Kolleginnen im Jahr 2015 nicht mehr zum Aufgabenspektrum der Aids-Koordination. Zum Angebot des Gesundheitsamts zählt auch aufsuchende Arbeit für Sexarbeiterinnen, die monatliche ärztliche Sprechstunde mit anonymem Testangebot vor Ort wird immer zusammen mit Madonna durchgeführt. Seit Inkrafttreten des ProstSchG setzt das Gesundheitsamt die Pflichtberatung um (regelmäßig getrennt vom Testangebot im WIR¹⁰).

¹⁰ Im Jahr 2017, bis zur Einstellung einer Fachkraft für die Beratung nach ProstSchG, hat die Testberaterin auch gesundheitliche Beratungen nach ProstSchG geleistet, insgesamt 155. Zukünftig sind die Angebote getrennt, es kann jedoch im Fall von Urlaub o. ä. zu gegenseitigen Vertretungen kommen.

Das Gesundheitsamt bietet in der Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit die umfangreichste kostenlose und anonyme Testmöglichkeit in Bochum an.¹¹ Von dienstags bis freitags besteht die Möglichkeit zu Tests. Jährlich werden etwa 6.000 bis 7.000 Beratungen und 2.500 Tests durchgeführt, geschätzt etwa zehn Prozent entfallen auf wiederholte/regelmäßige Nutzer*innen. Die Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts in Bochum unterscheidet sich in seiner Nutzer*innenstruktur deutlich von vielen anderen Testangeboten: So ist aus einer Nutzer*innenbefragung bekannt, dass die meisten Testnutzer*innen krankenversichert sind, doch die Möglichkeit anonym zu bleiben schätzen. 87 % der Nutzer*innen haben Abitur oder Hochschulabschluss (oder studieren gerade), weitere 10 % haben einen Realschulabschluss – bildungsferne und sozial marginalisierte Menschen werden also kaum erreicht. Die Beratung kann in deutscher oder englischer Sprache erfolgen, was i. d. R. ausreicht. In Ausnahmefällen bringen Nachfragende eigene Dolmetscher*innen mit.

Die Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts war bis März 2016 ausschließlich im Gesundheitsamt verortet, seitdem jedoch wird es von der Stadt als Teil des Leistungsspektrums im WIR eingebracht: zunächst fanden nur an einem Tag, dann schnell an drei Tagen Test und Beratung im WIR statt. Längere Zeit hielt man an einem Testtag in den Räumen des Gesundheitsamts fest, weil man möglichen Vorbehalten von Nutzer*innen Rechnung tragen wollte. So wurde seitens der Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts vermutet, dass es Nutzer*innen gibt, die gern mehr Abstand von der im WIR immer präsenten „Szene“ haben wollten, die lieber einen anonymen Ort aufsuchen, in dem sie nicht Bekannten begegnen. Allerdings wurden positive Testergebnisse prinzipiell im WIR mitgeteilt, um eine schnellere Anbindung an eine Behandlung zu fördern. Seit 2018 ist das Test- und Beratungsangebot vollständig ins WIR verlagert, die Einschätzung zum Abstandswunsch hatte sich nicht bestätigt. Mit Blick auf die Ergebnisse aus Studien wird seit Juni 2018 auch Mykoplasmentestung angeboten.

Der Zugang zum Test erfolgt nach vorher verabredetem Termin (i. d. R. über Online-Terminsystem), nach Möglichkeit werden jedoch auch spontane Testwünsche erfüllt.

In der Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts wurde 2017 und 2018 insgesamt vier- bzw. dreimal HIV neu diagnostiziert (je 0,2 % von allen im Jahr durchgeführten Tests) – vor allem bei MSM. Dazu kamen weitere 15 Neuinfektionen im Jahr 2017 und vier Neudiagnosen im Jahr 2018 aus Arztpraxen. Syphilis wurde 2018 dreimal aktiv und 60-mal als Serumnarben festgestellt (von 740 Tests), zudem waren 126 von 1.297 Chlamydien-, Gonokokken- und Mykoplasmen-Tests positiv (9,7 %; vgl. Gesundheitsamt Bochum, 2019, S. 2). Seit September 2018 werden im WIR Selbstentnahme-Kits für zuhause angeboten, seither hat auch das Gesundheitsamt diese im Sortiment. Doch besteht wohl eine eher begrenzte Nachfrage: Bis Ende Januar wurden vom Gesundheitsamt fünf Test-Kits an regelmäßige Nutzer*innen (Protokoll der 13. Projektgruppensitzung vom 28.01.2019) verkauft.

Die Beratung erfolgt auf der Grundlage der NRW-weit im Öffentlichen Gesundheitsdienst geltenden „Standards und Perspektiven in der HIV-/AIDS- und STI-Arbeit und – Koordination“ (Landesarbeitsgemeinschaft Aids/STI im Öffentlichen Gesundheitsdienst in NRW, 2015). Zu den Tests werden per Excel-Strichlisten dokumentiert: die Zahl der Tests, Art des Tests (Urinprobe oder Abstrich), positive Befunde, Geschlecht und Zahl der MSM und der Sexarbeiterinnen. Aus den Daten wird ein Jahresbericht für die Stadt Bochum erstellt, der auch Daten zu Aktivitäten im Rahmen der Aids-Koordination bein-

¹¹ Zum Testangebot der Aidshilfe s. S. 25, in Ausnahmefällen kann Testung auch in der Ambulanz erfolgen, zudem besteht wie überall die Möglichkeit zu nicht anonymen Tests in Praxen und Kliniken.

haltet. Zudem gehen Daten an die AG Aids-Prävention und bzgl. der vom Land finanzierten HIV-Tests auch an das LZG.NRW.

4.1.1.3 Aidshilfe Bochum

Die Bochumer Aidshilfe wurde 1986 als eine der letzten in Deutschland auf Initiative Bochumer Akteure gegründet. Vor allem pro familia sowie ein Kreis aus der „Aids“-Beratungsgruppe der Universität Bochum, der örtlichen Drogenberatung, der Telefonseelsorge, eines HIV-Behandlers und der Rosa Strippe unterstützten die Gründung. Schon früh fokussierte die Arbeit auf homosexuelle Männer und Inhaftierte, seit 1990 mit hauptamtlichen Kräften. Die Aidshilfe Bochum zog im März 2016 mit der gesamten Geschäftsstelle, der Beratungsstelle und dem Café „enJoy the place“ ins WIR um und arbeitet dort nun gesamthaft.

Die Aidshilfe richtet sich vorrangig an schwule Männer und andere Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), in jedem Alter sowie an Menschen mit HIV/Aids jeden Geschlechts. Die Aidshilfe leistet Anti-Stigma-Arbeit und Prävention, psychosoziale und psychologische Beratung (persönlich, per Telefon, Mail oder Videoanruf, zudem – bis Ende 2017 – Mitwirkung bei Health Support auf GayRomeo bis Ende 2017) und bietet Begleitung (auch aufsuchend in Krankenhaus und Justizvollzugsanstalt). Spezifische Aktionen und Vernetzungsaktivitäten bieten HIV-positiven Frauen (XXelle), Menschen mit Migrationshintergrund (Mashallah) und Menschen, deren Sexualität den Bereich Sodomasochismus (BDSM) einschließt, Austauschforen. Freitags von 17.00 – 19.00 Uhr werden im Rahmen der Präventionskampagne Herzenslust mit Unterstützung ehrenamtlicher Fachkräfte anonyme HIV- und STI-Tests und Beratung angeboten. Im Café „enJoy the place“ werden preisgünstig kleine Speisen und Getränke angeboten. Das Café steht allen offen, einmal die Woche lädt die Aidshilfe zum Patient*innenfrühstück¹² ein, einmal die Woche trifft sich eine Spielegruppe.

Bei der Aidshilfe ist der aus ZSP-Mitteln geförderte Health Adviser (0,5 Stelle) angesiedelt. Zusammen mit den Health Advisern der Ambulanz wurde für zukünftige Health Adviser ein Fortbildungs-Curriculum erstellt.

Seit dem Umzug ins WIR wurden in/mit der Aidshilfe mehrere neue Angebote aufgebaut, bspw. eine PrEP Sprechstunde (#PrEPstunde) und die Health Adviser konnten erste Kontakte zu Swinger Clubs knüpfen und dort per Aufsuchender Arbeit Vor-Ort-Beratung realisieren. Regelmäßig findet mit anderen WIR-Akteuren die Fortbildungsreihe „Let’s talk about“ statt, primär für Klient*innen. Zwischenzeitlich wurde gemeinsam mit Rosa Strippe eine angeleitete Stressmanagementgruppe angeboten. Vor dem Hintergrund der Abgabe von HIV-Selbsttests in Drogerien und Apotheken bietet die Aidshilfe Assistenz beim Selbsttest an und verkauft hierfür selbst Tests (mit etwa 15 Euro zu einem günstigeren Preis als Drogerien [20 Euro] und Apotheken [25 Euro]).

Die Aktivitäten der Aidshilfe werden vor allem durch städtische und Landesmittel finanziert, ergänzend kommen Projektmittel vom Land NRW hinzu sowie Unterstützung über die Deutsche AIDS-Stiftung, Selbsthilfeförderung der Krankenkassen, Bußgeldzuweisungen, Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Derzeit arbeiten im hauptamtlichen Team auf knapp drei Stellen vier Beschäftigte aus pädagogisch-sozialarbeiterischen Berufen, z. T. ergänzt um (sexual-)therapeutische Qualifi-

¹² Der Begriff kommt daher, dass die Aidshilfe viele Jahre einmal in der Woche im St. Josef Krankenhaus ein Frühstück für die Patient*innen dort organisiert hat, das nun im Café enJoy weitergeführt wird.

kationen und Weiterbildungen zu lösungsfokussierter, systemischer und personenzentrierter Beratung. Etwa 30 Personen (Stand 2017) engagieren sich ehrenamtlich in der Aidshilfe: fünf im Vorstand, sechs in der Begleitung (ReWIR-Kumpels), etwa 17 für Telefonberatung, Primärprävention (Herzenslust) und Öffentlichkeitsarbeit (PromoBo) sowie fünf im Projekt XXelle. Im „Café enJoy the place“ arbeiten Ehrenamtliche mit sowie drei Beschäftigte (jeweils auf 0,75-Stellen) im Rahmen des Jobcenter-geförderten Qualifizierungsprogramms „Soziale Teilhabe“.

Die Aidshilfe Bochum ist Mitglied der Aidshilfe NRW, der Leiter der Bochumer Aidshilfe ist zugleich Landesvorsitzender. Die Aidshilfe Bochum arbeitet im AK Sexuelle Gesundheit in Bochum mit und ist in Stadt und Land vielfältig vernetzt.

Im Jahr 2015 wurden gut 1.500 Beratungskontakte und ca. 11.000 Kontakte bei Aktionen/Veranstaltungen dokumentiert, 70 % der Nutzer*innen sind Männer und etwa 30 % haben einen Migrationshintergrund (darunter vergleichsweise mehr Frauen). Die Aidshilfe erstellt Jahresberichte¹³ über ihre Arbeit, liefert Daten zur landesweiten Datenerhebung und erstellt projektbezogene Berichte für die Zuwendungsgeber.

4.1.1.4 Madonna

Madonna e. V. wurde 1991 von (ehemaligen) Sexarbeiterinnen und Frauen aus anderen Berufen in der Tradition der Hurenbewegung gegründet. Madonna ist die einzige Prostituiertenselbsthilfe in Nordrhein-Westfalen und zugleich eine Beratungsstelle mit hauptamtlichen Mitarbeiterinnen. Die Beratungsstelle liegt fußläufig zum Bordellbezirk der Stadt. Zu Beginn der Arbeit im WIR war geplant, dass eine Fachkraft von Madonna einmal pro Woche für zwei Stunden mit dem Angebot Gesundheitsberatung präsent ist. Seit sich herausgestellt hat, dass die Frauen den Weg ins WIR oft (noch) nicht alleine fanden, sondern eher die Beratungsstelle aufsuchten, werden die Frauen bei Bedarf ins WIR begleitet, vor allem zu Test und Behandlung von STI und in die gynäkologischen Sprechstunde (zunächst im St. Elisabeth Krankenhaus, seit März 2019 direkt im WIR). Die wöchentliche Präsenzzeit wird bedarfsbezogen umgesetzt durch Präsenz und Begleitungen. Ins WIR vermittelt und begleitet wurden lt. Angaben von Madonna etwa 70 Frauen. Wie viele Frauen darüber hinaus das WIR direkt und ohne Kenntnis der Beratungsstelle nutzen, ist nicht bekannt.

Als Selbsthilfe engagiert Madonna sich für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Prostituierten und die Entstigmatisierung der Prostitution. Im Jahr 2000 eröffnete Madonna mit finanzieller Unterstützung des Arbeitsamts Bochum ein öffentliches Medienarchiv zu „Prostitution und Prostituierten“, seit 2017 umbenannt in „Archiv und Dokumentationszentrum SEXARBEIT“. Die Sammlung von Zeitungen und Flugblättern aus der Hurenbewegung, Zeitungsausschnitten und -artikeln, Urteilen und Rechtskommentaren zu Gesetzen, Fachliteratur und Belletristik, Filmen und Tonaufnahmen, Fotos und Plakaten wurden in den letzten Jahren im Rahmen des Digitalisierungsprojektes des Digitalen Deutschen Frauenarchivs gesichtet, systematisiert und zugänglich gemacht. Die Metasuche zum Archivbestand ging im September 2018 online (meta-katalog.de) und kann von Forscher*innen und allen Interessierten genutzt werden.

In der Beratungsstelle werden verschiedene Angebote für Frauen vor, in und nach der Prostitution vorgehalten: Treffpunkt/Café, Selbsthilfe- und Kreativ-Projekte (wie z. B. Broschüren und Flyer von und für Sexarbeiterinnen, Kunstprojekt „Mona Lisas Töchter“,

¹³ Aktuellere Jahresberichte wurden der Evaluation jedoch nicht zur Verfügung gestellt.

Madonna-Chor), Ein- und Ausstiegs- sowie Schuldenberatung, Professionalisierungsworkshops i. S. von Basisqualifizierungen speziell für Sexarbeiterinnen (Modellprojekt „profis“ der DAH). Die Beratungsarbeit wird seit 1997 vornehmlich durch das Land NRW mit dem Projekt „NEUSTART“ (heute „PROBIS“) gefördert. Seit September 2003 hat die Stadt Bochum die nach den §§3 und 19 IfSG verpflichtende Beratungs- und Aufklärungsarbeit für Sexarbeiterinnen vertraglich an Madonna e. V. übertragen. Madonna bietet in zugehender Arbeit und in der Beratungsstelle Information und Beratung zu Gesundheitsfragen rund um die Prostitution (für Frauen und Prostitutionsbetriebe).

Zweimal pro Woche ist Madonna im zentralen Bordellbezirk vor Ort aktiv, in dem etwa 300 – 400 Frauen arbeiten, einmal im Monat gemeinsam mit einem Arzt des Gesundheitsamts. Im Auftrag des Landes wurde „Lola-NRW“, eine App für Sexarbeiter*innen entwickelt, die in fünf Sprachen ein umfassendes, niedrigschwelliges und kostenloses Beratungs- und Aufklärungsangebot zu gesundheitlichen und rechtlichen Fragen für Migrant*innen in der Sexarbeit in Deutschland sowie Telefonberatung bietet. Die App ist 2015 in die Landesinitiative „Gesundes Land Nordrhein-Westfalen“ aufgenommen worden.¹⁴ In 2019 sind die Mittel für die Weiterentwicklung der App, für eine Stelle in der Sozialarbeit und die Honorargelder für die Telefonberatung und das Forum allerdings gestrichen worden.

Die Aktivitäten von Madonna werden finanziell von der Stadt Bochum und dem Land NRW gefördert, hinzu kommen Jobcenter-Mittel nach §16i SGB II und Mittel des Sparkassen- und Girofonds für die Schuldenberatung, sowie einer Förderung des Digitalisierungsprojekts durch das Bundesfamilienministerium, Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Seit der Mittelkürzung des Projektes „Lola-nrw.de“ für 2019 verfügt Madonna in der Beratungsstelle nur noch über insgesamt 2,5 Stellen Sozialarbeit, eine Beratungsstellenleitung und eine halbe Stelle in der Verwaltung. Des Weiteren verstärken zwei durch das Teilhabechancengesetz (§16i SGBII) geförderte Mitarbeiterinnen mit jeweils einer ganzen und einer 0,75-Stelle Madonna in Archiv und Verwaltung. Ehrenamtlich Tätige und Honorarkräfte werden z. B. für den Empfang der Beratungsstelle, in der Öffentlichkeitsarbeit und als Sprachmittlerinnen eingesetzt.

Madonna arbeitet am Runden Tisch Prostitution in Bochum seit dessen Gründung vor zehn Jahren mit und ist im AK Sexuelle Gesundheit Bochum engagiert. Der Verein engagiert sich landesweit in diversen Facharbeitskreisen und seit dessen Gründung im Bündnis der Fachberatungsstellen für Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter – bufas e. V. Madonna trägt mit Workshops und Vorträgen zu Veranstaltungen des WIR bei (bspw. im Rahmen des 8. Fachtages Sexualität und Psyche im Januar 2019).

Madonna erstellt projektbezogene Jahresberichte für die Zuwendungsgeber. In der Beratungsarbeit wurden in 2018 etwa 4.300 Kontakte bei der aufsuchenden Arbeit und im Café gezählt sowie mittel- bis langfristige Beratungsprozesse für etwa 200 Klientinnen dokumentiert. Laut Auskunft von Madonna ist dies eine erhebliche Steigerung im Vergleich zu den Vorjahren, was vor allem mit Beratungsbedarf im Kontext des Prostituiertenschutzgesetz‘ zusammenhängt. Der Anteil der Migrant*innen betrug etwa drei Viertel der Klientel.

¹⁴ Mit der Landesinitiative „Gesundes Land Nordrhein-Westfalen“ will das Landeszentrum Gesundheit NRW innovative Ansätze und effektive Umsetzungsstrategien der Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung aufzeigen und verbreiten, vgl. <https://www.lzg.nrw.de/praevention/dist/index.php/search/view?prouid=243532>

4.1.1.5 pro familia

Schon 1972 wurde die pro familia Bochum gegründet. Seither bietet die Beratungsstelle ein breites Spektrum von individuellen, paar- und gruppenbezogenen Beratungen zu Familienplanung, vorgeburtlichen Untersuchungen, Verhütung, Schwangerschaft(-skonflikten), Partnerschaft und Sexualität, Sozial- und Familienrecht, Trennung und Scheidung, Sexualität und Behinderung, Wechseljahre, Sexualtherapie sowie medizinische Dienstleistungen an. Für Jugendliche werden eine Jugendsprechstunde sowie Prävention, Sexualpädagogik und sexuelle Bildung angeboten, vielfach im Setting Schule und als Veranstaltungen für Multiplikator*innen. Beratung zu HIV/Aids wird seit langem angeboten, ist aber kein Schwerpunkt. Im Kooperationsvertrag der sechs Akteure zum WIR war geplant, dass pro familia wöchentlich 1,5 Stunden Sexualberatung durch eine entsprechend ausgebildete Fachkraft (zugleich Leitung) einbringt. Dies ließ sich nicht umsetzen, mittlerweile kommt der Leiter der Beratungsstelle einmal die Woche ins WIR zu fallbezogenem und organisatorischem Austausch. Klient*innen der pro familia, die Bedarf nach Unterstützungen des WIR haben, werden ins WIR verwiesen und nicht selten persönlich hingebracht.

Das grundsätzlich anonyme und kostenlose Angebot der pro familia richtet sich an die gesamte Bevölkerung. 2017 setzte pro familia einen Schwerpunkt in der Entwicklung von Angeboten für und der Ansprache von Geflüchteten. Hierzu wurde u. a. mit dem Bochumer Netzwerk der Flüchtlingsarbeit ein Pool von ehrenamtlichen Sprachmittlern aufgebaut und begonnen, Beratungs- und Gruppenarbeit zielgruppenspezifisch zu konzeptionieren.

In der Beratungsstelle arbeiten auf 7,3 Stellen neun Beschäftigte, darunter Ärzt*innen, Psycholog*innen und Sozialarbeiter*innen/Pädagog*innen. Drei Fachkräfte sind als Sexualpädagog*innen (zusatz-)qualifiziert. pro familia arbeitet in verschiedenen Gremien in Bochum mit, darunter in der PSAG (Leitung) und dem AK Sexuelle Gesundheit.

Die Arbeit wird vor allem im Rahmen der Umsetzung des Schwangerschaftskonfliktgesetz-Ausführungsgesetzes (AG SchKG) über das Land gefördert, ergänzende Zuwendungen kommen von der Stadt Bochum (insb. für Partner- und Sexualberatung, Beratung von Sexualstraftätern).

pro familia führt eine vergleichsweise knappe Dokumentation, der Jahresbericht für das Jahr 2017 weist rd. 1.570 Beratungsfälle (vorrangig Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung sowie Paar- und Sexualberatung) mit knapp 2.800 Beratungsgesprächen aus sowie 140 Präventionsveranstaltungen (vor allem in Schulen) mit mehr als 3.300 Teilnahmen (Schwerpunkt: Jugendliche). pro familia berichtet über steigende Veranstaltungszahlen mit Schulklassen und Gruppen sowie deutlich mehr Multiplikatorenkontakte und sieht hier einen Zusammenhang mit der Einstellung der (schulbezogenen) Präventionsarbeit der Stadt Bochum. 14 Gruppenveranstaltungen erreichten 98 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, hinzu kamen drei Veranstaltungen in Flüchtlingsunterkünften. Insgesamt acht Inklusionsveranstaltungen erreichten 47 Teilnehmende. Darüber hinaus trägt pro familia mit Workshops und Vorträgen zu Veranstaltungen des WIR bei (bspw. im Rahmen des 8. Fachtages Sexualität und Psyche im Januar 2019).

4.1.1.6 Rosa Strippe

Rosa Strippe begann 1980 als Selbsthilfe-Telefonanlaufstelle für schwule Männer. Nach zehn Jahren ehrenamtlicher Selbsthilfearbeit, erhält die Einrichtung seit 1990 städtische Förderung und seit 1997 auch Landesmittel. Das Themengebiet wurde sukzessive erwei-

tert und umfasst nun psychosoziale Beratung, Hilfe und Öffentlichkeitsarbeit für Lesben, Schwule, Bisexuelle, trans* und Inter*Personen und deren Angehörige.

Der Verein unterhält eine psychosoziale Beratungsstelle mit Einzel-, Paar- und Familienberatung sowie verschiedenen Gruppenangeboten (zu Coming Out, Älter werden, Freizeitangebote, Treffpunkte für Bisexuelle und für Regenbogenfamilien etc.). Es wird zu psychischer und körperlicher Gesundheit für MSM, zu HIV und AIDS sowie zu anderen STI beraten und in regelmäßigen Abständen Informationsabende mit Fachleuten durchgeführt. Angeboten wird zudem Beratung zur Überbrückung von Wartezeiten auf Therapie (Einzel-Beratungsreihe).

Rosa Strippe unterhält ein Jugendhilfeangebot und ist Träger von SCHLAU Bochum (Bildungs- und Antidiskriminierungsprojekt zu geschlechtlichen Identitäten und sexuellen Orientierungen). Seit 1997 ist Rosa Strippe e. V. anerkannter Träger der freien Jugendhilfe nach §75 SGB VIII. Im Rahmen von Jugendhilfe werden neben Beratung auch ein offenes Jugendhilfeangebot („café freiRAUM.“) und gruppenpädagogische Angebote für 14- bis 27-jährige LSBTI* vorgehalten sowie Jugendbildungsangebote und Projekte aus dem Kinder- und Jugendhilfe-Förderplan des Landes NRW.

Rosa Strippe ist Kooperationspartner des aus dem Ministerium für Schule und Bildung des Landes NRW geförderten Projektes „Schule der Vielfalt – Schule ohne Homophobie“. Das Standesamt Bochum unterhält ein Trauzimmer im Haus der Rosa Strippe, in dem Eheschließungen möglich sind.

Jüngst hat sich das Spektrum erweitert um (psychosoziale) Beratung und Unterstützung Geflüchteter mit einem wöchentlichen Kontaktangebote für junge lesbische, schwule, bisexuelle, trans- und intersexuelle (LSBTI*) Geflüchtete und Migrant*innen im Alter von 14 bis 27 Jahren („Senlima“) und für lesbische, bisexuelle und Trans*-Frauen von 14 bis 27 Jahren („Senlima women“). Rosa Strippe hat gemeinsam mit Kooperationspartner*innen in NRW ein landesgefördertes Schulungsangebot für Multiplikator*innen aufgelegt, das in unterschiedlichen Institutionen mit Geflüchteten arbeitenden Fachkräften auf die Unterstützung von LSBTI*Geflüchteten vorbereitet. Seit Beginn des Jahres 2019 ist unter dem Dach der Beratungsstelle des Vereins eine projektgeförderte „Regionalberatung für Geflüchtete“ angesiedelt.

Rosa Strippe engagiert sich für die Entstigmatisierung unterschiedlicher Lebensformen und bietet Opfern von Diskriminierung und Gewalt die Möglichkeit, diese Erfahrungen zu melden und Beratung zu bekommen.

Rosa Strippe hat im Mai 2019 am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der RUB in einem Seminar zwölf Psychotherapeut*innen in Ausbildung zum Thema „sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in Beratung und Psychotherapie“ sensibilisiert. Und trägt mit Workshops und Vorträgen zu Veranstaltungen des WIR bei (bspw. im Rahmen des 8. Fachtags „Sexualität und Psyche“ im Januar 2019). Gemeinsam mit der Aidshilfe wurde ein Stressmanagementangebot konzipiert und im WIR angeboten.

Im Rahmen der Mitwirkung im WIR war ein Vertreter von Rosa Strippe zunächst einmal die Woche für zwei Stunden im Zentrum. Nachdem dieses feste Zeitfenster sich aber als wenig adäquat erwiesen hat, steht Beratung nun einmal wöchentlich für je drei Stunden zur Verfügung, muss jedoch konkret abgerufen werden (i. d. R. von den Health Advisern). Zudem nimmt Rosa Strippe einmal monatlich an den 2019 eingeführten Fallbesprechungen im WIR teil.

In der Beratungsstelle arbeiten sieben Personen (Dipl.-[Sozial-]Pädagogik, Sozialwissenschaften und Kommunikationswissenschaften) mit 4,9 Vollzeitäquivalenten. Drei Fachkräfte sind in psychotherapeutischen Verfahren weitergebildet. Die Hauptamtler*innen

werden durch den ehrenamtlichen Vorstand sowie etwa 30 Ehrenamtler*innen in unterschiedlichen Projekten (z. B. SCHLAU, Jugendarbeit, Freizeitangebote, Regenbogenfamilien) unterstützt. Rosa Strippe arbeitet in Stadt und Land in diversen Gremien mit (z. B. AK Sexuelle Gesundheit, Stadt Bochum) und ist in mehreren Dachverbänden, darunter im Landesverband der Aidshilfe in NRW.

Rosa Strippe wird vom Land (MKFFI) für die psychosoziale Beratung für Lesben, Schwule, Bisexuelle, trans* und Inter*Personen und deren Angehörige, für die Gewaltprävention für LSBTI* Geflüchtete und für das Projekt „Schulungen LSBT*I* und Flucht“ gefördert und erhält Mittel aus dem Kinder- und Jugendförderplan, sowie eine Projektförderung für die „Regionalberatung für Geflüchtete“. Die Stadt Bochum gewährt aus dem Amt für Soziales eine Festbetragsfinanzierung und Jugendhilfemittel.

Bei Rosa Strippe wurden im Jahr 2018 719 Personen mit insgesamt 2.717 Kontakten beraten. Etwa 47 % der Ratsuchenden sind Jugendliche und junge Erwachsene, gut 15 % über 50 Jahre alt. Gut 24 % haben einen jüngeren Fluchthintergrund. 2018 wurden 69 Workshops im Rahmen von SCHLAU durchgeführt mit insgesamt ca. 1.500 Teilnehmer*innen.

4.1.2 Finanzierung

Die Grundfinanzierung des WIR erfolgt im Wesentlichen über die jeweilige Finanzierung der sechs Akteure, wie in nachfolgender Tabelle aufgeführt:

Tab. 1: Grundfinanzierung der Akteure

Akteur	Leistungsträger/Zuwendungsgeber
Aidshilfe	Land und Kommune sowie Spenden, Bußgelder und Mitgliedsbeiträge.
Ambulanz	Krankenkassen (gesetzlich, privat) und Selbstzahler (Behandlung), Bund, Land, Stiftungen (Projekte), Kommune, Pharmafirmen (Studien), Katholisches Klinikum Bochum, Bistum Essen
Gesundheitsamt	Kommune
Madonna	Kommune, Land, Stiftungen, Spenden, Mitgliedsbeiträge
pro familia	Kommune, Land, Stiftungen, Spenden, Mitgliedsbeiträge
Rosa Strippe	Kommune, Land, Stiftungen, Spenden, Mitgliedsbeiträge

Die Finanzierungen unterscheiden sich deutlich insbesondere zwischen der entgeltfinanzierten Behandlung, Forschungsförderung, der kommunalen Grundfinanzierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und den i. d. R. prekären, meist zeitlich befristeten Förderungen der NGO.

Das WIR realisiert damit ein auf so vielen unterschiedlichen Grundlagen basierendes Angebot, wie es das in Deutschland derzeit an keiner anderen Stelle gibt.

Für die Vorbereitung, Konzeptionierung usw. des WIR sowie für den Umbau mussten zusätzliche Mittel eingeworben werden. Dies gelang mehrfach und so förderten das Ruhrbistum, das Katholische Klinikum, die Stadt und das Land NRW Entwicklungsarbeiten. Bspw. finanzierte das Katholische Krankenhaus den Umbau des ehem. Schwesternwohnheims, auch die Stadt Bochum steuerte Investitionsmittel bei. Konzeptionelle Vorarbeiten, wie bspw. zum Health Adviser förderte das MAGS NRW.

Der Endbericht zur Entwicklung des WIR-Konzepts (Ruhr-Universität, 2015) beschreibt eine Reihe von Aktivitäten zur Gewinnung der benötigten Mittel, darunter:

- Gespräche mit Vorstandsmitgliedern der KVWL und mit Vorständen von gesetzlichen Krankenkassen (AOK NW, Knappschaft-Bahn-See – KBS).
- Diverse Anträge, z. B. beim „M A C AIDS Fund“, beim Bistum Essen auf Projektunterstützung für aufsuchende Arbeit bei Sexarbeiterinnen, beim Land NRW für die Entwicklung von Health Advising (Konzept, Personal, Curriculum; später auch bei einer Pharmafirma und bei der Deutschen Aids-Stiftung) sowie Versuche bzgl. eines Projekts zur Beschäftigung von Patienten*innen-Repräsentanten*innen (PaRe) und Jugendbotschaftern*innen am WIR, zu niedrigschwelligen Aufklärungs- und Behandlungsangeboten für Menschen und Zielgruppen mit erhöhter Vulnerabilität für STI.
- Entwicklung oder Beteiligung bei verschiedenen Studien, an der RKI-STI-Screening-Studie oder durch die Initiierung einer Studie zur Erfassung der STI-Prävalenz und – Versorgung sowie die Verbesserung des Wissens zu STI von Jugendlichen und jungen Erwachsenen im WIR (PreYoungGo, pharmagefördert) oder bei der TECAIN Studie (“Efficacy and safety of topical trichloroacetic acid [TCA] vs. electrocautery [ECA] for the treatment of HPV-induced anal intraepithelial neoplasia in HIV-positive patients”); BMBF-gefördert.

Schließlich konnte mit dem BMG Übereinkunft erzielt werden, die Arbeit des Zentrums extern wissenschaftlich begleiten zu lassen und dafür eine Förderung der wissenschaftlichen Koordination im Zentrum zu bekommen. Seit der Eröffnung 2016 gelang es dem WIR, weitere Mittel zu akquirieren, darunter Stiftungsförderung, Pharmaförderung und Studienfinanzierung.

Im Rahmen der Evaluation wurden zu zwei Zeitpunkten (2017 und 2019 gegen Ende der Laufzeit) Gespräche mit Kosten- und Leistungsträgern bzw. Zuwendungsgebern durchgeführt. Dabei konnten eine Reihe, jedoch nicht alle angestrebten, Gespräche umgesetzt werden. Es gelang nicht, einige Referate in zuständigen Landesministerien zu sprechen sowie einzelne Krankenkassen.

Die verschiedenen Gesprächspartner*innen verfügten – zu beiden Zeitpunkten – über sehr unterschiedliche Nähe zum Thema, z. T. waren sie kaum involviert. Im Jahr 2017 war die Mitwirkung geförderter Einrichtungen im WIR z. T. nicht/kaum bekannt, ebenso wenig wie andere Finanzquellen der (jeweiligen) Einrichtungen. Von der komplexen Struktur des WIR wussten einige, andere konnten dazu nichts sagen und überwiegend war nicht bekannt, ob, wie und wie viel sich die je zugehörigen Einrichtungen im WIR einbringen.

Zwar bestand allgemein Zustimmung zu dem innovativen Versuch, doch kaum Bereitschaft, Mehraufwand zu unterstützen. Vielmehr lag der Fokus meistens auf dem je zugehörigen Angebot und es bestand Sorge vor Doppelfinanzierung oder Fehl-Nutzung von Mitteln. Tatsächlich gelang es bis zum Ende der Projektlaufzeit nicht, im Rahmen der bisherigen Regel- oder Projektförderung explizit Auftrag und Ausstattung für die Mitarbeit im WIR zu bekommen. Andere Gesprächspartner*innen sahen inhaltliche Differenzen, vermissten wichtige Angebotsbausteine (Schwangerschaftskonfliktberatung) unter dem Dach des WIR und bestanden auf klaren Trennungen.

Eine Ausnahme davon ergab sich im letzten Halbjahr: Mit der Knappschaft-Bahn-See wurde ein Vertrag über „Besondere Versorgung“ (§ 140a SGB V) abgeschlossen, der der Ambulanz für die Behandlung von STI mehr Mittel zur Verfügung stellt – eine Art „Qualitätspauschale STI“. Diese Entwicklung wurde seitens des MAGS NRW aufgegriffen und unterstützt, indem das Land am 21. August 2019 zu einem Gespräch mit weiteren

Krankenkassen einlud und dabei diese und andere Möglichkeiten einer adäquaten Finanzierung auslotete.

Auch gelang es in der Projektlaufzeit in beeindruckendem Maß, immer wieder von verschiedenen Stellen Mittel für Angebotsbausteine zu bekommen. So fördert bspw. eine Pharmafirma und aktuell zusätzlich die Deutsche AIDS-Stiftung Stellenkapazitäten für Health Advising; die Deutsche AIDS-Stiftung fördert zudem Psychotherapie. Und im Rahmen von Studien (z. T. über Pharmafirmen gesponsert) können Untersuchungen durchgeführt werden, die auf Kosten der Krankenversicherung nicht möglich wären (z. B.: risikoadaptierte STI-Screening, Kontrolluntersuchungen für PrEP-User). Insgesamt fließen im Jahr 2019 etwa 400.000 Euro Drittmittel ins WIR, doch handelt es sich hierbei um befristete Projektmittel, die nicht geeignet sind, die Arbeit auf Dauer abzusichern.

Mit Blick auf die Entwicklung in Deutschland kann festgehalten werden, dass auch andernorts vernetzte Angebote entwickelt wurden (s. Zwischenbericht vom Juli 2017, Kap. 3.3) Phase 1 – vergleichbare Einrichtungen) und aktuell werden:

- Das Land NRW fördert seit 2019 Netzwerke zu „Sexualität und Gesundheit“. Mit dem Projekt werden über drei Jahre Aufbau und Weiterentwicklung regionaler Netzwerke gefördert, die Zugang zur Angebotskette „Information – Beratung – Test – Behandlung – Gesundheit“ und Überleitungen durch engere Zusammenarbeit verbessern sowie Versorgungspfade etablieren wollen. Das WIR erhält in diesem Zusammenhang gemeinsam mit weiteren Projektpartnern eine Förderung für ein Projekt, in dessen Rahmen Netzwerk- und Angebotsstrukturen im Regierungsbezirk Münster aufgebaut werden sollen.
- Das Bundesministerium für Gesundheit unterstützt die Entwicklung von CheckpointPlus-Projekten an zwei Standorten. Die CheckpointPlus‘ streben eine engere Verzahnung von Test und Behandlung durch Etablierung von Nebenbetriebsstätten niedergelassener Praxen in Teststellen an.

Zudem fördert das BMG eine Situationsanalyse zu Partner*innen-Benachrichtigung in Deutschland, in der neben Literaturanalysen und Erhebungen unter Fachkräften erstmals auch Betroffene, d. h. Nutzer*innen von anonymen Teststellen (in größerem Umfang) befragt werden.

4.2 Nutzer*innen des Zentrums

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung wurden insgesamt 4.789 Personen erfasst, die das WIR im Zeitrahmen vom April 2017 bis Februar 2019 nutzten. N = 3.518 Personen haben schriftlich in die Teilnahme an der Evaluation eingewilligt (73,5 %). Die Nicht-Teilnahme der 1.271 Personen war vorrangig begründet in der Ablehnung der Teilnahme durch die Klient*innen selbst (39,3 %) oder dadurch dass diese gar nicht zur Teilnahme (34,5 %) aufgerufen worden waren. Für 4,9 % der Klient*innen stellten die Fachkräfte eine mangelnde Einwilligungsfähigkeit fest, bspw. aufgrund kognitiver Einschränkungen oder akuter Stressbelastung.¹⁵

Die Inanspruchnahme der Angebote der Ambulanz wurde dabei (mindestens einmal) für n = 1.739 und die der Aidshilfe für n = 541 an der Studie teilnehmenden Personen dokumentiert.

¹⁵ Hinzu kommen weitere Nutzer*innen, deren Besuch im WIR aus verschiedenen Gründen nicht erfasst und die nicht zur Teilnahme an der Evaluation aufgefordert wurden. Die Ambulanz schätzt nach einem internen Abgleich ihrer Daten, dass hier etwa zehn Prozent mehr Fälle behandelt wurden.

Für das Testangebot des Gesundheitsamts wurden im Rahmen der Evaluation $n = 1.530$ Nutzer*innen nachgehalten. Zu den Nutzer*innen des WIR durch die Klientel von pro familia, Rosa Strippe und Madonna liegt keine belastbare Datengrundlage vor (vgl. 2.10).

Bei 18,5 % ($n = 651$) der in die Evaluation einbezogenen Personen handelt es sich um eine Klientel, die schon vor 2016 Einrichtungen des WIR genutzt hat, vor allem die Ambulanz im St. Josef-Hospital, und insbesondere in den ersten Monaten nach und nach in die Evaluation eingeschlossen wurde. Dagegen können 2.867 Nutzer*innen als Neuklient*innen gelten, da diese erst ab April 2016 (zumindest) eine Einrichtung im WIR genutzt haben.

Nachfolgend soll nun das Kollektiv der Nutzer*innen des WIR beschrieben werden. Dabei werden soziodemografische und gesundheitsbezogene Merkmale, sowie das Risikoverhalten der untersuchten Population dargestellt. Ferner wird vorgestellt über welche Zugänge Klient*innen den Weg ins WIR gefunden haben und aus welchen Gründen sie kamen.

Vor dem Hintergrund des komplexen Angebots des WIR wird abschließend dargestellt, welche Teilzielgruppen im Untersuchungszeitraum erreicht werden konnten.

4.2.1 Soziodemografische und weitere Merkmale

Die nachfolgende Tabelle beschreibt die Evaluationsteilnehmer*innen anhand soziodemografischer Merkmale. Dabei werden die Teilnehmenden der Einrichtung zugeordnet, in der die erste Leistung dokumentiert wurde (Einrichtung des Erstkontakts), unabhängig davon, ob diese Einrichtung alleinig genutzt wurde oder danach (auch) andere Träger in Anspruch genommen wurden.

Tab. 2: Soziodemografische Merkmale der teilnehmenden Klient*innen insgesamt, sowie nach Einrichtung des Erstkontakts* (N = 3.518)

Merkmale	Erstkontakt über ... (Angaben in %)			
	Ambulanz (n = 1.739)	Aidshilfe (n = 247)	BSt. GA (n = 1.530)	Gesamt (N = 3.518)
Ø Alter (Jahre)	41,5	37,2	30,3	36,3
Geschlecht:				
... männlich	80,4	90,2	59,8	72,1
... weiblich	19,4	9,8	40,0	27,7
... divers	0,2	0,0	0,2	0,2
Sexuelle Orientierung:				
... heterosexuell	46,9	19,0	73,3	56,4
... schwul	40,7	68,4	15,4	31,6
... lesbisch	0,3	0,0	0,6	0,4
... bisexuell	8,2	9,7	8,8	8,6
Personen mit max. 9 Jahren Schule	10,2	6,6	2,2	6,5
Nettoeinkommen in EUR/Monat (MD)	2.100	2.000	1.700	2.000
Bezug von Transferleistungen**	13,7	13,8	4,2	9,6
Personen mit Migrationshintergrund	28,7	30,5	29,5	29,2
MiSSA (Migrants from subsaharan Africa)	3,1	2,9	0,5	1,9 %
Wohnort				
... Bochum	30,1	41,8	62,0	44,9
... sonstiges Ruhrgebiet	42,2	40,6	24,7	34,4
... sonstiges NRW	24,0	15,6	10,7	17,6
... anderes Bundesland	2,3	0,8	1,6	1,9
... anderes Land	1,3	1,2	1,0	1,2
Personen mit Einschränkungen der Verständigungsmöglichkeiten	5,8	5,7	1,4	3,9
Personen ohne Krankenversicherung	0,3	0,4	0,1	0,2

* Die Klientel der Einrichtungen Madonna, pro familia sowie Rosa Strippe sind aufgrund zu geringer Zahlen nicht einzeln benannt, aber im Gesamt berücksichtigt.

** Leistungen nach SGB II (ALG2), SGB III (ALG), SGB XII, Asylleistungen.

Die gezeigten Daten lassen erkennen, dass sich die Klientel der Einrichtungen mitunter stark unterscheidet. So wird das Testangebot des Gesundheitsamts von jüngeren, höher gebildeten Personen genutzt, darunter ein vergleichsweise hoher Anteil Frauen. Das Profil der Gesundheitsamts-Nutzenden ist mit seinem hohen Anteil (i. d. R. krankenversicherter) Studierender anders als in vielen STI-Fachstellen in anderen Gesundheitsämtern, die z. T. deutlich stärker marginalisierte und nicht krankenversicherte Zielgruppen erreichen.

Das Gesundheitsamt hat mit einem Anteil von 62 % den höchsten Anteil von Nutzer*innen aus Bochum, während etwa zwei Drittel der Klientel der Ambulanz (66,2 %) nicht in Bochum, sondern im Ruhrgebiet oder im weiteren NRW wohnhaft sind.

Die Aidshilfe erreicht zu einem deutlich höheren Anteil bildungsferne Menschen, jene mit dem niedrigsten Einkommen und dem höchsten Anteil von Personen, die einen Migrationshintergrund aufweisen.

Insgesamt nutzen am meisten heterosexuelle Personen das WIR, auch hier zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Einrichtungen. Erwartungsgemäß ist der Anteil sich als schwul definierender Männer unter den Klient*innen der Aidshilfe am höchsten, im Gesundheitsamt am niedrigsten.

Gesundheitsbezogene Merkmale

In einem nächsten Schritt soll skizziert werden welche gesundheitsbezogenen Merkmale die Nutzer*innen des WIR charakterisieren. Dabei handelt es sich um die Fragen, ob sich die WIR-Klientel bisher schon einmal auf HIV hat testen lassen, welche sexuell übertragbaren Infektionen in der Vergangenheit schon einmal diagnostiziert wurden und ob eine Hepatitis-Impfung (A oder B) vorliegt. Ferner ist darzustellen, wie zufrieden die untersuchte Population mit ihrem eigenen Gesundheitszustand ist.

Zuerst einmal muss konstatiert werden, dass $n = 257$ Personen angaben, sich im WIR in einer HIV-Behandlung zu befinden, was mit regelmäßigen Test-Durchführungen verknüpft ist. Befragt, ob sie zuvor schon jemals einen HIV-Test gemacht hatten, gaben 25 % aller Nutzer*innen des WIR an, noch nie vorher einen HIV-Test durchgeführt zu haben. Insbesondere entfällt dies auf junge Testklientel der Beratungsstelle des Gesundheitsamts. Dagegen haben sich 75 % der Besucher*innen bisher schon einmal testen lassen, durchschnittlich 2,2-mal.

Bei gut einem Drittel der Befragten wurde zuvor schon (mind.) einmal eine STI diagnostiziert.

Tab. 3: Anteil der WIR-Nutzer*innen mit zurückliegenden STIs ($n = 3.318$)

STI	Anteil der TN mit diagnostizierter STI in der Vergangenheit (in %)
schon jemals (mind.) eine STI	36,3
Anal-/Genitalwarzen (Feigwarzen)	14,5
Syphilis	13,7
Chlamydien	13,4
Gonorrhoe	10,2
Anal- oder Genitalherpes	3,0
Mykoplasmen	1,0

Im Einzelnen gaben insgesamt $n = 482$ bzw. etwa 15 % der WIR-Nutzer*innen im Hinblick auf zurückliegende STIs an, schon mindestens einmal Anal-/Genitalwarzen gehabt zu haben. Ähnlich häufig lag nach eigenen Angaben der Befragten schon einmal Syphilis (13,7 %) und Chlamydien (13,4 %) vor. Über eine zurückliegende Gonorrhoe-Diagnose berichtete ein Zehntel der Klient*innen. Lediglich 3 % bzw. ein Prozent der Befragten berichteten über eine frühere Anal- oder Genitalherpes- bzw. Mykoplasmen-Infektion.

Der Impfstatus der Nutzer*innen des WIR ist recht unterschiedlich zu bewerten: 50 % aller Personen geben bei der Eingangsbefragung an, dass sie gegen Hepatitis A und B geimpft sind. 8 % der Besucher*innen ($n = 265$) haben nur eine dieser beiden Impfungen.

29 % kennen ihren Impfstatus nicht und weitere 13 % (n = 419) geben an, keine dieser Impfungen zu haben.

Die subjektive Gesundheit der untersuchten Population scheint insgesamt recht zufriedenstellend. So gaben 77 % aller Nutzer*innen bei der Erstbefragung an, mit ihrer Gesundheit (sehr) zufrieden zu sein; 11 % dagegen waren (sehr) unzufrieden mit der eigenen Gesundheit.

4.2.2 Risikoverhalten

Im Rahmen der Erstbefragung wurden Daten zu zwei Risikobereichen erfasst, die im Zusammenhang mit einer Infektion von STI relevant sind. So wurde erfasst, welche psychoaktiven Substanzen in den vergangenen sechs Monaten zum Sex/beim Sex konsumiert wurden, und mit welchen sexuellen Risikosituationen die Nutzer*innen des WIR in den zurückliegenden sechs Monaten konfrontiert waren.

Substanzkonsum

Der Konsum psychoaktiver Substanzen stellt einen Risikofaktor für die Verbreitung von sexuell übertragbaren Infektionen dar (Sewell, Miltz, Lampe et al., 2017). Vor diesem Hintergrund wurden die Nutzer*innen des WIR im Rahmen der Erstbefragung gebeten, Angaben darüber zu machen, ob sie in den zurückliegenden sechs Monaten zum/beim Sex Alkohol, Drogen oder Medikamente genommen haben. Die Auswertung fasst üblicherweise im Kontext von Chemsex verwendete Substanzen zusammen.

Tab. 4: Anteil der WIR-Nutzer*innen mit Substanzkonsum zum/beim Sex (n = 3.261)

Substanzkonsum beim Sex	Erstkontakt über ...			
	Ambulanz (n = 1.538)*	Aidshilfe (n = 227)*	BSt. GA (n = 1.494)*	Gesamt (N = 3.261)*
Konsum von Substanzen beim Sex	44,0 %	49,8 %	50,7 %	47,4 %
Alkohol	30,0 %	36,6 %	46,8 %	38,1 %
Illegale Substanzen	25,7 %	33,0 %	16,1 %	21,8 %
Poppers	16,1 %	26,9 %	3,7 %	11,2 %
Chemsex-Substanzen**	7,4 %	7,5 %	4,6 %	6,1 %
Kein Konsum oder ausschließl. Alkohol	74,3 %	67,0 %	83,9 %	78,2 %

* Anzahl der Personen mit Angaben zum Substanzkonsum in der EB

** Kokain, Speed, Crystal/Tina, Ecstasy, GBL/GBH, Mephedron

Folgt man den Ergebnissen dieser Befragung, hat etwa jede/r zweite Besucher*in des WIR (47,4 %) beim Sex zumindest eine dieser Substanzen konsumiert. In den meisten Fällen handelt es sich hierbei um den Konsum von Alkohol.

Der Konsum illegaler Substanzen ist unter über die Aidshilfe ins WIR gekommenen Klient*innen deutlich höher als bspw. unter der Klientel des Gesundheitsamtes, wo Alkohol dominiert.

Chemsex – hier definiert als der Konsum von Kokain, Speed, Crystal/Tina, Ecstasy, GBL/GBH, Mephedron zum Sex – berichten gut 6 % aller Klient*innen, darunter vor allem Männer (81,0 %) bzw. MSM (61,0 %). Ein Drittel der Personen mit Chemsex-

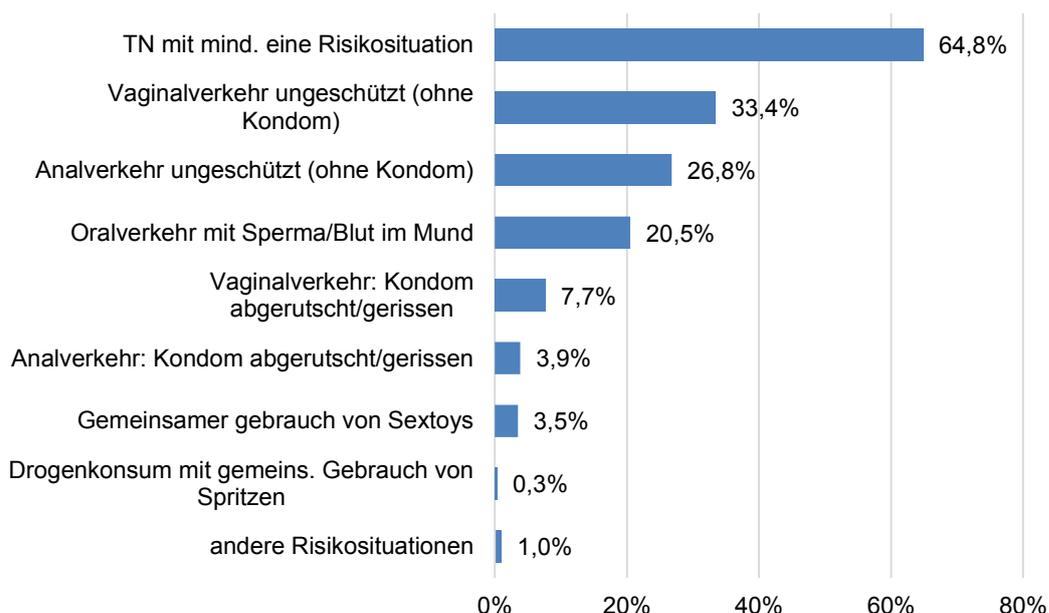
Erfahrung (33,0 %) sind unter 28 Jahren jung, bei 86 % lag in den letzten sechs Monaten mindestens eine Risikosituation (bspw. ungeschützter Anal- oder Vaginalverkehr) vor.

Sexualverhalten

Sexuell übertragbare Infektionen werden vor allem bei sexuellen Kontakten übertragen. Bei einigen Erregern (z. B. Pilze, Chlamydien) ist auch eine Übertragung als Schmierinfektion möglich. Einige sexuell übertragbare Infektionen können durch direkten Blutkontakt übertragen werden. So kann eine Infektion durch die gemeinsame Nutzung von Spritzbesteck – z. B. bei injizierendem Drogenkonsum – stattfinden. Vor diesem Hintergrund wurden die Nutzer*innen des WIR im Rahmen der Erstbefragung gebeten, Angaben zu Risikosituationen zu machen, mit denen sie in den vergangenen sechs Monaten konfrontiert waren.

Wie aus der nachfolgenden Übersicht erkennbar wird, geben etwa zwei Drittel aller Besucher*innen des WIR (64,8 %) an, im zurückliegenden halben Jahr zumindest eine Risikosituation für die Übertragung einer STI gehabt zu haben. Die am häufigsten auftretenden Risikosituationen sind demnach ungeschützter Vaginal- (33,4 %) und Analverkehr (26,8 %).

Abb. 2: Anteil der WIR-Nutzer*innen mit sexuellen Risikosituationen in den letzten sechs Monaten (n = 3.263)



Auf die Frage, mit wem die Risikosituation aufgetreten ist, gaben 43,4 % an, dass es sich hierbei um jemanden handelte, der schon etwas länger bekannt war und weitere 38 % nannten hierbei den/die feste Partner*in. Nur knapp jede/r dritte Besucher*in des WIR (30,8 %) gab an, dass die Risikosituation mit einer (zuvor) unbekanntem Person aufgetreten ist.

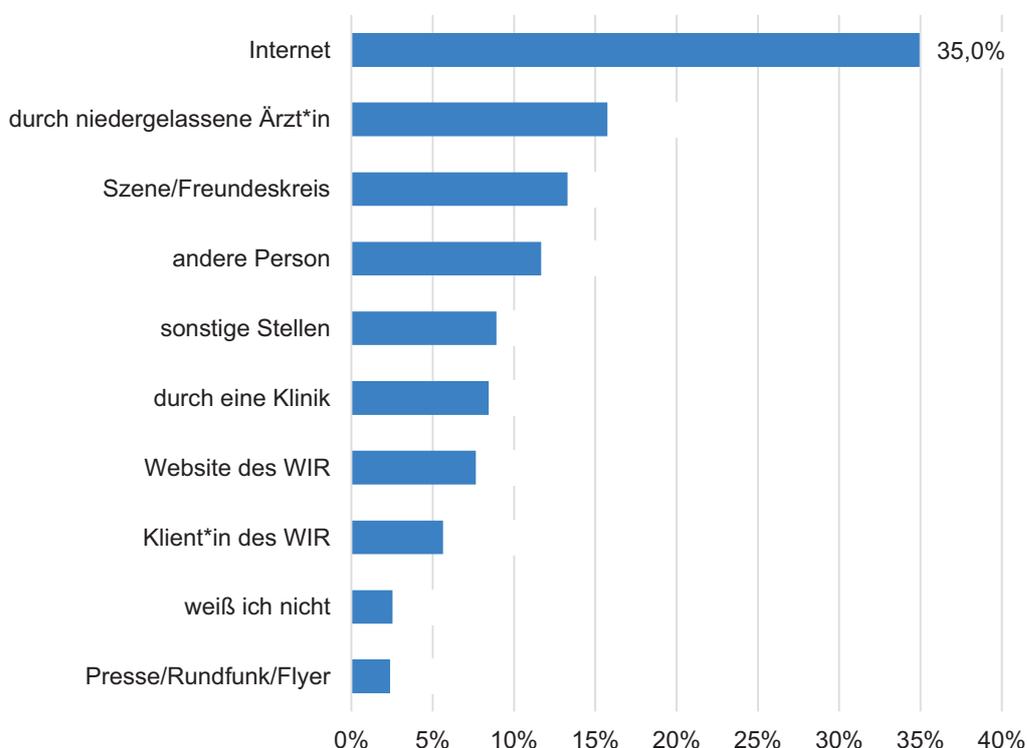
Welche Gründe benennen die Besucher*innen dafür, dass kein Kondom benutzt wurde? Hierzu erklären etwa gleich viele Personen, dass der/die Sexpartner*in kein Kondom benutzen wollte (43,5 %; n = 814) und/oder dass der Befragte selbst kein Kondom benutzen wollte (47,1 %; n = 882). 343 Personen (18,3 %) nannten als Grund für den Kondomverzicht, dass „mein*e Partner*in hat gesagt, dass er/sie HIV-negativ ist“ und 10 % aller

Personen, die auf das Kondom verzichtet haben sagen „ich dachte, mein*e Partner*in sei HIV-negativ“. Andere Gründe wurden deutlich seltener benannt.

Zugangswege ins Walk in Ruhr (WIR) - Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin

Über welche Zugänge finden die Nutzer*innen ins WIR? Diese Frage wird allen Besucher*innen im Rahmen der Erstbefragung gestellt. Wie die nachfolgende Abbildung zeigt, findet etwa jede/r Dritte (35,0 %) über Informationen im Internet zum WIR. Knapp 16 % der Klientel wird von niedergelassenen Ärzt*innen vermittelt. Hierbei handelt es sich insbesondere um Hautärzt*innen (n = 125), Gynäkolog*innen (n = 59) und Allgemeinärzt*innen (n = 47).

Abb. 3: Zugangswege zum WIR „Wie sind Sie auf unser Angebot aufmerksam geworden?“ (n = 3.282)

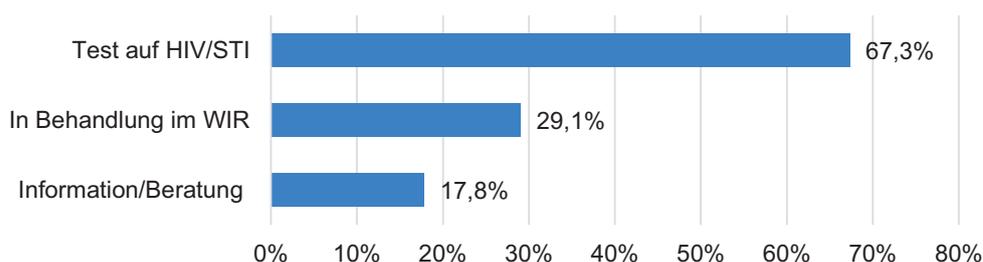


Verweise von sonstigen Stellen erfolgen überwiegend von Gesundheitsämtern (n = 172), sowie von anderen Beratungsstellen (n = 29) bzw. Aidshilfen (n=26). 66 % aller Verweise aus Kliniken (n = 146) entfallen auf das St. Josef-Hospital, während andere Krankenhäuser aus dem Ruhrgebiet (n = 25) und außerhalb des Ruhrgebiets (n = 9) eine deutlich kleinere Bedeutung für die Vermittlung ins WIR haben.

Aktuelle Gründe für die Nutzung des Walk in Ruhr (WIR) - Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin

Die Gründe für den Besuch im WIR sind in zwei von drei Fällen der Wunsch, einen STI-Test durchzuführen. 968 Besucher*innen (29,1 %) nutzen das WIR, da sie sich aktuell und zum Teil schon seit Jahren dort in Behandlung befinden und 18 % der befragten Personen, geben an, Information bzw. Beratung zu suchen.

Abb. 4: Gründe für die Nutzung des WIR (n = 3.331)



Wer das WIR aufsucht, um einen STI-Test durchzuführen nennt in 46,2 % aller Fälle das Vorliegen einer Risikosituation als Grund. Etwa jede/r vierte Nutzer*in (25,4 %) kommt aufgrund einer neuen Beziehung. Knapp ein weiteres Viertel (23,5 %) lässt sich regelmäßig auf STI testen. Weitere Gründe für den Testwunsch beziehen sich auf die jeweiligen Partner*innen: 8,6 % geben an, der/die Partner*in hatte eine Risikosituation und 2,6 % kamen zum STI-Test weil der/die Partner*in HIV-positiv ist.

4.2.3 Teilzielgruppen im Walk in Ruhr (WIR) - Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin

Das WIR spricht mit den dort etablierten Angeboten Personen aus der Allgemeinbevölkerung an, bspw. über Schulprävention und die Beratungsstelle des Gesundheitsamts. Darüber hinaus geht es allerdings vorrangig um Personen mit einem erhöhten Risiko für STI/HIV, also Menschen mit riskantem Sexualverhalten. Hierzu zählen generell Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), im Besonderen aber Personen, die sich (kürzlich) zumindest einer Risikosituation für eine STI ausgesetzt gesehen haben. Die Risikosituationen sind in Abb. 2 beschrieben. Eine weitere Teilzielgruppe sind Menschen, die im Zusammenhang mit ihrem Sexualverhalten illegale Substanzen konsumiert haben bzw. die Chemsex-Erfahrung aufweisen. Heterosexuelle Nutzer*innen mit mehr als zehn Sexualpartner*innen in den letzten sechs Monaten und Sexarbeiter*innen zählen ebenfalls zu dieser Risikogruppe.

Doch werden auch weitere Zielgruppen angesprochen, bspw. Personen mit HIV, Personen mit einer zurückliegenden STI. Eine weitere Teilzielgruppe sind Nutzer*innen der Präexpositionsprophylaxe (PrEP). Zudem strebt das WIR an, mehr HIV-Spätdiagnostizierte zu erreichen.

Weitere Zielsetzungen des WIR nehmen noch mehr Personengruppen in den Blick: So will das WIR verstärkt Personen erreichen, die bildungsfern oder nicht krankenversichert sind sowie Personen mit Migrationshintergrund. Eine besonders vulnerable Gruppe sind dabei Migrant*innen aus Subsahara-Afrika (MiSSA, vgl. RKI, 2017). Ebenso wird angestrebt, mehr Personen mit eingeschränkten Verständigungsmöglichkeiten (sprachlich, kognitiv etc.) zu erreichen. Mit Blick auf Prävention oder eine frühere Erreichung will das WIR zudem verstärkt Jugendliche und junge Erwachsene ansprechen.

Um dem Erfolg dieser Vorhaben nachzugehen, wurden für die Auswertung auf Basis von Selbstangaben in der Erstbefragung bzw. den medizinischen Daten der Ambulanz und in Absprache mit der Projektgruppe insgesamt 17 Teilzielgruppen gebildet. Dabei gelten folgende Einschlusskriterien:

1. Personen bis 27 Jahre: Angaben lt. Selbstauskunft in der Erstbefragung (n = 1.095)

2. Personen mit max. 9 Jahren Schule: Selbstauskunft in der Erstbefragung (n = 226)
3. Personen mit eingeschränkten Verständigungsmöglichkeiten: lt. Angaben der Fachkräfte des WIR zum Abschluss der Erstbefragung (n = 138)
4. Personen mit Migrationshintergrund: nach der Definition des Statistischen Bundesamts und dem Mikrozensus alle Personen, die selbst nach Deutschland migriert sind oder hier als Kind von Migranten geboren wurden (Angaben der Erstbefragung; n = 1.010):
5. Migrant*innen aus Subsahara-Afrika (MiSSA): Personen mit Herkunft aus Subsahara Afrika (Angola, Äthiopien, Eritrea, Gabun, Ghana, Guinea, Kamerun, Kenia, der Republik Kongo, Mosambik, Nigeria, Ruanda, Sambia, Südafrika, Togo, Uganda, Zimbabwe), Selbstauskunft in der Erstbefragung; n = 67)
6. Personen ohne Krankenversicherung (KV): Selbstauskunft in der Erstbefragung (n = 7)
7. MSM: alle Männer, die angaben, dass sie in den letzten sechs Monaten Sex mit mind. einem Mann hatten – unabhängig davon, ob sie sich selbst als heterosexuell, schwul oder bisexuell einordnen (n = 1.356)
8. Personen mit Risikosituation: lt. Selbstauskunft in der Erstbefragung Personen mit mind. einer Risikosituationen in den letzten sechs Monaten (ungeschützter Anal-/Vaginalverkehr, Oralverkehr mit Sperma oder Blut im Mund, Drogenkonsum mit gemeinsamem Gebrauch von Spritzen, gemeinsamer Gebrauch von Sextoys) (n = 2.115)
9. Personen mit Konsum illegaler Substanzen: Selbstauskunft in der Erstbefragung (n = 711)
10. Personen mit Chemsex-Erfahrung/Chemsex-User: Einordnung nach Selbstauskunft in der Erstbefragung zu Konsum von Kokain, Speed, Crystal/Tina, Ecstasy, GBL/GBH und/oder Mephedron zum Sex (n = 200)
11. Heterosexuelle mit vielen Sexualpartner*innen: definiert über zehn und mehr Sexualpartner*innen in den letzten sechs Monaten lt. Selbstauskunft in der Erstbefragung (n = 64)
12. Sexarbeiter*innen: Personen, die in den letzten sechs Monaten eine Gegenleistung für sexuelle Handlungen erhalten haben, Selbstauskunft in der Erstbefragung (n = 54)
13. Personen mit zurückliegender STI: lt. Selbstauskunft in der Erstbefragung (n = 1.205)
14. HIV-Patient*innen: Einordnung nach Angaben aus den medizinischen Daten der Ambulanz sowie Selbstauskunft aus der Eingangsbefragung (n = 826)
15. HIV-negative Personen mit HIV-positiven Partner*innen: lt. Selbstauskunft in der Erstbefragung (n = 38)
16. HIV-Spätdiagnostizierte: Einordnung nach Angaben aus den medizinischen Daten der Ambulanz wenn bei Erstdiagnose HIV CD4-Zellzahl unter 350/µl oder mindestens eine AIDS-Definierende Erkrankung vorlag (n = 22)
17. PrEP-User/PrEPster: Einordnung nach Auskunft der Ambulanz wenn Verschreibung stattfindet (n = 125)

Diese Gruppierungen sind nicht trennscharf voneinander zu differenzieren. So können MSM bspw. auch über Chemsex-Erfahrung verfügen und einen Migrationshintergrund aufweisen. Durch die Akzentuierung spezifischer Merkmale kann es jedoch gelingen, ein

umfassenderes Bild von einzelnen Nutzer*innengruppen und der spezifischen Reichweite oder Akzeptanz des Zentrums zu zeichnen.

Mit welchen Einrichtungen des WIR kommen die hier skizzierten Teilzielgruppen nun zuerst in Kontakt? Dies geht aus der nachfolgenden Übersicht hervor.

Tab. 5: Anteil der Nutzer*innen mit Erstkontakt zu Einrichtungen des WIR (N = 3.518)

Zielgruppen	Anteil der Personen mit Erstkontakt zu ... (in %)*		
	Ambulanz 49,4 %	BSt. GA 43,5 %	Aidshilfe 7,0 %
Gesamt (N = 3.518)			
Pers. bis 27 Jahre (n = 1.095)	28,0	66,3	5,6
Pers. mit max. 9 Jahren Schule (n = 226)	77,4	15,0	7,1
Pers. mit eingeschränkten Verständigungsmöglichkeiten (n = 138)	73,2	15,9	10,1
Pers. mit Migrationshintergrund (n = 1.010)	48,1	44,5	7,3
MiSSA (n = 67)	79,1	10,4	10,4
Pers. ohne KV (n = 7)	71,4	14,3	14,3
MSM (n = 1.356)	61,7	23,7	14,6
Pers. mit Risikosituation (n = 2.115)	39,7	53,1	7,2
Pers. mit Konsum illegaler Substanzen (n = 711)	55,7	33,8	10,5
Chemsex-User (n = 200)	57,0	34,5	8,5
Heterosexuelle mit 10+ Sexualpartnern*innen in 6 Monaten (n = 64)	29,7	67,2	3,1
Sexarbeiter*innen (n = 54)	53,7	35,2	11,1
Pers. mit zurückliegender STI (n = 1.205)	71,0	21,7	7,2
HIV-Patient*innen (n = 826)	95,3	0,8	3,9
HIV-neg. Pers. mit HIV-pos. Part. (n = 38)	84,2	10,5	5,3
HIV-Spätdiagnostizierte (n = 22)	90,9	4,5	4,5
PrEP-User (n = 125)	40,0	16,8	43,2

* Fehlende Werte zu 100 % ggf. aufgrund von TN mit Erstkontakt zu den Einrichtungen Rosa Strippe oder Madonna.

Die zahlenmäßig größte Gruppe unter den Nutzer*innen des WIR (n = 2.115) sind nach der vorliegenden Klassifikation erwartungsgemäß Personen, die (vor kurzem) eine Risikosituation für eine STI-Infektion erfahren haben. Hiermit ist primär ein ungeschützter Geschlechtsverkehr (vaginal, anal, oral) gemeint. Diese Personengruppe nutzt überwiegend (53,1 %) das Testangebot des Gesundheitsamts.

Für etwa zwei Drittel (61,7 %) der MSM wurde die Nutzung der Angebote der Ambulanz dokumentiert. Erwartungsgemäß nehmen Personen mit zurückliegender STI (n = 1.205) vor allem die Leistungen der Ambulanz in Anspruch. Dagegen nehmen Jugendliche und junge Erwachsene (n = 1.095) etwa zu zwei Drittel das Testangebot des Gesundheitsamts wahr. Personen mit Migrationshintergrund (n = 1.010) wenden sich etwa zu gleichen Anteilen an die Ambulanz und an das Gesundheitsamt. Für HIV-Patient*innen (n = 826) wurde fast ausschließlich Ambulanz-Nutzung erfasst.

Bildungsfernere Personen (n = 226) kommen deutlich häufiger über die Ambulanz (77,4 %) als über das Testangebot des Gesundheitsamts (15 %) in Kontakt mit dem WIR. Dagegen nutzen Personen, die wegen einer PrEP ins WIR kommen mehrheitlich (43,2 %) den Zugang über die Aidshilfe.

Relativ kleine Fallzahlen finden sich in der Dokumentation zu Migrant*innen aus Subsahara-Afrika (n = 67) und HIV-Spätdiagnostizierten (n = 22). Sexarbeiter*innen (n = 54) und Personen ohne Krankenversicherung (n = 7) sind in der Dokumentation unterrepräsentiert (vgl. Kap. 2.10).

Nachfolgend sollen die Teilzielgruppen des WIR im Hinblick auf Alter und Geschlecht, sowie hinsichtlich ihres subjektiv bewerteten Gesundheitszustands und der Lebensqualität beschrieben werden (vgl. Tab. 6).

Tab. 6: Teilzielgruppen nach Lebensalter, Geschlecht, subjektiver Gesundheitszustand und Lebensqualität

Zielgruppen	Lebensalter in Jahren (M)	Geschlecht* (Verteilung in %) m/w/d	Subjektiver Gesundheitszustand in % (sehr) unzufrieden**	Lebensqualität in % (sehr) schlecht**
Gesamt n = 3.518	36,3	72,1/27,7/0,2	10,8	4,4
Pers. bis 27 Jahre (n = 1.095)	23,7	60,5/39,3/0,2	7,3	2,7
Pers. mit max. 9 Jahren Schule (n = 226)	49,7	69,0/30,5/0,0	19,5	14,6
Pers. mit eingeschränkten Verständigungsmöglichkeiten (n = 138)	39,8	66,2/33,3/0,0	22,1	15,6
Pers. mit Migrationshintergrund (n = 1.010)	33,9	70,4/29,1/0,2	10,2	5,9
MiSSA (n = 67)	40,7	46,3/50,7/0,0	13,8	8,8
Pers. ohne KV (n = 7)	41,3	57,1/42,9/0,0	0	14,3
MSM (n = 1.356)	39,3	100/0,0/0,0	10,7	4,5
Pers. mit Risikosituation (n = 2.115)	33,5	69,9/29,7/0,2	9,0	3,2
Pers. mit Konsum illegaler Substanzen (n = 711)	35,9	82,7/16,6/0,6	11,6	5,7
Chemsex-User (n = 200)	33,8	81,0/17,5/1,5	14,4	6,6
Heterosexuelle mit 10+ Sexualpart. in 6 Mo. (n = 64)	33,9	78,1/21,9/0,0	4,7	1,6
Sexarbeiter*innen (n = 54)	33,8	77,8/20,4/1,9	17	11,3
Pers. mit zurückliegender STI (n = 1.205)	39,8	81,7/17,8/0,2	13,7	5,5
HIV-Patient*innen (n = 826)	46,6	84,0/14,4/0,4	15,1	8,0
HIV-Spätdiagnostizierte (n = 22)	36,0	86,4/9,1/0,0	26,3	10,5
HIV-neg. Pers. mit HIV-pos. Part. (n = 38)	40,4	92,1/7,9/0,0	7,9	2,6
PrEP-User (n = 125)	37,7	99,2/0,8/0,0	4,0	0,8

* Ggf. fehlende Werte zu 100 % aufgrund von fehlenden Angaben in der Eingangsbefragung.

** Nur TN mit Angaben in der EB (gültige Prozent) berücksichtigt.

Demnach sind die ältesten Nutzer*innen des WIR mit durchschnittlich knapp 50 Jahren Personen mit einem bildungsferneren Hintergrund und HIV-Patient*innen mit einem durchschnittlichen Lebensalter von 47 Jahren. Abgesehen von den Jugendlichen und jungen Erwachsenen die das WIR nutzen, gehören Personen mit Risikosituationen (M = 33,5 Jahre) und Chemsex-User (M = 33,8 Jahre), sowie Sexarbeiter*innen (M = 33,8 Jahre)

und Heterosexuelle mit mehr als zehn 10 Sexualpartner*innen in den zurückliegenden sechs Monaten (M = 33,9 Jahre) zu den jüngeren Nutzer*innen des WIR.

Der Anteil weiblicher Besucherinnen des Zentrums während des Untersuchungszeitraums lag bei 27,7 % Überproportional höher war der Frauenanteil in der Gruppe der Migrant*innen aus Subsahara-Afrika (50,7 %), unter den Jugendlichen und jungen Erwachsenen (39,3 %) und in der Gruppe der Personen mit eingeschränkten Verständigungsmöglichkeiten (33,3 %). Angesichts der kleinen Fallzahl (n = 7) dürften die Werte für Personen ohne Krankenversicherung (Frauenanteil 42,9 %) nicht belastbar sein.

Mit den Parametern „Subjektiver Gesundheitszustand“ und „Lebensqualität“ (vgl. Brähler et al., 2007) wurde versucht, die psychische (Belastungs-)Situation der Nutzer*innen des WIR zu erfassen. Hierzu ergibt sich folgendes Bild: Ein vergleichsweise hoher Anteil psychisch belasteter Personen findet sich demnach unter Personen mit eingeschränkten Verständigungsmöglichkeiten oder mit einem bildungsferneren Hintergrund sowie unter Chemsex-Usern. Auch HIV-Spätdiagnostizierte und Sexarbeiter*innen scheinen durchschnittlich stärker belastet als die anderen Teilzielgruppen im WIR.

Wie finden die unterschiedlichen Teilzielgruppen nun ins WIR und was ist ihr Grund für die Inanspruchnahme der Leistungen? Dies soll nachfolgend dargestellt werden. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden dazu die beiden jeweils am häufigsten genannten Zugänge und aktuellen Gründe für den Besuch (vgl. Tab. 7) herangezogen.

Tab. 7: Teilzielgruppen – Verteilung Zugänge und Besuchsgründe

Teilzielgruppen	Anteil der Pers. (in %)				
	Bekannt/Zugang über ...			Grund	
	Internet*	Ärzte/ Kliniken*	soziales Umfeld*	STI-Test*	Behand- lung*
Gesamt n = 3.518	32,7	22,1	27,5	67,3	29,1
Pers. bis 27 Jahre (n = 1.095)	46,8	11,6	29,2	81,8	10,0
Pers. mit max. 9 Jahren Schule (n = 226)	11,9	38,9	22,6	35,4	54,4
Pers. mit eingeschränkten Ver- ständigungsmöglichkeiten (n = 138)	16,8	42,8	13,8	33,1	54,9
Pers. mit Migrations- hintergrund (n = 1.010)	35,0	21,4	24,8	64,1	26,9
MiSSA (n = 67)	7,5	55,2	16,4	28,4	56,7
Pers. ohne KV (n = 7)	0,0	42,9	14,3	28,6	42,9
MSM (n = 1.356)	23,8	24,7	35,5	52,1	41,0
Pers. mit Risikosituation (n = 2.115)	38,9	16,7	22,1	75,9	19,0
Pers. mit Konsum illegaler Substanzen (n = 711)	26,6	20,3	38,8	61,0	33,8
Chemsex-User (n = 200)	25,0	18,5	46,0	67,0	36,0
Heterosexuelle mit 10+ Se- xualpart. in 6 Mo. (n = 64)	39,1	7,8	39,1	87,5	9,4
Sexarbeiter*innen (n = 54)	35,2	9,3	40,7	64,8	29,6
Pers. mit zurückliegender STI (n = 1.205)	20,2	33,8	30,1	47,1	48,0
HIV-Patient*innen (n = 826)	6,2	45,2	25,8	16,5	78,5
HIV-Spätdiagnostizierte (n = 22)	9,1	50,0	18,2	36,4	31,8
HIV-neg. Pers. mit HIV-pos. Part. (n = 38)	5,3	10,5	73,7	100,0	0,0
PrEPster (n = 125)	29,6	8,0	56,0	64,0	10,4

* Angaben der TN in der EB; fehlende Angaben werden nicht berücksichtigt.

Folgt man den dokumentierten Daten, so ist der Zugang über das Internet insbesondere für Jugendliche und junge Erwachsene und für die Zielgruppe der heterosexuellen Nutzer*innen des WIR von herausragender Bedeutung. Dagegen scheint die Vermittlung durch Ärzte und Kliniken insbesondere für die Gruppe der Migrant*innen aus Subsahara-Afrika, für Personen mit eingeschränkten Verständigungsmöglichkeiten, für bildungsfernere Personen und für HIV-Patient*innen besonders wichtig zu sein.

Der Grund für den Besuch im WIR scheint für die unterschiedlichen Teilzielgruppen ebenfalls recht unterschiedlich zu sein: Heterosexuelle mit mehr als zehn Sexualpartner*innen in den zurückliegenden sechs Monaten (87,5 %) sowie Jugendliche und junge Erwachsene (81,8 %) bzw. Personen mit Risikosituationen (75,9 %) nutzen das WIR ganz überwiegend, um einen STI-Test durchzuführen. Dagegen nehmen HIV-Patient*innen

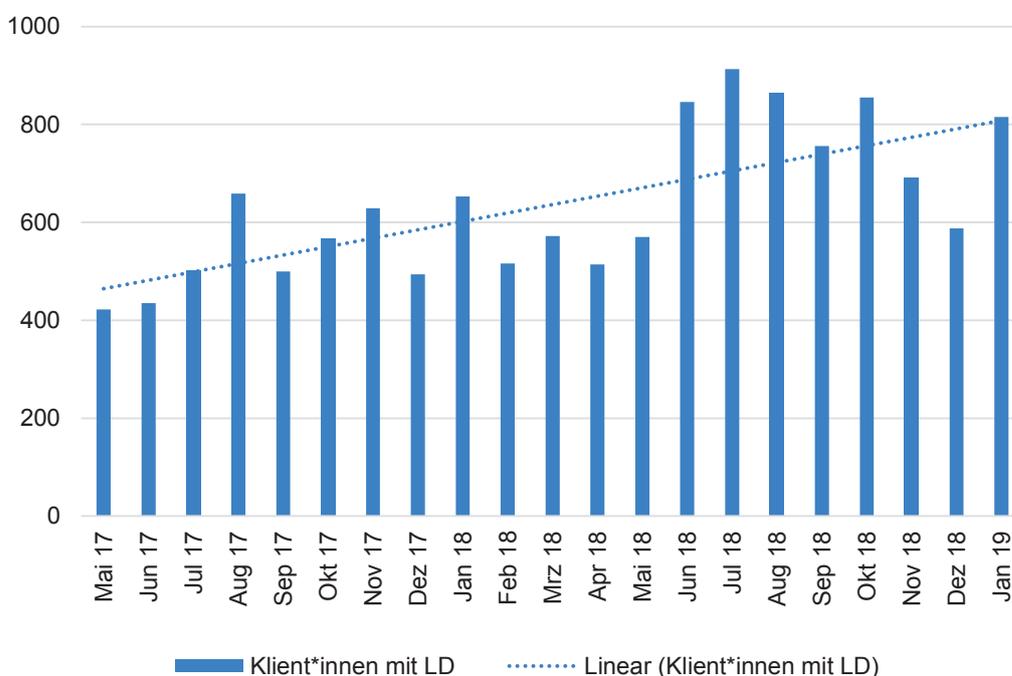
(78,5 %) und Migrant*innen aus Afrika (56,7 %) insbesondere die Behandlungsmöglichkeiten im WIR in Anspruch.

4.2.4 Entwicklung der Inanspruchnahme des WIR nach Umfang und Art der Nutzer*innen

Nachdem beschrieben wurde, welche Nutzer*innen das Komplexangebot des WIR in Anspruch nehmen, soll die Frage nach Veränderungen in der Inanspruchnahme des WIR und in der Erreichung von bestimmten Zielgruppen bearbeitet werden.

Zunächst lässt sich die Frage nach einer gestiegenen Nutzung am ehesten anhand der Anzahl der „aktiven“ Klientel überprüfen. Hiermit sind Personen gemeint, die im WIR innerhalb eines Monats zumindest eine Leistung in Anspruch genommen haben. Die folgende Abbildung zeigt das Ergebnis:

Abb. 5: Entwicklung der Anzahl aktiver Klient*innen im WIR im Zeitverlauf¹⁶



Über die Leistungsdokumentation konnte ausgewertet werden, dass zu Beginn der Evaluation, den Monaten Mai und Juni 2017, je etwas mehr als 400 Personen das WIR in Anspruch genommen haben. Bis zum Ende der Erhebung hat sich diese Quote fast verdoppelt auf (z. T. mehr als) 800 Besucher*innen pro Monat. Das WIR erreicht also insgesamt deutlich mehr Personen und hat sein Fallvolumen erheblich vergrößert.

Nun war mit der Etablierung des WIR auch das Ziel verbunden, verschiedene Zielgruppen mehr als bisher zu erreichen. Da ein Vergleich mit vorher mangels Daten nicht möglich ist, kann hier nur überprüft werden, ob sich die Erreichung bestimmter Zielgruppen im Erhebungszeitraum verändert hat und ob dabei die angestrebten Ziele erreicht wurden. Demnach sind nun folgende Fragen zu beantworten: Ist es im Zeitfenster von etwa 20

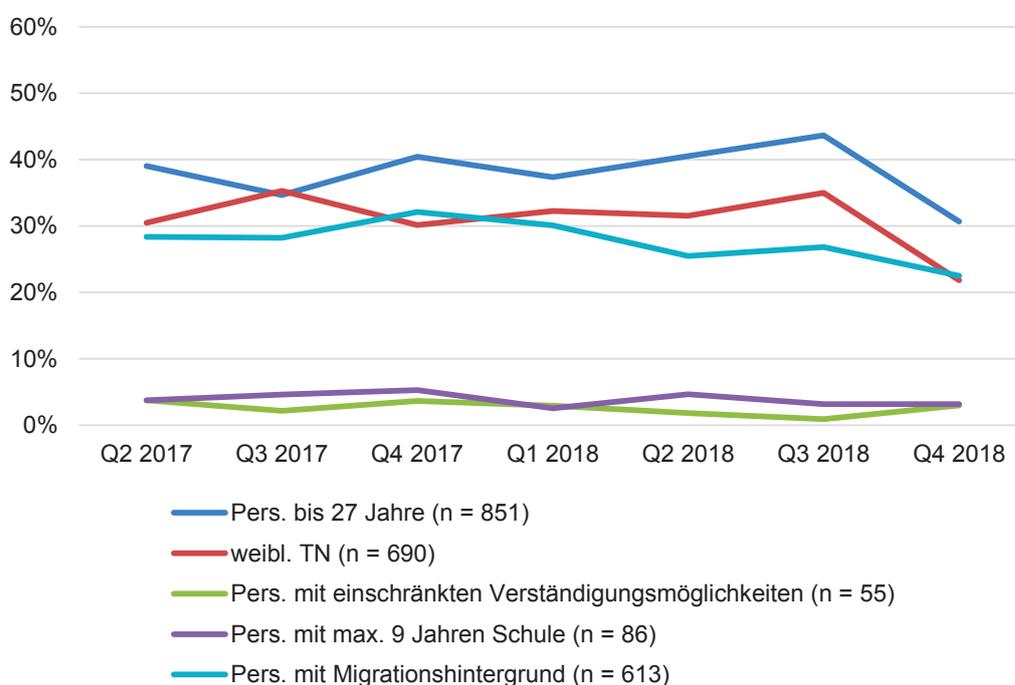
¹⁶ Für diese und die folgenden Darstellungen ist anzumerken, dass die Rückgänge im vierten Quartal 2018 wesentlich darin begründet liegen, dass die Beratungsstelle des Gesundheitsamts in diesem Quartal ihre Nutzer*innen ausschließlich zur Nachbefragung aufgerufen hat. Der Erstbefragungsbogen wurde in dieser Zeit hier nicht eingesetzt.

Monaten (Mai 2017 – Dezember 2018) gelungen, mehr junge Menschen mit dem WIR in Kontakt zu bringen? Werden im WIR mehr Frauen erreicht? Haben über die Zeit mehr Menschen mit Migrationshintergrund und/oder mit eingeschränkten Verständigungsmöglichkeiten die Angebote des WIR genutzt? Kam es über die Zeit zu einer verstärkten Inanspruchnahme durch HIV-Patient*innen oder Heterosexuelle? Wie entwickelt sich die Nutzung von PrEP (seit Oktober 2017)? Und sind über die Zeit andere Zugänge zum WIR bedeutsam gewesen?

Um Antworten auf diese Fragen zu generieren, wurde der Anteil der einzelnen Teilzielgruppen pro Quartal an der Gesamtpopulation ermittelt. Berücksichtigt wurden dabei ausschließlich Erstaufnahmen seit Beginn der Evaluation.

Im Hinblick auf soziodemografische Parameter zeigen sich folgende Trends in der Inanspruchnahme des WIR durch Neuklient*innen (Abb. 6):

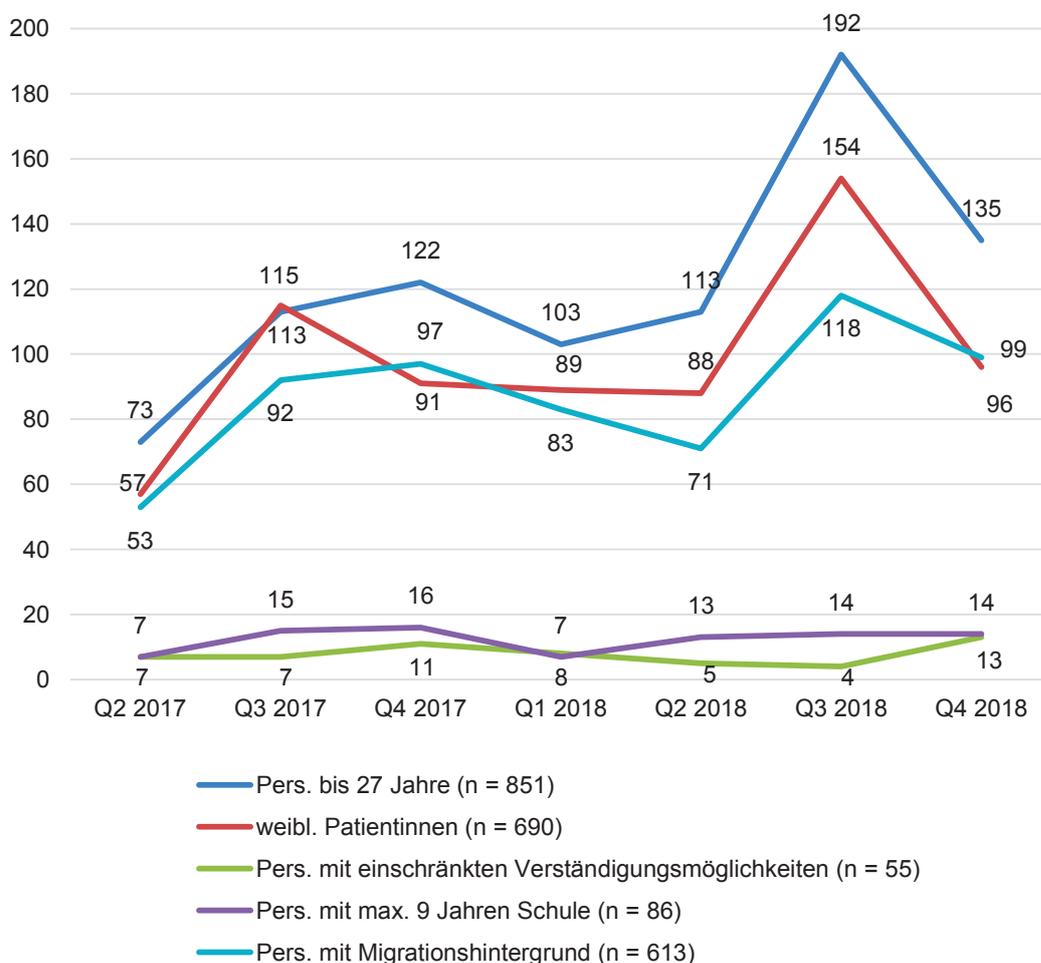
Abb. 6: Anteil von Teilzielgruppen an der Gesamtpopulation pro Quartal – Soziodemografische Merkmale; ausschließlich Erstaufnahmen (N = 2.120)



Der Anteil von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die das WIR aufsuchen liegt zwischen dem zweiten Quartal 2017 und dem 4. Quartal 2018 etwa zwischen 40 % und 30 %, zuletzt etwas rückläufig. Der Frauenanteil variiert im Zeitraum der Dokumentation zwischen 36 % (3. Quartal 2017) und 22 % (4. Quartal 2018). Die Ergebnisse verweisen auf eher stabile Verteilungen, Entwicklungstrends in der Inanspruchnahme des WIR durch diese Teilzielgruppen können nicht festgestellt werden.

Auch wenn der Anteil dieser Zielgruppen im Gesamtkollektiv im Untersuchungszeitraum relativ konstant geblieben ist, zeigt sich insgesamt doch eine stärkere Nutzung des WIR insbesondere durch junge Menschen, Frauen und Personen mit Migrationshintergrund:

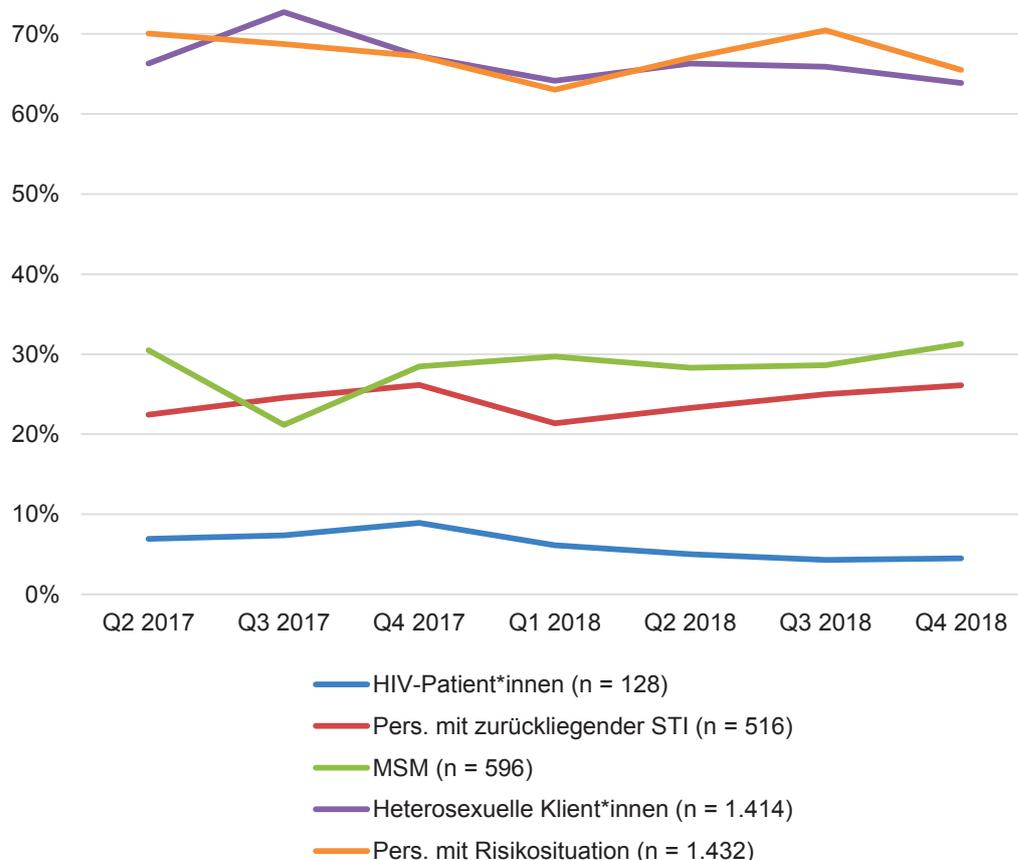
Abb. 7: Anzahl der Aufnahme unterschiedlicher Teilzielgruppen pro Quartal – Soziodemografische Merkmale; ausschließlich Erstaufnahmen (N = 2.120)



So haben im 3. Quartal 2018 insgesamt 192 Personen bis 27 Jahren, 154 Frauen und 118 Menschen mit einem Migrationshintergrund das WIR erstmals genutzt. Menschen mit eingeschränkten Verständigungsmöglichkeiten und bildungsfernere Gruppen haben das WIR beständig deutlich seltener genutzt.

Ein ähnliches konstantes Bild ergibt sich auch für die andere Teilzielgruppen (Abb. 8):

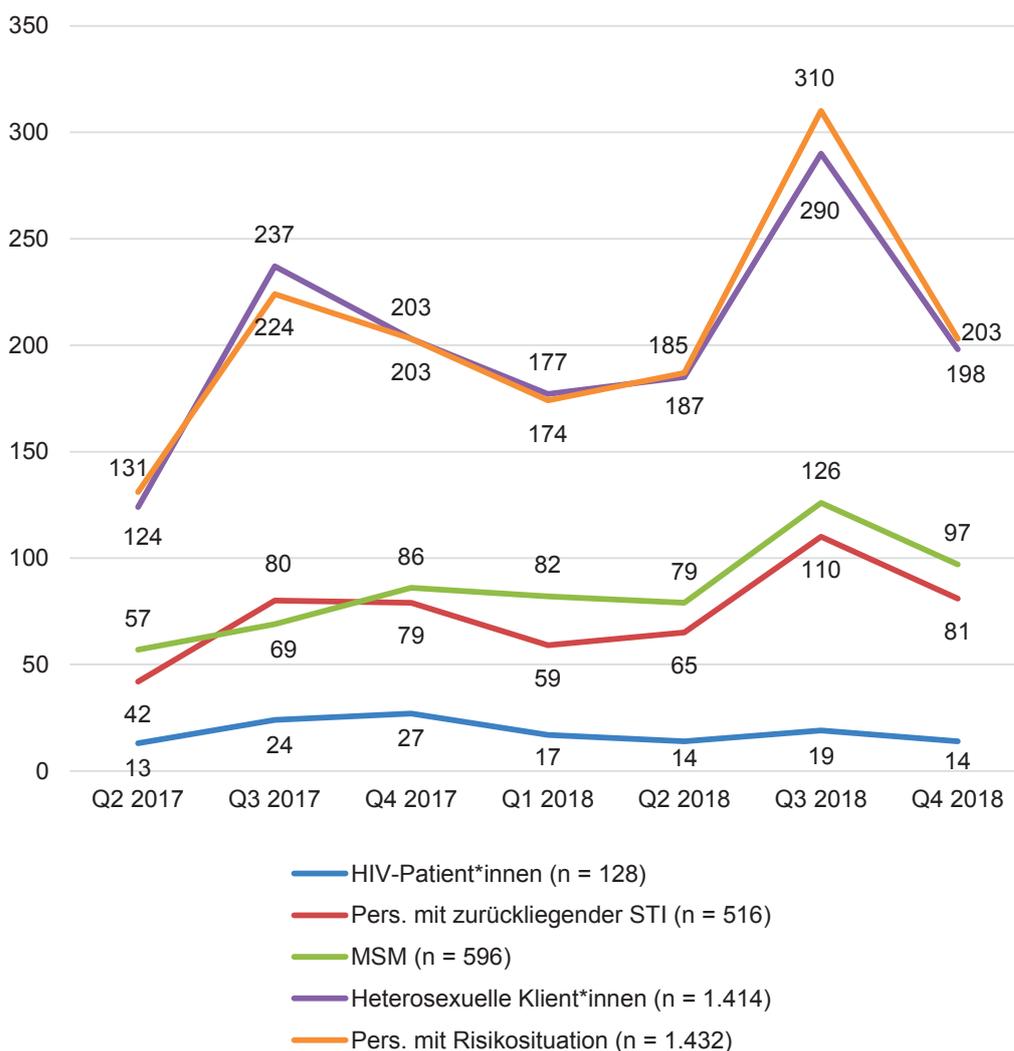
Abb. 8: Anteil ausgewählter Teilzielgruppen an der Gesamtpopulation pro Quartal; ausschließlich Erstaufnahmen (in %, N = 2.120)



Der Anteil heterosexueller Neuklient*innen liegt im untersuchten Zeitraum leicht rückläufig zwischen 73 % (3. Quartal 2017) und 64 % (4. Quartal 2018). Auch der Anteil von MSM, HIV-Patient*innen und Patient*innen mit zurückliegender STI scheint über die Zeit relativ konstant zu sein. Dies gilt im Übrigen auch für den Anteil von Personen mit Drogenkonsum (schwankt zwischen Q3 2017 mit 20,0 % und 22,3 % in Q4 2018) bzw. mit Chemsex-Erfahrung (schwankt zwischen Q3 2017 mit 6,0 % und 5,8 % in Q4 2018).

Auch bei diesen Zielgruppen kann neben einer relativen Konstanz in der Struktur der Gesamtklientel eine insgesamt verstärkte Inanspruchnahme des WIR festgestellt werden.

Abb. 9: Anzahl der Aufnahme ausgewählter Teilzielgruppen pro Quartal; ausschließlich Erstaufnahmen (N = 2.120)



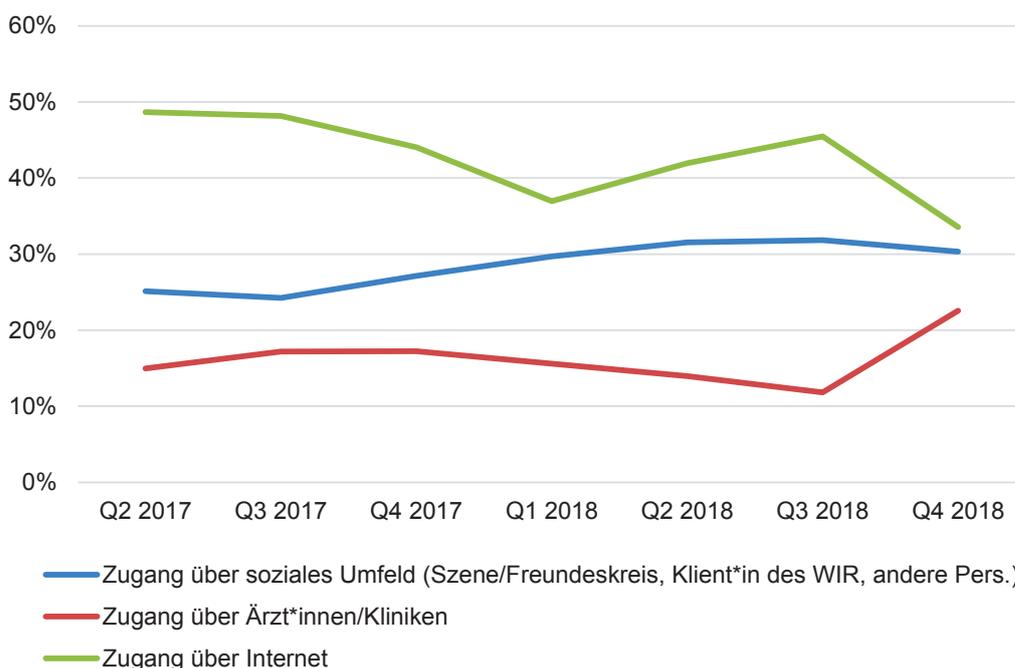
Einige Gruppen kamen im Verlauf zunehmend ins WIR: Insbesondere im 3. Quartal 2018 haben 310 Personen mit Risikosituationen, 290 heterosexuelle Menschen, 126 MSM und 110 Personen mit einer zurückliegenden STI das WIR erstmals aufgesucht. Keine Steigerung gab es bei der Gruppe der HIV-Patienten.

Welche Trends im Kollektiv der WIR-Klientel lassen sich also feststellen? Wie weiter oben ausgeführt (vgl. Abb. 5), kann für die Inanspruchnahme des WIR über die Zeit ein Trend ausgemacht werden: Die Anzahl der Klient*innen hat sich zwischen Mai 2017 und Januar 2019 etwa verdoppelt. Da der relative Anteil der einzelnen Teilzielgruppen sich als vergleichsweise konstant erwiesen hat, kann davon ausgegangen werden, dass im Zeitraum der wissenschaftlichen Begleitung (fast) alle Teilzielgruppen das WIR in einem verstärkten Umfang genutzt haben.

Zugangswege ins WIR

Wie die Nutzer*innen den Weg ins WIR finden, wurde weiter oben (Tab. 7) beschrieben. Nachfolgend soll dargestellt werden, ob sich die Zugangswege zum WIR über die Zeit der Evaluation verändert haben.

Abb. 10: Zugangswege der Neu-Klient*innen von Mai 2017 bis Dez 2018 (in % der aufgenommenen Personen pro Monat, N = 2.269)



Nach den vorliegenden Daten finden Nutzer*innen am häufigsten über das Internet Zugang zum WIR. Waren es im ersten Halbjahr noch knapp 50 % der Neuklient*innen, die über das Internet zum WIR gefunden haben, so scheint die Bedeutung dieses Zugangs über die Zeit geringfügig abgenommen zu haben. Dagegen haben das soziale Umfeld bzw. Mund-zu-Mund-Propaganda von WIR-Nutzer*innen sowie die Vermittlung von Ärzt*innen und Kliniken im Verlauf der Zeit leicht an Bedeutung gewonnen.

Eine Analyse der Zugangswege über die Zeit zeigt, dass Klient*innen eher über (langjährig) erprobte Kooperationsstellen (z. B. St. Josef-Hospital) als über neue Zuweisungswege ins WIR kommen. Andere professionelle Zugangswege spielen keine nennenswerte Rolle.

4.3 Das Angebotsspektrum im WIR

Im WIR wird ein breites Spektrum von Angeboten realisiert, an dem sechs Einrichtungen mitwirken. Zur Erfassung des Angebotsspektrums wurden neben Auswertungen vorhandener Unterlagen insbesondere mehrere Erhebungsinstrumente eingesetzt:

- Fallbezogene Leistungsdokumentation zur Erfassung aller Leistungen, die mit und für Klient*innen erbracht werden, die ihr Einverständnis zu Dokumentation und Teilnahme an der Untersuchung gegeben haben – im Folgenden beschreibt der Begriff „Leistungen“ immer fallbezogen erbrachte und dokumentierte Aktionen
- Tätigkeitsdokumentation, mit der sämtliche übergreifenden Tätigkeiten zu zwei Zeitpunkten je für vier Wochen notiert wurden sowie die Leistungen für jene Fälle, die nicht in die Evaluation eingewilligt haben. Der Begriff „Tätigkeiten“ meint dementsprechend im Folgenden immer fallübergreifende Dinge.

- Zudem fanden über Besuche vor Ort, Gespräche mit Mitarbeitenden und Klient*innen weitere qualitative Erhebungen statt, die die vorgenannten Auswertungen konkret ergänzen und erklären halfen.

Im Folgenden sollen nun die Ergebnisse präsentiert werden, die das Angebotspektrum im WIR näher qualifizieren können. Dabei wird mit den Rahmenbedingungen begonnen, um dann über das Gesamtspektrum, das Leistungsprofil der Einrichtungen und die einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit näher auf ausgewählte Aspekte einzugehen.

4.3.1 Angebote im WIR

Im WIR werden über die sechs beteiligten Akteure, insbesondere die drei kontinuierlich vor Ort arbeitenden Institutionen, eine Reihe von Angeboten vorgehalten und seit Eröffnung des Zentrums neue Angebote entwickelt.

Das Zentrum hat breite Öffnungszeiten, die dreimal in der Woche bis in den Abend reichen. Montags bis freitags beginnt die Arbeit im Zentrum zwischen 7 und 9 Uhr, als erste ist die Ambulanz besetzt. Nachmittags/abends schließt das Zentrum zwischen 16 Uhr (Mi) und 19 Uhr (Mo, Di, Fr). Die Öffnungszeiten im Einzelnen:

Tab. 8: *Öffnungs- und Angebotszeiten im WIR (Stand Mai 2019)*¹⁷

	Mo	Di	Mi	Do	Fr
Aidshilfe ¹	10.00 – 15.00	10.00 – 19.00	10.00 – 15.00	10.00 – 15.00	10.00 – 13.00
Café „enJoy the place“		11.00 – 17.00	11.00 – 17.00	09.00 – 17.00	11.00 – 17.00
Herzenslust Test und Beratung					17.00 – 19.00
Jugendsprechstunde		13:00 – 15:00		14:00 – 16:00	
Ambulanz	8.00 – 19.00	8.00 – 19.00	9.00 – 16.00	8.00 – 16.00	7.00 – 15.00
Gynäkologische Sprechstunde		9.00 – 13.00		9.00 – 15.00 ²	
psychotherap. Sprechstd.	8.00 – 16.00	10.00 – 16.00	8.00 – 17.00		
Gesundheitsamt: Test und Beratung		11.00 – 13.00 14.30 – 19.00	8.30 – 12.30 14.00 – 15.30	8.30 – 12.30 14.00 – 15.30	8.30 – 11.30 13.00 – 14.00
Madonna ³				13:00 – 15:00	
pro familia ⁴		14.00 – 15.00			
Rosa Strippe ⁵		3 Std.			

1 XXelle-Sprechstunde zu HIV-Frauenfragen, High-Risk-Sprechstunde, Mashalla-Sprechstunde und Psychosoziale Beratung: nach Vereinbarung.

2 Jeden ersten Donnerstag im Monat bis 14 Uhr.

3 Madonna steht donnerstags für zwei Stunden in der eigenen Einrichtung und bei Bedarf im WIR zur Verfügung, begleitet Klient*innen ins WIR etc.

4 pro familia ist regelmäßig am Mittwochmittag zum kollegialen Austausch im WIR.

5 Rosa Strippe steht dienstags für drei Stunden zur Verfügung, Klient*innen können über die Health Adviser zugeleitet werden. Der Beratung erfolgt dann nach Absprache im WIR.

¹⁷ Angaben von der Webseite des WIR: [https://www.wir-ruhr.de/kontakt/oeffnungszeiten/abgerufen am 29.05.2019](https://www.wir-ruhr.de/kontakt/oeffnungszeiten/abgerufen%20am%2029.05.2019), ergänzt um Angaben der Akteure.

Das Zentrum hat die Öffnungszeiten seit der Eröffnung mehrfach an den Bedarf angepasst und mit Personalzuwachs ausgedehnt. Grundsätzlich besteht zudem die Möglichkeit, auch außerhalb der Öffnungszeiten Termine zu vereinbaren. Die Erfahrungen im Rahmen der Evaluation zeigen eine hohe Zufriedenheit mit den Öffnungszeiten, lediglich vereinzelt wurden in den Gesprächen mit Klient*innen längere Abend- sowie Wochenendöffnungszeiten gewünscht.

Die meisten Angebote stehen nach Terminvereinbarung zur Verfügung, doch wird gemäß des eigenen Anspruchs (walk in) niemand abgewiesen, der mit Beschwerden oder spontan kommt.

Die Angebote des WIR stehen allen Ratsuchenden offen, die mit einem Beratungs-, Test-, und/oder Behandlungswunsch kommen. Alle Angebote der Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts, der Aidshilfe sowie von Madonna, Rosa Strippe und pro familia sind anonym und kostenlos zugänglich. Die medizinischen Angebote der Ambulanz (Beratung, Test, Impfung, Behandlung, Psychotherapie) sind überwiegend nur nach ärztlicher Überweisung und zu Lasten der Krankenversicherung zugänglich, aber auch im Rahmen der Teilnahme an einer der vielen Studien oder anonym. Seit Eröffnung des WIR wurden zudem Möglichkeiten des kostenlosen Zugangs bzw. des Zugangs für nicht Krankenversicherte geschaffen: Die gynäkologische Sprechstunde ist ein vom Gesundheitsamt gefördertes offen zugängliches Angebot, das sich vor allem an Frauen ohne Krankenversicherung richtet. Psychotherapie ist sowohl zu Lasten der Krankenversicherung möglich als auch kostenfrei und ohne Krankenversicherung im Rahmen der von der Deutschen AIDS-Stiftung geförderten psychotherapeutischen Sprechstunde. Darüber hinaus ermöglicht die Ambulanz bei Bedarf auch Personen ohne Krankenversicherung und ohne Termin spontane kurze Konsultationen und die Ärzt*innen stehen spontan zur Verfügung (z. B. für eine Hautinspektion oder eine medizinische Kurzberatung), wenn ein Test des Gesundheitsamts zu einer Diagnose führt. Dann werden auf Wunsch zumindest behandlungsanbahnende Gespräche geführt.

Die Zusicherung von Anonymität spielt auch im Rahmen der Mitwirkung des WIR und des St. Elisabeth-Hospitals an dem Programm zur anonymen Spurensicherung unter Koordination der Stadt Bochum (Referat für Gleichstellung, Familie und Inklusion) eine bedeutende Rolle. Erfahrungen von Frauenhilfeeinrichtungen belegen, dass von sexualisierter Gewalt betroffene Personen im Anschluss an die Gewalthandlung häufig nicht in der Lage oder bereit sind, die Tat anzuzeigen. Ohne Strafanzeige werden Tatspuren im Regelfall nicht gesichert und stehen damit bei einem zukünftigen Strafverfahren nicht als Beweismittel zur Verfügung. Personen, die einem Sexualverbrechen zum Opfer gefallen sind, haben mit dem WIR und dem St. Elisabeth-Hospital (auch nachts und an den Wochenenden) Anlaufstellen, an die sie sich zur anonymen Spurensicherung wenden können. Das Landesprogramm zur Etablierung eines bedarfsorientierten und flächendeckenden Systems zur anonymen Spurensicherung nach sexualisierter Gewalt wird von der Koordinierungsstelle breit kommuniziert und lenkt die Aufmerksamkeit der interessierten Öffentlichkeit noch mal verstärkt auf das WIR als einen anonymitätssichernden Rahmen.

Die Angebotspalette umfasst ein breites Spektrum, das im Folgenden kurz skizziert wird. Dabei wird allen Angeboten, die seit Aufnahme der Arbeit im neuen Zentrum, hinzukamen, ein „NEU“ vorangestellt:

Tab. 9: Angebote im WIR

Angebotsbereich	Angebote
Aufklärung, Information und Prävention ¹⁸	<p>NEU: Webseite des Zentrums (auch bei Facebook) mit Informationen zu Infektionen, Impfungs-, Prophylaxe-, Test- und Behandlungsmöglichkeiten, sexueller Gesundheit und geschlechtlicher Identität sowie Leitlinien</p> <p>NEU: Online-Risikotest mit laufenden Informationen</p> <p>Präventionsprogramme für Schulen, Jugendhilfe, Ehrenamtler*innen und Multiplikator*innen, (vor allem von pro familia, Rosa Strippe), die – NEU – bedarfsbezogen um Informationen zum WIR ergänzt werden</p> <p>NEU: Gezielte Ansprache Zugewanderter und von Multiplikatoren</p> <p>Das Gesundheitsamt hat bis 2016 Präventionsveranstaltungen in Schulen durchgeführt, das Angebot dann jedoch eingestellt. Mittlerweile, u. a. im Kontext der PeYoungGo-Studie (Klinisch-epidemiologische Studie zu Chlamydien und Gonorrhoe bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen), NEUe Präventionsformate für Schulen und Jugendeinrichtungen von Ambulanz, Gesundheitsamt und Aidshilfe</p> <p>NEU: Präventions- und Informationsveranstaltungen in einem Swinger Club durch die Health Adviser</p> <p>NEU: „Let’s Talk about“: Patientenschulungsreihe durch Ambulanz und Aidshilfe sowie ggf. weitere Akteuren im Café „enJoy the place“, etwa alle zwei Monate, eineinhalbstündig. Teilnehmen können zudem Beschäftigte und weitere Interessierte (s. a. unten: Fortbildung)</p> <p>NEU: Online-Tool zur Partner*innen-Benachrichtigung (s. Kap. 4.3.3.3)</p>
Impfungen, PEP, PrEP	<p>Diverse Impfungen, wie bspw. HPV, Hepatitis A und B, Pneumokokken. PEP</p> <p>NEU: PrEP: Mit der Möglichkeit, PrEP zu verordnen wurde ein PrEP-Versorgungspfad (s. Anhang S. 193) definiert (Beratung durch die Aidshilfe: #PrEPstunde, Verordnung durch die Ambulanz). Gemeinsam mit einer Apotheke und einer Pharmafirma: Schaffung einer kostengünstigen Möglichkeit, die PrEP-Medikation zu erwerben.</p>
Beratung	<p>Die verschiedenen Akteure im WIR beraten je nach Handlungsfeld zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sexueller Gesundheit • Präventionsmöglichkeiten (darunter PrEP) • Testangeboten, Therapie und Partner*innenmitbehandlung von STI • sexuellen Funktionsstörungen wie bspw. erektiler Dysfunktion • Kinderwunsch (auch bei HIV und anderen STI), Verhütung und Schwangerschaft. <p>psychosoziale und psychologische Beratung (vor allem durch die NGO):</p> <ul style="list-style-type: none"> • für verschiedene Zielgruppen, zu altersspezifischen Problemen, z. T. eingegrenzt auf MSM, Jugendsprechstunde (2x/Woche à 2h durch HA) • Gesundheits- Sozialberatung von Sexarbeiterinnen • sozialrechtliche Beratung von Männern und Frauen mit HIV • Beratung zu sexuellen und geschlechtlichen Identitäten und Identitätsfindung • Beratung zu Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen • Therapievor- und Nachbereitung • Krisenintervention etc. <p>NEU: Health Advising</p>

¹⁸ Die Resonanz auf die zwischen Februar 2017 und Mai 2019 dokumentierten 19 Klient*innenschulungs-/Vortragsangebote wurde nur sehr unsystematisch erfasst. Lt. Auskunft der WIR Akteur*innen nahmen zwischen neun und 50 Personen teil – darunter Klientel, Personal und ehrenamtlich Mitwirkende sowie Versorgungsbeteiligte aus Bochum.

Angebotsbereich	Angebote
Test und Diagnostik	<p>HIV- und STI-Tests (Ambulanz, Aidshilfe und Gesundheitsamt). Das Gesundheitsamt ist der größte Anbieter von anonymen und kostenlosen Tests auf HIV/STI in Bochum, jährlich an vier Tagen/Woche rd. 2.500 Tests.</p> <p>Die Aidshilfe bietet MSM im Rahmen von Herzenslust anonyme und kostenlose Tests auf HIV und andere STI an.</p> <p>Testaktionstage zu Weltfrauen-, Weltmädchen-, Weltmännertag etc.</p> <p>Die Ambulanz testet vor allem im Rahmen von Behandlung symptombezogener (GKV) und im Rahmen von Studien auch risikoadaptiert zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HIV/AIDS, STI • HPV-assoziierten Erkrankungen (z. B. Condylome, Tumorstufen und Tumore) • sonstige Diagnostiken im Genitalbereich (Hämorrhoiden, Fissuren, etc.) • dermatologischen Erkrankungen im Genitalbereich (z. B. Morbus Behçet, Psoriasis, Ekzeme). • Diverse Vorsorgeuntersuchungen, bspw. zu Anal-Karzinomen. <p>NEU: Mitwirkung an der anonymen Spurensicherung nach Sexualverbrechen (Ambulanz und St. Elisabeth-Hospital).</p> <p>NEU: STI-Selbstentnahme-Kits (Gemeinsam von Ambulanz und Aidshilfe NRW entwickelt).</p> <p>Seit September 2018 werden HIV-Selbsttests angeboten, auf Wunsch unterstützt die Aidshilfe bei der Anwendung.</p>
Behandlung, Sexual- und Psychotherapie	<p>Ambulanz bietet das gesamte Spektrum der Behandlung von HIV, Aids (antiretrovirale Therapie, ART), auch im Kontext von Schwangerschaft und HIV sowie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapie aller STI, wie z. B. Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydien • Behandlung Hepatitis B und C. • proktologische Sprechstunden, Untersuchungen und Behandlungen inkl. Behandlung HPV-assoziiierter Erkrankungen. • spezielle Therapieangebote zu (dermatologischen) Erkrankungen im Genitalbereich, Chemotherapie, Antibiotika-Inhalation <p>NEU: Ausweitung der Kapazitäten</p> <p>Gynäkologische Versorgung: zunächst über das St. Elisabeth-Hospital (wöchentliche Gynäkologie-Sprechstunde, auch für nicht versicherte Frauen).</p> <p>NEU: Seit März 2019 fördert das Gesundheitsamt eine halbe Stelle Gynäkologie im WIR (ein zuvor für Beratung genutzter Raum wurde mit dem notwendigen Gynäkologischen Stuhl etc. ausgestattet), Versorgung nicht krankenversicherter Frauen.</p> <p>Psychotherapie: 1x/Woche über das St. Josefs-Hospital (Kassenleistung). NEU: Seit 2018 eine halbe Stelle Psychotherapie (Förderung Deutsche AIDS-Stiftung) für Akutinterventionen und Bedarfsklärungen für eine sehr belastete Klientel (ohne Krankenversicherung möglich).</p> <p>Sexualtherapie (über pro familia)</p> <p>Psychotherapeutische Beratungsreihe zur Überbrückung der Wartezeit auf Therapie (Rosa Strippe).</p> <p>NEU: Recall-System zur Förderung der Terminadhärenz</p>
Kontakt- und Gruppenangebote	<p>NEU: Café „enJoy the place“ der Aidshilfe, an vier Tagen pro Woche geöffnet. Ehrenamtliche und SGB-II-geförderte Beschäftigte: kulinarisches Angebot, Frühstückstreff, Spiele- und zielgruppenspezifische Gesprächskreise sowie Selbsthilfeteams/-gruppen. Veranstaltungen für Nutzer*innen und alle Interessierten, bspw. Lesungen.</p> <p>Die Aidshilfe ist über verschiedene Projekte in unterschiedlichen Szenen präsent, besucht Partys etc.</p>

Angebotsbereich	Angebote
	<p>Mehrere Akteure des WIR sind vielfach bei Festen und Veranstaltungen in Bochum präsent.</p> <p>Das WIR veranstaltet Tage der offenen Tür, Frauentesttage (zum 8. März), Tag der Sexuellen Gesundheit, Angebote im Rahmen der Zusammenarbeit mit dem VfL Bochum (z. B. VfL Sommerfest, Weihnachtsfest, Martinsumzug), Weihnachtsfeier für Patient*innen etc.</p> <p>NEU: Stressmanagementkurs für Patient*innen (Entspannungstechniken und Achtsamkeit, von Rosa Strippe und Aidshilfe), Start im Sommer 2017.</p> <p>unterschiedliche Foren für verschiedene Ziel- und Interessensgruppen an, bspw. Koch- und Wandergruppen und Gruppen bei Rosa Strippe, Singen, Filmabende, Gottesdienste etc. bei Madonna.</p>
Fortbildung	<p>NEU: „Let’s talk“, „Wie geht’s wie steht’s?“ u. ä. Vorträge zu medizinischen Aspekten und Diskussion, ca. 1,5 Stunden alle 2 Monate, für Nutzer*innen, Fachkräfte des WIR, Interessierte und Fachkräfte aus Bochum und der Region</p> <p>Weitere Vorträge zu spezifischen Themen (z. B. Erektionsstörungen) für Nutzer*innen, Fachkräfte des WIR, Interessierte und Fachkräfte aus Bochum und der Region</p> <p>Diverse Vorträge zum Zentrum, zu HIV-Behandlungsstandards, PrEP, STI, Hepatitis C ... für Zuweiser*innen und andere Versorgungsbeteiligte im Umfeld</p> <p>Fachtag HIV und Psyche, jährliche Durchführung, für Fachpersonal aus Psycho-/Traumatherapie, Beratung, Medizin und Studierende</p> <p>NEU: Symposium zum einjährigen Bestehen des WIR, vorrangig für Fachpersonal</p> <p>Curriculum zur Sexuellen Gesundheit und STI¹⁹ (DSTIG in Kooperation mit den Ärztekammern Westfalen-Lippe und Berlin) für Ärzt*innen</p> <p>„Qualitätszirkel HIV, STI, Hepatitis und Infektionen“ für niedergelassene Ärzt*innen</p> <p>Diverse Vorträge und Poster bei Fachveranstaltungen im In- und Ausland, bspw. DSTIG-Kongress und Leopoldina-Symposium, DSTIG Special zu Forschung zur Sexarbeit & STI-Forschung, DKFZ, DÖAK, IUSTI, WVSD²⁰</p> <p>Betreuung von: Praktikant*innen (z. B. aus Schulen, Pflegewissenschaften, Gender und Diversity, Psychologie, Sozialwissenschaften, Sozialarbeit und Sozialpädagogik von verschiedenen Hochschulen) sowie Famulaturen und Doktorand*innen</p>

Das WIR strebt zwar an, dass das Zentrum ohne besondere Erschwernis und ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar ist und hat im Zielkatalog auch ein entsprechendes Ziel aufgenommen. Dies steht möglicherweise auch damit in Zusammenhang, dass die Ambulanz einen vergleichsweise hohen Anteil (30 %) an Personen über 50 aufweist (vgl. Kap. 4.2).

Tatsächlich nutzt das WIR einen Altbau, der nur begrenzt barrierearm ist, der Zugang führt über eine große Freitreppe. Für Rollstuhlfahrer oder Besucher*innen, die auf die Nutzung von Rollatoren angewiesen sind, besteht jedoch die Möglichkeit, mit dem Auto bis auf den Vorplatz zu fahren und dort zu parken und so ohne Treppen zum WIR zu kommen. Auch werden diese Patient*innen nach Möglichkeit im barrierefrei im Ein-

¹⁹ Das Curriculum wurde von der DSTIG in Kooperation mit der BZgA, der Ärztekammer Westfalen-Lippe, der Ärztekammer Berlin und weiteren Fachgesellschaften (GSP, DGfS, DGPF, BVKJ, DGSMTW, dem RKI und der GSSG) entwickelt.

²⁰ Weiteres fürs Glossar: DKFZ = Deutsches Krebsforschungszentrum, DSTIG = Deutsche STI-Gesellschaft, DÖAK = Deutsch-Österreichische AIDS-Kongress von DAIG und ÖAG (, IUSTI = International Union against STI, WVSD = Wissenschaftliche Vereinigung Steirische Dermatologie

gangsbereich gelegenen Raum der Health Adviser behandelt. Zudem kann ein Aufzug des St. Elisabeth-Hospitals genutzt werden, mit Ausnahme breiter E-Rollstühle. Mehrere Versuche, das Zentrum über einen eigenen modernen Aufzug zu erschließen sind bisher an den hohen Kosten gescheitert.

Bei Bedarf kann auf den Sprachmittlerpool des St. Elisabeth-Hospitals zurückgegriffen werden. Unterstützungssysteme für sinnesbehinderte oder kognitiv eingeschränkte Menschen sind nicht vorhanden, doch sind die Botschaften der Screens in den Wartebereichen bewusst einfach gehalten. Das WIR versucht also vielfach, zumindest barrierearm zugänglich zu sein.

Im Jahr 2015 schloss der Endbericht zur Entwicklungsphase (vgl. RUB, 2015) mit Hinweisen auf konkrete Vorhaben: Health Advising (Beschäftigung und Curriculum) und Peer-Education über Patient*innen-Repräsentanten. Im 2016/2017 erarbeiteten Zielsystem wurde Health Advising dann auch ebenso benannt wie die Umsetzung von (mehr) Partizipation. Als dritter Schwerpunkt benennt das Zielsystem die Verbesserung von Partner*innen-Benachrichtigung sowie darüber hinaus die Entwicklung neuer bedarfsbezogener Angebote. Die Entwicklung der drei schon eingangs besonders hervorgehobenen Aspekte wurde im Rahmen der Evaluation intensiver betrachtet, wie auch weitere spezifische Angebote, bspw. der neue PrEP-Pfad oder die Förderung von Adhärenz (vgl. Kap. 4.3.2 und 4.3.3).

Personalausstattung

Nach verschiedenen Angebots- und Personalerweiterungen, der Akquisition von Drittmitteln, Projekten und Spenden sieht das Personaltableau mittlerweile wie folgt aus:

Abb. 11: Personalressourcen des WIR nach Berufsgruppen und Einrichtungen (Juni 2019)

Berufsgruppe	Einrichtung und Stellenanteile (VZÄ)*						Gesamt
	Aids-hilfe	Ambu-lanz**	BSt. des GA	Ma-donna	pro familia	Rosa Strippe	
Geschäftsführung, Administration, Öffentlichkeitsarbeit	1,3	4,2					5,5
Ärzt*in	***	4,1					4,1
Pflege/MFA		6,9					6,9
Psychotherapie		0,7					0,7
STI-Fachkraft			0,8				0,8
Sozialarbeit/Beratung	1,9			0,05	0,04	0,08	2,1
Health Adviser	0,5	1,0					1,5
Studentische Assistenz		0,9					0,9
Gesamt	3,7	17,8	0,8	0,05	0,04	0,08	22,5

* Angaben gerundet auf eine Nachkommastelle.

** Die Mitarbeit von 14 Personen (7,4 Stellen) wird über Drittmittel finanziert.

*** Am Testangebot der Aidshilfe wirken ehrenamtlich Ärzt*innen sowie weitere Personen mit.

Insgesamt stehen im WIR nun Personalkapazitäten im Umfang von 22,5 Stellen zur Verfügung. Der größte Teil entfällt auf die Ambulanz mit 17,8 VZÄ, darunter 7,4 VZÄ, die über Drittmittel eingeworben wurden.

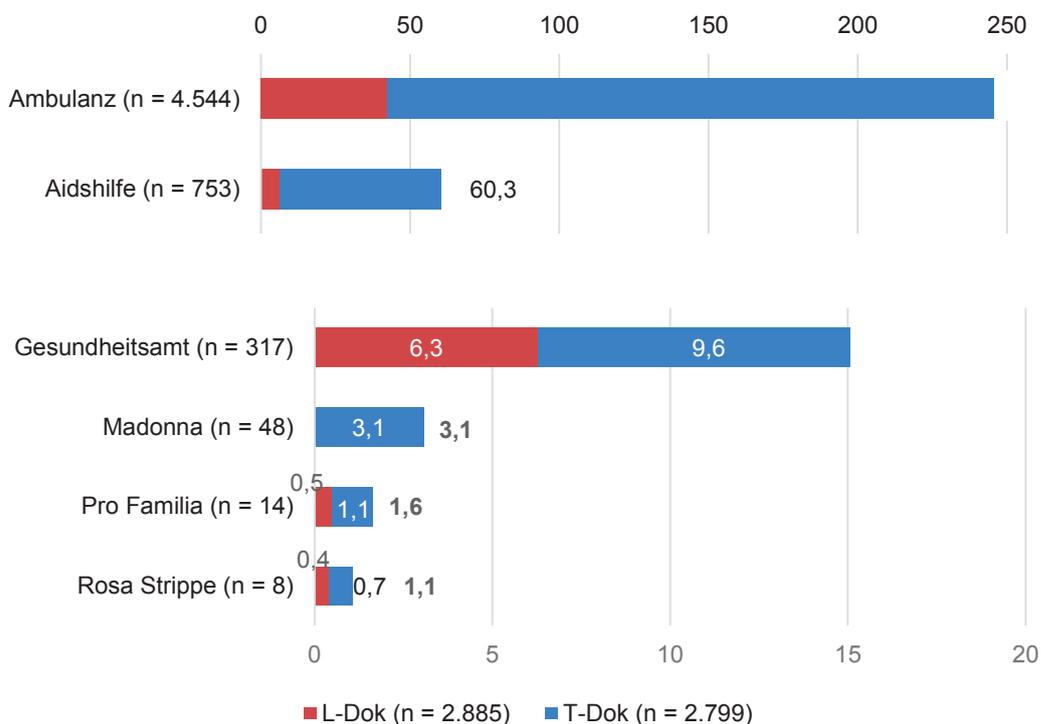
Die Personalkapazitäten von Madonna, pro familia und Rosa Strippe beschreiben nur die ins WIR eingebrachten Kontingente, tatsächlich verfügen diese Einrichtungen über sehr viel mehr Kapazitäten und Angebote, die den Zielgruppen zugutekommen. Diese waren jedoch nicht Gegenstand der Evaluation.

4.3.2 Leistungsprofil im WIR: Fallübergreifende Tätigkeiten und fallbezogene Leistungen

Am Leistungsspektrum im WIR sind sieben Berufsgruppen beteiligt. Von diesen brachte an der insgesamt dokumentierten Zeit im vierwöchigen Zeitraum, in dem sowohl fallbezogene Leistungen als auch übergreifende Tätigkeiten erhoben wurden, Leitung/Administration mit 26,6 % der dokumentierten Zeit den größten Einzelposten ein. Auf medizinische Disziplinen entfielen fast 50 % – aufgeteilt nach Pflege (23,8 %), Ärzt*innen (20 %) und STI-Fachkraft (4,9 %). Der psychosoziale Bereich brachte das restliche Viertel ein: Sozialarbeit/Beratung (14,4 %), Health Advising (8,1 %) sowie Psychotherapie (2,2 %). Der Befund überrascht nicht, da die Ambulanz die meisten Personalressourcen einbringt. Er ist aber auch unscharf, da beraterische Leistungen von mehreren Einrichtungen nicht umfassend dokumentiert wurden. Im Folgenden soll dies näher betrachtet werden.

Betrachtet man die auch mithilfe der Tätigkeitsdokumentation erfassten vier Wochen und nimmt ergänzend die in diesem Zeitraum dokumentierten fallbezogenen Aufwände hinzu, legt also beide Dokumentationen übereinander, entsteht ein Bild der insgesamt anfallenden Arbeit im WIR. Insgesamt wurden im Zeitraum vom 21.01. bis zum 15.02.2019 von 32 Beschäftigten $n = 5.684$ einzelne Tätigkeiten/Leistungen erfasst, die sich über 2.620,2 Stunden erstreckten (entspricht 327,5 Arbeitstagen à 8 Stunden). In der Ambulanz dokumentierten mit 21 Beschäftigten die weitaus meisten Personen ihre Arbeitszeit, gefolgt von Aidshilfe mit sechs und Madonna mit zwei Personen. Bei allen übrigen Akteuren dokumentierte je ein*e Mitarbeiter*in. Betrachtet man das Sample nach Berufsgruppen so wirkten acht Sozialarbeiter*innen o. ä. an der Erfassung mit, je sieben Pflege- und Administrationskräfte, fünf Ärzt*innen, je zwei Personen Health Adviser und Psychotherapie sowie eine STI-Fachkraft. Die ungleichen Anteile bestätigt auch die folgende Auswertung:

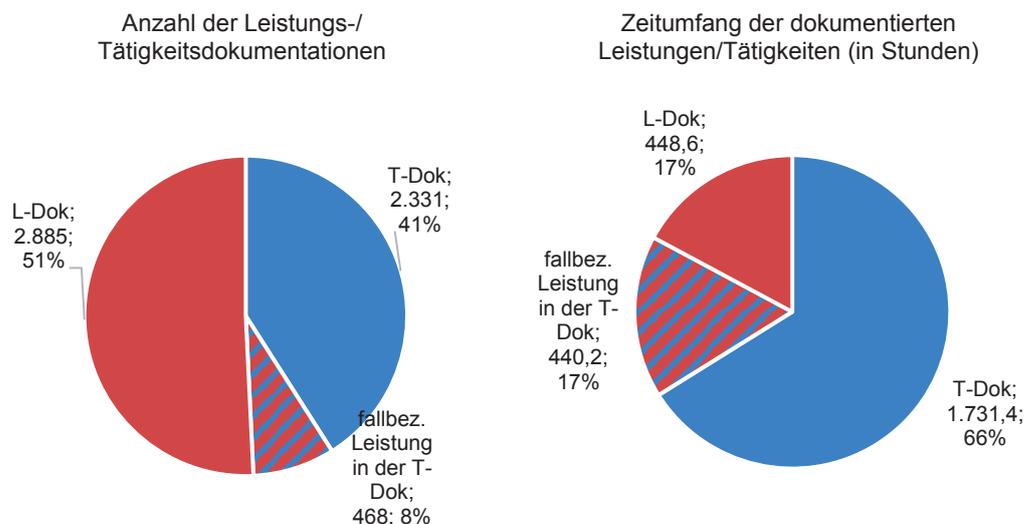
Abb. 12: Dokumentierte Arbeitszeit: fallbezogene Leistungen und fallübergreifende Tätigkeiten zwischen 21.01. und 15.02.2019 (T-Dok und L-Dok; n = 5.684 Einträge; 327,5 Arbeitstage)



Ambulanz und Aidshilfe sitzen gänzlich im WIR, sodass alle Arbeitszeit dort erbracht wird und sich hier prominent abbildet mit einem Volumen von insgesamt 245,6 und 60,3 Tagewerken (umgerechnet). Die Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts ist an vier Tagen pro Woche besetzt – das entspricht genau den dokumentierten 15,9 Tagewerken (à 8 Stunden rechnerisch). Demgegenüber bringen Madonna, pro familia und Rosa Strippe Zeitkapazitäten zwischen anderthalb und drei Stunden pro Woche ins WIR ein, sodass ihre dokumentierte Zeit deutlich niedriger sein muss und auch ist.

Über die Leistungsdokumentation wurde der fallbezogene Aufwand für alle Klient*innen erfasst, die ihr Einverständnis zur Evaluation gegeben haben. Über die Tätigkeitsdokumentation wurde – aufsummiert, nicht einzelfallbezogen – der fallübergreifende Aufwand für jene Fälle notiert, die (noch) nicht in die Dokumentation ihrer Daten eingewilligt hatten. Die folgende Übersicht zeigt, wie sich die insgesamt dokumentierten Einträge und Stunden über diese drei Kategorien verteilen:

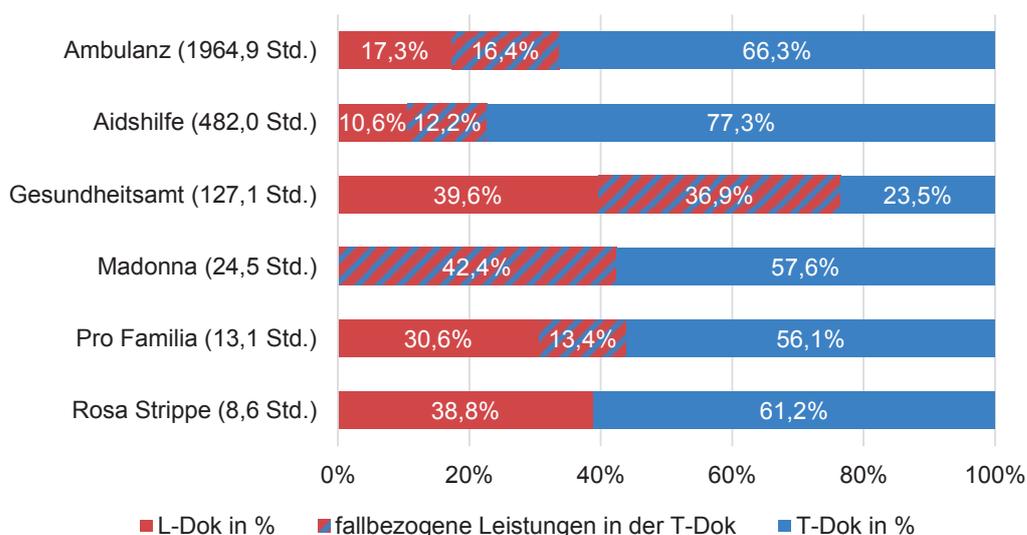
Abb. 13: Verteilung fallbezogene Leistungen und übergreifende Tätigkeiten nach Anteil Nennungen und Zeitaufwand (T-Dok und L-Dok; n = 5.684 Einträge; 2.620,2 Stunden)



Klient*innenbezogene Leistungen aus L-Dok und T-Dok (59 %) wurden etwas häufiger dokumentiert als reine fallübergreifende Tätigkeiten (41 %). Doch zeigt die Auswertung rechts, dass insgesamt sehr viel mehr Zeit für fallübergreifende Tätigkeiten anfällt (66 %), darunter neben Leitung und Organisation auch Konzepterstellung, Drittmittelbeschaffung, Fachveranstaltungen, Kongresse und Infoveranstaltungen sowie Ausbildungsbegleitung und wissenschaftliches Arbeiten. Ein gutes Drittel entfällt auf fallbezogene Leistungen und Tätigkeiten (34 %). Diese Verteilung kommt daher, dass übergreifende Tätigkeiten im Mittel eine Dreiviertelstunde dauerten, fallbezogene Leistungen jedoch im Mittel nur knapp zehn Minuten. Zudem gingen hier administrative Tätigkeiten ein, darunter Leitung und Verwaltung mit einem Gesamtaufwand von 697,6 der insgesamt 1.731,4 Stunden (40,3 % der Zeit für übergreifende Tätigkeiten).

Eine Auswertung nach Einrichtungen zeigt dabei sehr unterschiedliche Verteilungen:

Abb. 14: Verteilung Leistungen und Tätigkeiten nach WIR-Einrichtung – inkl. Administration (T-Dok und L-Dok; n = 5.684 Einträge; 2.620,2 Stunden)

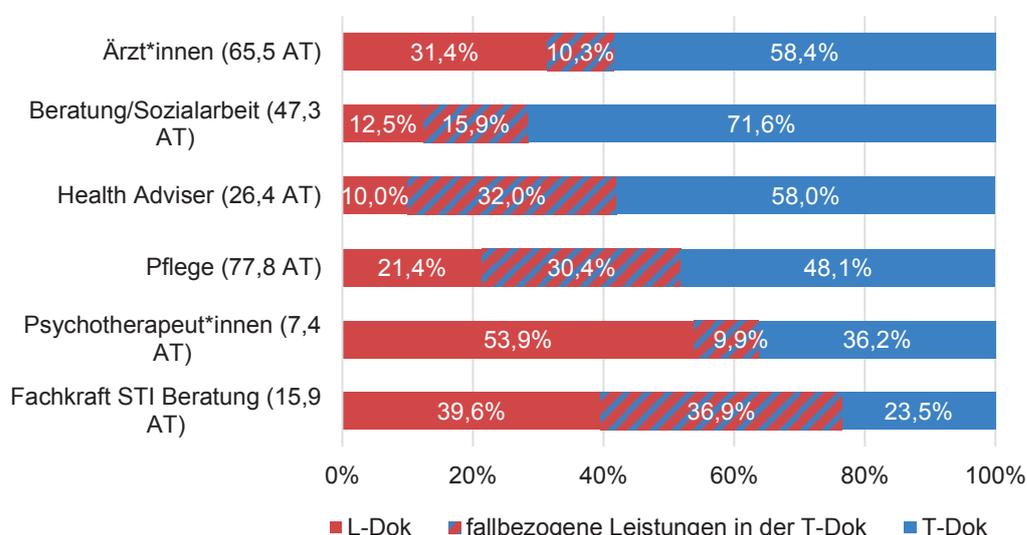


Die Auswertung zeigt den beherrschenden Umfang fallübergreifender Tätigkeiten an der Arbeit im WIR. Bei der Aidshilfe wurden (gut) drei Viertel der Zeit für übergreifende Aktivitäten dokumentiert, auf die direkte Arbeit mit Patient*innen/Klient*innen entfiel hier je etwa ein Viertel. In der Ambulanz entfielen zwei Drittel der dokumentierten Zeit auf übergreifende Tätigkeiten. Umgekehrt werden in der Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts über drei Viertel der dokumentierten Zeit direkt für Fälle aufgebracht, etwa hälftig für Klient*innen mit Einwilligung in die Dokumentation und für solche, die dem widersprochen haben (oder nicht um ihr Einverständnis gebeten wurden).

Dass die übrigen WIR-Akteure auf hohe Anteile fallübergreifender Zeit kommen, hat vor allem damit zu tun, dass sie innerhalb des geringen Zeitkontingents, das für die Arbeit im WIR zur Verfügung steht, vergleichsweise hohe Anteile für Besprechungen, Steuerungs- und Projektgruppe einsetzen.

Wie oben berichtet, gehen in die Auswertungen auch knapp 700 Stunden Administration/Leitung ein. Doch zeigt eine Auswertung nach Berufsgruppen und ohne Administration, dass der Gesamteindruck stabil bleibt:

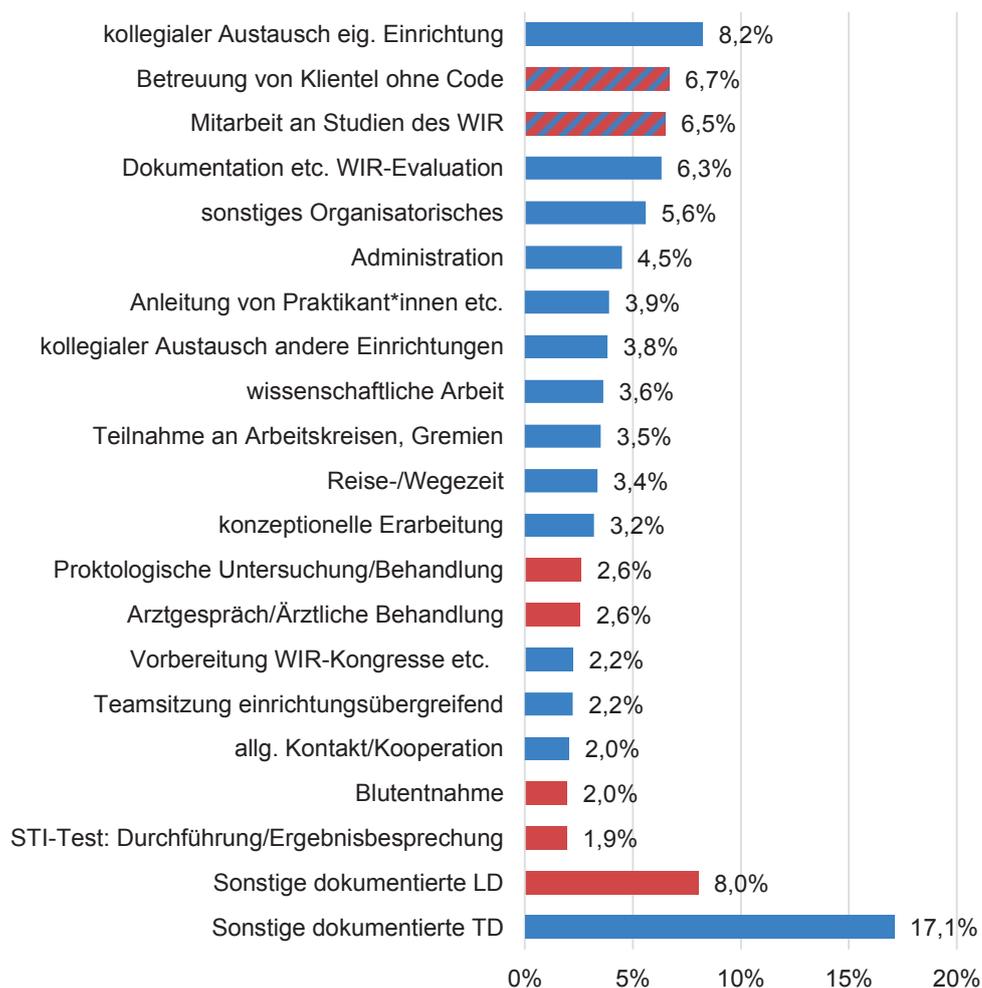
Abb. 15: Verteilung Leistungen und Tätigkeiten nach Berufsgruppen – ohne Administration (T-Dok und L-Dok; n = 4.901 Einträge; 1.922,6 Stunden)



Sozialarbeit dokumentierte mit gut 70 % übergreifenden Tätigkeiten hier am meisten, gefolgt von Ärzt*innen und Health Advisern mit je knapp 60 % und Pflege mit knapp 50 %. Demgegenüber überwiegen bei STI-Fachkraft und Psychotherapie die fallbezogenen Leistungen mit drei Viertel/zwei Drittel.

Nach all diesen Auswertungen soll darauf geschaut werden, welche Art von Leistungen bzw. Tätigkeiten das Aktionsspektrum im WIR prägte:

Abb. 16: Leistungen und Tätigkeiten aller WIR-Einrichtungen und Berufsgruppen nach Reihenfolge (T-Dok und L-Dok; 32 Mitarbeitende, n = 5.684 Einträge; 2.620,2 Stunden)



Die Auswertung zeigt, dass der kollegiale Austausch in der je eigenen Einrichtung die aufwendigste Einzelleistung darstellt, gefolgt von der Betreuung von Klientel ohne Code (also ohne Einwilligung in die Evaluationsdokumentation) und Mitarbeit an Studien. Auf den weiteren zehn Rängen folgen fallübergreifende Tätigkeiten, darunter diverse Dokumentationen, Organisatorisches, Administration etc.

Zusammenfassend betrachtet zeigen sich als die beiden zeitaufwendigsten Arbeitsbereiche die kollegiale Kooperation mit insgesamt 14,2 % und wissenschaftliche Arbeit bis hin zu Kongressvorbereitung mit zusammen 12,3 % der dokumentierten Zeit. Die Gesamtauswertung entspricht aufgrund ihres großen Anteils auch nahezu dem Spektrum der Ambulanz (mit Administration). Betrachtet man lediglich die Fachberufsgruppen, so ergeben sich innerhalb der fallbezogenen Arbeit die größten Einzelanteile für proktologische Untersuchungen (5,1 % von Gesamtambulanzzeit ohne Administration), Arztgespräch/-behandlung (5,0 %) und Blutentnahmen (3,8 %).

Bei der Aidshilfe imponieren als größte Posten fallbezogenen orientierter Leistungen Präventionsveranstaltungen für/mit der Zielgruppe und die Betreuung von Klientel ohne Code (6,0 % und 5,9 %). Auf Beratung zu psychosozialen Themen und zu PrEP entfallen je 2,4 % der dokumentierten Zeit (was auch in Dokumentationslücken begründet zu sein scheint).

Wie die Auswertungen oben erwarten lassen, dominieren bei der Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts die fallbezogenen Leistungen die ersten vier Plätze mit zusammen 74 % der erfassten Zeit. Im Einzelnen führen die Reihe an: Betreuung Klientel ohne Code (22,0 %), STI-Test (19,1 %), Beratung Risikomanagement (18 %) und Beantwortung von Klient*innenanfragen (14,9 %).

4.3.2.1 Prävention

Ein Ziel des WIR besteht in der Entwicklung und Umsetzung von situations- und risikoangepassten Präventionsstrategien. Mehrere WIR-Akteure arbeiten seit vielen Jahren präventiv und sind hier sehr profiliert, bspw. pro familia und Rosa Strippe. Sie halten eine Reihe von Präventionsformaten vor, die sich insbesondere an Jugendliche im Kontext Schule und Jugendhilfe richten. Bei diesen Formaten wird nun auch das Angebot des WIR vorgestellt und ggf. zu einem Besuch oder STI-Test motiviert. Bei manchen Formaten gehört ein Besuch im WIR zum Programm.

Das Gesundheitsamt hat vor Jahren seine Schulpräventionsaktionen aufgrund personeller Restriktionen aufgegeben – nun aber werden gemeinsam mit der Ambulanz wieder Präventionsaktionen durchgeführt.

Das Präventionskonzept des WIR umfasst mittlerweile eine Reihe von Maßnahmen, die von unterschiedlichen Einrichtungen/Fachkräften und in verschiedenen Kooperationen umgesetzt werden, darunter den risikoadaptierten und präventiv orientierten Einsatz von STI-Test. In der Ambulanz werden im Erstgespräch Risikosituationen erhoben und dann risikoangepasste Tests (genital, oral, anal) durchgeführt – auch bei asymptomatischen Patient*innen. Das Gesundheitsamt folgt diesem Vorgehen und testet neben HIV auf Wunsch auch auf Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydien und Mykoplasmen an verschiedenen Lokalisationen (vgl. Kap. 4.3.2.2.).

Zum STI-Präventionskonzept des WIR vgl. die Selbstdarstellung des WIR, die im Rahmen des Deutschen STI-Kongresses 2018 in Bochum und des Deutsch-Österreichischen Aids-Kongresses im Juni 2019 in Hamburg per Poster vorgestellt wurde (vgl. Anhang S. 197). Im Einzelnen sind zu nennen:

Öffentlichkeitsarbeit

Das WIR engagiert sich für eine aktive Auseinandersetzung mit Sexualität und STI und einen bewussten Umgang mit Risiken bzw. Safer Sex, führt Frauen- und Mädchentesttage, Testtage zu besonderen Anlässen, Tage der offenen Tür, Sommerfeste u. ä. durch und ist auf verschiedenen Veranstaltungen in Bochum präsent (z. B. Fest der Kulturen, Martinsumzug oder Sommerfest des VfL Bochum, erotischer Weihnachtsmarkt Herne). Öffentlichkeitsarbeit erfolgt z. T. als WIR insgesamt, vielfach sind aber auch die WIR-Partner je einzeln aktiv. So berichtet das Gesundheitsamt für 2018 über einen gemeinsamen Projekttag „Rundlauf“ mit Schüler*innen eines Berufskollegs, ein Pressegespräch zum Welt-Aids-Tag sowie ein TV-Interview zum Heimtest (Gesundheitsamt, 2019). pro familia berichtet über Teilnahme an bzw. Beiträge zu sieben Großveranstaltungen, wie bspw. Berufsbildungsmesse, Welt-Aids-Tag oder „Komm-auf-Tour“ (pro familia, 2019). Eine Gesamtübersicht aller Aktionen wird nicht erstellt.

Eine Auswertung der Presseclippings der Ambulanz²¹ zeigt, dass (mind.) 74-mal in Pressebeiträgen u. ä. über das WIR oder aus dem WIR berichtet wurde, darunter in Fachzeitschriften (11-mal), Zeitungen und Zeitschriften (zusammen 63-mal, darunter kostenlose Anzeigenblätter bis hin zu seriösen Tages-/Wochenzeitungen bzw. -zeitschriften), vier Fernseh- und 18 Radiobeiträgen sowie über Social Media, Youtube (Y-Kollektiv) etc.

Hinzu kommt die Präsenz bei Festen, Sportveranstaltungen, Weihnachtsmarkt u. ä. Und wenngleich die Zugänge über Presse- u. ä. Aktivitäten dauerhaft unter 3 % blieben (vgl. Kap. 4.2), gaben aber doch immer wieder einzelne Nutzer*innen an, aufgrund einer Vorlesung (n = 8), einer Schulaktion (n = 5), einer Veranstaltung (n = 5), eines Zeitungs- (n = 1) oder Youtube-Beitrags (n = 2) ins Zentrum gefunden zu haben.

Präventions- und Aufklärungsveranstaltungen

Über die WIR-Kerneinrichtungen sowie die Partner pro familia und Rosa Strippe werden Info- und Präventionsveranstaltungen zu sexueller Gesundheit, STI und ihren (Spät-)Folgen, STI-Früherkennung und STI-Impfprogrammen in Schulen, Jugend- und Flüchtlingseinrichtungen sowie bei Bochumer Sport- und Kulturveranstaltungen durchgeführt. Bspw. berichtet pro familia für das Jahr 2018 über Präventionsveranstaltungen mit 55 Schulklassen, 46 Gruppenangebote, 12 Groß- und acht Inklusionsveranstaltungen sowie acht Gruppentermine für minderjährige Flüchtlinge und 2 Veranstaltungen in Flüchtlingsunterkünften (pro familia, 2019). Rosa Strippe hat im gleichen Jahr 54 Schulklassen besucht, ehrenamtliche Kräfte fortgebildet und 14 Fortbildungen für Multiplikator*innen durchgeführt. Die Health Adviser besuchten zweimal Swingerclubs, ein Termin fand mit Betreibern von Swingerclubs statt. Die Aktionen werden bisher vor allem im Rahmen der ständigen Programme der Einzelakteure umgesetzt, die im WIR ansässigen Akteure kooperieren dabei öfter. Nach Angaben der WIR-Mitarbeitenden schlägt sich die Vor-Ort-Arbeit bereits in der Zusammensetzung der Klient*innen nieder: Vor allem die schwer zugängliche Gruppe der Swingerclub-Besuchenden finde jetzt verstärkt den Weg zu STI-Tests, des Weiteren kämen mehr jüngere Menschen.

Im Café „enJoy the place“ finden i. d. R. in Verantwortung der Aidshilfe organisiert und meist mit Beiträgen auch von Ambulanz bzw. pro familia etwa alle zwei Monate Edukations-/Informations- und Fortbildungsveranstaltungen statt, die sich primär an WIR-Nutzer*innen richten, aber auch Mitarbeitenden und allen Interessierte*n offenstehen, bspw. „Let’s talk about“, „Wie geht’s, wie steht?“, „Medizinische Rundreise“, „Sexualpädagogischer Workshop“. Auch Madonna und Rosa Strippe sowie pro familia allein führen regelmäßig Präventionsveranstaltungen unterschiedlicher Art für ihre je spezifischen Zielgruppen durch – darüber liegen jedoch keine systematischen zusammengefassten Angaben vor.

Die Resonanz auf die zwischen Februar 2017 und Mai 2019 dokumentierten 19 Klient*innenschulungs- bzw. Vortragsangebote im Café „enJoy the place“ wurde nur sehr unsystematisch erfasst. Lediglich zwei Angaben dazu beschreiben einmal neun und einmal 20 Teilnehmende – darunter Klientel, Personal und ehrenamtlich Mitwirkende sowie Versorgungsbeteiligte aus Bochum.

²¹ Von den übrigen Beteiligten wurden keine Presseauswertungen zur Verfügung gestellt.

*Einbindung der Sexualpartner*innen*

Sexualkontakte von Personen mit einem positiven STI-Befund gelten als besondere Risikogruppe, deshalb gehört zum Präventionskonzept des WIR, auch zu fragen, ob eine STI-Infektion bei Sexualpartner*innen bekannt ist. Personen mit einem positiven STI-Befund sollen von den Mitarbeitenden des WIR (mehrfach) angehalten werden, ihre Sexualpartner*innen über ein mögliches Infektionsrisiko zu informieren (Partner*innen-Benachrichtigung). Sollte dies den Personen schwer fallen, steht über die Webseite des WIR ein Tool zur anonymen Partner*innen-Benachrichtigung zur Verfügung (per Email oder SMS), das man mit einem Zugangstoken nutzen kann.

Zwischen Juni 2017 und April 2019 wurden nach Angaben der zuständigen Mitarbeitenden des WIR insgesamt 215 SMS mit dem PB-Webtool verschickt. Im Rahmen der Erstbefragung wurde jedoch von keiner bzw. keinem der 3.515 Klient*innen angegeben, dass sie oder er aufgrund einer anonymen Benachrichtigung ins WIR gekommen sei. Gleichwohl werde, nach Aussagen der behandelnden Ärzt*innen, die Möglichkeit zur Partner*innen-Mitbehandlung rege wahrgenommen. So käme es vor, dass nach einer positiven STI-Befundmitteilung nach am selben Tag, drei bis vier Sexualpartner*innen der Indexperson ins WIR kommen, um sich beraten bzw. behandeln zu lassen. Demnach ist davon auszugehen, dass die Benachrichtigung von Sexualpartner*innen durch die von einer STI betroffenen Patient*innen weitgehend persönlich erfolgt. Partner*innen-Benachrichtigung war ein Schwerpunktthema im Zielkatalog und deshalb auch in der Auswertung – ausführlich dazu siehe Kap. 4.3.3.3.

Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen

In der Ambulanz werden verschiedene Impfungen angeboten, darunter schon seit Jahren HP-Impfungen auch für Jungen. Eine Reihe von Vorsorgeuntersuchungen für Nutzer*innen und speziell für HIV-Infizierte werden risikoadaptiert durchgeführt.

STI-Online-Risikotest

Der Risikotest wird seit November 2017 über die Webseiten des WIR angeboten. Dabei handelt es sich um eine anonyme und kostenlose Möglichkeit, das eigene Risiko für eine STI zu überprüfen und gleichzeitig hilfreiche Informationen zu erhalten. Der Risikotest wurde nach Angabe des zuständigen Mitarbeiters bis April 2019 insgesamt 5.351 Mal durchlaufen.

STI-Test Selbstentnahme-Kit ‚Test-It‘

Der Test kann seit Mai 2018 im WIR käuflich erworben werden und bietet eine weitere Testmöglichkeit auf HIV, Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydien und Mykoplasmen. So sollen insbesondere jene Personen angesprochen werden, die eine Nutzung des WIR scheuen oder die aufgrund langer Anreisen oder ungünstiger Dienstzeiten anders kaum Gelegenheit zum Test hätten. Die Nutzer*innen können zu Hause selbst Abstriche sowie Blut und Urinproben entnehmen. Nach der Einsendung an das kooperierende Labor werden die Ergebnisse, je nach Wunsch der Klient*innen durch das WIR oder eine/einen niedergelassene/n-Arzt/Ärztin mitgeteilt.

Nach Angaben der zuständigen WIR-Mitarbeitenden ist die Nachfrage sehr verhalten: Innerhalb eines Jahres (bis April 2019) wurden insgesamt 26 Test-It Kits verteilt.

Assistenz beim Selbsttest

Die Aidshilfe bietet seit 2019 Personen, die sich selbst testen möchten, doch zunächst unsicher sind, Unterstützung bei den ersten Versuchen an. Für günstige 15 Euro können Nutzer*innen direkt im WIR den handelsüblichen HIV-Test erwerben und den Umgang mit einer Beratung der Aidshilfe erlernen. Die Aidshilfe hat dabei dann die Gelegenheit, etwas breiter zu safer sex zu beraten. Zur Nutzung des Angebots liegen noch keine Angaben vor.

HIV-Postexpositionsprophylaxe (PEP) und -Präexpositionsprophylaxe (PrEP)

Die PEP ist seit Jahren Angebotsbestandteil in der Ambulanz. Seit der entsprechenden Gesetzesänderung wurde sofort auch PrEP angeboten. Das Bochumer Modell folgt dem Modell von Tenberken und Hexal, das die Verordnung einer persönlichen Packungsgröße zu einem günstigen Preis ermöglicht.

Seit Oktober 2017 können Patient*innen des WIR so zu einem Preis von 52 Euro für 28 Tabletten PrEP erhalten. Aufklärung und Begleitung der Klient*innen wird über den kooperativ von Ambulanz und Aidshilfe entwickelten PrEP-Versorgungspfad (vgl. Anhang S. 193) realisiert: Bei Interesse an PrEP besuchen Interessierte eine ausführliche Beratung in der Aidshilfe im WIR. Nach positivem Abschluss erfolgen im direkten Anschluss eine Kontrolle der Laborwerte und ggf. ärztliche Beratung und Verschreibung. Nach einem Monat ist ein erster Kontrolltermin vorgesehen, anschließend Folgetermine im Drei-Monats-Rhythmus. Nach eigenen Angaben nutzten bis April 2019 knapp 200 Männer PrEP-Beratung, für 125 ist die Verschreibung von PrEP dokumentiert. Zur PrEP-Umsetzung siehe ausführlich Kap. 4.3.3.2.

4.3.2.2 STI Untersuchungen

Sexuell übertragbare Infektionen, im Deutschen auch STI (engl.: sexually transmitted infections) genannt, sind jene Infektionen, die auch oder hauptsächlich durch sexuelle Kontakte übertragen werden können. STI verbreiten sich durch Viren, Bakterien und Pilze. In vielen Fällen machen sie sich nicht durch eindeutige Symptome bemerkbar. Die meisten STI lassen sich gut behandeln, wenn sie rechtzeitig erkannt werden und sich auch die Sexualpartner*innen mitbehandeln lassen. In Deutschland werden im Gegensatz zu vielen anderen Ländern STI nicht systematisch erfasst (Ausnahmen HIV, Hepatitis B/C/D und Syphilis), so dass keine belastbaren epidemiologischen Daten vorliegen. Sentinel-Untersuchungen, Daten-Sammlungen und Erhebungen aus dem Bundesland Sachsen zeigen jedoch einen klaren Trend: STI steigen immer weiter an und Neuinfektionen sowohl mit HIV als auch mit STI treten besonders häufig bei MSM auf (vgl. Bremer et al., 2017).

Im WIR werden von allen drei im Zentrum ansässigen Einrichtungen STI-Untersuchungen in Form von Bluttests, Abstrichen und Screenings im Rahmen der proktologischen Untersuchung durchgeführt.

Das Gesundheitsamt ist der größte Anbieter von anonymen und kostenlosen Tests auf HIV/STI in Bochum und richtet sich an die Allgemeinbevölkerung. Das Testangebot wurde seit 2018 um Mykoplasmentests erweitert. Gemäß Jahresbericht, wurden von der Beratungsstelle des Gesundheitsamtes 2018 etwa 2.500 Tests durchgeführt, geschätzt et-

wa zehn Prozent entfallen auf wiederholt kommende Nutzer*innen (vgl. Gesundheitsamt der Stadt Bochum, 2019).²²

In der Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts wurde 2017 und 2018 insgesamt vier- bzw. dreimal HIV neu diagnostiziert (je 0,2% von allen im Jahr durchgeführten Tests) – vor allem bei MSM. Dazu kamen weitere 15 Neuinfektionen im Jahr 2017 und vier Neudiagnosen im Jahr 2018 aus Arztpraxen. Syphilis wurde 2018 dreimal aktiv und 60-mal als Serumnarben festgestellt (von 740 Tests), zudem waren 126 von 1.297 Chlamydien-, Gonokokken- und Mykoplasmen-Tests positiv (9,7%; vgl. Gesundheitsamt Bochum, 2019, S. 2). Die Positiv-Quoten des Gesundheitsamts unterscheiden sich aufgrund der anderen Testpopulation von jenen der Ambulanz, die stärker auf Risikogruppen fokussiert. Seit September 2018 werden im WIR Selbstentnahme-Kits für zuhause vertrieben, seither hat auch das Gesundheitsamt diese im Angebot. Doch besteht wohl eine eher begrenzte Nachfrage: Bis Ende Januar wurden vom Gesundheitsamt fünf Test-Kits an regelmäßige Nutzer*innen (Protokoll der 13. Projektgruppensitzung vom 28.01.2019) verkauft.

Die Aidshilfe bietet MSM im Rahmen von Herzenslust anonyme und mittlerweile kostenlose Tests an. Wurde zunächst seltener und nur auf HIV getestet, steht das Angebot nun jede Woche zur Verfügung und getestet wird neben HIV auch auf weitere STI. Die Testzahlen stiegen mit der Ausweitung des Angebots an: Im Jahr 2018 wurden nach eigenen Angaben 141 HIV-Tests (2017: 55), 125 Tests auf Syphilis (2017: 60) und jeweils 111 Tests auf Chlamydien und Gonorrhoe (2017: 55 bzw. 53) durchgeführt. In beiden Jahren kam es keinmal zu einer HIV-Diagnose, doch 4-mal im Jahr 2017 und einmal im Jahr 2018 zur Diagnose von Syphilis sowie 15-mal (2017: dreimal) und 6-mal (2017: zweimal) zur Feststellung von Chlamydien bzw. Gonorrhoe.

Die Ambulanz testet bzw. screent auf insgesamt neun verschiedene STI (Chlamydien, Gonorrhoe, Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, HPV, Mykoplasmen, Syphilis, Trichomonaden)²³ und im Rahmen von Behandlung vor allem symptombezogen (GKV) sowie in Studien auch risikoadaptiert. Im Untersuchungszeitraum liefen mehrere Testaktionstage z. B. zu Weltfrauen-, Weltmädchen-, Weltmännertag etc. im WIR, die über das Testkontingent des Gesundheitsamtes ermöglicht wurden. Seit Mai 2018 kann das STI-Selbstentnahme-Kit ‚Test-It‘ im WIR käuflich erworben werden und bietet eine weitere Testmöglichkeit auf HIV, Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydien und Mykoplasmen. Mit der seit September 2018 eingeräumten Möglichkeit, HIV-Heimtests käuflich zu erwerben, hat die Aidshilfe darüber hinaus ein begleitendes Format „Betreutes Stecken“ etabliert.

Wir unterscheiden im Folgenden nach Ergebnissen, die über die fallbezogene Leistungsdokumentation ermittelt wurden (vgl. Kap. 2.6.2) und Befunden, die über die Auswertung der medizinischen Daten bereitgestellt werden konnten (vgl. Kap. 2.6.4).

STI-Test als dokumentierte fallbezogene Leistung

Die zuständigen Mitarbeitenden der Ambulanz, des Gesundheitsamtes und der Aidshilfe dokumentierten „STI-Test – Durchführung und Ergebnisbesprechung“, wenn eine Klient*in diese Leistung aus dem eigenen Angebotspektrum in Anspruch nimmt. Auf diese

²² Die STI-Tests im Gesundheitsamt werden nicht personenbezogen erfasst. Im Jahresbericht handelt es sich um reine Kontaktdaten zu den Tests. Geschätzt etwa zehn Prozent von 2.500 Testkontakten entfallen auf wiederholte/regelmäßige Nutzer*innen.

²³ HPV-Screenings werden standardmäßig im Rahmen der proktologischen Untersuchung durchgeführt. Laut Leistungsdokumentation betraf das im Jahr 2018 689 Patient*innen der Ambulanz. Insgesamt wurden demnach 2.175 HPV Screenings durchgeführt. Da uns zu HPV auch über die medizinischen Daten keine weiterführenden Befunde vorliegen, bleibt diese STI an dieser Stelle unberücksichtigt. Auf Tuberkulose wird nicht regelhaft gescreent.

Weise können der Leistungsumfang und die Inanspruchnahme von STI-Untersuchungen durch die jeweiligen Nutzer*innen dargestellt werden. Fallbezogene Informationen dazu, welche Tests im Einzelnen durchgeführt wurden und mit welchem Ergebnis wurden in der Dokumentation nicht erhoben, sie liegen ausschließlich als Labortestergebnisse vor, die über das Krankenhausinformationssystem (KIS) gesammelt und der wissenschaftlichen Begleitung verknüpft mit den Teilnahmecodes der Evaluationsteilnehmer*innen zur Verfügung gestellt wurden.

Die folgende Tab. 10 gibt einen Überblick über die STI-Untersuchungen und Ergebnisbesprechungen (Bluttests, Abstriche, Screenings), die von den Mitarbeitenden der jeweiligen durchführenden Einrichtung 2018 dokumentiert wurden.

Tab. 10: *Dokumentierte STI-Untersuchungen aller testenden Einrichtungen des WIR (im Jahr 2018, N = 4.134)*

STI-Test – Durchführung und Ergebnisbesprechung	N (L-Doks)	Zeit (Std.)	% an Gesamtleistung	Ø Dauer (Min.)	Personen mit dieser Leistung
WIR Gesamt	4.134	823,4	17,3 %	12,0	2.102 (81,5 %)
Ambulanz	2.790	293,2	8,7 %	6,3	1.188 (70,0 %)
Beratungsstelle des GA	1.087	442,0	80,6 %	24,4	910 (98,7 %)
Aidshilfe	257	88,2	11,1 %	20,6	100 (23,6 %)

Im Jahr 2018 wurden von allen drei testenden Akteuren für 2.102 Klient*innen 4.134 STI-Tests und/oder Ergebnisbesprechungen dokumentiert. Die Leistung nahm im Schnitt zwölf Minuten in Anspruch. Die testbezogen notierten Leistungen der Ambulanz fallen am kürzesten aus, doch gehört hier vermutlich noch ein Teil des separat dokumentierten Arztgesprächs hinzu.

Der Beratungsanteil bzw. Aufklärungsanteil ist Gesundheitsamt und Aidshilfe nach Angaben der zuständigen Mitarbeitenden sehr umfangreich, was sich erwartungsgemäß in deutlich längeren durchschnittlichen Leistungsdauern niederschlägt (GA = 24 Min./AH = 21 Min.). Die Aidshilfe hat zudem lt. eigenen Angaben im Kontext von Testberatung z. T. auch die Ziffer „Beratung zu Risikomanagement“ vergeben, so dass hier eine noch etwas höhere Zeit anzunehmen ist.

Das Angebotsspektrum der Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts wird mit 81 % STI-Testung an den Gesamtleistungen stark dominiert, während sich die Testungen bei Ambulanz und Aidshilfe in ein breiteres Leistungsrepertoire eher nachrangig einfügen (Amb. = 9 %/AH = 11 %). Dennoch dokumentierte die Ambulanz mit 1.188 Fällen absolut die meisten Nutzer*innen in 2018, darunter vielfach zur Behandlungskontrolle. 910 Klient*innen wurden im gleichen Untersuchungszeitraum von der Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts und 100 von der Aidshilfe getestet und dokumentiert – vereinzelt kam es auch zu Mehrfachtestungen über die drei Testanbieter hinweg (5 % aller Teilnehmenden).

Die folgende Übersicht nimmt die soziodemografischen Faktoren Geschlecht und Alter in den Blick:

Tab. 11: Gender und durchschnittliches Alter von Nutzer*innen mit der Leistung „STI Test“ (nach dokumentierender Einrichtung, im Jahr 2018)

	Leistung dokumentiert von			
	Ambulanz (n = 1.698)	BSt. GA (n = 922)	Aidshilfe (n = 424)	WIR Gesamt (N = 2.578)
STI-Test*	n = 1.188 70,0 %	n = 910 98,7 %	n = 100 23,6 %	n = 2.102 81,5 %
Männlich	83,3 %	58,2 %	93,0 %	72,8 %
Weiblich	15,7 %	41,0 %	7,0 %	26,3 %
Divers	0,3 %	0,2 %	0,0 %-	0,2 %
Alter (Mittelwert)	41,6	29,7	33,9	36,5

* Personen mit Leistung „STI-Test Durchführung, Ergebnisbesprechung“ laut Leistungsdokumentation (L-Dok), fehlende Prozentwerte zu 100 % aufgrund von fehlenden Angaben zum Geschlecht in der EB.

Die Aidshilfe erreicht mit ihrem zielgruppenspezifischen (MSM-)Testangebot erwartungsgemäß überwiegend Männer (93 %). Auch die Ambulanz hat einen Testschwerpunkt bei MSM, was sich in einer Frauenquote von 16 % niederschlägt. Auch das Testpublikum des Gesundheitsamtes ist überwiegend männlich, dennoch werden über diesen Zugang im WIR die meisten Frauen erreicht (41 %). Die Nutzer*innen der Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamtes (BSt. GA) sind mit 30 Jahren im Vergleich die jüngsten, Patient*innen, die von der Ambulanz getestet werden sind mit durchschnittlich 42 Jahren am ältesten.

Die folgende Abbildung stellt die Inanspruchnahme der STI-Tests durch die verschiedenen Zielgruppen des WIR dar.

Tab. 12: Nutzer*innen mit der Leistung „STI Test“ nach Zielgruppen des WIR im Jahr 2018 (Mehrfachzuordnung von TN möglich)

Zielgruppen	Anteil der Personen mit dokumentiertem STI-Test bei dieser Einrichtung* in %			
	Ambulanz	BSt. GA	Aidshilfe	alle Einrichtungen
WIR Gesamt (n = 2.578)	46,1	35,3	3,9	81,5
Heterosexuelle mit 10+ Sexualpart. in 6 Mo. (n = 42)	28,6	66,7	0,0	92,9
Pers. bis 27 Jahre (n = 729)	27,8	62,7	5,1%	90,3
Sexarbeiter*innen (n = 47)	57,4	31,9	8,5	89,4
PrEPster (n = 125)	85,6	10,4	8,0	88,0
Pers. mit Risikosituation (n = 1.463)	42,2	45,4	4,9	87,6
Pers. mit Konsum illegaler Substanzen (n = 565)	58,8	27,3	5,7	87,3
HIV-neg. P. mit HIV-pos. Part. (n = 30)	83,3	10,0	0,0	86,7
Pers. mit Chemsex- Erfahrung (n = 151)	60,9	27,2	4,0	83,4
MSM (n = 1.138)	62,9	17,5	7,3	82,0
Pers. mit zurückliegender STI (n = 981)	64,0	16,8	3,1	79,9
Pers. mit Migrationshintergrund (n = 744)	42,5	36,2	3,9	78,2
HIV-Patient*innen (n = 792)	76,5	0,3	0,4	76,8
HIV-Spätdiagnostizierte (n = 4)	75,0	0,0	0,0	75,0
Pers. mit max. 9 Jahren Schule (n = 197)	59,4	8,6	1,0	67,0
Pers. mit eingeschränkten Verständigungsmöglichkeiten (n = 116)	51,7	9,5	3,4	61,2
Pers. ohne KV (n = 7)	28,6	28,6	0,0	57,1
MiSSA (n = 63)	38,1	6,3	0,0	44,4

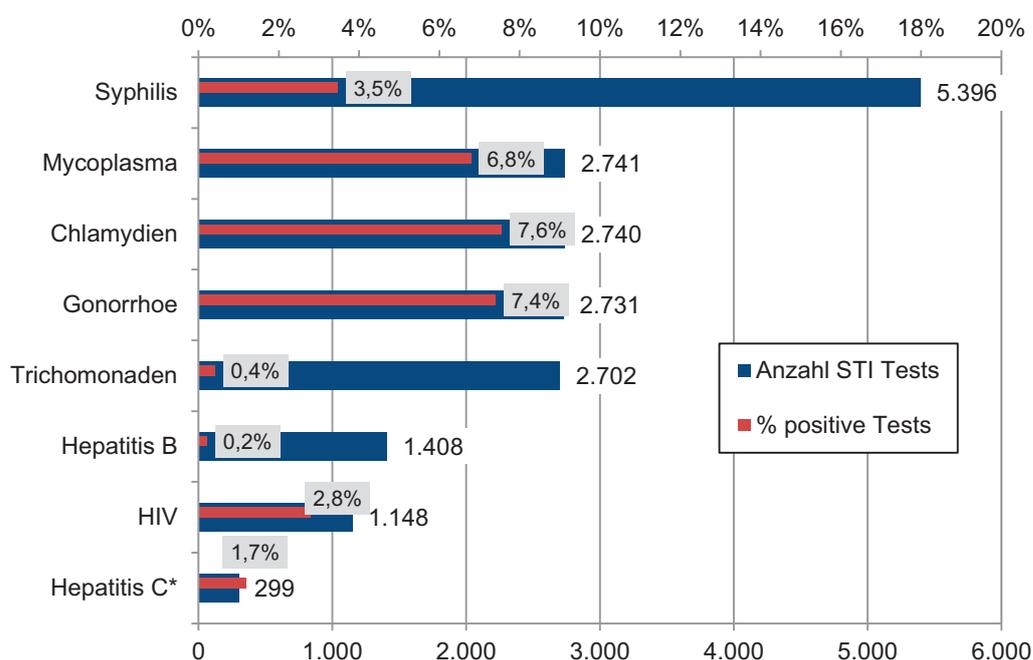
Laut Dokumentation wurden STI-Tests im Jahr 2018 von knapp 82 % aller WIR-Nutzer*innen in Anspruch genommen. Die Risikogruppe der Heterosexuellen mit mehr als zehn wechselnden Sexualpartner*innen im letzten halben Jahr wurden zu 93 % mit mind. einem durchgeführten STI-Test erreicht. In 67 % der Fälle hatte die Mitarbeiterin der Beratungsstelle des Gesundheitsamtes STI-Test Durchführung bzw. Ergebnisbesprechung dokumentiert. HIV-Patient*innen werden erwartungsgemäß nur in Ausnahmefällen von Gesundheitsamt oder Aidshilfe getestet. Die Ambulanz übernimmt hier laut Dokumentation in 77 % der Fälle die STI-Testung im Rahmen der regelmäßigen Kontrollen auf Co-Infektionen. Über den Einbezug der Laborbefunde lässt sich allerdings zeigen, dass 812 von 813 HIV-Patient*innen im gesamten Untersuchungszeitraum mind. einen Labortest auf eine STI haben durchführen lassen (vgl. Kap. 4.3.2.3).

STI Test als medizinische Leistung ausgewertet über die Laborergebnisse

Über die zur Verfügung gestellten medizinischen Daten, die im Rahmen der Behandlung routinemäßig im Krankenhausinformationssystem (KIS) erhoben werden, können fallbezogene Angaben sowohl zur Durchführung als auch zu den Ergebnissen verschiedener Tests differenziert nach STI (nicht jedoch nach Test-Lokalisation – oral/genital/anal) gemacht werden.

Für die Evaluation liegen für 1.736 Ambulanz-Patient*innen Daten zu insgesamt 19.165 Labortestungen (Bluttests und Abstriche) auf acht verschiedene STI (Chlamydien, Gonorrhoe, Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, Mykoplasmen, Syphilis, Trichomonaden) vor. Die Ergebnisse beschränken sich auf Tests, die durch die Ambulanz im Zuge der Behandlung (GKV) oder im Rahmen von Studien durchgeführt wurden (vgl. Abb. 17).²⁴

Abb. 17: Anzahl der Labortests nach STI im Untersuchungszeitraum (N = 19.165)



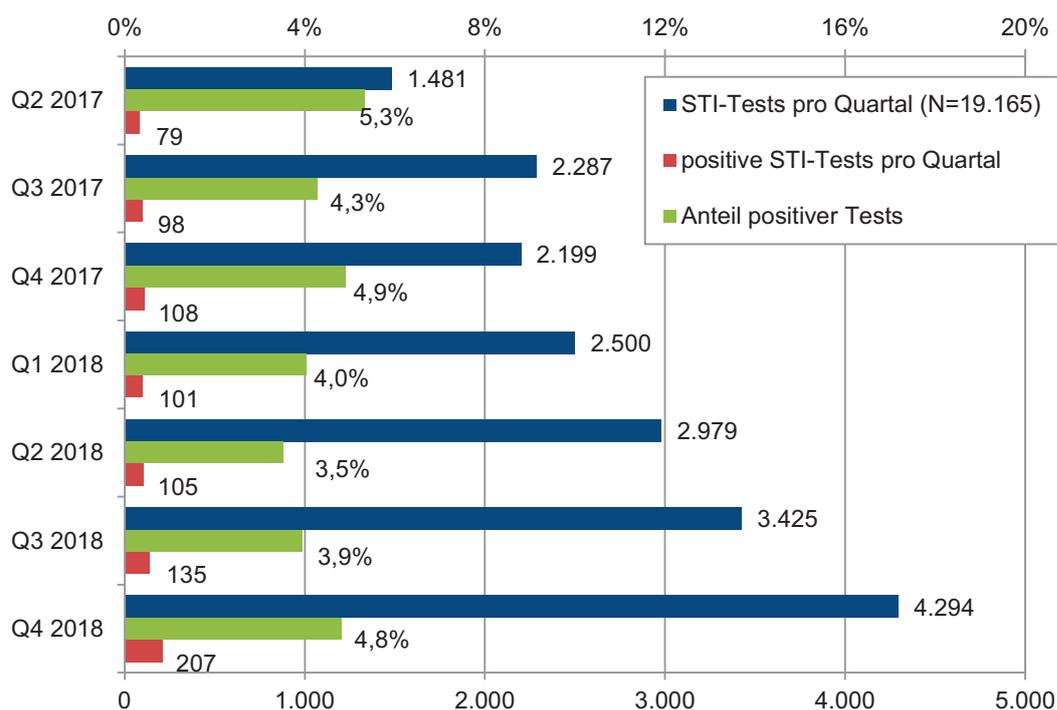
* zu Hepatitis C liegen keine validen Daten vor

Im gesamten Untersuchungszeitraum wurden die mit Abstand meisten Labortests (5.396) für Syphilis im KIS dokumentiert. Den zweiten Rang teilen sich mit sehr geringer Differenz die Tests auf Mykoplasmen, Chlamydien, Gonorrhoe und Trichomonaden. Der Anteil der positiven Testergebnisse liegt im gesamten Untersuchungszeitraum für Chlamydien mit 7,6 % am höchsten.

Die Entwicklung im Zeitverlauf zeigen die folgenden Abbildung (Abb. 18 und Abb. 19):

²⁴ HPV-Screenings werden standardmäßig im Rahmen der proktologischen Untersuchung durchgeführt. Laut Leistungsdokumentation betraf das im Jahr 2018 689 Patient*innen der Ambulanz. Da uns zu HPV auch über die medizinischen Daten keine weiterführenden Befunde vorliegen, bleibt diese STI an dieser Stelle unberücksichtigt.

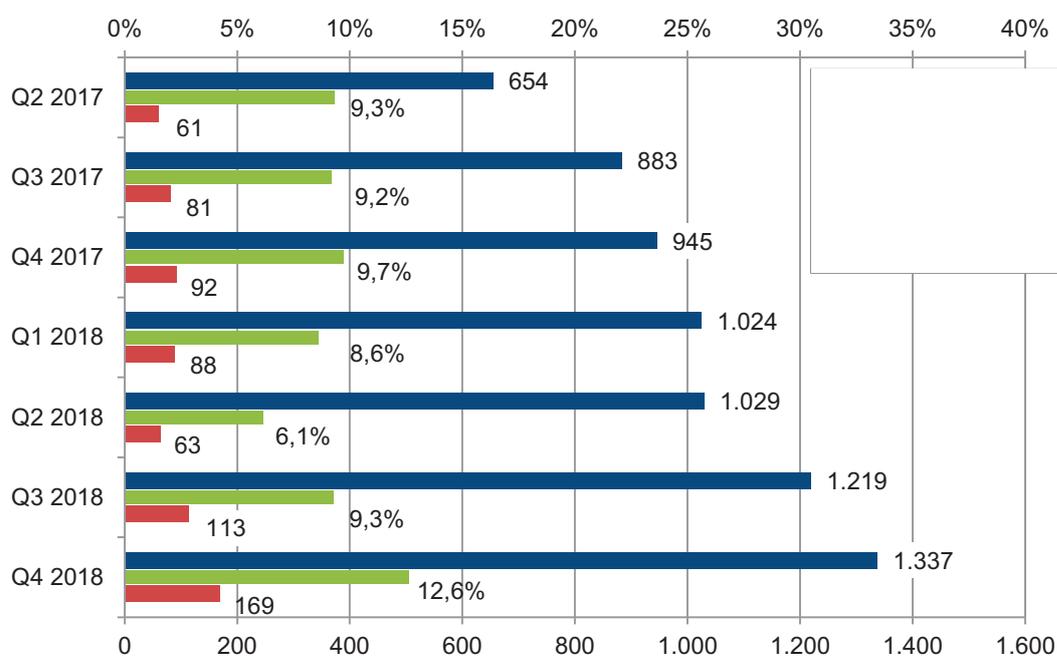
Abb. 18: Durchgeführte und positive STI-Labortests pro Quartal (N = 19.165)



Vom vierten Quartal 2017 auf das vierte Quartal 2018 haben sich die durchgeführten Tests knapp verdoppelt, während sich die Positivrate nur minimal von 4,9 % auf 4,8 % reduziert hat – obgleich hier auch Therapiekontrollen inkludiert sind. Die absolute Zahl der positiven Befunde, hat sich im Zeitverlauf um den Faktor 1,9 erhöht.

Die folgende Grafik nimmt die Entwicklung auf Fallebene in den Blick:

Abb. 19: (Positiv) auf STI getestete Personen pro Quartal (N = 1.736)



Auf Basis der Labordaten lässt sich im gesamten Dokumentationszeitraum (April 2017 bis Dezember 2018) über die Entwicklung der reinen Testzahlen hinaus ein deutlicher Aufwärtstrend in der Inanspruchnahme von STI-Tests durch die WIR-Nutzer*innen erkennen. Die Anzahl der getesteten Personen hat sich von 654 (Q2 2017) auf 1.337 (Q4 2018) gesteigert. Im gleichen Zeitraum hat sich die Positivrate von 9,3 % auf 12,6 % erhöht. Hier kann also festgestellt werden, dass die Ambulanz für mehr Patient*innen Labortests durchführt und dass die höhere Quote positiver Testergebnisse die Relevanz einer risikoadaptierten Durchführung bestätigt.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick darüber, für welche Zielgruppen die Ambulanz STI-Tests an die Labore zur Untersuchung weitergegeben hat. Die Tabelle zeigt darüber hinaus, für welchen Anteil der jeweiligen Nutzer*innen-Gruppe im Jahr 2018 mind. ein positives Testergebnis vom Labor an die Ambulanz übermittelt wurde (Positivrate).

Tab. 13: Patient*innen mit STI-Labortest nach Zielgruppen des WIR im Jahr 2018 (Mehrfachzuordnung von Personen möglich)

Zielgruppen	% der Pers. mit STI Labortest	% der getesteten Pers. mit mind. einem pos. Testergebnis
WIR Gesamt (N = 2.578)	57,2	21,8
HIV-neg. Pers. mit HIV-pos. Part. (n = 30)	100	20,0
HIV-Spätdiagnostizierte (n = 4)	100	100
HIV-Patient*innen (n = 792)	99,4	21,5
PrEPster (n = 125)	95,2	49,6
MiSSA (n = 63)	85,7	9,3
Pers. mit max. 9 Jahren Schule (n = 197)	81,2	13,8
Pers. mit eingeschränkten Verständigungsmöglichkeiten (n = 116)	80,2	11,8
Pers. mit zurückliegender STI (n = 981)	76,9	27,6
MSM (n = 1.138)	76,2	30,3
Pers. mit Chemsex- Erfahrung (n = 151)	73,5	45,9
Sexarbeiter*innen (n = 47)	68,1	43,8
Pers. mit Konsum illegaler Substanzen (n = 565)	68,0	38,5
Pers. mit Migrationshintergrund (n = 744)	54,8	19,6
Pers. mit Risikosituation (n = 1.463)	48,5	31,3
Pers. ohne KV (n = 7)	42,9	0
Heterosexuelle mit 10+ Sexualpart. in 6 Mo. (n = 42)	35,7	20,0
Pers. bis 27 Jahre (n = 729)	30,2	28,6

Im Jahr 2018 lag für 57 % aller an der Evaluation beteiligten WIR-Nutzer*innen mindestens ein STI-Labortest vor. Für 22 % der getesteten Personen wurde mindestens ein positiver Befund ermittelt. Alle HIV-negativen Personen mit einer/m HIV-positiven Partner*in, alle Spätdiagnostizierten sowie annähernd alle HIV-Patient*innen (99 %) und PrEPster (95,2 %) die das WIR 2018 aufsuchten, wurden im Untersuchungszeitraum (bis einschließlich 31.12.2018) mit mindestens einer STI-Laboruntersuchung erreicht. Insbe-

sondere die verschiedenen Risikogruppen (MSM, Chemsex-User, u. a.) werden über das Testangebot der Ambulanz gut erreicht und die entsprechenden Anteile der getesteten Personen mit mindestens einem positiven Testergebnis lassen vermuten, dass mit ihnen – hinsichtlich der STI-Prävalenz – die relevanten Gruppen getestet werden.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die soziodemografische Zusammensetzung der Personen mit einem vorliegenden Labortestergebnis:

Tab. 14: Gender und durchschnittliches Alter von Patient*innen mit STI-Labortest (im Jahr 2018, N = 2.578)

	Personen mit STI-Labortest	
	Gesamt (n = 1.475)	davon Pers. mit mind einem pos. Testergebnis (n = 321)
Anteil der TN mit Laborwerten in 2018	57,2 %	21,8 %
Geschlecht:		
... männlich*	82,2 %	94,7 %
... weiblich*	16,1 %	5,0 %
... divers*	0,3 %	0,3 %
Alter (Mittelwert)	42,1	39,3

* fehlende Prozentwerte zu 100 % aufgrund von fehlenden Angaben zum Geschlecht in der EB

Von den Personen mit mindestens einem vorliegenden STI-Labortest im Jahr 2018 sind 82 % männlich. Unter den Patient*innen mit mindestens einem positiven Testergebnis im Jahr 2018 liegt der Anteil der Frauen bei 5 %. Positiv getestete Personen sind im Durchschnitt jünger als die Getesteten insgesamt.

4.3.2.3 Medizinische Versorgung

Im WIR übernimmt die Immunologische Ambulanz den Schwerpunkt der medizinischen Versorgung. Die Ambulanz bietet das gesamte Spektrum der Behandlung von HIV/AIDS (inkl. antiretroviraler Therapie, ART und PrEP²⁵), auch im Kontext von Schwangerschaft sowie

- Therapie aller STI, wie z. B. Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydien
- Behandlung Hepatitis B und C.
- proktologische Sprechstunden, Untersuchungen und Behandlungen inkl. Behandlung HPV-assoziiierter Erkrankungen.
- spezielle Therapieangebote zu (dermatologischen) Erkrankungen im Genitalbereich, Chemotherapie, Antibiotika-Inhalation
- Gynäkologische Sprechstunde zur Versorgung nicht krankenversicherter Frauen²⁶

Im Evaluationszeitraum erfolgte eine ständige Ausweitung der medizinischen Kapazitäten. Waren mit Evaluationsbeginn drei Ärzt*innen und vier Pflegekräfte auf 3,25 Stellen

²⁵ Vgl. hierzu ausführlich Kapitel 4.3.3.2

²⁶ Seit März 2019 fördert das Gesundheitsamt eine halbe Stelle Gynäkologie im WIR. Datenschluss für die Evaluation war im Februar 2019. Es liegen keine Daten über die Dokumentation vor.

beschäftigt, sind mittlerweile sechs Ärzt*innen (inklusive der Gynäkologin finanziert über das Gesundheitsamt) sowie insgesamt fünf Pflegekräfte auf 6,9 Stellen tätig. (Ebenfalls) über Drittmittel werden darüber hinaus Health Adviser, Study Nurses und studentische Assistenzen finanziert, die zum Teil ebenfalls medizinische Aufgaben übernehmen. Des Weiteren wird das WIR-Team zeitweise durch Praktikant*innen, z. B. von der Hochschule für Gesundheit, unterstützt (vgl. Kap. 4.3.1).

Um die medizinische Versorgungssituation im WIR zu beschreiben, unterscheiden wir nach Ergebnissen, die über die fallbezogene Leistungsdokumentation ermittelt wurden (vgl. Kap. 2.6.2) und Befunden, die über die Auswertung der medizinischen Daten bereitgestellt werden konnten (vgl. Kap. 2.6.4).

Medizinische Versorgung als dokumentierte fallbezogene Leistung

Im Jahr 2018 wurden durch die Mitarbeitenden der Ambulanz insgesamt 20.449 Leistungen dokumentiert. Diese Leistungen erreichten 1.698 Patient*innen, das entspricht 66 % der gesamten WIR-Klientel.

Tab. 15 gibt einen Überblick über das Leistungsspektrum – fokussiert auf die Leistungen mit der höchsten Reichweite.

Tab. 15: Dokumentierte Leistungen der Ambulanz nach den fünf höchsten Reichweiten (im Jahr 2018, N = 20.449)

Dokumentierte Leistungen	N (L-Doks)	Zeit (Std.)	Anteil an Gesamtleistung	Ø Dauer (in Min.)	Pers. mit dieser Leistung
Gesamt 2018	20.449	3.374,62	100 %	9,9	1.698
STI-Test	2.790	293,23	8,7 %	6,3	1.188 (70,0 %)
Arztgespräch/Ärztliche Behandlung (inkl. z. B. OP)	3.416	664,93	19,7 %	11,7	1.063 (62,6 %)
Blutentnahme	2.358	221,43	6,6 %	5,6	1.020 (60,1 %)
Arztbrief/Schriftverkehr	1.898	228,27	6,8 %	7,2	861 (50,7 %)
Proktologische Untersuchung/Behandlung	2.175	507,27	15,0 %	14,0	689 (40,6 %)

Erwartungsgemäß lassen sich alle der fünf reichweitenstärksten Leistungen der Ambulanz im medizinischen Leistungsspektrum verorten. Im Jahr 2018 wurde die Leistung „STI-Test – Durchführung/Ergebnisbesprechung“ von den Mitarbeitenden der Ambulanz für 1.188 Patient*innen dokumentiert. 63 % der Ambulanz Patient*innen wurden laut Dokumentation über ein Arztgespräch bzw. ärztliche Behandlung erreicht, 41 % über Proktologische Untersuchungen bzw. Behandlungen. In diese Sitzungen sind standardmäßig auch HPV Screenings integriert. So dass man sagen kann, dass 2018 neben den sonstigen STI-Tests auch 689 Patient*innen auf HPV getestet wurden. Diese Leistung fällt mit einer Dauer von im Schnitt 14 Minuten auch am längsten aus. Die im Durchschnitt kürzeste dokumentierte Leistung ist die Blutentnahme, ein Gespräch bzw. eine Behandlung nimmt die Ärzt*innen ca. 12 Minuten in Anspruch – wobei die Aufwände und Zeiten je Fall stark variieren können.

Differenziert nach den einzelnen Teilzielgruppen ergibt sich dann für das Jahr 2018 folgendes Bild:

Tab. 16: *Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung durch verschiedene Zielgruppen des WIR im Jahr 2018 (Mehrfachzuordnung von Personen möglich)*

Zielgruppen	Nutzung Ambulanz (Anteil an ZG)	Gesamtaufwand Ambulanz (in Std.)	Ø Zeitaufwand/pro Pers. (in Std.)	Anteil der WIR-Nutzer*innen mit Kontakt zu	
				Ärzt*innen	Pflege
Gesamt (n = 2.578)	65,9 %	3.374,6	2,0	57,2 %	56,3 %
HIV-neg. Pers. mit HIV-pos. Part. (n = 30)	100,0%	55,3	1,8	83,3 %	90 %
HIV-Spätdiagnostizierte (n = 4)	100,0%	15,0	3,8	100 %	100 %
HIV-Patient*innen (n = 792)	99,7%	2527,6	3,2	98,4 %	98,4 %
PrEPster ² (n = 125)	97,6%	210,2	1,7	95,2 %	93,6 %
MiSSA (n = 63)	92,1%	118,6	2,0	84,1 %	85,7 %
Pers. mit max. 9 Jahren Schule (n = 197)	91,4%	372,0	2,1	84,8 %	83,8 %
Pers. mit eingeschränkten Verständigungsmöglichkeiten (n = 116)	89,7%	221,3	2,1	83,6 %	79,3 %
Pers. mit zurückliegender STI (n = 981)	84,7%	2002,4	2,4	77,3 %	77,3 %
MSM (n = 1.138)	81,2%	2264,0	2,5	74,8 %	73,3 %
Sexarbeiter*innen (n = 47)	76,6%	71,7	2,0	63,8 %	61,7 %
Pers. mit Chemsex- Erfahrung ⁴ (n = 151)	76,2%	310,8	2,7	64,9 %	67,5 %
Pers. mit Konsum illegaler Substanzen ⁴ (n = 565)	71,9%	996,3	2,5	65,5 %	65,5 %
Pers. ohne KV (n = 7)	71,4%	8,1	1,6	42,9 %	42,9 %
Pers. mit Migrationshintergrund (n = 744)	65,7%	931,4	1,9	56,2 %	55,1 %
Pers. mit Risikosituation (n = 1.463)	56,9%	1493,7	1,8	47,7 %	46,1 %
Heterosexuelle mit 10+ Sexualpart. in 6 Mo. (n = 42)	42,9%	13,3	0,7	35,7 %	33,3 %
Pers. bis 27 Jahre (n = 729)	41,2%	313,0	1,0	30,2 %	30,2 %

Fast alle Zielgruppen wurden über die medizinische Versorgung durch die Ambulanz in 2018 überdurchschnittlich (mehr als 66 %) erreicht. Gemessen am Gesamtaufwand gestaltet sich die Versorgung der HIV-Patient*innen mit Abstand am zeitintensivsten. Die geringsten Berührungspunkte mit medizinischen Leistungen sowie mit den medizinischen Berufsgruppen haben Personen unter 27 Jahre.

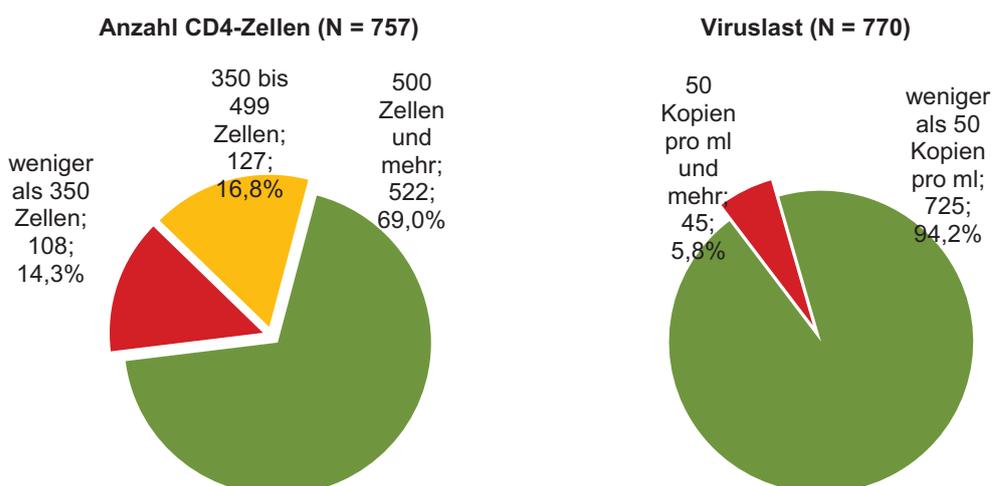
*Beschreibung der medizinischen Versorgung von HIV-Patient*innen unter Einbezug medizinischer Parameter*

Parallel zur fallbezogenen Leistungsdokumentation bezieht die Evaluation medizinische Daten ein, die im Rahmen der Behandlung routinemäßig im Krankenhausinformationssystem (KIS) erhoben werden. Dabei handelt es sich um fallbezogene Angaben zur Kontrolle laufender HIV-Behandlungen und die Ergebnisse verschiedener STI-Labortests. Wie alle eingesetzten Erhebungsinstrumente wurden auch die medizinischen Daten mit dem Teilnahme-Code versehen, um die erhobenen Informationen miteinander verknüpfen zu können (vgl. Kap. 2.6.4).

Für den gesamten Untersuchungszeitraum (24.04.2017 bis 31.12.2018) liegen für 826 Evaluationsteilnehmende Informationen zu einem positiven HIV-Status vor. Für 771 dieser HIV-Patient*innen können Aussagen zur HIV-Behandlungskontrolle (Anzahl CD4-Zellen und/oder Viruslast) getroffen werden.

Die folgende Abbildung stellt die Laborergebnisse dieser 771 HIV-Patient*innen dar, deren Behandlungsstatus im Rahmen der regelmäßigen Kontrolltermine über die CD4-Zellzahl und/oder die HI-Viruslast vorliegen.

Abb. 20: HIV Laborergebnisse: (vorerst) letzter Kontrolltermin in der Ambulanz (ohne neuinfizierte Patient*innen)



Für 757 Fälle kann die Anzahl der CD4-Zellen und für 770 Fälle die jeweilige Viruslast dargestellt werden. Gut 94 % der 770 HIV-Patient*innen, für die beim letzten Kontrolltermin die Viruslast bestimmt werden konnte, weisen eine Viruslast unter der Nachweisgrenze auf. Knapp 88 % der 757 Studienteilnehmer*innen mit einem positiven HIV-Status und vorliegenden Laborwerten weisen eine CD4-Zellzahl größer als 350 Zellen auf.

Im Folgenden sollen die Entwicklungen der Laborkontrollen im Evaluationszeitraum betrachtet werden. Dabei gilt: In die Untersuchung gehen alle Laborwerte aller im jeweiligen Quartal untersuchten HIV-Patient*innen ein. Die Zahl einbezogener HIV-Patient*innen verändert sich dabei durch Neuaufnahmen und entlang der individuellen Kontrollfenster bzw. deren tatsächliche Inanspruchnahme. Schon allein aufgrund des Hineinwirkens der Untersuchungsergebnisse der neuen Fälle liegen die Werte durchweg niedriger als in den oben vorgestellten Befunden zu den jeweils letzten Kontrollen.

Die folgenden Abbildungen nehmen die je Quartal vorliegenden Laborergebnisse zu HI-Viruslast (Abb. 21) und zu CD4-Zellzahl (Abb. 22) in den Blick:

Abb. 21: Laborergebnisse zu HI-Viruslast bei HIV-Patient*innen im Zeitverlauf

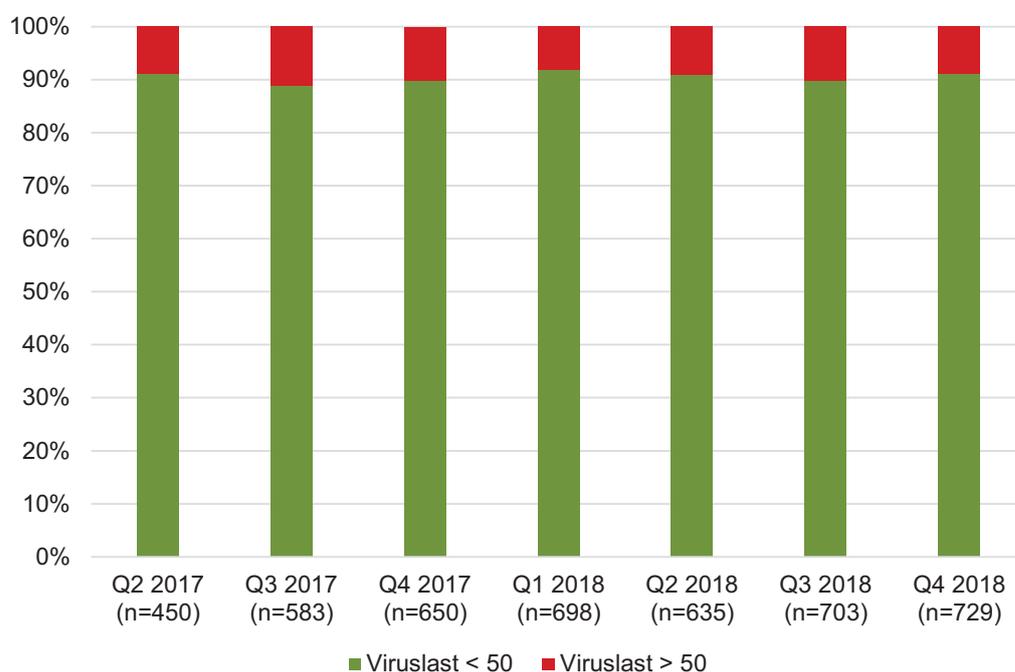
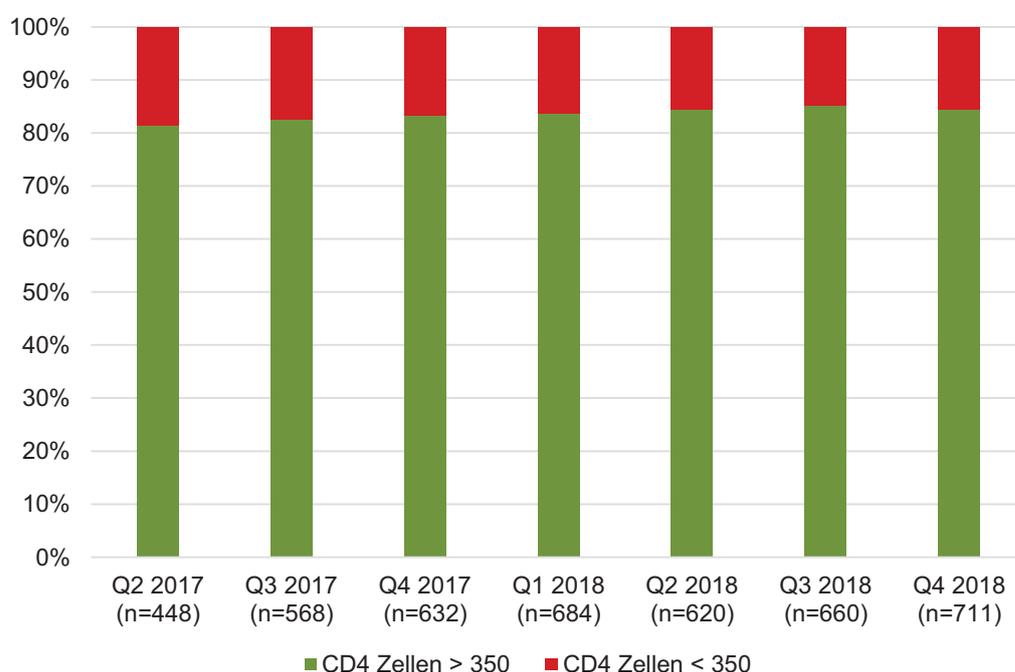


Abb. 22: Laborergebnisse zu CD4 Zellen bei HIV-Patient*innen im Zeitverlauf



Ein Vergleich der Laborergebnisse zu HI-Viruslast sowie CD4 Zellen bei HIV Patient*innen im Untersuchungszeitraum verweist auf eine konstante Verteilung der Werte der gemessenen HI-Viruslast und der CD4-Zellzahl über die Quartale hinweg.

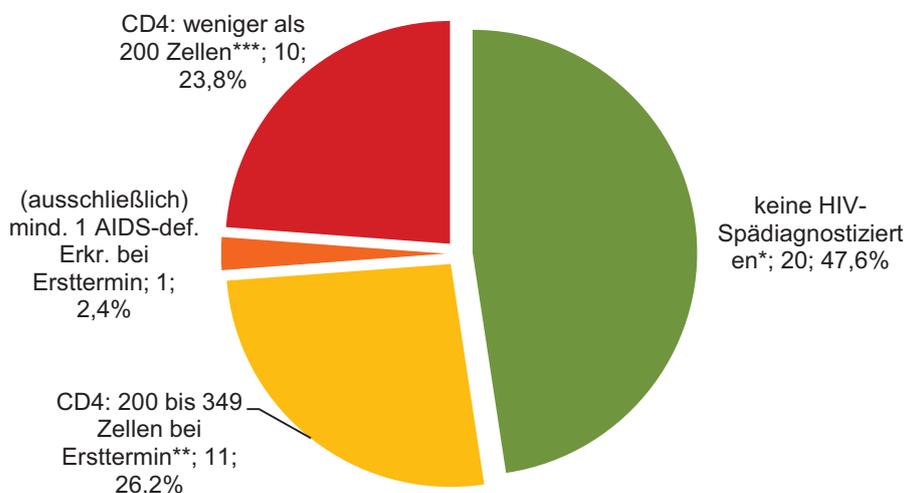
Exkurs: HIV-Spät diagnostizierte

In Deutschland wird knapp die Hälfte der HIV-Infektionen erst spät diagnostiziert, wenn die CD4-Zellzahl unter 350 liegt oder schon AIDS-definierende Erkrankungen wie Pneumocystis-jirovecii-Pneumonie, Toxoplasmose-Enzephalitis, Candida-Infektionen der Lunge oder ein Kaposi-Sarkom vorliegen. Gemäß einer Studie des RKI aus dem Jahr 2012 belief sich der Anteil der „HIV-Spät diagnostizierten“ bei Neudiagnose für den Zeitraum 2001 bis 2010 auf 49,5 % (vgl. Zoufaly et al., 2012). Eine Befragung von HIV-Patient*innen aus dem Saarland, aus Rheinland-Pfalz und Hessen, die zwischen März 2011 und Juni 2012 durchgeführt wurde, kommt auf einen Anteil von 63,5 % HIV-Spät diagnostizierten (vgl. Kittners et al. 2015). Die Studienautor*innen vermuten als Grund für den vergleichsweise hohen Anteil, dass unter anderem wegen der insgesamt niedrigen HIV-Prävalenz in den beteiligten Regionen das Bewusstsein für die Infektionskrankheit in der Bevölkerung niedriger als etwa in den Großstädten sei. Schließlich hatten nur die wenigsten der 161 befragten Patient*innen ihre behandelnden Ärzt*innen über ihr Sexualverhalten oder über ihren intravenösen Drogengebrauch informiert, nämlich nur 29 der 119 Patienten, die überhaupt Angaben dazu machten (ebd.).

Im Untersuchungszeitraum (24.04.2017 bis 31.12.2018) konnten insgesamt 42 Fälle mit HIV-Neuinfektionen identifiziert werden. Über die Daten der HIV-Behandlungskontrolle lässt sich beurteilen, in wieweit es sich bei den Personen mit einer HIV-Neuinfektion um sogenannte „Spät diagnostizierte“ handelt – HIV-Neuvorstellungen mit weniger als 350 CD4-Zellen bei Ersttermin.

Die folgende Abbildung fasst die Informationen zusammen.

Abb. 23: Patient*innen mit HIV-Neuinfektionen im Untersuchungszeitraum (N = 42)



* Definition für HIV-Spät diagnostizierte: mind. eine AIDS definierende Erkrankung oder weniger als 350 CD4-Zellen bei Ersttermin in der Ambulanz

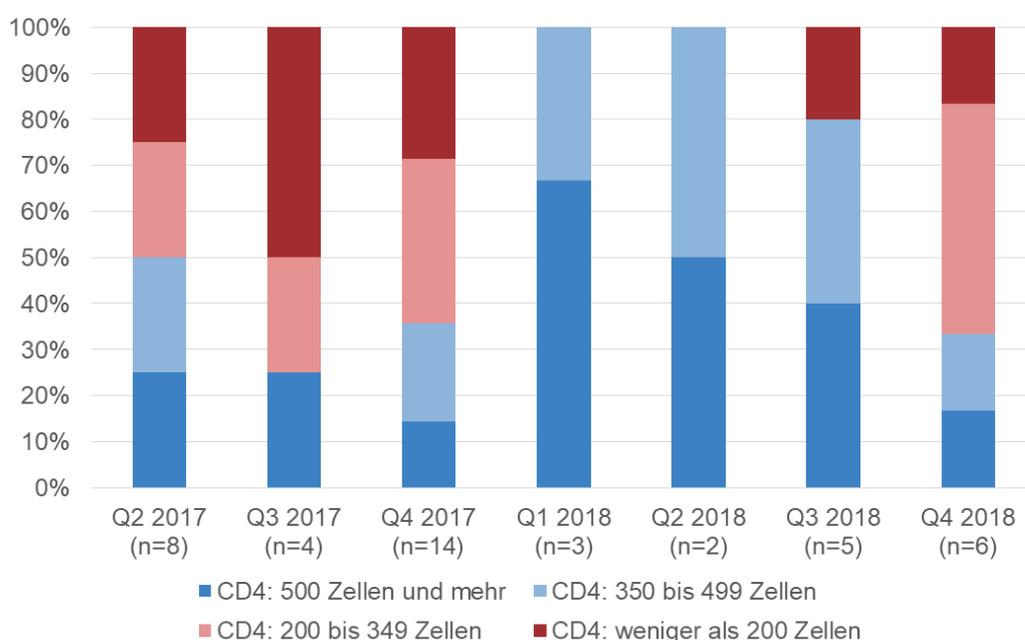
** darunter 1 Person mit mind. einer AIDS-def. Erkrankung

*** darunter 6 Personen mit mind. einer AIDS-def. Erkrankung

Der Anteil der „Spät diagnostizierten“ beläuft sich in diesem Sample auf 52 % – darunter finden sich 11 Personen mit mehr als 200 aber unter 350 CD4-Zellen pro Mikroliter Blut, zehn Personen mit weniger als 200 CD4-Zellen und eine Person mit ausschließlich mindestens einer AIDS-definierenden Erkrankung (Wasting-Syndrom und >350 CD4).

Die folgende Abbildung zeigt die Befunde der HIV-Behandlungskontrolle entlang der CD4-Zellzahl für insgesamt 42 HIV Neuvorstellungen im Quartalsvergleich:

Abb. 24 HIV-Neuvorstellungen und CD4-Zellen (N = 42)



Im Zeitverlauf zeigt sich, dass im WIR HIV-Spät diagnostizierte (HIV-Erstvorstellungen mit weniger als 350 CD4-Zellen bei Ersttermin) über die Quartale hinweg unterschiedlich erreicht werden. Soweit sich das aufgrund der geringen Fallzahlen überhaupt bewerten lässt, kann vermutet werden, dass die Wahrscheinlichkeit, Spät diagnostizierte zu erreichen, mit der Anzahl der Neuvorstellungen im Quartal steigt.

Die folgende Übersicht gibt Auskunft über die Soziodemografie der HIV-Spät diagnostizierten im Vergleich zu allen HIV-Neuvorstellungen und HIV-Patient*innen insgesamt:

Tab. 17: Vergleich HIV-Patient*innen nach Diagnosestatus (N = 3.518)

Soziodemografische Merkmale	HIV-Neuvorstellungen (N = 42)		HIV-Patient*innen Gesamt (N = 813) ²	WIR-Klientel (N = 3.518)
	Spät diagnostizierte ¹ (n = 22) ²	keine Spät diagnose (n = 20) ²		
Alter ³	36,0	35,2	46,6	36,3
Geschlecht:				
... männlich	90,5 %	95,0%	84,9 %	72,1 %
... weiblich	9,5 %	5,0%	14,7 %	27,7 %
Sexuelle Orientierung:				
... heterosexuell	35,0 %	25,0 %	29,6 %	57,5 %
... MSM	70,0 %	75,0 %	69,4 %	39,3 %
Schulbildung max. 9 Jahre	9,5 %	0,0 %	16,6 %	6,5 %
Migrationshintergrund	42,9 %	20,0 %	29,3 %	29,2 %
Ohne Krankenversicherung	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,2 %
Bekannt/Verweis durch:				
... eine Klinik	18,2 %	5,3%	23,6 %	8,4 %
... niedergelassene*n Arzt/Ärztin	36,8 %	52,6%	29,8 %	15,8 %
... Gesundheitsamt	9,1 %	5,0%	2,7 %	4,8 %
... andere Person	9,1 %	5,0%	10,6 %	11,7 %
... Internet/Medien ⁴	9,1 %	25,0%	7,7 %	39,1 %
Besuchsgrund:				
... Test	44,4 %	30,0 %	17,4 %	67,3 %
... Behandlung	38,9 %	55,0 %	84,9 %	29,1 %

Soziodemografische Merkmale	HIV-Neuvorstellungen (N = 42)		HIV-Patient*innen Gesamt (N = 813) ²	WIR-Klientel (N = 3.518)
	Spät diagnostizierte ¹ (n = 22) ²	keine Spät diagnose (n = 20) ²		
... Beratung	27,8 %	35,0 %	9,7 %	17,8 %
Berufsgruppen Erstkontakt ⁵	Arzt (36,4 %) Pflege (36,4 %)	Arzt (35,0 %) Pflege (35,0 %)	Arzt (50,4 %) Pflege (41,3 %)	Beratung ⁶ (47,2 %) Arzt (23,6 %)
Pers. mit L-Dok „Beratung/Verschreibung PrEP“	4,5 %	15,0 %	3,3 %	9,3 %
Zurückliegende STI	47,4 %	36,8 %	61,7 %	36,3 %
Wohnort:				
... Bochum	28,6 %	20,0%	26,5 %	44,9 %
... sonstiges Ruhrgebiet	28,6 %	40,0%	45,7 %	34,4 %
... sonstiges NRW	42,9 %	40,0%	24,7 %	17,6 %

1 Definition für „Spät diagnostizierte“: mind. 1 AIDS-definierende Erkrankung oder weniger als 350 CD4-Zellen bei Ersttermin in der Ambulanz.

2 Aufgrund einzelner fehlender Angaben in der Eingangsbefragung sind, liegen nicht für alle Kategorien komplette Datensätze vor

3 Mittelwert

4 Bekannt durch Internet, WIR-Webseite oder Presse/Rundfunk/Flyer

5 laut Leistungsdokumentation (L-Dok)

6 inkl. Fachkraft für STI-Beratung

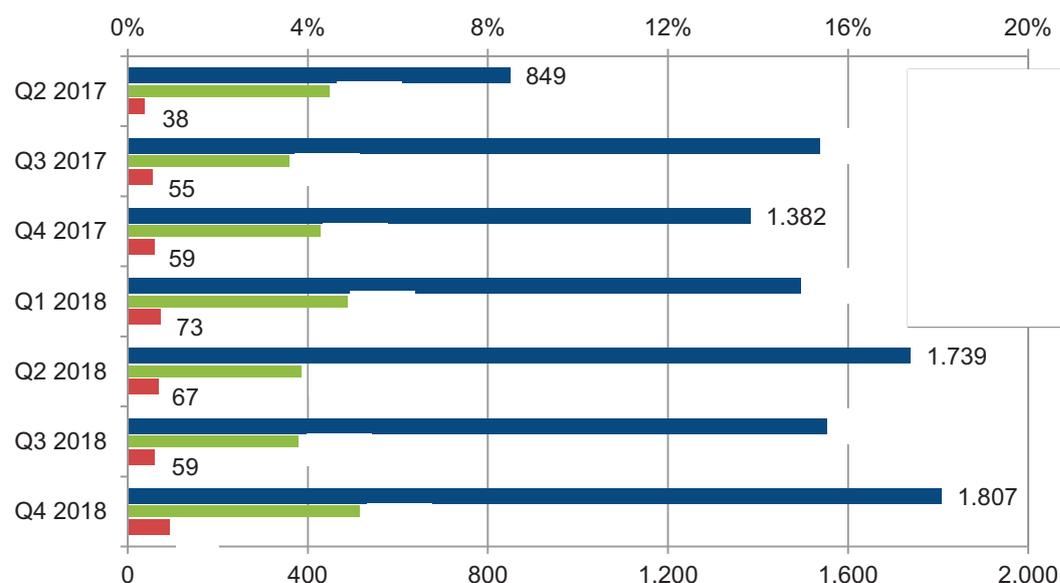
Nimmt man die 22 Spät diagnostizierten im Untersuchungszeitraum in den Blick, wird deutlich, dass sie sich in einigen soziodemographischen Merkmalen von den HIV-Neuvorstellungen und den HIV-Patient*innen insgesamt unterscheiden. Es handelt sich bei HIV-Spät diagnostizierten im WIR eher um Menschen mit einem Migrationshintergrund sowie leicht öfter um Heterosexuelle und um Frauen. Sie finden eher über einen Klinikverweis ins WIR als über eine Eigenrecherche im Internet. Die Anbindung an Kliniken spielt demnach vor allem in der Erreichung von Spät diagnostizierten eine bedeutende Rolle. Die mögliche Annahme, dass über die PrEP-Beratung auch bislang unentdeckte HIV-Fälle diagnostiziert werden, lässt sich auf Basis der vorliegenden Daten für die HIV-Neuvorstellungen vermuten, für die Spät diagnostizierten aber nicht bestätigen.

Exkurs STI Ko-Infektionen

Knapp 62 % der HIV-Patient*innen und 43 % der HIV-Neuvorstellungen geben an, schon mal positiv auf eine STI getestet worden zu sein. Infizieren sich HIV-Positive mit einer STI wie Syphilis oder Chlamydien, haben die damit einhergehenden Geschlechtskrankheiten oftmals einen schlechteren Verlauf und sind schwieriger behandelbar als bei HIV-negativen Personen (vgl. DAIG, 2019). Chronische Ko-Infektionen wie Hepatitis C und Hepatitis B haben zudem Auswirkungen auf die empfohlene Behandlung und finden in der Leitlinie "HIV-Infektion, antiretrovirale Therapie" explizit Berücksichtigung (ebd.). Aufgrund ihres geschwächten Immunsystems sind Menschen mit HIV zudem oft anfälliger für eine Infektion mit STI. Gleichzeitig ist das Risiko der Übertragung von HIV deutlich höher, wenn zusätzlich eine Geschlechtskrankheit vorliegt (vgl. Cohen et al., 1997; Schacker et al., 1998). Um behandlungsrelevante Entscheidungen treffen und passende Präventionsbotschaften formulieren zu können, bedarf es einer systematischen Testung und abgestimmten Behandlungen.

Die folgende Abbildung stellt auf Grundlage der Labortests (vgl. Kap. 2.6.4) die durchgeführten STI-Untersuchungen (Bluttests und Abstriche) für HIV-Patient*innen im Quartalsvergleich dar.

Abb. 25: Anzahl STI-Labortests sowie Anzahl und Anteil positiver Testergebnisse pro Quartal (bei HIV-Patient*innen, n = 813)



Wurden im vierten Quartal 2017 1.382 STI-Labortests für HIV-Patient*innen dokumentiert, waren es im vierten Quartal 2018 1.807. Die Rate der positiven STI-Tests schwankt je nach Quartal zwischen 3,6 % und 5,1 %. In absoluten Zahlen haben sich die positiven STI-Tests zwischen dem vierten Quartal 2017 und dem vierten Quartal 2018 um den Faktor 1,6 erhöht. Während die Anzahl der durchgeführten Tests um den Faktor 1,3 gestiegen ist.

Die folgende Tabelle (Tab. 18) gibt einen Überblick über den Verlauf der Behandlung von STI-Ko-Infektionen bei HIV-Patient*innen. Die Tabelle gibt Informationen zum Behandlungsverlauf für die STI wieder, für die auswertbare Befunde über die Laborergebnisse vorliegen (vgl. Kap. 2.6.4).

Tab. 18 STI-Ko-Infektionen bei HIV-Patient*innen – Screening, Behandlung und Behandlungserfolg (N = 813)

	Getestete Personen	Positiv getestet ¹	In Behandlung ^{1,2}	Behandlungskontrolle ¹	Erfolgreich abgeschlossen ¹
Gesamt²	810	205 (25,3 %)	198 (96,5 %)	157 (79,3 %)	150 (95,5 %)
Syphilis	809	68 (8,4 %)	66 (97,1 %)	56 (84,8 %)	49 (87,5 %)
Chlamydien	615	89 (14,5 %)	89 (100 %)	64 (71,9 %)	64 (100 %)
Gonorrhoe	615	95 (15,4 %)	92 (96,8 %)	66 (71,7 %)	65 (98,5 %)
Mykoplasmen	614	69 (11,2 %)	66 (95,7 %)	52 (78,8 %)	47 (90,4 %)
Trichomonaden	614	6 (0,9 %)	6 (100 %)	1 (16,7 %)	1 (100 %)

¹ Prozentangaben in Klammern beziehen sich auf die in der Spalte links daneben genannte Teilnehmerzahl.

² Zur Testung auf Hepatitis B und C liegen keine validen Daten vor.

Von 813 HIV-Patient*innen wurden insgesamt 810 im Untersuchungszeitraum auf eine STI getestet. Für 25 % der Getesteten fiel der Befund positiv aus. Von denjenigen HIV-Patient*innen mit einer sexuell übertragbaren Ko-Infektion wurden 97 % im Rahmen der WIR-Ambulanz in eine Behandlung überführt, knapp 80 % haben eine Behandlungskontrolle bekommen und wiederum 96 % haben mind. eine STI-Behandlung erfolgreich abgeschlossen.

4.3.2.4 Psychosoziale Versorgung und Psychotherapie

Neben den medizinischen Leistungen stehen den Nutzer*innen im WIR zahlreiche psychosoziale und psychologische Beratungsangebote zur Verfügung.

Die verschiedenen Akteure im WIR bieten Beratung je nach ihrem Handlungsfeld zu:

- sexueller Gesundheit
- Präventionsmöglichkeiten (darunter PrEP)
- Testangeboten sowie Behandlung und Partner*innenmitbehandlung von STI
- sexuellen Funktionsstörungen wie bspw. erektiler Dysfunktion
- Kinderwunsch (auch bei HIV und anderen STI), Verhütung und Schwangerschaft
- Medikamenten- und Terminadhärenz.

Beratung und psychosoziale Beratung (vor allem durch die NGOs):

- für verschiedene Zielgruppen, zu altersspezifischen Problemen, z. T. eingegrenzt auf MSM, Jugendsprechstunde
- Gesundheits- und Sozialberatung von Sexarbeiterinnen
- sozialrechtliche Beratung von Männern und Frauen mit HIV
- Beratung zu sexuellen und geschlechtlichen Identitäten und Identitätsfindung
- Beratung zu Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen
- Krisenintervention etc.

Sowie psychotherapeutische Beratung:

- 1x/Woche über den Psychodermatologen des St. Josefs-Hospitals (Kassenleistung)
- Seit 2018 eine halbe Stelle Psychotherapie (Förderung Deutsche AIDS-Stiftung) für Akutinterventionen und Bedarfsklärungen für eine sehr belastete Klientel (ohne Krankenversicherung möglich).
- Sexualtherapie (pro familia)
- Psychotherapeutische Beratungsreihe zur Überbrückung der Wartezeit auf Psychotherapie (Rosa Strippe)

Im Folgenden werden Art, Umfang und Inanspruchnahme der Psychosozialen Versorgung und der Psychotherapie im WIR getrennt voneinander dargestellt.

Psychosoziale Versorgung als dokumentierte fallbezogene Leistung

Tab. 19 gibt einen Überblick über das Leistungsspektrum, absteigend sortiert nach den Leistungen mit den höchsten Reichweiten im WIR.

Tab. 19: Dokumentierte fallbezogene psychosoziale Leistungen nach Reichweiten und dokumentierenden Einrichtungen (im Jahr 2018, N = 880)

Dokumentierte psychosoziale Leistungen*	WIR Gesamt (N = 2.578)		Ambulanz (n = 1.698)		Beratungsstelle des Gesundheitsamtes (n = 922)		Aidshilfe (n = 424)	
	TN mit dieser Leistung	Ø Dauer (in Min.)	TN mit dieser Leistung	Ø Dauer (in Min.)	TN mit dieser Leistung	Ø Dauer (in Min.)	TN mit dieser Leistung	Ø Dauer (in Min.)
Gesamt	880 (34,1 %)	61,6	593 (34,9%)	23,2	160 (17,4%)	21,3	375 (88,4%)	93,7
Beratung Risikomanagement/-reduktion	355 (13,8 %)	21,4	201 (11,8 %)	18,4	84 (9,1 %)	25,0	100 (23,6 %)	18,1
Beratung/Verschreibung PrEP	268 (10,4 %)	57,1	174 (10,2 %)	22,3	56 (6,1 %)	12,0	155 (36,6 %)	69,3
Sonstige psychosoziale Leistungen	259 (10,0 %)	18,7	177 (10,4 %)	9,9	27 (2,9 %)	17,2	59 (13,9 %)	20,5
Kontaktgespräch/-pflege	174 (6,7 %)	39,4	33 (1,9 %)	7,9	0 (0,0 %)	0,0	148 (34,9 %)	44,3
Beratung psychosoziale Themen	164 (6,4 %)	55,1	78 (4,6 %)	20,2	5 (0,5 %)	33,0	92 (21,7 %)	74,3
Fallbezogener Austausch	160 (6,2 %)	35,9	150 (8,8 %)	15,2	1 (0,1 %)	10,0	94 (22,2 %)	36,8
Beratung zu (sozial-) rechtlichen Themen	85 (3,3 %)	59,9	33 (1,9 %)	9,2	0 (0,0 %)	0,0	58 (13,7 %)	78,3

* Leistungen der L-Doks 3-9, 19-21, 23, 26, 31, 33 (s. Anhang: Leistungsdokumentation)

Im Jahr 2018 wurden durch die Mitarbeitenden des WIR insgesamt 3.901 psychosoziale Leistungen dokumentiert. Diese Leistungen erreichten 880 Nutzer*innen, das entspricht 34 % der gesamten WIR-Klientel im gesamten Zeitraum. Die Aidshilfe dokumentierte für 88 % ihrer Klient*innen psychosoziale Leistungen, die Ambulanz für 35 % und die Beratungsstelle des Gesundheitsamtes für 17 % der Nutzer*innen – wobei der Beratungsteil der STI-Tests in diese Bewertung nicht explizit einfließt (vgl. hierzu Kap. 4.3.2.2). Die Beratungen zu Risikomanagement nehmen laut Dokumentation die meisten Klient*innen in Anspruch. Am zeitintensivsten gestaltet sich die Beratung zu (sozial-)rechtlichen Themen, wobei die Beratung durch die Aidshilfe hier im Durchschnitt am umfanglichsten ausfällt und je nach Fall und Aufwand in der Dauer sehr stark variieren kann.

Differenziert nach den einzelnen Teilzielgruppen ergibt sich dann für das Jahr 2018 folgendes Bild:

Tab. 20: *Inanspruchnahme der psychosozialen Versorgung (PSV) durch verschiedene Zielgruppen des WIR im Jahr 2018 (Mehrfachzuordnung von Personen [Pers.] möglich)*

Zielgruppen	Inanspruchnahme PSV (Anteil an ZG in %)	Ø Dauer der PSV/ TN (in Min.)	Anteil der WIR-Nutzer*innen mit Kontakt zu ...			
			Health Adviser	Sozialarbeit	STI-Fachkraft	Psychotherapie
Gesamt WIR (n = 2.578)	34,1	61,6	16,8	16,8	35,8	4,8
PrEPster (n = 125)	100,0	117,5	56,0	80,8	11,2	2,4
HIV-Spätdiagnostizierte (n = 4)	75,0	62,3	50,0	25,0	0	50,0
Pers. ohne KV (n = 7)	71,4	115,6	28,6	57,1	28,6	0
Sexarbeiter*innen (n = 47)	59,6	85,7	40,4	40,4	31,9	8,5
HIV-neg. Pers. mit HIV-pos. Part. (n = 30)	53,3	65,8	36,7	26,7	10,0	3,
Pers. mit Chemsex- Erfahrung (n = 151)	51,0	69,4	25,8	25,2	27,2	15,2
Pers. mit eingeschränkten Verständigungsmöglichkeiten (n = 116)	50,9	88,7	25,0	34,5	12,1	6,9
MSM (n = 1.138)	47,4	68,2	22,1	28,8	18,1	9,3
Pers. mit Konsum illegaler Substanzen (n = 565)	46,5	66,3	22,7	25,0	27,8	9,6
MiSSA (n = 63)	46,0	58,3	23,8	33,3	7,9	3,2
TN mit max. 9 Jahren Schule (n = 197)	42,6	79,3	18,3	26,4	37,1	5,8
Pers. mit zurückliegender STI (n = 981)	40,9	70,2	18,3	20,0	17,1	10,1
HIV-Patient*innen (n = 792)	38,5	78,3	12,2	19,2	0,4	15,8
Pers. mit Migrationshintergrund (n = 744)	37,9	61,3	19,1	19,1	37,1	5,8

Zielgruppen	Inanspruchnahme PSV (Anteil an ZG in %)	Ø Dauer der PSV/TN (in Min.)	Anteil der WIR-Nutzer*innen mit Kontakt zu ...			
			Health Adviser	Sozialarbeit	STI-Fachkraft	Psychotherapie
Gesamt WIR (n = 2.578)	34,1	61,6	16,8	16,8	35,8	4,8
Pers. mit Risikosituation (n = 1.463)	34,7	55,3	17,8	16,5	45,8	4,8
Heterosexuelle mit 10+ Sexualpart. in 6 Mo. (n = 42)	33,3	21,6	19,0	4,8	66,7	0
Pers. bis 27 Jahre (n = 729)	27,8	39,7	17,1	10,2	63,4	1,1

Im gesamten Untersuchungszeitraum geben 17,8 % der Teilnehmenden an, das Zentrum aufgrund eines konkreten Beratungswunsches aufgesucht zu haben (vgl. Kap. 4.2). Im Jahr 2018 wurde für 34 % eine Leistung aus dem Spektrum der psychosozialen Versorgung (PSV) dokumentiert. Im Durchschnitt nahmen die dokumentierten Leistungen 61,6 Minuten in Anspruch.

Gemäß dem PrEP-Versorgungspfad wurden alle 125 Klienten in der Evaluation erfassten Klient*innen mit einer PrEP-Verordnung mindestens einmal durch die Aidshilfe psychosozial beraten (vgl. hierzu im Detail Kap. 4.3.3.2). Für gut die Hälfte der Chemsex-User und je knapp die Hälfte der betreuten MSM und Migrant*innen aus Subsahara-Afrika wurden psychosoziale Leistungen dokumentiert. Am wenigsten wurden laut Dokumentation psychosoziale Beratungen von Klient*innen unter 27 Jahren in Anspruch genommen. Aufgrund der geschilderten Limitationen kann dieser Wert jedoch bestenfalls als Untergrenze betrachtet werden. Der Umfang aller psychosozialen Leistungen betrug durchschnittlich etwa eine Stunde pro Klient*in, bei PrEP-Nutzern hingegen knapp zwei Stunden. In knapp 5 % der Fälle wurden Psychotherapeut*innen hinzugezogen. Diese Vermittlung war vor allem für HIV-Patient*innen und Nutzer*innen mit Chemsex-Erfahrung relevant.

Psychotherapie als dokumentierte fallbezogene Leistung

Psychotherapie ist im WIR sowohl zu Lasten der Krankenversicherung möglich als auch kostenfrei und ohne Krankenversicherung im Rahmen der von der Deutschen AIDS-Stiftung geförderten psychotherapeutischen Sprechstunde (seit Herbst 2018). Darüber hinaus haben Klient*innen die Möglichkeit, über die WIR-Partner Sexualtherapie (pro familia) und eine psychotherapeutische Beratungsreihe zur Überbrückung der Wartezeit auf Psychotherapie (Rosa Strippe) zu nutzen²⁷.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über den Umfang und die Reichweite des psychotherapeutischen Angebots im WIR für das Jahr 2018 differenziert danach, ob die Leistung von dem Psychodermatologen des St. Josef Hospitals als Kassenleistung (KV-PT) und/oder über die Psychologin, die seit 2018 über die Deutsche AIDS-Stiftung finanziert wird (DAS-PT) dokumentiert wurde.

Tab. 21: Von Psychotherapeut*innen dokumentierte Psychotherapie im WIR Zentrum (im Jahr 2018, N = 123)

Psychotherapie	N (L-Doks Psychotherapie)	Zeit gesamt (Std.)	Ø Dauer pro Leistung (Min.)	TN mit dieser Leistung
KV-PT	280	275,1	59,0	76
DAS-PT	227	173,3	45,8	50
Gesamt (PT)	507	448,4	53,1	123

Im Jahr 2018 wurde für etwa 5 % der Klient*innen in der Evaluation (n = 123) eine psychotherapeutische Behandlung dokumentiert. 62 % wurden von dem Psychodermatologen des St. Josef Hospitals (meist als Kassenleistung) und 38 % über die Psych. Psychotherapeutin (in Ausbildung) betreut. Die zweite Kollegin ist erst seit Mitte 2018 im WIR tätig.

²⁷ Sowohl über pro familia als auch Rosa Strippe liegen hierzu keine auswertbaren Daten über die Leistungsdokumentation vor.

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die soziodemografischen Merkmale der Klient*innen in Psychotherapie bzw. psychotherapeutischer Beratung differenziert danach, welchen Psychotherapeuten (KV-PT oder DAS-PT) sie besucht haben:

Tab. 22 : Klient*innen in Psychotherapie im WIR

	TN in Psychotherapie im WIR (in %)		TN insgesamt (N = 3.261 bis N = 3.518)
	TN in KV-PT (n = 66 bis n= 76)	TN in DAS-PT (n = 40 bis n = 50)	
Geschlecht: weiblich	12,0	18,0	27,7
Alter (Mittelwert)	47,2 J.	41,1 J.	36,3 J.
MSM	79,7	75,5	39,3
Migrationshintergrund	25,7	28,0	29,2
keine Krankenversicherung	0,0	0,0	0,2
Single	40,5	40,8	44,9
zurückliegende STI (ohne HIV)	77,5	70,5	36,3
HIV-Patient*innen	92,1	78,0	23,5
Partner*in hat HIV	2,9	4,3	1,8
Risikosituation lag vor *	58,2	57,8	64,8
Substanzkonsum beim Sex	33,8	33,3	41,3
Chemsex	20,6	19,0	6,1
Anzahl der Sexualkontakte (Mittelwert)	7,5	7,2	4,9
PrEP-Nutzer	0,0	4,0	125
Gesundheitszustand (sehr) unzufrieden	39,2	23,4	10,8
Lebensqualität (sehr) schlecht	27,4	21,3	4,4

Unter allen psychotherapeutisch Betreuten waren überdurchschnittlich viele MSM sowie überdurchschnittlich viele HIV-Patient*innen. Beide Beratungsangebote erreichen eine ähnliche Klientel. Die HIV-Patient*innen sind erwartungsgemäß eher über das KV-System an Psychotherapie angebunden. Auch schätzt diese Klientel ihren subjektiven Gesundheitszustand sowie ihre Lebensqualität schlechter ein und ist älter als diejenigen, die durch die die DAS PT betreut werden.

4.3.2.5 Einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit im WIR und Vernetzung mit externen Stellen

Ziel der Arbeit des WIR ist es, allen Nutzer*innen individuell bedarfsgerecht zusammengestellte Angebote zu machen. Das erfordert zum einen einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit von WIR-Akteuren und zum anderen das Hinzuziehen von Angeboten und Leistungen externer Versorgungsbeteiligter.

Da die WIR-Akteure weiterhin selbstständige Einrichtungen/Organisationen sind, sind fallbezogener Austausch und Zusammenarbeit nur mit Einverständnis der Klientel möglich. Gleich zu Beginn wurde deshalb ein Datenschutzkonzept mit Schweigepflichtsbindung erarbeitet und ein Informationssystem dazu. Häufig bringen Patient*innen/Nutzer*innen Daten bzw. ihre Akten von einem Dienst zum nächsten. In der Regel läuft das problemlos, lediglich ab und an monieren Personen diese auf sie kompliziert wirkende Art des Datenaustauschs.

Kurz nach Bezug der neuen Räume wurden für die internen Prozesse mehrere Besprechungsstrukturen etabliert:

- Steuerungsgruppe: alle zwei bis drei Monate, zunächst Besprechung von Führungskräften, später Öffnung für alle interessierten Beschäftigten. Themen: Konzept, Finanzierung, Entwicklungen, gegenseitige Information, ab und an Fortbildung.
- CommCell: alle zwei Wochen mittwochs. Es nehmen die drei im WIR ansässigen Einrichtungen teil, ggf. auch Psychotherapie. Themen: Organisatorisches, Arbeitsplanung, Information zu Studien und zu in der Entwicklung befindlichen Angeboten im WIR, konkrete Veranstaltungsplanung und Nachhalten des internen „Aktionsplans“.
- Überleitungsgremium: abwechselnd mit der CommCell jeden zweiten Mittwoch: Fachkräfte von Ambulanz, Beratungsstelle des Gesundheitsamts und Aidshilfe tauschen sich zu neuen Fälle aus bzw. zu Fällen mit aktuellem Bedarf aus.
- Seit 2019 ergänzen einmal im Monat intensive Fallbesprechungen das Spektrum. Für je zwei Stunden werden Fälle mit psychosozialen Hilfebedarf intensiv besprochen und Handlungsoptionen diskutiert. An den Fallbesprechungen nehmen Ärzt*innen, Health Adviser, Psychotherapie, Aidshilfe und Rosa Strippe teil.
- Austausch findet auch im Rahmen der Fortbildungsangebote für Klient*innen und Fachkräfte statt, wie bspw. über die Let's-Talk-about-Reihe.

Trägerinterne Sitzungen ergänzen das trägerübergreifende Besprechungswesen.

Zudem fanden von August 2017 (Beginn der Evaluation) bis April 2019 zunächst monatlich, dann quartalsweise Projektgruppentreffen statt.

Die Entwicklung kooperativer Beziehungen mit dem St. Elisabeth-Hospital gehört zu den im Zielkatalog beschriebenen Vorhaben. Hierzu wurde kein eigenes Besprechungsforum mit dem Haus aufgesetzt, doch gibt es intensiven Kontakt über vielfältige gemeinsame Behandlungen von Klient*innen. Seit dem Umzug ins WIR sind viele Synergien mit dem St. Elisabeth-Hospital entstanden. Zu nennen ist hier insbesondere die Kooperation mit der Gynäkologie, die bis zur Implementierung einer eigenen gynäkologischen Sprechstunde im WIR zwei Stunden/Woche Sprechzeit für nicht krankenversicherte Frauen anbot. Zudem können Krankenhaus und Ambulanz bzw. betreuende NGO bei der Behandlung/Betreuung von schwerer erkrankten und stationär behandlungsbedürftigen Klient*innen unkompliziert mit der Klinik kommunizieren, Patient*innenbesuche sind unaufwendig möglich und Absprachen einfach.

Über das WIR bzw. den Bereich des kath. Klinikums hinaus reichen weitere Foren:

- Einmal im Quartal findet im Café „enJoy the place“ ein Qualitätszirkel für HIV, STI, Hepatitis und Infektiologie für niedergelassene Ärzt*innen aus Bochum und dem Ruhrgebiet sowie für Mitarbeitende des WIR und der Klinik statt.
- Seit 2011 wird in jedem Januar der Fachtag zu „HIV, Sexualität und Psyche“ durchgeführt, der primär von Ambulanz und Aidshilfe organisiert wird und bei dem auch

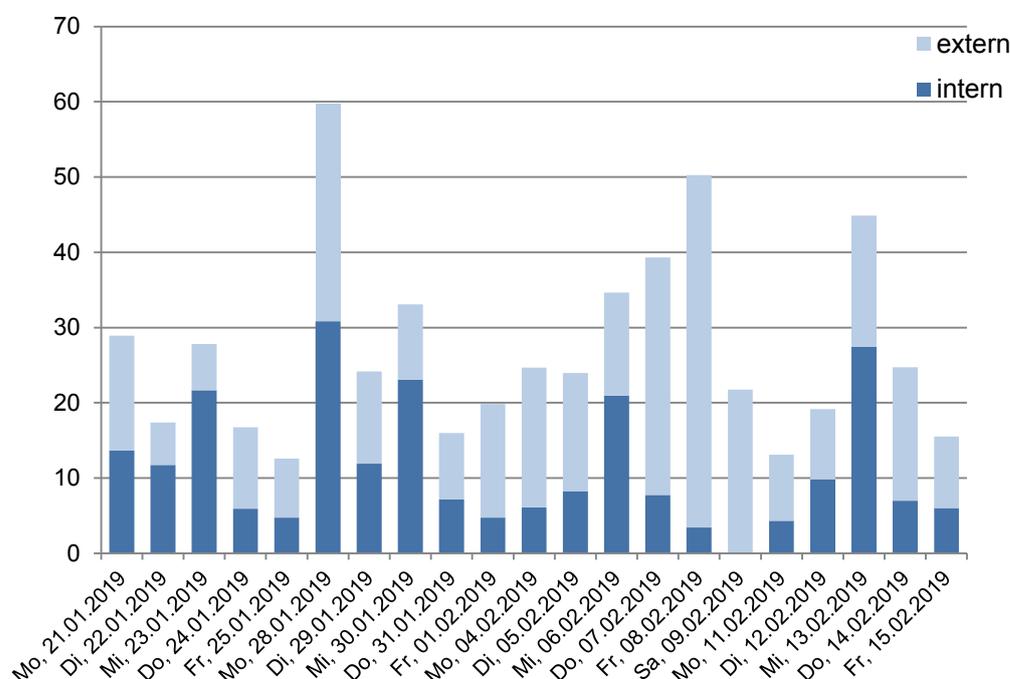
weitere Akteure des WIR eingebunden werden. Der Fachtag richtet sich an Versorgungsbeteiligte aus dem gesamten Ruhrgebiet, NRW und darüber hinaus.

- Das WIR arbeitet in verschiedenen stadtweiten Arbeitskreisen mit, bspw. im AK Sexuelle Gesundheit, am Runden Tisch zu HPV-Impfung sowie im PLUS-Projekt Bochum zur Versorgung von Hepatitis-C-erkrankten Drogengebrauchenden (bisher wurden nach Angaben der Ambulanz 64 Patient*innen behandelt). Das WIR übernimmt Aufgaben im Rahmen der anonymen Spurensicherung von Opfern sexueller Gewalt und engagiert sich für Kinderschutz.
- Die Ärzt*innen des WIR sind zudem im Austausch mit niedergelassenen Kolleg*innen über dermatologische Gremien und solche von Kinderärzt*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen sowie die KV, über die Fachgesellschaften und die DSTIG (deren Präsident Prof. Brockmeyer ist) etc. Die Aidshilfe ist NRW-weit gut vernetzt über die Aidshilfe NRW, deren Vorstand Arne Kayser ist. Ebenso sind Madonna, pro familia und Rosa Strippe in landes- und bundesweiten Austauschforen beteiligt. Das Gesundheitsamt arbeitet im landesweiten AK des Aids-Koordinator*innen mit, in dem bspw. Standards für Test und Beratung erarbeitet wurden (gerade in Aktualisierung).

Fallübergreifende Kooperation

Im Rahmen der Evaluation wurden fallübergreifende Tätigkeiten, darunter Kooperation, zweimal je vier Wochen lang erhoben, so auch im Zeitraum vom 21.01.2019 bis zum 15.02.2019. 27 Mitarbeitende dokumentierten in dieser Zeit 236 Stunden einrichtungsübergreifende interne und 332 Stunden externe Zusammenarbeit (vgl. Abb. 26).

Abb. 26: Fallübergreifende Kooperation im WIR – nach Kooperationspartner interne Einrichtung und externe Stelle (n = 27 Fachkräfte, Angaben in Stunden gesamt)



An jedem der 20 Werktage und an einem Samstag (09.02.2019) wurden insgesamt zwischen 16 und 60 Stunden bzw. im Mittel einer halben Stunde und zwei Stunden je Mitar-

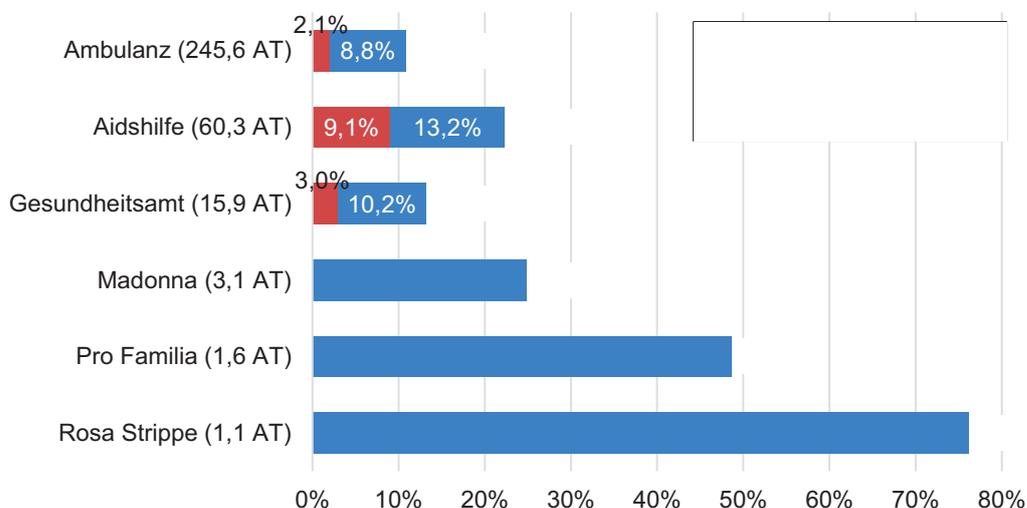
beitenden und Tag einrichtungsübergreifend mit WIR-Kolleg*innen und/oder mit Einrichtungen außerhalb des WIR zusammengearbeitet.

Wie die Auswertung zeigt, kommt der externen Zusammenarbeit durchgehend eine hohe Bedeutung zu, an den meisten Tagen übersteigt ihr Volumen das der internen Zusammenarbeit. Das hängt damit zusammen, dass externe Kooperationen vielfach deutlich länger dauern, wie bspw. die Teilnahme an Arbeitskreisen oder Gremien, Öffentlichkeitsarbeit, Vorstellungen des WIR in anderen Settings etc. Interne Zusammenarbeit umfasst dagegen auch eine Reihe kurzer Absprachen, schnellen Austauschs usw., die mit weniger Zeitbedarf einhergehen.

Einrichtungsübergreifende Kooperation

Um sich dem Thema interne, aber einrichtungsübergreifende Kooperation zu nähern, wird im Folgenden die integrierte Auswertung zu fallbezogenen Leistungen und übergreifenden Tätigkeiten betrachtet, die im Kap. zuvor (Kap. 4.3.2) vorgestellt wurde. Hier wurde auch erfasst, ob Leistungen oder Tätigkeiten gemeinsam mit anderen Akteuren im WIR erbracht wurden. Dabei handelte es sich um fallbezogene Abstimmungen, Fallbesprechungen, Übergaben u. ä. Zudem wurden so auch alle Formen von Dienstbesprechungen, CommCell, studienbezogene Absprachen und gemeinsame Fortbildungen, Info- oder Präventionsveranstaltungen abgebildet. Das Ergebnis dieser Analyse zeigt Abb. 27:

Abb. 27: Dokumentierte mit anderen WIR-Akteuren gemeinsam erbrachte Leistungen und Tätigkeiten aller WIR-Einrichtungen nach Einrichtung in Prozent der dokumentierten Arbeitszeit (T-Dok und L-Dok; 32 Mitarbeitende, n = 5.684 Einträge; 2.620,2 Stunden)



Die Abbildung verdeutlicht erneut den Stellenwert fallübergreifender Tätigkeiten im Rahmen der WIR-Arbeit: Die Ambulanz dokumentierte für 2,1 % ihrer klient*innenbezogenen und 8,8 % der fallübergreifenden Arbeitszeit (insgesamt 10,9 %), dass hier Leistungen gemeinsam mit anderen WIR-Einrichtungen erbracht wurden. Dem ähnlich in Anteil und Ausprägung zeigt sich das Kooperationsgeschehen der Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts. Bei der Aidshilfe entfällt mit 22,3 % ihrer Zeit hingegen ein deutlich größerer Anteil auf gemeinsam mit anderen WIR-Akteuren erbrachte Leistungen, darunter 9,1 % fallbezogene Leistungen und 13,2 % fallübergreifende Tätigkeiten. Detailanalysen zeigen, dass Beratung/Sozialarbeit und Health

Adviser die am relativ häufigsten fallbezogen gemeinsame Leistungserbringung dokumentiert haben.

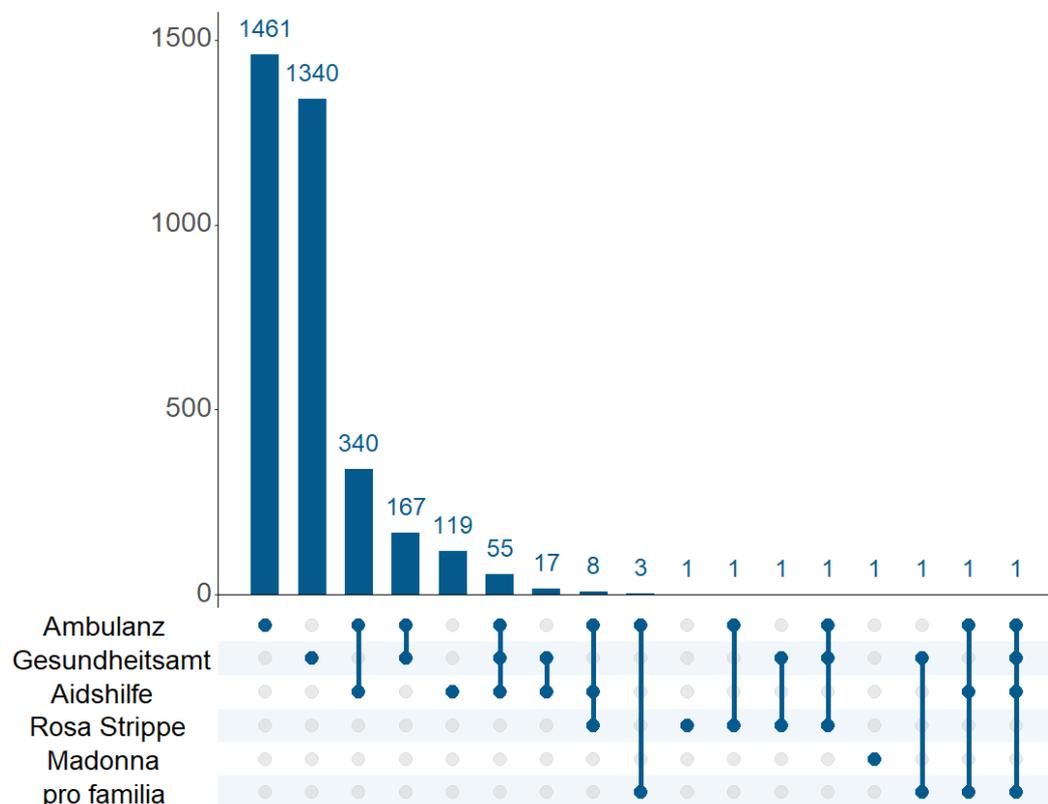
Die übrigen Akteure dokumentierten ausschließlich fallübergreifende Leistungen in Kooperation mit anderen WIR-Akteuren. Diese Werte sind auch dem geschuldet, dass diese Einrichtungen so gut wie keine fallbezogenen Leistungsdokumentationen eingebracht haben, die Zusammenarbeit bezieht sich vor allem auf konzeptionelle und organisatorische Aspekte.

Fallbezogene Zusammenarbeit innerhalb des WIR

Schon die oben vorgestellten Auswertungen verwiesen auf die große Bedeutung, die der kollegialen Zusammenarbeit im WIR zukommt. Deshalb soll nun betrachtet werden, welcher Stellenwert fallbezogener Zusammenarbeit zukommt. Einleitend ist dafür zu betrachten, wie viele Klient*innen Hilfe von mehreren Stellen im WIR nachfragen bzw. erhalten. Und welche weiteren Erkenntnisse dazu vorliegen.

Mit 83 % nutzen die allermeisten Klient*innen im WIR im betrachteten Zeitraum lediglich eine Einrichtung, am häufigsten Ambulanz (n = 1.461) und Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts (n = 1.340). Die übrigen 17 % aller Klient*innen nutzten mehr als eine WIR-Einrichtung: 5 % dieser Klient*innen nutzten zwei und 2 % drei WIR-Einrichtungen. Die folgende Abbildung zeigt, welche Kombinationen von zwei oder drei Einrichtungen in welcher Anzahl vorkamen:

Abb. 28: Inanspruchnahme von WIR-Einrichtungen (gesamter Zeitraum, N = 3.518)



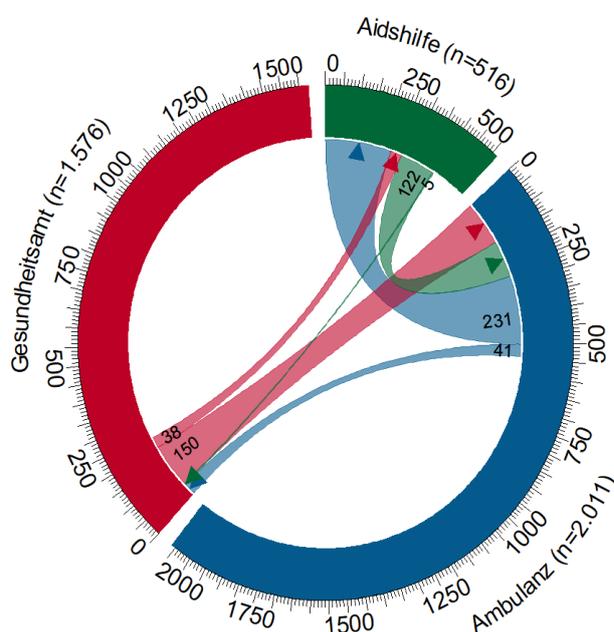
Wie die Abbildung zeigt, entfiel der größte Anteil von Einrichtungskombinationen auf die Nutzung von Ambulanz und Aidshilfe (n = 340). Am zweithäufigsten kam es zu Nut-

zungen von Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts und Ambulanz (n = 167).

In Einzelfällen kam es auch zu Verweisungen in Richtung der übrigen WIR-Akteure, doch wurden hier nur wenige Fälle dokumentiert. Gleichermäßen verhält es sich mit den Klientinnen von Madonna: Laut Aussagen der Fachkräfte von Madonna und Ambulanz wurden im Evaluationszeitraum mindestens 70 Frauen von Madonna ins Zentrum gebracht und – meist in der Ambulanz – medizinisch untersucht bzw. behandelt. Leider fehlt dazu nahezu immer eine Dokumentation.

Die folgende Abbildung verdeutlicht, von wo nach wo Klient*innenbewegung stattfand und zeigt jeweils die Bewegung von der zuerst genutzten Einrichtung zur im Anschluss oder dann zusätzlich genutzten Einrichtung im WIR:

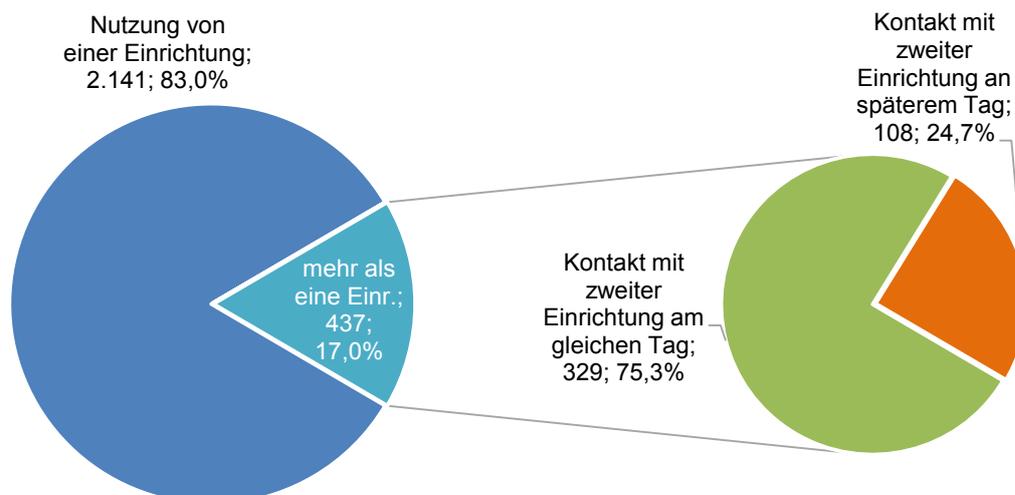
Abb. 29: Wege von erster genutzter Einrichtung zu zweiter genutzter Einrichtung (gesamter Zeitraum, N = 3.518)



Wie die Abbildung zeigt, fanden die größten Bewegungen von der Ambulanz zur Aidshilfe und vom Gesundheitsamt zur Ambulanz statt. In 231 Ambulanzfällen kam im zweiten Schritt die Aidshilfe hinzu, in 122 war der Weg umgekehrt. Hier ging es bspw. um PrEP-Beratung oder um Adhärenzförderung. Bei den 150 Fällen, die nach der Testung im Gesundheitsamt die Ambulanz nutzten, ging es vor allem um die Behandlung festgestellter STI oder um die Abklärung auffälliger Symptome. Umgekehrt nutzten auch 41 Klient*innen erst im zweiten Schritt die Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts. Hier hat die Ambulanz vermutlich die kostenlosen Testmöglichkeiten vermittelt, bspw. für nicht krankenversicherte Personen oder solche, die einen anonymen Test wünschten. 38 Klient*innen gingen vom Gesundheitsamt zur Aidshilfe, bspw. um dort psychosoziale oder sozialrechtliche Beratung in der Folge eines positiven Testergebnissen einzuholen.

Aus Erfahrung in vielen Feldern ist bekannt, dass Vermittlungen und Einrichtungswchsel meist mit großen Verlusten einhergehen. Vielfach kommen Klient*innen nicht oder nicht zeitnah bei der vermittelten Stelle an. Deshalb wurde geprüft, wie schnell die Vermittlung/Hinzuziehung der zweiten Einrichtung gelang.

Abb. 30: Nutzung von mehr als einer Einrichtung im WIR und Dauer bis zur zweiten Einrichtung (im Jahr 2018, n = 2.578)



Bei drei Viertel aller Fälle, die mehr als eine Einrichtung nutzten, fanden Wechsel zur bzw. Hinzuziehung der zweiten Einrichtung noch am gleichen Tag statt. Dieses Ergebnis belegt, wie einfach es für Fachkräfte und Klientel ist, nur ein, zwei Türen weiter zu gehen und nicht erst woanders anrufen zu müssen, einen Termin zu vereinbaren und einen neuen Weg auf sich zu nehmen. Das Zentrumsetting mit der unmittelbaren Nähe der Akteure (zumindest von drei Einrichtungen), gepaart mit einer großen Bereitschaft aller Akteure, zugewiesene Klient*innen auch sogleich anzunehmen, zeigt sich hier als Erfolgsfaktor.

Ergänzend konnte eine weitere Prüfung zeigen, dass auch die Hälfte der Personen mit positivem STI-Test in der Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts schnell zur Behandlung in die Ambulanz überwiesen werden konnten: Bei 29,3 % beginnt die Behandlung am gleichen Tag, bei weiteren 18,7 % binnen einer Woche. Von der übrigen Hälfte ist nicht bekannt, ob und wo (z. B. bei niedergelassenen Ärzt*innen) sie sich behandeln lassen. Nach Ansicht der Fachkräfte der Teststellen im WIR und der Ambulanz bietet die räumliche Nähe Vorteile für die schnelle Überleitung in Behandlung. Tatsächlich gehört der Transfer von Test zu Behandlung zu den vieldiskutierten Punkten in der Fachwelt. Doch da dazu keine Vergleichsdaten vorliegen, fehlt eine valide Grundlage für die Einordnung dieses Ergebnisses im WIR.

Der Bedarf nach Kooperation stieg mit der Belastung der Klientel an. So waren die Klient*innen, die Unterstützung mehrerer WIR-Akteure nutzten, im Mittel etwas älter, öfter MSM, hatten öfter nur wenig Schulbildung, hatten – auf insgesamt niedrigem Niveau – doppelt so häufig keine Krankenversicherung und kamen aufgrund ihrer breiteren Problemkonstellationen deutlich öfter auf der Suche nach Beratung ins WIR (Patient*innen ohne Krankenversicherung, spät diagnostizierte HIV-Infizierte, Sexarbeiter*innen und Migrant*innen aus Subsahara Afrika).

Als Teilgruppe mit der meisten Kooperation imponieren jedoch PrEP-User (einrichtungsübergreifende Kooperation bei 78 %). Auch wenn es schon vor Einführung der PrEP Personen gab, die sich die Medikation aus anderen Ländern bestellten, so beginnen Beratung und Verschreibung ja gerade erst und der zugehörige Pfad sieht in dieser Phase umfassende soziale und medizinische Beratung vor. Am wenigsten Kooperation ziehen die vor allem an STI-Tests interessierten Zielgruppen der sexuell sehr aktiven heterosexuellen Personen und junger Klient*innen auf sich.

Die im Kontext von fallbezogener Kooperation am häufigsten dokumentierten Leistungen waren fallbezogener Austausch/Fallbesprechungen, STI-Test sowie PrEP-Beratung. So wurden allein im Jahr 2018 1.026 Fallbesprechungen/-absprachen dokumentiert, mit im Mittel 6 Minuten Dauer. 762 Mal wurde eine Beratung im Zusammenhang mit der Vergabe der PrEP dokumentiert mit einem Zeitaufwand von durchschnittlich 20 Minuten.

Beispiel fallbezogener Kooperation

„Falldokumentation einer gelungenen Zusammenarbeit im WIR: Frühe HIV-Diagnose, psychosoziale Hilfe und schnelle Therapie eines HIV-Patienten im WIR“

Ich berichte über den anonymen Patienten „APFEL“, geb. 1980, MSM.

Letzter negativer HIV-Test bei mir: Februar 2016

Der Patient kam am Dienstag, den 31.05. zu mir ins WIR.

Er berichtete über Fieber (40° C) am vorangegangenen Sonntag in der Nacht ohne andere Krankheitsanzeichen. Ich habe auf Wunsch des Patienten einen HIV-Schnelltest gemacht, das Ergebnis war negativ, zusätzlich auch einen HIV-Labortest.

Ergebnis des HIV-Labortests: Der HIV-Suchtest im Labor war reaktiv, der Bestätigungstest jedoch negativ, keine einzige Antikörperbande war positiv. In diesem Fall macht Labor Krone eine HIV PCR (Virusnachweis).

Die HIV PCR war positiv, die Zahl der Viruskopien pro ml betrug > 1.000.000

Ich habe den Patienten für das Ergebnis ins WIR bestellt. Er kam am Mittwoch, den 08.06.2016 und war sehr unruhig. Er mache gerade eine Ausbildung in der Altenpflege und müsse regelmäßig zur Untersuchung zum Betriebsarzt. Er habe große Angst, dass er wegen der HIV-Infektion seine Ausbildung abbrechen müsse und wünsche, jemand von der Aidshilfe zu sprechen. Er brauche sozialrechtliche Informationen und wolle auch gern einen Gesprächspartner zur psychosozialen Unterstützung haben.

Ich habe für denselben Vormittag einen Gesprächstermin mit dem Health Adviser und einer Mitarbeiterin der Aidshilfe vereinbart. Früh morgens um 7.30 Uhr traf ich Herrn Brockmeyer auf dem Flur und fragte ihn, ob dieser Patient ein Fall für eine Frühtherapie sei. Bei der Frühtherapie besteht die Hoffnung auf die sog. „Funktionelle Heilung“ (es gibt ein paar dokumentierte Fälle), bei denen die Patienten nach 3 – 5 Jahren die Behandlung absetzen können und der Körper die HIV-Infektion selbstständig (zumindest über einen längeren Zeitraum) ohne Medikamente kontrollieren kann. Vermuteter Infektionszeitpunkt bei dem Patienten: 20.05.2016.

Ich konnte mit Herrn Brockmeyer vereinbaren, dass er dazu kommt, wenn der Patient zu mir käme. Für eine halbe Stunde später konnte ich mit den Mitarbeitern der Aidshilfe einen Termin vereinbaren. Gleichzeitig konnte ich auch noch die Ärztin (Vertretung von Frau Dr. Potthoff) zu einem ungeplanten Zwischentermin für diesen Patienten gewinnen.

So konnte der Patient an diesem Vormittag ohne Voranmeldung mit fünf Experten im WIR sprechen: Mit Herrn Brockmeyer und Frau Dr. Kern als med. Experten, dem Health Adviser, der Mitarbeiterin der Aidshilfe und mit mir.

Es wurde noch am selben Tag eine Frühtherapie eingeleitet, was der Patient begrüßte und was ihn sehr erleichterte. Insgesamt verbrachte er ca. 2,5 Stunden im WIR. Alle Fragen wurden zur Zufriedenheit beantwortet und der Patient wirkte am Ende beruhigt.

Zwischendurch kam der Patient dann auch wieder zu mir und ich habe mit seiner Zustimmung noch einen Schnelltest durchgeführt, um zu sehen, ob dieser inzwischen eine Infektion anzeigen kann. Der Schnelltest wurde dann auch (18 Tage nach der Infektion) im Antikörper positiv.

In diesem besonderen Fall, der natürlich nicht alltäglich ist, konnten wir eine optimale psychologische und medizinische Versorgung aufgrund des Zusammenschlusses im WIR herstellen. Das wäre ohne die räumliche Einheit so nicht möglich gewesen. Kurze persönliche Gespräche und Vereinbarungen von Tür zu Tür sind telefonischen Absprachen (auch bei Erreichbarkeit) doch deutlich überlegen.“

Janet Wach, 09.06.2016

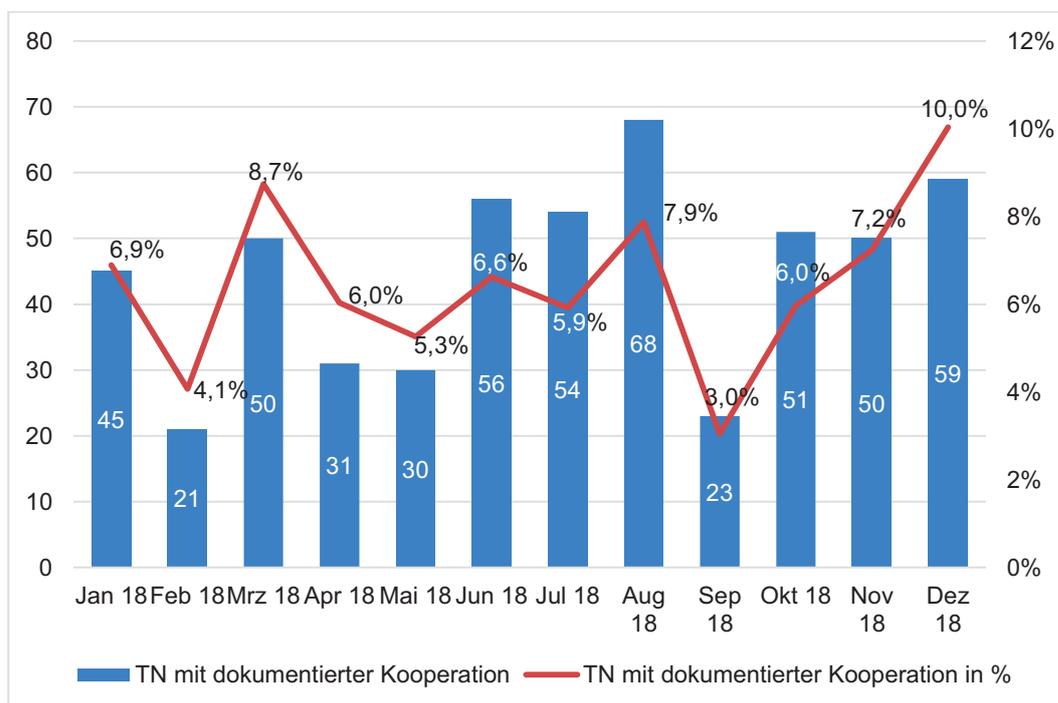
Entwicklung der kooperativen Betreuung

Wie entwickelte sich die kooperative Betreuung von Klientel im WIR? Unter „Kooperation“ wird hier gefasst, wenn Verweise/Vermittlungen zu anderen Einrichtungen erfolgten oder wenn es fallbezogen Absprachen oder Austausch gab.

Im Jahr 2018 dokumentierten die Beschäftigten im WIR für 599 Klient*innen einrichtungsübergreifende Kooperation (23,2 %), mit 18 % am meisten zwischen WIR-Einrichtungen²⁸.

Die Kooperation entwickelte sich im Verlauf der Evaluation, wie Abb. 31 zeigt:

Abb. 31: Entwicklung fallbezogener Kooperation: Anzahl und Anteil der versorgten Klient*innen mit mindestens einer dokumentierten gemeinsam erbrachten Leistung pro Monat (Jahr 2018, n = 2.587)

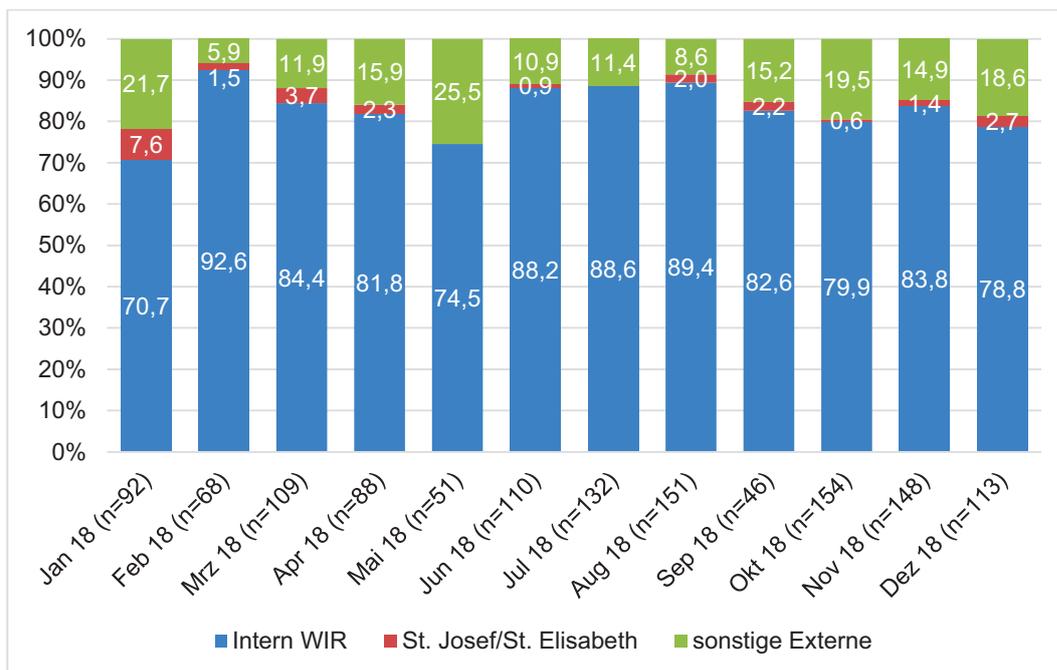


Die einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit zeigte im Verlauf der Evaluation Schwankungen, stieg insgesamt und insbesondere in den letzten betrachteten Monaten deutlich an auf 10 % aller im Dezember im WIR betreuter Fälle.

Um was ging es dabei? Im Rahmen der Dokumentation wurde unterschieden nach fallbezogener Kommunikation, Absprachen, Austausch und nach Vermittlung/Überweisung von Klient*innen. Die Ergebnisse dazu zeigen die folgenden Abbildungen:

²⁸ Die Zahl unterscheidet sich von den oben berichteten 17 % Fälle mit Nutzung von mehr als einer WIR-Einrichtung, weil zuvor die Fälle mit tatsächlich dokumentierten fallbezogenen Leistungen von mind. zwei Einrichtungen einbezogen wurden, während hier die Verweise laut L-Dok ausgewertet wurden (unabhängig davon, ob der/die Klient*in tatsächlich in der anderen Einrichtung ankommt).

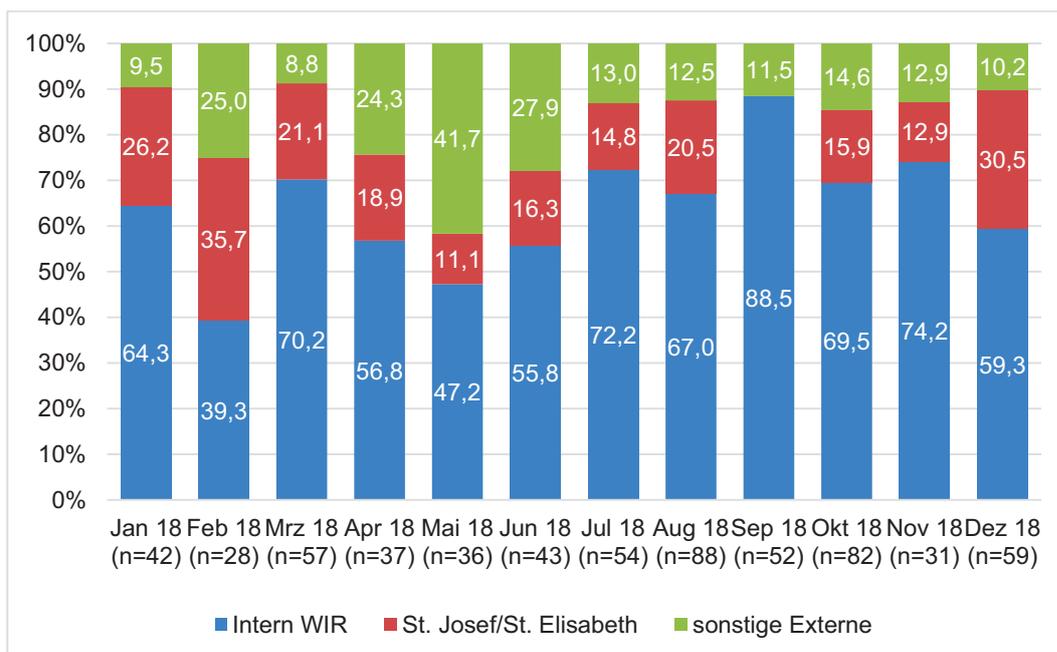
Abb. 32: Fallbezogener Austausch nach Art der kooperierenden Einrichtung (Jahr 2018, Angaben in Prozent pro Monat, Gesamt N = 2.587)



Die Abbildung zeigt deutlich, dass fallbezogener Austausch sich weit überwiegend innerhalb des WIR abspielte und am wenigsten mit den zum Träger gehörenden Kliniken St. Josef und St. Elisabeth. Gleichwohl zeigen die Ergebnisse der Erstbefragung der Klientel, dass von den 221 Klient*innen, die im gesamten Evaluationszeitraum über Kliniken ins WIR fanden, 146 über das St. Josef-Hospital und acht Personen über das St. Elisabeth-Hospital kamen (zusammen rund 4 % aller Klient*innen).

Das Ergebnis zu Vermittlungen/Überweisungen zeigt ein anderes Bild:

Abb. 33: Entwicklung von Vermittlungen (im Jahr 2018, Angaben in Prozent pro Monat, Gesamt N = 2.587)



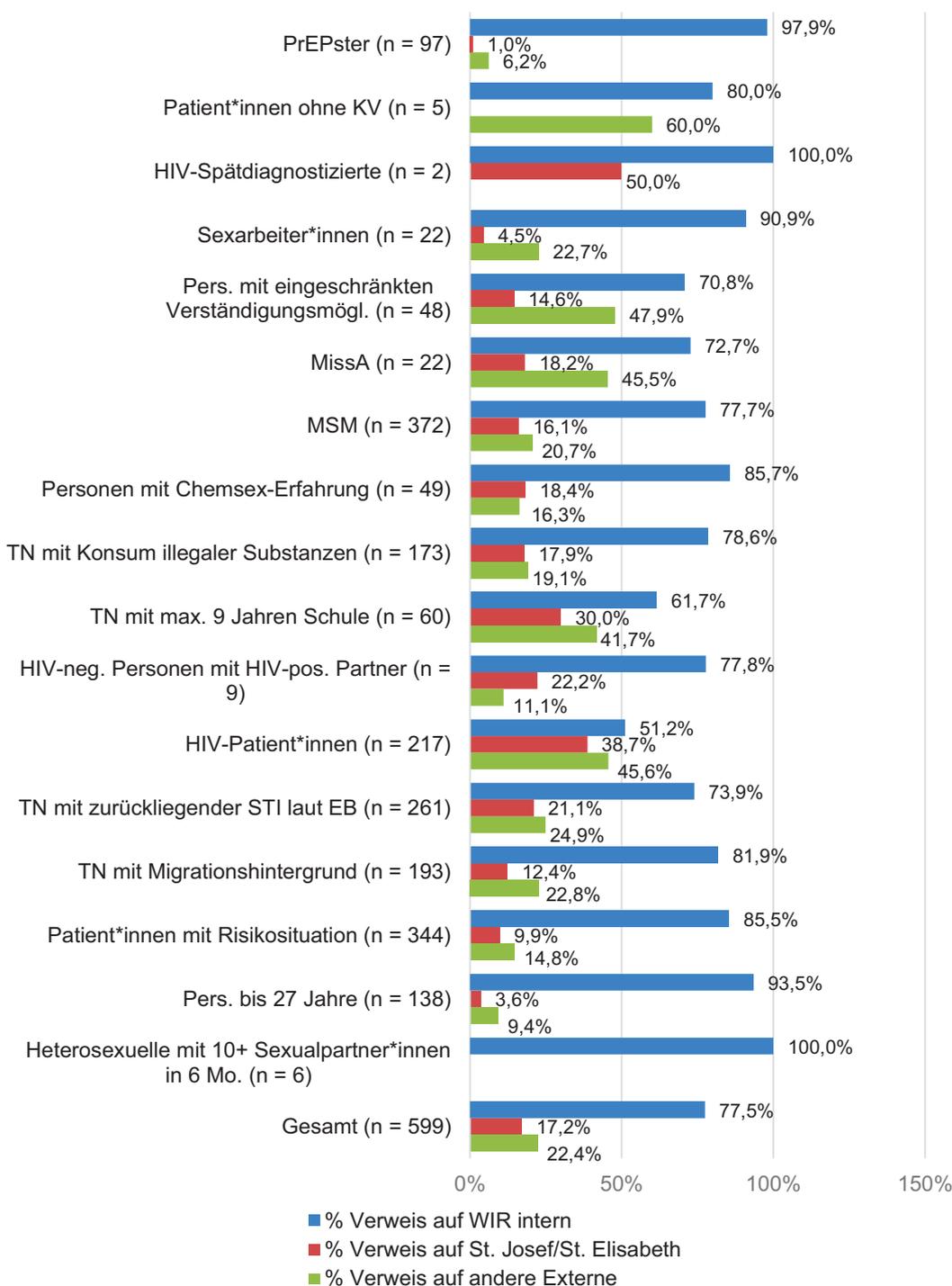
Wenn auch mit mehr Schwankungen, zeigt auch diese Auswertung, dass Vermittlung vor allem innerhalb des WIR stattfindet, doch kommt hier externen Kooperationspartnern und hier vor allem den katholischen Kliniken Bochum deutlich mehr Bedeutung zu. Gerade an die Kliniken wurden Klient*innen überwiesen, wenn sie stationären Behandlungsbedarf hatten oder ergänzende Diagnostik notwendig war. Im Jahr 2018 wurde für 103 Personen (4 %) eine Überweisung an die trägerinternen Hospitäler St. Josef und St. Elisabeth dokumentiert, am häufigsten handelte es sich um HIV-Infizierte, insbesondere spät diagnostizierte HIV-Patient*innen.

Zudem waren noch weitere Hilfen notwendig, bspw. andere/weitere medizinische Versorgung oder soziale Unterstützungen, wie z. B. Schuldnerberatung, betreutes Wohnen oder suchtbezogene Hilfen. 134 Personen (5,2 %) wurden ergänzend oder zur Weiterbehandlung/-betreuung an externe Stellen verwiesen. Dabei handelte es sich tatsächlich am häufigsten um andere Fachärzt*innen (n = 69), andere Kliniken (n = 25) oder externe Psycholog*innen oder Psychotherapeut*innen (n = 23). An Beratungsstellen wurden 17 Klient*innen verwiesen, darunter fünf an Suchtberatungsstellen. Angesichts der Fallzahlen mit Drogenkonsum und Chemsex erscheint suchtbezogene Hilfe durchaus öfter angezeigt. Allerdings ist Suchthilfe meist nicht auf diese Klientel eingestellt, das Angebot trifft nicht den spezifischen Bedarf. Seitens des WIR wurde Kontakt zur örtlichen Drogenhilfe aufgebaut, man kooperiert in einem Hepatitis-C-bezogenen Projekt (PLUS-Projekt) miteinander und will nun in Kooperation mit Drogenhilfe spezifische Angebote entwickeln. Zudem können Menschen mit suchtbezogenen Problemen im WIR Psychotherapie erhalten.

Weniger i. S. von Vermittlung, doch von Kooperation erwiesen sich gesetzliche Betreuungspersonen relevante Instanzen. Unter den externen Stellen wurden mit ihnen am häufigsten fallbezogener Austausch dokumentiert.

Eine Übersicht über die nach Zielgruppen unterschiedlichen Ausprägungen von Kooperationspartnern zeigt Abb. 34:

Abb. 34: Teilzielgruppen und professioneller Kontakt (Austausch und Vermittlung; Jahr 2018, Angaben in Prozent, Gesamt-N = 599)



Auch diese Übersicht zeigt wieder deutlich, dass die interne Kooperation durchweg über alle Teilzielgruppen die am stärksten ausgeprägte Kooperation darstellte, aber auch, dass fallbezogene Kooperation je nach Teilzielgruppe anders akzentuiert war: Fast ausschließlich WIR-interne Kooperationen entfielen auf PrEP-User, hier ging es um die Umsetzung

des PrEP-Versorgungspfads. Auch bei heterosexuellen Personen mit vielen Sexualpartner*innen sowie jungen Klient*innen ging es meist um interne Kooperation, i. d. R. zwischen der Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts und der Ambulanz.

Die katholischen Kliniken hatten am meisten Bedeutung für die Behandlung von HIV-Patient*innen, insbesondere von Spätdiagnostizierten.

Externe Versorgungsbeteiligte wurden vorrangig bei Patient*innen ohne Krankenversicherung und solche mit eingeschränkten Verständigungsmöglichkeiten, insbesondere Migrant*innen aus Subsahara-Afrika sowie für bildungsferne Klientel und HIV-Patient*innen herangezogen bzw. die Klientel dorthin vermittelt. Seit Herbst 2018 wird im Rahmen des PLUS-Projekts mit der Krisenhilfe in Bochum kooperiert, ein Runder Tisches zu Hepatitis C und Suchtproblematik aufgebaut sowie die Versorgung von Hep-C-infizierten Drogengebraucher*innen im WIR gewährleistet.

4.3.3 Evaluation ausgewählter Aspekte

4.3.3.1 Health Advising

Wie oben kurz skizziert, wurden schon 2015 als Ziele formuliert, im Zentrum Health Adviser zu beschäftigen und ein Curriculum dazu zu entwickeln. Dabei wurde Bezug genommen auf die Erfahrungen in anderen Ländern: Health Advising stellt in den USA und in Großbritannien, insbesondere in den dortigen GUM-Ambulanzen eine zentrale Struktur dar. Mit Blick darauf förderte das Land NRW im WIR zunächst die Entwicklung eines Konzepts für Health Advising, die von einem externen Gutachten (Vonderwülbecke, o. J.) unterstützt wurde. Seither unterstützt das Land Health Advising mit Mitteln der Zielgruppenspezifischen Prävention (ZSP) bei der Bochumer Aidshilfe und seit April 2019 auch bei der Ambulanz. Über Pharmamittel konnten zeitweise zwei weitere Teilzeit-Stellen (je 0,75 VZÄ) an der Ambulanz geschaffen werden. Aktuell läuft auch eine 50-%-Stellenförderung Health Adviser durch die Deutsche AIDS-Stiftung, sodass derzeit 1,4 Stellen für Health Advising zur Verfügung stehen.

Die Health-Adviser-Stelle bei der Aidshilfe wurde zwischenzeitlich neu besetzt (mit einem Sozialarbeiter) und ist dem Projekt Herzenslust zugeordnet, fokussiert also auf MSM. In der Ambulanz arbeitet nach einigen Wechseln aktuell eine Erziehungswissenschaftlerin (Schwerpunkt Gender Studies) als Health Adviser. Alle Health Adviser haben das Curriculum Sexuelle Gesundheit durchlaufen, darüber hinaus fand keine eigenständige Fortbildung zu Beratung, Motivationsförderung statt. Doch wurden die Health Adviser durch die erfahrenen Fachkräfte der verschiedenen Einrichtungen kollegial beraten, begleitet und geschult.

Das Aufgabenprofil der Health Adviser im WIR war eingangs noch kaum definiert, zum Start des WIR gab es entsprechend unterschiedliche Auffassungen, was von diesem zu leisten ist. Dabei wurde zunächst unterschieden zwischen „sozialen Health Advisern“ und „medizinischen Health Advisern“ – ohne genauere Präzisierung der Aufgaben und mit durchaus unterschiedlichen Vorstellungen. Im Jahr 2017 wurde von den (damaligen) Health Advisern im Gespräch mit allen Akteuren im WIR ein Curriculum erarbeitet (De Oliveira, Brinkmann & Heinze, 2017). Dieses nimmt explizit Bezug auf Health Adviser im angelsächsischen Raum und versucht, deren Profil auf die Rahmenbedingungen in Deutschland bzw. im WIR anzupassen. Ihre Aufgaben liegen zunächst in der Bedarfsklärung zu Beginn und der dementsprechenden Weiterleitung der Nutzer*innen an medizinische Behandlung, psychosoziale oder psychotherapeutische Hilfe. Die sollen STI-Tests

durchführen und Terminadhärenz fördern. Die Health Adviser sollen zudem das Zusammenarbeiten der beteiligten Partner*innen intensivieren.

Neben der stationären Arbeit im WIR, sollen Health Adviser 30 % ihrer Zeit aufsuchend in Schulen, Szenelokalen und an Schwerpunkttorten, wie „Schlafen am Zug“ (Notschlafstelle für obdachlose Jugendliche in Bochum) tätig sein. Sie sollen mit Kooperationspartner*innen kommunizieren, in Gremien mitarbeiten und so aktiv Vernetzung fördern. Schließlich gehört zu den Aufgaben die fachliche Mitgestaltung der Öffentlichkeitsarbeit des WIR.

Im Rahmen der Evaluation des WIR wurden zunächst Health Advising Konzepte, Aufgabenprofile und Standards (auch zu ihrer Qualifikation) in anderen Ländern recherchiert und eruiert, ob andernorts in Deutschland Health Adviser im Bereich sexueller Gesundheit eingesetzt werden (vgl. Abschlussbericht zu Phase 1 vom Juni 2017). Zudem wurden die Erfahrungen im WIR und die Einschätzungen der Health Adviser selbst erfragt.

Die Health Adviser im WIR verweisen auf die Bedeutung von Kompetenzen und Charaktereigenschaften für die Arbeit: Wichtig seien Offenheit für Menschen und ihre Bedürfnisse, Freude am Kontakt mit Menschen, Erfahrungen mit verschiedenen kulturellen Hintergründen und Altersstufen, Lebensstilakzeptanz, Sensibilität für Hemmschwellen, unangenehme Themen und versteckte Bedarfe sowie Empathie und eine konstruktive Balance zwischen Nähe und Distanz. Darüber hinaus seien hilfreich: Erfahrungen in interdisziplinärem Arbeiten, Kenntnisse zu den Angeboten der Einrichtungen im WIR und zur weiteren Versorgungsstruktur, Lernfähigkeit, Schnittstellenmanagement, Organisationstalent.

Aus Sicht der übrigen Beschäftigten im WIR hat sich das Aufgabenprofil der Health Adviser deutlich geklärt. Die Schwerpunkte sind Erstberatung und -anamnese, Weiterverweisung an die je sinnvollen Instanzen/Angebote im WIR, Sicherung der Behandlungskette sowie aufsuchende (Aufklärungs-)Arbeit. Die neue Funktion ist akzeptiert und wird durchweg als wichtige Ergänzung wahrgenommen und als Entlastung der Ärzt*innen. Bei den Health Advisern ist auch das Recall-System verortet, das die Terminadhärenz erhöhen und verhindern soll, dass Patient*innen verloren gehen. Davon profitieren insbesondere Personen mit komplexeren und psychischen Problemen.

Health Advising in der Evaluation

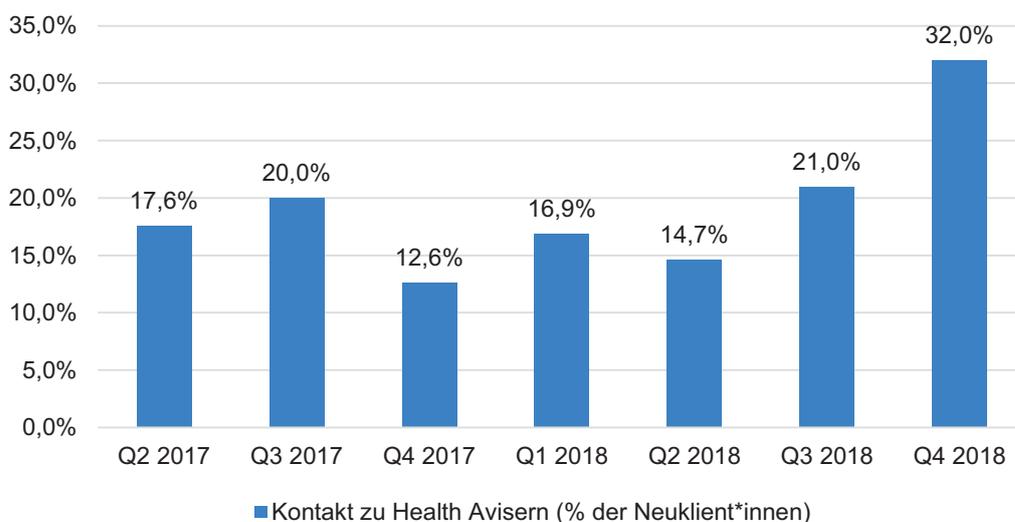
Die Tätigkeit der Health Adviser wurde im Rahmen der Evaluation über die fallbezogene Leistungsdokumentation und zu zwei Stichzeitpunkten über die Dokumentation übergreifender Tätigkeiten erhoben, zudem wurden Interviews mit den Health Advisern durchgeführt. Die Auswertungen werden im Folgenden vorgestellt.

Health Adviser waren über den gesamten Evaluationszeitraum bei knapp 17 % der Klientel in die Betreuung involviert.

Konzeptgemäß sollten Health Adviser insbesondere bei neuen Klient*innen eine Anamnese durchführen und sie dann entsprechend der dabei deutlich gewordenen Bedarfe im Zentrum weiterleiten. Tatsächlich waren Health Adviser lediglich bei 18,9 % aller dokumentierten Neufälle beteiligt, überwiegend als erste Ansprechperson. Diese eher geringe Quote hat auch damit zu tun, dass die Health-Adviser-Kapazitäten zunächst bei einer 0,5-Stelle lagen und es später mehrfach zu Personalfluktuation und zeitweise unbesetzten Health-Adviser-Stellen kam.

Die Einbeziehung von Health Advisern entwickelte sich allerdings über die Zeit (vgl. Abb. 35):

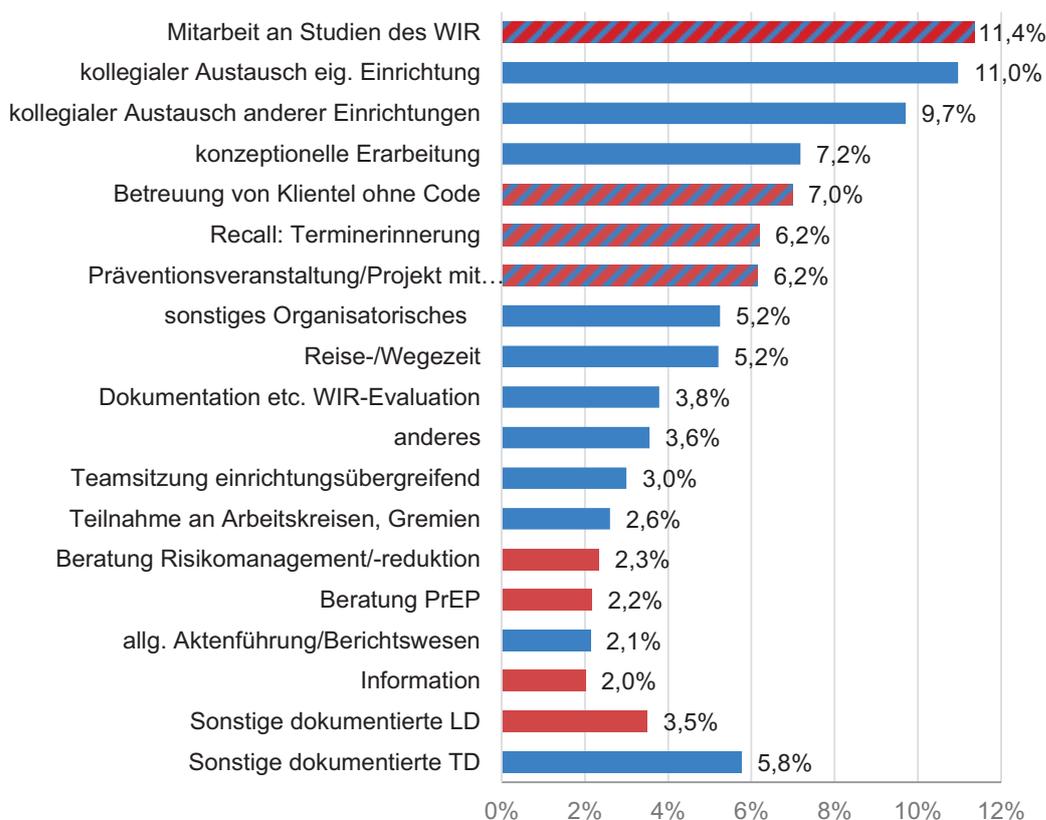
Abb. 35: Entwicklung der Neufälle mit Beteiligung der Health Adviser nach Quartalen (April 2017 – Dezember 2018)



Die Einbeziehung von Health Advisern steigt im Kontext der Erweiterung und der Stabilisierung ihrer Personalkapazität an, vor allem im Jahr 2018: Zuletzt wurden für 32 % aller Neufälle eine Beteiligung von Health Advisern dokumentiert. Ein Blick auf die Zielgruppen, bei denen Health Adviser beteiligt waren, zeigt, dass sie in über der Hälfte der PrEP-Fälle involviert waren, ebenso bei der Hälfte der Fälle mit HIV-Spät Diagnosen, bei zwei Fünftel der Sexarbeiter*innen und einem guten Drittel der HIV-negativen Personen mit einer/einem HIV-infizierte*n Partner*in.

Die Auswertung zu den vier Dokumentationswochen im Januar/Februar 2019 ergeben, dass die Health Adviser mit 70 % der von ihnen dokumentierten Zeit schwerpunktmäßig fallübergreifend eingesetzt waren (zu diesem Zeitpunkt waren zwei Health Adviser im WIR beschäftigt). Im Einzelnen s. Abb. 36:

Abb. 36: Fallbezogene Leistungen (rot, rot-blau) und übergreifende Tätigkeiten (blau) der Health Adviser (Anteil an der dokumentierten Arbeitszeit; 21.01. – 15.02.2019)



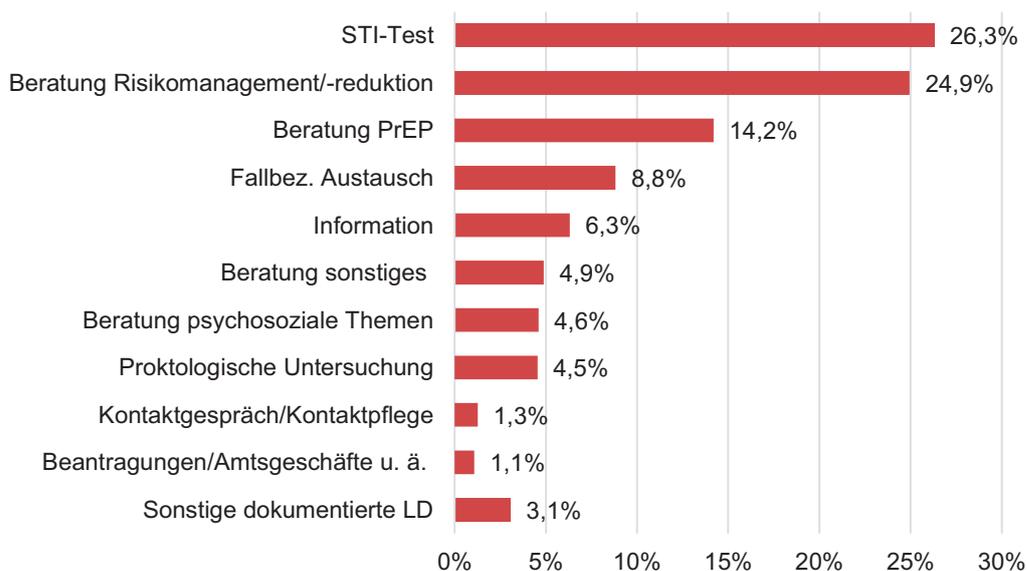
Nach den dokumentierten Daten verwendeten die Health Adviser fast ein Fünftel ihrer Zeit auf kollegialen Austausch mit Kolleg*innen der eigenen Einrichtung und weiteren Beschäftigten im WIR, vielfach auch im Sinne einer kollegialen Beratung und Unterstützung durch erfahrene Fachkräfte. Hinzu kommen 3 % für einrichtungsübergreifende Teamsitzungen im WIR und 2,6 % für die Teilnahme an Gremien- und Arbeitskreistreffen. Mit 11,4 % entfiel der größte Einzelposten auf die Mitarbeit in Studien. Die Health Adviser übernahmen bspw. vielfach Aufgaben im Kontext des Einschlusses von Probanden in die BRAHMS-Studie. 7,2 % fielen für konzeptionelle Arbeiten an.

Fallbezogene Leistungen (insgesamt 30 %) erfassten die Health Adviser vor allem über die Tätigkeitsdokumentation, d. h. für Fälle, die (noch) nicht in die Evaluation eingewilligt hatten. Dies erläuterten die Health Adviser damit, dass sie die Nutzer*innen beim ersten Besuch nicht gleich nach ihrer Einwilligung in die Evaluation fragen wollten.

Der Aufwand für Terminerinnerungsanrufe bei Klient*innen, deren Terminadhärenz mangelhaft war (Recall-System) und für Veranstaltungen mit Zielgruppen (bspw. Präventionsaktionen, Angebote im Café enJoy) lag bei je 6,2 %.

Eine Auswertung der fallbezogenen Leistungsdokumentationen der insgesamt fünf Health Adviser, die im gesamten Jahr 2018 im WIR tätig waren, zeigt die Schwerpunkte ihres fallbezogenen Engagements, vgl. Abb. 37:

Abb. 37: Fallbezogene Leistungen Health Adviser (Jahr 2018, n = 433 Fälle und 264,2 Stunden über L-Dok dokumentierte Leistungen)



Über alle fünf Health Adviser, die im Jahr 2018 fallbezogene Leistungen dokumentiert haben, wurden für 433 Fälle insgesamt gut 264 Stunden Betreuung dokumentiert, im Mittel gut 36 Minuten pro Fall (und durchschnittlich 13 Minuten pro Einzelleistung). Am meisten Raum nahm mit gut einem Viertel der dokumentierten fallbezogen erbrachten Zeit die STI-Testdurchführung und/oder Ergebnisbesprechung ein (26,3 %). Dies hängt damit zusammen, dass die Health Adviser wiederholt die Beratungsstelle des Gesundheitsamts unterstützen und hier insbesondere die Selbstentnahme von Proben begleiten und die Klientel dabei auch berieten. Es folgten Beratung zu Risikomanagement und zu PrEP – sowie weniger intensiv Information und Beratung zu psychosozialen Themen. Beratung zu Partner*innen-Benachrichtigung dokumentierten die Health Adviser im Jahr 2018 26-mal (in der Grafik nicht ausgewiesen).

Für die Mitwirkung an Fallbesprechungen brachten die Health Adviser 8,8 % ihrer fallbezogen dokumentierten Leistungen auf. Nimmt man das oben vorgestellte Ergebnis hinzu, so zeigt sich, dass kollegiale und fallbezogene Kommunikation – durchaus konzeptgemäß – einen großen Stellenwert in der Arbeit der Health Adviser einnehmen.

Eine direkte Weitervermittlung an andere Stellen wurde von ihnen nur sehr selten dokumentiert (im Jahr 2018: 29-mal, in der Grafik nicht ausgewiesen), doch waren sie im gleichen Zeitraum 284-mal an Fallbesprechungen beteiligt und wurden über alle WIR-Akteure hinweg am häufigsten als Partner/Adressat für fallbezogene Absprachen genannt.

*Health Advising aus Nutzer*innensicht*

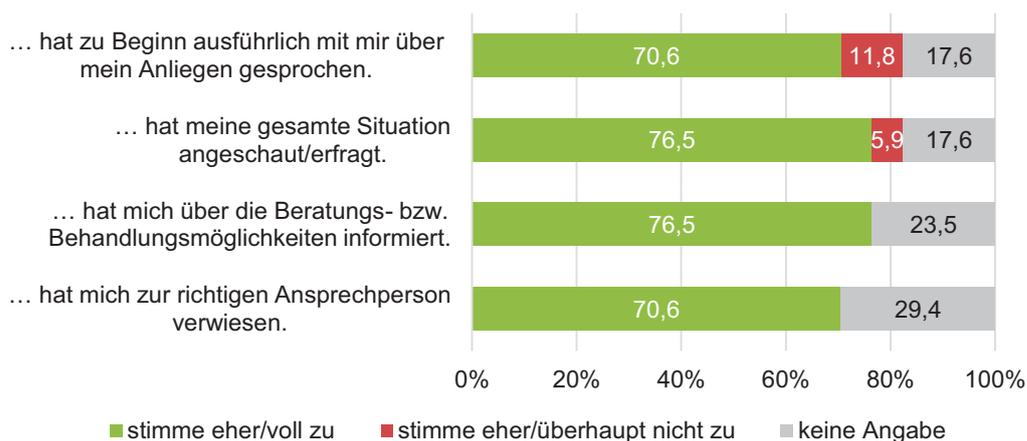
Im Rahmen der Nachbefragung wurden die daran Teilnehmenden u. a. gefragt, ob sie Kontakt mit dem Health Adviser hatten. Diesen Personen wurden dann weitere Fragen zur Umsetzung von Health Advising gestellt. Das Thema wurde auch im Rahmen der qualitativen Interviews angesprochen, doch konnte kein*e Interviewpartner*in etwas zu Health Advising sagen.

Das Ergebnis weist 17 Personen aus, die über Kontakt zum Health Adviser berichteten (4 % der 431 Nachbefragungs-Teilnehmenden). Demnach bestätigten fast alle Befragten,

dass die Health Adviser sie respektvoll behandelt (einmal keine Angabe). Mit einer Ausnahme bestätigten alle Befragten, dass die Anliegen vertraulich und zügig behandelt wurden (einmal keine Zustimmung, zweimal keine Angabe). Informationen waren verständlich und es bestand ausreichend Zeit, alle wichtigen Fragen zu klären (je einmal keine Angaben). 14 der 17 Personen bestätigten zudem, dass sie umfassend beraten wurden, wie STI zu vermeiden sind (eine Ablehnung, zweimal keine Angabe).

Weitere Ergebnisse zeigt die folgende Abbildung:

Abb. 38: Beurteilung der Umsetzung von Health Advising in der Nachbefragung (Angaben in Prozent, n = 17)



Die überwiegende Zahl der Nachbefragten, die zu Health Advising Auskunft geben konnten, bestätigten dass der/die Health Adviser zu Beginn ausführlich das Anliegen geklärt und die Situation des/der Klient*in erfragt hat. Die Health Adviser führen also mehrheitlich konzeptgemäß zu Beginn der Fallarbeit eine umfassende Anamnese durch.

Des Weiteren bestätigte die große Mehrheit der Befragten, dass Health Adviser sie über die Angebote im WIR informiert haben und sie dann zum richtigen Akteur verwiesen wurden.

4.3.3.2 PrEP

Mit der Möglichkeit, PrEP zu verordnen wurde im WIR ein PrEP-Versorgungspfad (s. Anhang, S. 51) definiert. Dieser beinhaltet eine umfängliche Beratung durch die Aids-hilfe (#PrEPstunde) und die medizinische Beratung durch die Ärzt*innen im WIR. Die PrEP darf erst in dem Moment verordnet werden, wenn die Laborergebnisse vorliegen und etwa eine bestehende HIV-Infektion und die für eine PrEP-Medikation ungünstigen Blutwerte ausgeschlossen werden können.

Die Beratung durch die Aidshilfe ist mit einem Zeitumfang von mindestens 45 Minuten angesetzt und beinhaltet:

- Individuelle Risikoreduktionsstrategien in der Vergangenheit und Gegenwart
- Bedeutung des Kondoms für den (schwulen) Mann/für die Beziehung
- Klärung des Wunsches nach kondomfreiem Sex und die Auswirkung auf die individuell gelebte Sexualität

- Einnahmeschemata (u. a. täglich, anlassbezogene PrEP, Urlaubs-PrEP, intermittierende PrEP)
- Erörterung der PrEP Begleitung im WIR und des Zugangs zu Medikamenten (u. a. Verblisterung, Leistungen der Ambulanz)

Im Folgenden sind Follow-Up Termine zur Reflexion der Auswirkungen auf die seelische Sexuelle Gesundheit sowie Compliance Beratung durch die Aidshilfe vorgesehen.

Im Rahmen der Evaluation wurde die Leistung „PrEP-Beratung/Verordnung“ in die Leistungsdokumentation integriert und im Jahr 2018 von den jeweiligen Einrichtungen wie folgt dokumentiert:

Tab. 23: Dokumentierte Leistung im Kontext PrEP im WIR (im Jahr 2018, N = 268)

Beratung/Verschreibung PrEP	N (L-Doks)	Zeit (Std.)	Anteil an Gesamtleistung	Ø Dauer (in Min.)	Pers. mit dieser Leistung
Ambulanz	418	64,7	1,9 %	9,3	174 (10,2 %)
Aidshilfe	283	179,1	22,5 %	38,0	155 (36,6 %)
Beratungsstelle des Gesundheitsamts	61	11,2	2,0 %	11,0	56 (6,1 %)
Gesamt	762	255,0	5,4 %	20,1	268 (10,4 %)

Laut Dokumentation wurden im WIR im Jahr 2018 insgesamt 268 Nutzer*innen mit einer Beratung und/oder Verschreibung zu PrEP erreicht. In der Ambulanz geht man demnach von 174 Patient*innen aus, die Mitarbeitenden der Aidshilfe dokumentierten für 155 Klient*innen PrEP und in der Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts wurden 56 PrEP-Beratungen dokumentiert. Im Schnitt dauerte die Beratung zu PrEP bei der Aidshilfe mit 38 Minuten am längsten. Das entspricht dem Ansinnen im Versorgungspfad, im Rahmen der Sprechstunde genügend Zeit einzuräumen, um die Vielfalt der Themen auch besprechen zu können. Die Mitarbeitenden der Aidshilfe geben im Gespräch an, dass einige PrEP-Interessierte gut vorinformiert waren, sodass die Beratungsgespräche unterschiedlich lang dauerten und schon mal kürzer als 45 Minuten ausfallen konnten.

Über die Ambulanz wurde der wissenschaftlichen Begleitung ein Abgleich der Teilnahmecodes zur Verfügung gestellt, der Auskunft darüber gibt, wer z. B. nach einem Informationsgespräch in den definierten PrEP-Versorgungspfad mündete und eine Verordnung für das Medikament erhielt. Im Jahr 2018 betraf das 125 Nutzer*innen (PrEPster).

Diese 125 Personen mit Teilnahmecode haben im Jahr 2018 die Beratung durch die Aidshilfe (#PrEPstunde) in Anspruch genommen. Im direkten Anschluss erfolgte eine Kontrolle der Laborwerte und eine ärztliche Beratung und Verschreibung der PrEP.

Tab. 24: Vergleich WIR-Klient*innen mit Klient*innen mit einer Leistung im Kontext PrEP im WIR bzw. PrEP-Nutzer*innen nach Zugang (im Jahr 2018, N = 2.578)

Erstkontakt	Klient*innen mit PrEP-bezog. Lstg. (n = 268)	PrEP-Nutzer*innen (n = 125)	WIR-Klientel (n = 2.587)*
Ambulanz	113	65	1.470
Aidshilfe	84	49	211
Gesundheitsamt	71	11	893

* hier enthalten sind Klient*innen der Einrichtungen pro familia (n = 1) sowie Rosa Strippe (n = 3)

Die folgende Tabelle stellt die Klient*innen, die im Jahr 2018 mindestens einmal zu PrEP beraten wurden, den PrEP-Nutzern, die sowohl die Sprechstunde bei der Aidshilfe als auch die ärztliche Beratung in der Ambulanz durchlaufen haben, gegenüber:

Tab. 25: Vergleich WIR-Klient*innen mit Klient*innen mit Leistung PrEP bzw. PrEP-Nutzer*innen nach Soziodemografie (im Jahr 2018, N = 2.578)

Pers. Insgesamt (2018)	Klient*innen mit PrEP-bezog. Lstg. (n = 268)	PrEP-Nutzer*innen (n = 125)	WIR-Klientel (n = 2.578)
Geschlecht: weiblich	2,2 %	0,8 %	25,6 %
Alter (Mittelwert)	35,4	37,7	37,6
MSM	94,4 %	99,2 %	45,1 %
Migrationshintergrund	34,6 %	25,8 %	29,3 %
keine Krankenversicherung	0,4 %	0,0 %	0,3 %
Single	59,9 %	53,2 %	45,6 %
zurückliegende STI (ohne HIV)	49,4 %	54,0 %	40,6 %
HIV-Patient*innen	6,3 %	5,6 %	30,7 %
Partner*in hat HIV	4,6 %	4,8 %	2,0 %
Risikosituation lag vor	76,5 %	77,5 %	61,7 %
Substanzkonsum beim Sex	51,6 %	52,8 %	40,9 %
Chemsex	11,2 %	13,8 %	6,4 %
Anzahl der Sexualkontakte (Mittelwert)	10,7	13,8	4,9

Im Jahr 2018 wurde für 268 Klient*innen mindestens einmal „PrEP-Beratung“ dokumentiert. Bei 125 von ihnen kam es auch zu einer Verordnung des Medikaments durch die Ärzt*innen der Ambulanz. Hinsichtlich einer Differenzierung nach PrEP-Interessierten und PrEP-Nutzer*innen fällt auf, dass sich nur sechs Frauen für die PrEP interessieren und nur eine PrEP dann auch tatsächlich nutzt. Ähnlich verhält es sich bei Personen mit Migrationshintergrund und denjenigen die angeben, keine feste Beziehung zu haben. Der Übergang von interessierten Anfragen und entsprechender Beratung in den Versorgungspfad gestaltet sich je nach Zielgruppe also durchaus heterogen.

Die Evaluation kann an dieser Stelle nur einen ersten Einblick in die ersten Monate der Umsetzung der PrEP-Versorgung geben. Ein am WIR angesiedeltes Promotionsprojekt

geht aktuell u. a. der Frage nach, inwieweit der PrEP-Versorgungspfad genutzt wird und ob die angedachten Kontrolltermine auch eingehalten werden.

4.3.3.3 Partner*innen-Benachrichtigung

Die 2018 veröffentlichte S2k Leitlinie zu Sexuell übertragbaren Infektionen (STI) – Beratung, Diagnostik, die maßgeblich durch die DSTIG und Prof. Brockmeyer erarbeitet wurde, weist der Ermittlung und Benachrichtigung der Sexualpartner*innen einer erkrankten Person eine Schlüsselfunktion zu (AWMF 2018, S. 77ff.). Partner*innen-Benachrichtigung soll demnach vorrangig durch die Index-Patient*in selbst durchgeführt werden, u. U. unterstützt durch (speziell geschulte) Personen des Gesundheitswesens und weiterer Beratungsstellen (z. B. Aidshilfe, STI-Beratungsstellen). Die Leitlinien zu Diagnostik und Therapie der Syphilis (AWMF 2014), der Gonorrhoe (AWMF 2019) und zu Infektionen mit Chlamydia trachomatis (AWMF 2016) sehen (Mit-)Behandlung aktueller bzw. früherer Sexualpartner*innen vor und betonen ebenfalls die Bedeutung der erkrankten Person für die Information ihrer Sexualpartner*innen. Deshalb soll dem Thema in der Beratung besondere Bedeutung zugemessen werden. Das Vorgehen soll empathisch und behutsam sein, aber gleichwohl die Notwendigkeit der Benachrichtigung – auch zur Verminderung eigener Reinfektionen – deutlich vermitteln (AWMF 2019, S. 25).

Demgegenüber beruft die DAH sich auf das Prinzip der Eigenverantwortlichkeit und sieht in den Informationen und Standards der DAH für HIV- und STI-Tests und –Beratung lediglich vor, Raum für Rückfragen zu lassen (DAH, 2017, S. 12). Die Beratung zur Benachrichtigung von Sexualpartner*innen wird nicht behandelt.

Für den öffentlichen Gesundheitsdienst liegen nur für NRW Standards für die Beratung vor. In diesen vom Landesarbeitskreis Aids/STI im Öffentlichen Gesundheitsdienst in NRW erarbeiteten Standards finden sich Hinweise, dass das Angebot der Partner*innenberatung und -untersuchung oder die Aufklärung von Sexualpartner*innen „abhängig von Kenntnisstand, Situation und Informationsbedarf der ratsuchenden Person angesprochen werden“ sollen. (LAG Aids/STI 2015, S. 9 und 11). Damit liegt die hier durchscheinende Position in einem mittleren Bereich.

Auch im WIR finden sich durchaus unterschiedliche Haltungen zu Partner*innen-Benachrichtigung – zwischen den Einrichtungen und innerhalb der Teams (Eigenverantwortlichkeit vs. Aufgabe des Versorgungssystems). Es besteht Einigkeit, dass dieses Thema wichtig ist und hierfür Methoden und Verfahren (weiter-)entwickelt werden sollen. Der Fokus liegt dabei auf Benachrichtigung (im Unterschied zu Erfassung – Notification).

Um die Möglichkeiten von Partner*innen-Benachrichtigung zu erweitern, wurden 2016/2017 im WIR im Ausland vorhandene Angebote und Erfahrungen zu Partner Notification bzw. Benachrichtigung recherchiert und bzgl. ihrer Umsetzbarkeit im WIR geprüft. Man entwickelte dann, in Abstimmung mit der Ethik-Kommission der Ruhr Universität Bochum, ein Tool für Online-Benachrichtigungen. Damit können Menschen mit diagnostizierten Infektionen Sexualkontakte anonym per SMS oder Email benachrichtigen. Das Online-Tool wurde 2017 bei der Ein-Jahres-Feier des WIR vorgestellt. Klient*innen des WIR (mit diagnostizierter STI) können dieses Tool nutzen, sofern sie zuvor vom Personal eine persönliche Zufalls-Zugangszahl (Token) erhalten haben, die nur in einem zeitlich begrenzten Fenster von einer Woche aktivierbar ist (s. Abb. 39).²⁹

²⁹ <https://www.wir-ruhr.de/partner-notification/>

Abb. 39: Partner Notification Karte (Vorder- und Rückseite, Bsp.)



Die Nutzer*innen des WIR werden bei den Tests und den Beratungen sowie über die Screens in den Wartebereichen über das Tool informiert. Die Token werden derzeit vor allem von den Ärzt*innen der Ambulanz und von der Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts ausgegeben. Die wissenschaftliche Begleitung hatte mit Einführung des Tools die Erstbefragung um die Frage ergänzt, ob die Nutzer*innen über eine SMS oder Email darüber informiert wurden, dass bei einem Sexualkontakt eine STI festgestellt wurde. Im Untersuchungszeitraum hatte keiner der Neuaufnahmen diese Frage mit „ja“ beantwortet. Einige wenige (3 %) gaben jedoch an, das WIR aufzusuchen, da sie ein Sexualkontakt persönlich über das Risiko einer Ansteckung mit STI informiert hätte.

Die Verbesserung von Partner*innen-Benachrichtigung wurde als ein zentrales Ziel des WIR im Zielkatalog verankert, im Frühjahr 2019 wurden „Konzeptionelle Überlegungen zu Partner*innen-Benachrichtigung“ vorgelegt (vgl. im Anhang S. 195).

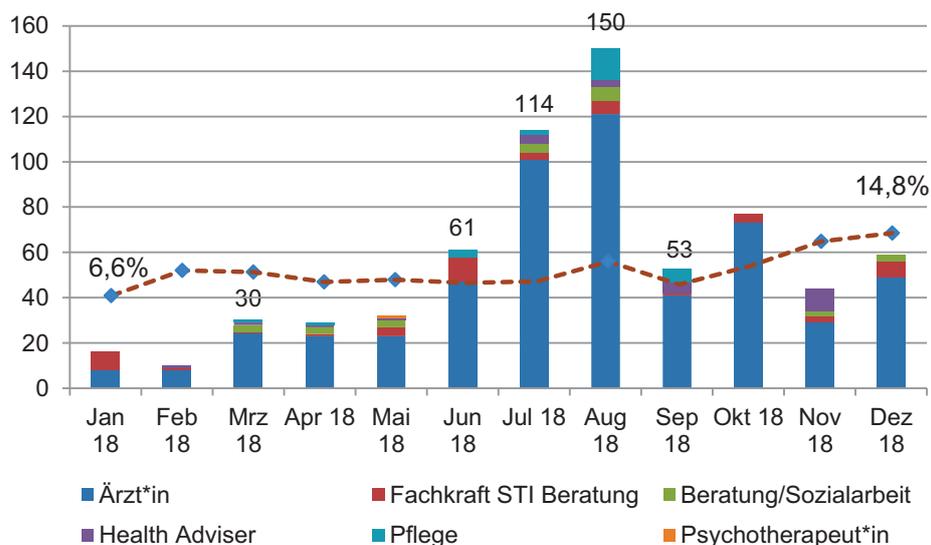
Die Mitarbeitenden des WIR hatten die Möglichkeit „Partner*innen-Benachrichtigung“ zu dokumentieren. Wie bereits weiter oben beschrieben (vgl. Kap. 2.10, wurde das entsprechende Item deutlich seltener notiert als Partner*innen-Benachrichtigung – lt. den Berichten der Fachkräfte – umgesetzt wurde. Bspw. wurde nach Einführung des anonymen Online-Tools zur Partner*innen-Benachrichtigung fälschlicherweise nur die Empfehlung dazu bzw. die Weitergabe des Tokens als „Partner*innen-Benachrichtigung“ erfasst. Dies war nachträglich nicht mehr zu rekonstruieren.

Unter Berücksichtigung der Limitationen der Dokumentation können sowohl der Leistungsumfang als auch die Inanspruchnahme von Partner*innen-Benachrichtigung durch die jeweiligen Nutzer*innen nur näherungsweise dargestellt werden. Auch in der Nachbefragung wurden die Klient*innen mit einem positiven Testbefund zu ihren Erfahrungen mit Partner*innen-Benachrichtigung befragt. Im Rahmen der qualitativen Gespräche wurden sowohl die Mitarbeitenden als auch die Klient*innen nach ihren Erfahrungen und Wünschen gefragt. Auf Basis aller vorliegenden Befunde lässt sich eine erste Einschätzung zur systematischen Umsetzung vornehmen, die im weiteren Verlauf der Angebotsentwicklung Berücksichtigung finden kann. Im Folgenden werden wir die Befunde aus der Leistungsdokumentation (vgl. Kap. 2.6.2) und der Nachbefragung (vgl. Kap. 2.6.6) zur Umsetzung von Partner*innen-Benachrichtigung im WIR getrennt voneinander darstellen.

*Partner*innen-Benachrichtigung als dokumentierte fallbezogene Leistung*

Abb. 40 zeigt die Entwicklung der dokumentierten Partner*innen-Benachrichtigung nach Fallzahl je Monat im Jahr 2018. Integriert ist die Positivrate – also der Anteil derjenigen Testfälle, für die ein positives Testergebnis über die Labordaten vermerkt wurde:

Abb. 40: Partner*innen-Benachrichtigung im Jahr 2018 nach Fallzahl und Monat inkl. Positivrate in Prozent (N = 508)

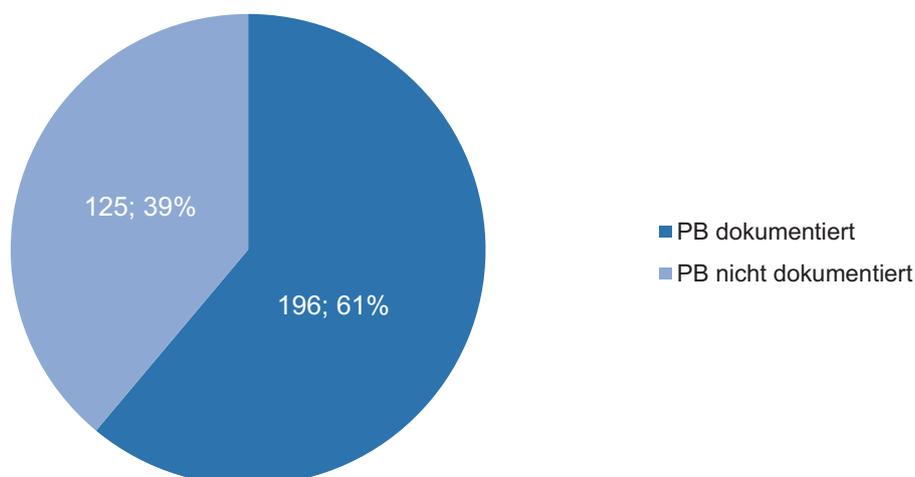


Soweit es über die Dokumentation erfasst wurde, erhielten zwischen Januar und Dezember 2018 insgesamt 508 Besucher*innen des WIR mindestens einmal Information oder Beratung zu Partner*innen-Benachrichtigung. Darunter zählte bspw. die Aufklärung über Re-Infektionsrisiken und die Ermutigung der Klient*innen, Sexualpartner*innen über ein bestehendes STI-Ansteckungsrisiko zu informieren, die Information zur anonymen Benachrichtigung über das PB-Webtool oder die Einladung, gemeinsam mit Partner*innen zur Beratung zu kommen.

Sechs unterschiedliche Berufsgruppen beraten zu Partner*innen-Benachrichtigung. Über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg haben Ärzt*innen mit Abstand am häufigsten zu Partner*innen-Benachrichtigung dokumentiert, deutlich seltener dann die STI-Beratung im Gesundheitsamt und die Pflegekräfte der Ambulanz.

In den medizinischen Leitlinien, im Zielkatalog wie in den konzeptionellen Gedanken heißt es, dass mindestens alle Nutzer*innen mit einer diagnostizierten STI auf Partner*innen-Benachrichtigung angesprochen werden sollen. Um die Umsetzung dieses Ziels zu prüfen, wurden die vorliegenden Laborbefunde der Klient*innen herangezogen (vgl. Kap. 2.6.4). Demnach wurden 321 Klient*innen im Jahr 2018 positiv auf eine STI getestet (vgl. Abb. 41):

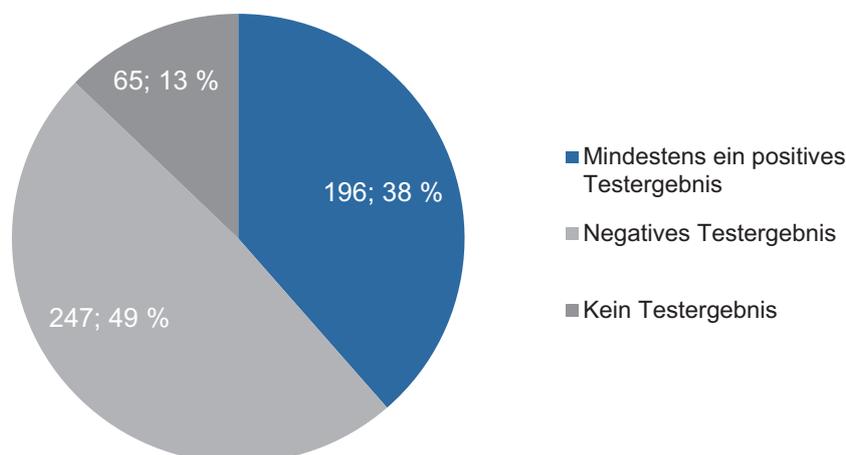
Abb. 41: Patient*innen mit positivem STI-Laborbefund nach Partner*innen-Benachrichtigung (2018; N = 321)



Von den 321 Klient*innen, für die im Jahr 2018 ein positiver Laborbefund vorlag, wurde für 196 (61 %) Partner*innen-Benachrichtigung dokumentiert. Damit wurde zwar die Mehrzahl, aber doch nicht alle entsprechenden Patient*innen dazu angehalten, ihre Sexualpartner*innen zu informieren. Mit Blick auf die Daten konnte dieses Ziel der Zielgruppenerreichung im Jahr 2018 nicht umgesetzt werden. Die WIR-Akteur*innen verweisen an dieser Stelle erläuternd auf Dokumentationslücken und darauf, dass ein Teil der Patient*innen ihre Befunde nicht persönlich abgeholt haben.

Im Jahr 2018 wurden jedoch nicht nur diese 196 Personen zu Partner*innen-Benachrichtigung beraten, sondern insgesamt 508 (vgl. Abb. 42).

Abb. 42: Partner*innen-Benachrichtigung nach Fallzahl 2018 und nach Teststatus (N = 508)



Für die übrigen 312 der 508 Klient*innen (62 %), die zu Partner*innen-Benachrichtigung beraten wurden, ist aus den medizinischen Daten kein positiver STI-Befund ersichtlich. Allerdings waren alle Klient*innen entweder beim Gesundheitsamt – wo sie ggf. über einen positiven Befund informiert wurden, das über die KIS-Laborergebnisse nicht abgefragt werden konnte oder hatten sich einer proktologischen Untersuchung unterzogen, wo die HPV Untersuchung ggf. dazu Veranlassung gab, hinsichtlich Partner*innen-Benachrichtigung aufzuklären.

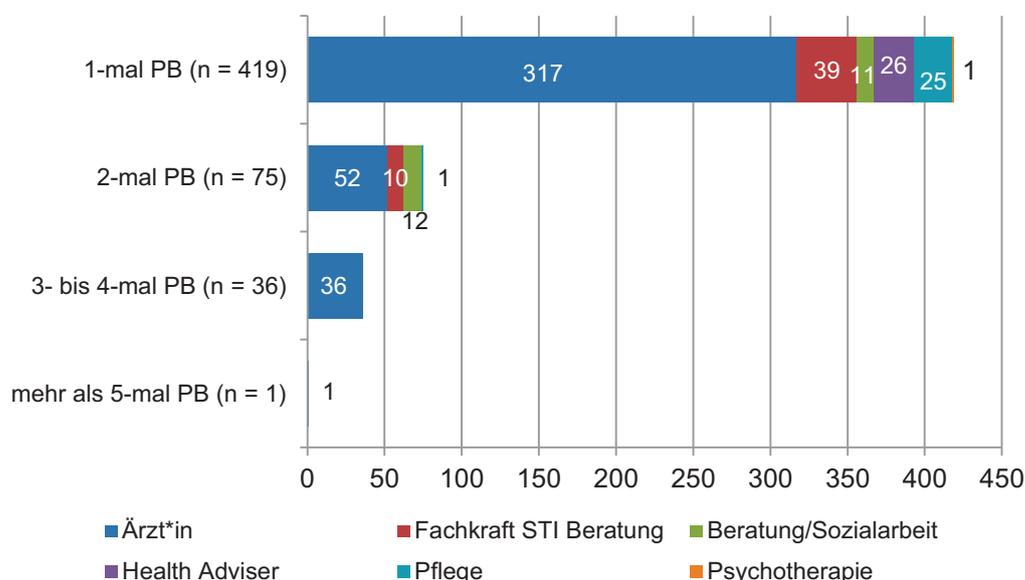
Allerdings ist auf Basis der Daten nicht auszuschließen, dass auch Personen, die eine negative Ergebnismitteilung bekommen hatten, im Rahmen der Testberatung gleichwohl zu den Möglichkeiten und der Relevanz von Partner*innen-Benachrichtigung informiert wurden. Dies entspräche der Zielsetzung wie in den „Konzeptionellen Überlegungen zu PB“ vom WIR formuliert, das Thema Partner*innen-Benachrichtigung auch präventiv an Personen zu adressieren, die z. B. mit einem Testwunsch ins WIR kommen. Diese Ausweitung des Adressatenkreises über die positiv Getesteten hinaus geschieht jedoch nicht systematisch, denn gleichzeitig lässt sich auf Basis der Daten auch zeigen, dass von den 950 WIR-Klient*innen, die angaben, für einen STI-Test ins WIR zu kommen, 22 % zu PB beraten wurden

Im Ergebnis kann festgehalten werden, dass die Beratung von Personen mit STI-Test und/oder Test-Wunsch zu Partner*innen-Benachrichtigung stattfindet. Eine systematische Umsetzung im Sinne der konzeptionell angedachten gezielten Ansprache von positiv diagnostizierten Fällen und Personen, die das WIR für einen STI-Test aufsuchen, kann auf Basis der dokumentierten Daten im Untersuchungszeitraum nicht festgestellt werden.

Über die Adressatenregelung hinaus, sehen die „Konzeptionellen Überlegungen zu Partner*innen-Benachrichtigung“ vor, dass Klient*innen möglichst mehrfach und durch unterschiedliche Personen und Berufsgruppen zu Partner*innen-Benachrichtigung angesprochen werden. Dies basiert auf der Annahme, dass Sexualpartner*innen umso eher benachrichtigt werden, je häufiger die Klient*in zu Partner*innen-Benachrichtigung motiviert werden. Die Evaluation untersuchte deshalb, ob und wie die empfohlenen Mehrfachansprachen umgesetzt wurden.

Wie Abb. 43 zeigt, wurde tatsächlich der überwiegende Teil der Klient*innen mit Partner*innen-Benachrichtigung im Jahr 2018 einmalig dazu angesprochen, weit überwiegend von den Ärzt*innen:

Abb. 43: Partner*innen-Benachrichtigung (PB) – Mehrfachansprachen nach Fallzahl und Berufsgruppe (2018; N = 508 Fälle mit insg. 531 Ansprachen)



Auch bei denjenigen, die mind. zwei Beratungen zu Partner*innen-Benachrichtigung im WIR erhielten, waren es vor allem Ärzt*innen, die das Thema ansprachen. In einigen wenigen Fällen wurde Partner*innen-Benachrichtigung zusätzlich von Mitarbeitenden der Beratungsstelle des Gesundheitsamtes oder der Aidshilfe angesprochen. Auch bei den

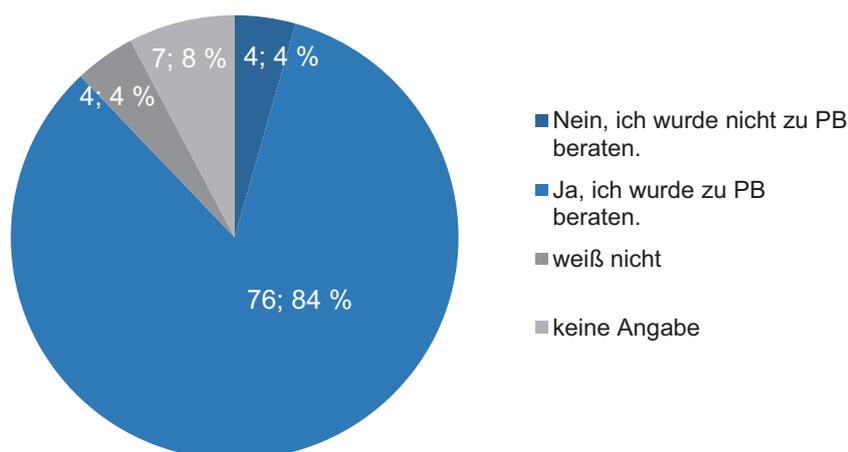
Fällen, die dreimal und öfter zu Partner*innen-Benachrichtigung beraten wurden, waren die Ärzt*innen tätig: Die Abb. 43 zeigt, dass häufigere Ansprachen zu Partner*innen-Benachrichtigung (37 Fälle mit 3- bis 7-mal in 2018) ausschließlich von unterschiedlichen Ärzt*innen getätigt wurden.

Die Beschäftigten berichteten in den qualitativen Gesprächen über ihre Erfahrungen mit Partner*innen-Benachrichtigung. Die Mitarbeiterin der Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts gab an, dass Partner*innen-Benachrichtigung im Sinne einer Information zu den Re-Infektionsrisiken bei einer bestehenden STI Bestandteil jeder Ergebnismitteilung sei. Die Mitarbeitenden der Aidshilfe berichteten, dass die Information der Sexualkontakte über eine bestehende STI-Infektion unter den MSM, die zur Testung in die Aidshilfe kommen, bereits gelebte Praxis sei. So erleben sie oft, dass Klienten angeben, sie kämen zum Test, da sie von einem Sexualpartner über ein Ansteckungsrisiko informiert worden seien. Die Ärzt*innen geben an, dass ein Teil der Angesprochenen mit Blick auf ihre (Sexual-)Partner*innen tatsächlich in Sorge waren und diese gern informieren würden – dies bisher aber aus Angst und Unsicherheit nicht in Angriff genommen hatten. Sie waren dankbar für die Beratung und nahmen Hilfe gern in Anspruch – sei es, Argumente vorzubereiten oder im Zentrum ein Gespräch zu dritt zu vereinbaren. Die abschließenden Gespräche mit Klient*innen, bei denen das Thema Partner*innen-Benachrichtigung und deren Umsetzung im WIR ebenfalls besprochen wurden, bestätigten diese Befunde.

*Partner*innen-Benachrichtigung im Rahmen der Nachbefragung*

Im Rahmen der Online-Nachbefragung wurden Nutzer*innen auch nach ihren Erfahrungen mit Partner*innen-Benachrichtigung befragt. Dabei wurden ausschließlich jene Klient*innen befragt, die angaben, das WIR wegen eines Tests genutzt zu haben und deren Test positiv war (N = 91). Im Folgenden werden die Befunde dargestellt und um Rückmeldungen aus den qualitativen Gesprächen ergänzt:

Abb. 44: Positiv Getestete nach Fallzahl und nach PB-Beratung (N = 91)



Von den insgesamt 91 positiv getesteten Klient*innen, die sich an der Nachbefragung beteiligten, gaben 76 (84 %) an, im Rahmen der Beratung bzw. Behandlung im WIR von den Mitarbeitenden dazu ermuntert worden zu sein, ihre Sexualpartner*innen über eine

mögliche Infektion zu informieren (vgl. Kap. 4.4). Vier Personen mehr, nämlich 80 der 91 Befragten (88 %) gab auf Nachfrage zudem an, alle oder einige ihrer Sexualkontakte benachrichtigt zu haben.

Die vorliegenden Daten lassen keine direkten Rückschlüsse auf den Zusammenhang von Partner*innen-Benachrichtigung und tatsächlicher Information von Sexualpartner*innen zu. So fanden sich unter denjenigen, die angaben, alle bzw. einige ihrer Sexualpartner*innen benachrichtigt zu haben, auch Klient*innen, die im WIR nicht explizit zu Partner*innen-Benachrichtigung ermuntert worden waren (oder sich daran nicht mehr erinnern konnten). Und unter den vier Klient*innen (4 %), die einräumten, ihre Sexualpartner*innen nicht über eine mögliche Infektion informiert zu haben, hatten drei im WIR eine Beratung zu Partner*innen-Benachrichtigung erhalten. Ein*e dieser Befragten begründete dies mit „*Habe aktuell keinen Partner*“. Dieser Person war vielleicht nicht klar, dass auch zurückliegende Sexualkontakte (bis zu 6 Monaten) benachrichtigt werden sollten, er oder sie hatte keine Angaben dazu gemacht, ob eine Beratung zu Partner*innen-Benachrichtigung stattgefunden hatte.

Im Rahmen der qualitativen Abschlussgespräche mit Klient*innen berichteten insbesondere MSM, die sich regelmäßig testen lassen, dass sie ihre Sexualpartner*innen über bestehende Infektionsrisiken persönlich oder über SMS bzw. Soziale Medien informieren. Unter MSM herrsche ein eher offener Umgang mit dem Thema, STI kommen vor und man kenne Übertragungswege und Re-Infektionsrisiken. Die Kommunikation „in der Szene“ sei recht offen. Und tatsächlich berichten auch Mitarbeitende der Teststellen, dass sich regelmäßig MSM testen lassen, weil sie von ihren Sexualpartnern benachrichtigt wurden. Anders war die Situation bei heterosexuellen Personen, wo sich ein niedrigerer Kenntnisstand und mehr Unsicherheit bzgl. der Information von Sexualpartner*innen zeigen.

Das PB-Webtool war unter den Klient*innen, die qualitativ zu ihren Erfahrungen mit Partner*innen-Benachrichtigung im WIR befragt wurden, über die Information über den Infoscreen im Wartebereich zwar bekannt, wurde allerdings von keiner/m der Befragten schon mal genutzt – auch wurde darüber bislang noch niemand über ein bestehendes STI-Risiko informiert. Die Befragten gaben zu bedenken, dass in dem Fall, wenn einem keine Kontaktdaten der Sexualpartner*innen vorliegen (was durchaus häufig vorkäme), man auch niemanden anonym informieren könne. In den restlichen Situationen zögen die Klient*innen eine persönliche Benachrichtigung durch die Sexualpartnerinnen selber immer vor – sowohl als Empfänger als auch als Sender der Botschaft, dass ein STI-Ansteckungsrisiko besteht.

Inwieweit Partner*innen-Benachrichtigung in verschiedenen Zielgruppen bereits praktiziert wird und damit den Zugang zu Tests für potenzielle Risikogruppen erleichtert, soll im Zuge der aktuell laufenden Situationsanalyse zu Partner*innen-Benachrichtigung zu STI in Deutschland (Enders, Schu & Eisenbach, 2019) untersucht werden – auch im WIR in Bochum über eine umfangreiche Befragung der Klient*innen.

4.3.3.4 Adhärenzförderung

Für die sich in Dauerbehandlung befindlichen Patient*innen (19 %) spielt auch das Thema Adhärenz eine Rolle. Die verschiedenen Akteure im WIR bieten z. T. ineinandergreifende Beratung und Unterstützung je nach ihrem Handlungsfeld zu Medikamenten- und/oder Terminadhärenz an.

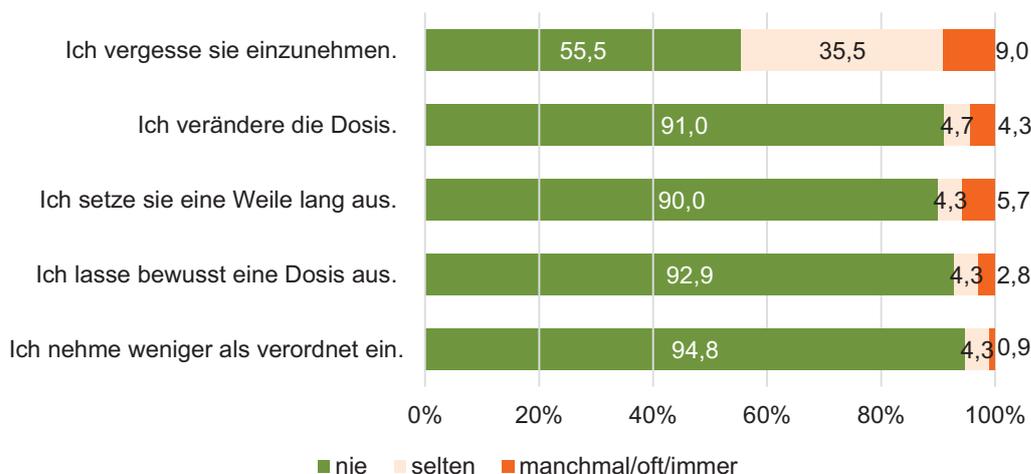
Nach gegenwärtigem Stand ist die antiretrovirale Therapie (ART) eine Dauertherapie. Das Ziel ist es, die Viruslast unter die Nachweisgrenze zu bringen und dort zu halten. Dafür ist eine kontinuierlich hohe Adhärenz der Patient*innen erforderlich.

Im Untersuchungszeitraum lag der Anteil derjenigen HIV-Patient*innen, mit einer HI-Viruslast unter der Nachweisgrenze bei 94 %. Für diese Patient*innen kann eine hohe Medikamenten-Adhärenz angenommen werden. Mit Blick auf die restlichen 6 % lässt sich feststellen, dass behandlungsbezogene Adhärenz-Barrieren ggf. auch die Abklärung von – seltenen – Resistenzen weiterhin die größten Herausforderungen in der Versorgung von Patient*innen mit HIV darstellen.

Da auf die Adhärenz einer/s Patient*in zahlreiche interne und externe Faktoren einwirken (grundsätzliche Einstellung zu Gesundheit und Krankheit, Bildungsgrad, soziale Situation u. a.) sind in den letzten Jahren unterschiedliche Fragebögen entwickelt worden, die eine Aussage dazu erlauben sollen. Im Rahmen der Nachbefragung wurde die Medical Adherence Report Scale (MARS-D) verwendet. Die MARS-D ist ein Selbsterhebungsinstrument, das die Häufigkeit von nicht-adhärentem Verhalten auf einer 5-Item Likert-Skala abfragt. Sie versucht das Problem der Beantwortung nach sozialer Erwünschtheit zu vermeiden, indem sie das Thema Adhärenz in einer nicht-beurteilenden Weise adressiert und die Patient*innen ermutigt, wahrheitsgemäß zu antworten (Mahler et al., 2010).

Im Rahmen der Nachbefragung machten 211 Klient*innen Angaben zu ihrer Art, verordnete Medikamente einzunehmen³⁰. Abb. 45 gibt einen Überblick über die gewählten Antworten:

Abb. 45: Medication Adherence Report Scale (MARS) (n = 211 TN mit vollständigen Angaben)



Die Daten zeigen eine hohe Adhärenz, einziger Problempunkt scheint zu sein, die Medikation tatsächlich immer einzunehmen. Im Ergebnis erreichen 52 % (n = 109) der Patient*innen mit vollständigen Angaben zur Medikamentenadhärenz den Höchstwert (25 Punkte) auf der MARS. Das heißt, nach eigenen Angaben weichen sie hinsichtlich Regelmäßigkeit der Einnahme und der Dosierung niemals vom Medikationsplan ab. Der durchschnittliche Wert liegt für n = 221 Klient*innen ohne fehlende Angaben bei 23,9 (SD 2,4). Bei einem Cut-Off Wert von 23 Punkten auf der MARS gelten insgesamt 89 % der Patient*innen (n = 186) als adhärenz bzgl. ihrer Medikamenteneinnahme. Bei 12 %

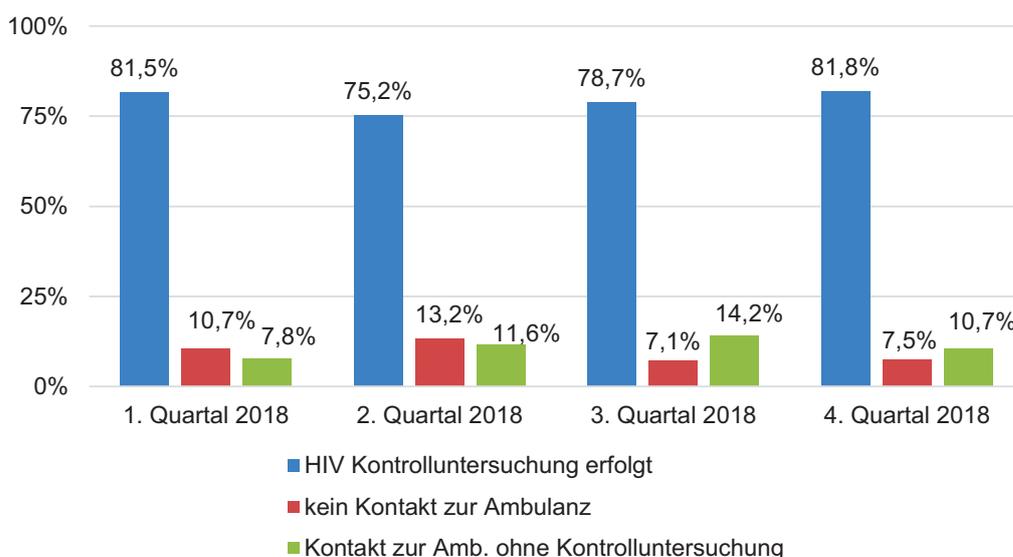
³⁰ Alle 211 geben an, sich in Dauerbehandlung im WIR zu befinden. Es ist davon auszugehen, dass es sich jeweils im HIV-Patient*innen handelt.

(n = 25) der Patient*innen zeigt sich allerdings eine unzureichende Adhärenz und damit eine Gefährdung des Behandlungserfolgs.

Das Therapieziel, die HI-Viruslast unter die Nachweisgrenze zu bringen und dort zu halten, verlangt nach einer Dauerbehandlung und nach Leitlinie „HIV-Infektion, antiretrovirale Therapie“ regelmäßige Verlaufskontrollen der CD4-Zellenanzahl und der Viruslast in zwei- bis dreimonatigen Abständen. Nach Reduktion der Viruslast unter die Nachweisgrenze (< 50 Kopien/ml) kann die Kontrollfrequenz bis auf vier Monate gestreckt werden (DAIG 2014).

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die Inanspruchnahme der Kontrolluntersuchungen durch die HIV-Patient*innen:

Abb. 46 Anteil der HIV-Patient*innen mit Laborkontrolle im Jahr 2018 (N = 804)

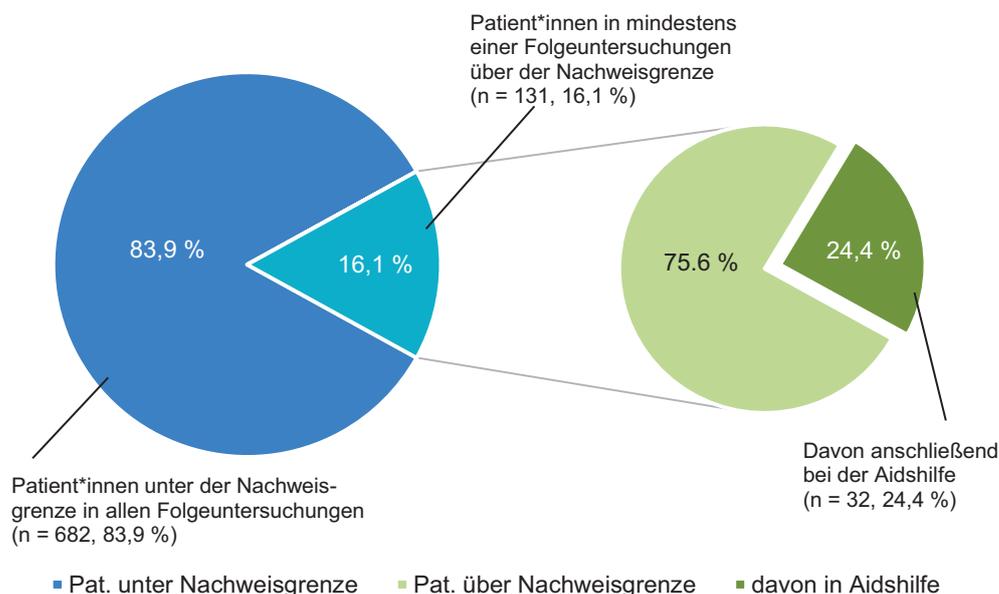


Der überwiegende Anteil an HIV-Patient*innen (79 %) nimmt die regelmäßigen Laborkontrollen wahr. Der Anteil der HIV-Patient*innen die keinen Kontakt zur Ambulanz hatten lag im ersten Quartal 2018 bei knapp 11 % Prozent und im dritten Quartal 2018 bei 7 %. Dass ein Teil der Patient*innen nicht zu ihrem HIV-Kontrolltermin erscheinen, verweist nach Angaben der Mitarbeiter*innen zum einen auf eine Klientel, die aufgrund persönlicher Eigenschaften die Behandlung nicht systematisch wahrnehme. Zum anderen wirkt sich hier aber auch aus, dass das WIR auch von Patient*innen in Anspruch genommen wird, die im Ausland leben und nur gelegentlich ins WIR kommen sowie von Patient*innen, die nur punktuell zu ergänzenden Behandlungen (bspw. dermatologische oder proktologische Untersuchungen) ins WIR verwiesen wurden.

Im Untersuchungszeitraum ermahnten die Mitarbeitenden der Ambulanz die betreffenden Patient*innen, dass ohne Kontrolle kein Rezept mehr ausgestellt werden könne. Im dritten Quartal 2018 wurde vom WIR ein Recall-System eingerichtet. Erscheinen Patient*innen nicht zum vereinbarten Termin, werden sie telefonisch kontaktiert, ggf. werden die Sozialarbeiter*innen der Aidshilfe eingeschaltet. Da das Recall-System nicht fallbezogen dokumentiert wurde, kann die Evaluation nicht genau nachvollziehen, wer wann und in welchen Fällen einbezogen wurde.

Abb. 47 gibt einen Überblick über die Größenordnung, in welcher sich die Vermittlung von Patient*innen der Ambulanz, die über der Nachweisgrenze liegen, an die Aidshilfe bewegt:

Abb. 47: HIV-Patient*innen mit Viruslast über der Nachweisgrenze in Folgeuntersuchung (N = 813)



Im Untersuchungszeitraum lag die Viruslast bei den insgesamt 813 HIV-Patient*innen 131 (16 %) in mindestens einer Folgeuntersuchung über 50/ml. Von diesen wurden 32 Patient*innen (24 %) an die Aidshilfe vermittelt und dort mit Blick auf behandlungsbezogene Adhärenz-Barrieren beraten. Allerdings, so die Angaben der Aidshilfe zu Fragen der Adhärenz(-förderung), steht dabei weiterhin die Eigenverantwortlichkeit der Klient*innen an erster Stelle.

4.4 Partizipation und Sicht der Nutzer*innen

Das WIR folgt in der Erstellung sowohl des Zielkatalogs als auch in der Konzeption von neuen Angeboten (z. B. Curriculum Health Adviser) dem Statement der DSTIG zur Sexuellen Gesundheit. Demnach sind die Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität und der offene Umgang mit dem Thema Sexualität Grundlage für die individuelle Sexuelle Gesundheit. Daraus leitet sich die Anforderung an Mitarbeitende ab, einen akzeptierenden und wertschätzenden Umgang mit verschiedenen sexuellen und geschlechtlichen Orientierungen und Lebensstilen zu pflegen. Das findet sich in verschiedenen Stellenausschreibungen des WIR wieder. In konzeptionellen Papieren wird Akzeptanz und Wertschätzung für die Klientel und für jedweden Lebensstil postuliert. Einige im WIR mitwirkende Einrichtungen wurden von Betroffenen gegründet und es arbeiten haupt- und ehrenamtlich Betroffene mit – hier wird also über die involvierten Personen die Betroffenenperspektive „automatisch“ einbezogen und z. T. Peer-Arbeit realisiert.

Das WIR möchte mit Akzeptanz und Antistigma-Arbeit zu einer Enttabuisierung von Sexualität und HIV/STI beitragen. So sollen Wissen erhöht, Sexuelle Gesundheit verbessert und im Bedarfsfall eine schnelle Inanspruchnahme von Diagnostik und Hilfe gefördert werden.

Im Gespräch mit den Mitarbeitenden kommen mit Blick auf das eigene Selbstverständnis im Umgang mit den Klient*innen bzw. Patient*innen im Sinne der Lebensstilorientierung, unterschiedliche professionelle Prägungen und Haltungen zum Tragen. Doch eint

alle, dass sie vorurteilsfrei und nicht wertend mit Klient*innen und Patient*innen umgehen, jeden wertschätzen und bei der Unterstützung von Klient*innen immer auch die Stärkung von Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortlichkeit im Blick haben (z. B. im Rahmen von Adhärenzförderung, Partner*innen-Benachrichtigung und PrEP-Beratung). Nach eigenen Angaben haben das gegenseitige Verständnis und das Voneinander Lernen im Untersuchungszeitraum stetig zugenommen und die Mitarbeitenden aller Fachrichtungen schätzen den Austausch im Sinne einer ganzheitlichen Klient*innenwahrnehmung.

Bei Besuchen im WIR konnte die von Akzeptanz geprägte Haltung beobachtet werden: Man geht offen-freundlich auf die Klientel zu, im Wartebereich finden die Nutzer*innen Wasser, Kaffee, Zeitschriften, Informationsmaterial, kostenlose Kondome etc. Zudem werden über die Infoscreens Mitarbeitende vorgestellt sowie Neuigkeiten aus dem WIR und zum Thema Sexuelle Gesundheit präsentiert.

*Partizipation von Nutzer*innen*

Vor Eröffnung des WIR war beabsichtigt, Nutzer*innen/Patient*innen verstärkt an Angebotsentwicklung und Angebot zu beteiligen. Deshalb informierte die Ambulanz ihre Patient*innen im Rahmen einer Veranstaltung Ende 2015 über die Planungen zum WIR und befragte die Teilnehmenden zu ihren Bedarfen. Im Rahmen der Beratung zur Konzeptionierung des WIR wurde, in Anlehnung an die Praxis in England, eine Projektidee zur Beschäftigung von Patienten*innen-Repräsentant*innen (PaRe) und Jugendbotschafter*innen am WIR entwickelt: Personen mit HIV und/oder STI-Erfahrung sowie junge Erwachsene sollen Peer-Unterstützung für Patienten*innen bzw. Ratsuchende übernehmen und als Ansprechpersonen zu allen Fragen bezüglich des Lebens mit HIV/STI zur Verfügung stehen, Menschen nach Diagnoseeröffnung begleiten, Empowerment fördern. Zudem sollten sie ihre Erkenntnisse aus der Peer-Arbeit in die konzeptionelle Weiterentwicklung des WIR einbringen (vgl. RUB, 2015). Im Zentrum geschulte Jugendbotschafter*innen sollten ihr erworbenes Wissen zur Prävention, STI und weiteren Themen der Sexuellen Gesundheit an Gleichaltrige weitergeben und diese für Aufklärung, Screening und Beratung gewinnen. (Mehr) Partizipation wurde schließlich auch als ein Ziel im Zielkatalog verankert.

Im Rahmen der Evaluation wurden sowohl in den qualitativen Erhebungen als auch (laufend) im Rahmen der Projektgruppensitzungen nach partizipativen Elementen gefragt.

Demnach waren die Nutzer*innen in der Phase der Konzeptionierung des WIR kaum einbezogen. Lediglich die Ambulanz informierte die Patient*innen in der o. g. Veranstaltung über die Planungen und fragte sie nach ihren Wünschen. Darüber hinaus gab es keinen systematischen Abgleich mit Klient*inneninteressen oder Eruierung der Bedarfe von Zielgruppen, die noch wenig erreicht werden. 2017 erhob die Aidshilfe einmal Bewertungen und Verbesserungsideen zum Café „enJoy the place“. Bei der Aidshilfe arbeiten regelmäßig ehrenamtlich Helfende am Angebot mit, bspw. im Rahmen des Test- und Beratungsangebots am Freitagabend. Der Austausch mit ihnen trägt lt. Aussagen der Hauptamtlichen zu Lebensweltnähe und Zielgruppenorientierung bei. Gleichwohl wünschen manche der ehrenamtlich Tätigen sich mehr Information und Einbezug.

Die zunächst angedachten Projekte zu Peerarbeit kamen nicht zustande. Mehrfach scheiterten Projektanträge und andere Bemühungen, hierfür Mittel zu generieren. In der Folge beschrieben WIR-Akteure in den Erhebungen wiederholt, dass Nutzer*innen (über die im Verein engagierten hinaus) nur begrenzt an der Angebotsentwicklung und –erbringung beteiligt sind und explizite Peer-Konzepte kaum umgesetzt würden (obgleich Selbsthilfeeinrichtungen im WIR mitwirken). Der Aufbau von (professionellen) Strukturen für das

WIR und die Entwicklung von Zusammenarbeit und neuen Angeboten stand für viele Beschäftigte zunächst im Vordergrund. Doch besteht weiterhin der Wunsch, perspektivisch mehr „Expertise aus Erfahrung“/Peers einzubeziehen. Zur Mitwirkung von Nutzer*innen wird allerdings auch berichtet, dass nur wenige Nutzer*innen bereit oder in der Lage seien, Zeit zu investieren.

Engagement gegen Stigmatisierung und für die Minderung von Tabus rund um Sexuelle Gesundheit ist allen Akteuren im WIR ein Anliegen – Konzepte der gezielten Unterstützung/Befähigung der Nutzer*innen selbst zu (mehr) Beteiligung, bspw. im Sinne des capability approach, werden jedoch nicht verfolgt (vgl. z. B. Bartelheimer, 2009; Bonvin, 2009).

*Bewertung verschiedener Aspekte aus Nutzer*innensicht*

Im Rahmen der Nachbefragung (vgl. Kap. 2.6.6) wurde erhoben, wie Nutzer*innen die von ihnen genutzten Angebote im WIR, die Betreuung bzw. Behandlung durch die unterschiedlichen Fachkräfte – im Detail und insgesamt – bewerten sowie ob und welche Verbesserungsmöglichkeiten sie sehen. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Nachbefragung vorgestellt und jeweils durch die qualitativen Befunde ergänzt.

Im Untersuchungszeitraum (April 2017 bis Februar 2019) haben sich insgesamt 431 Klient*innen an der Nachbefragung beteiligt. Die meisten Befragten (244, 56,6 %) hatten (bisher) erst eine Einrichtung im WIR genutzt, 154 (35,7 %) kannten zwei und 31 Personen (7,2 %) drei und mehr WIR-Einrichtungen. Die Ergebnisse der Nachbefragung werden ergänzt um Berichte von 46 Klient*innen, die im Rahmen der zwei Interviewrunden (April 2017 bzw. Februar 2019) gesprochen wurden.

79 % der Befragten war es besonders wichtig sind, dass man das WIR **ohne Termin** aufsuchen kann. Gleichwohl waren gut vier Fünftel der Nachbefragten mit Termin ins Zentrum gekommen, lediglich ein Fünftel spontan. Bei der Einordnung dieses Befunds ist zu beachten, dass die HIV-Patient*innen in Dauerbehandlung (und mit regelmäßigen Terminen) in der Erhebung überrepräsentiert waren. Da anzunehmen ist, dass das WIR insbesondere von den Personen spontan aufgesucht wird, die die anonymen Angebote nutzen möchten und diese Personenkreise in der gesamten Dokumentation unterrepräsentiert sind, ist zu vermuten, dass der Anteil der Spontanbesuche höher ausfällt als auf Basis der Nachbefragung angenommen wurde.

Die **Wartezeiten** auf einen Besuchstermin halten sich in engen Grenzen: Von den 352 Klient*innen (82 %), die in der Nachbefragung angeben, das WIR mit einem zuvor vereinbarten Termin aufgesucht zu haben, gaben 27 % an, diesen direkt am gleichen Tag bekommen zu haben. 37 % innerhalb der nächsten drei Tage. Im Durchschnitt betrug die Wartezeit auf einen Termin 12 Tage. Da HIV-Patient*innen in der Nachbefragung überrepräsentiert sind, ist davon auszugehen, dass die angegebenen Wartezeiten überwiegend die Wartezeiten auf das Angebotsspektrum der Ambulanz widerspiegeln. Die im Rahmen der qualitativen Befragung interviewten Klient*innen berichten ganz ähnliches und bewerten anderthalb bis zwei Wochen als durchaus angemessen.

Ganz gleich, ob die Klient*innen mit Termin ins WIR kommen oder spontan – die Wartezeit im WIR betrug im Schnitt etwa 15 Minuten. Damit waren nahezu alle Klient*innen (94 %) (sehr) zufrieden. Lediglich 27 Klient*innen (6 %) bewerteten die Wartezeit als verbesserungswürdig. Im Durchschnitt hatten diese Klient*innen eine halbe Stunde warten müssen, lediglich drei von ihnen über eine Stunde.

Im Rahmen der Nachbefragung aber auch der qualitativen Interviews hatten die Nutzer*innen Gelegenheit, die **Öffnungszeiten** zu bewerten und ggf. Wünsche dazu zu kon-

kretisieren. Das WIR hat aktuell (Stand Mai 2019) zweimal in der Woche bis 19 Uhr geöffnet. Freitags lädt die Aidshilfe zwischen 17 und 19 Uhr über das zielgruppenspezifische Projekt Herzenslust MSM zur anonymen Testung ins WIR ein. Montags, dienstags und donnerstags beginnt die Arbeit um 8 Uhr, mittwochs um 9 Uhr und freitags bereits um 7 Uhr (vgl. Kap. 4.3.1). Die Befragten bewerteten die Öffnungszeiten differenziert nach Einrichtung bzw. Teilangebot, wobei fast immer über 90 % Zufriedenheit herrschte. Lediglich bzgl. pro familia und der Psychotherapie im WIR gab es mit 75 % und 81 % leicht eingeschränkte Zufriedenheit, die sich vermutlich weniger auf „Öffnungszeit“ im engeren Sinn, sondern auf Verfügbarkeit bezog.

Die Teilnehmenden wurden auch gefragt, welche Öffnungszeiten ihnen wichtig wären. Die folgende Tabelle trägt ab, ein wie hoher Anteil der Befragten die jeweilige Zeit als relevant erachtet. Die blau unterlegten Felder kennzeichnen die Zeitfelder, an denen das WIR bzw. einzelne Angebote tatsächlich zur Verfügung stehen:

Tab. 26: *Angaben zu Wunschöffnungszeiten im Rahmen der Nachbefragung inkl. Kennzeichnung der regulären Öffnungszeiten des WIR (N = 416)*

Uhrzeit	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
7 – 8	16 %	14 %	14 %	14 %	13 %	6 %	3 %
8 – 10	26 %	24 %	25 %	24 %	24 %	10 %	5 %
10 – 12	23 %	20 %	20 %	20 %	20 %	13 %	8 %
12 – 14	17 %	17 %	16 %	17 %	14 %	9 %	6 %
14 – 16	19 %	19 %	17 %	17 %	16 %	7 %	5 %
16 – 18	32 %	33 %	28 %	33 %	24 %	5 %	4 %
18 – 20	21 %	22 %	18 %	23 %	16 %	5 %	4 %

Die Teilnehmenden an der Nachbefragung votierten in sehr unterschiedlicher Weise für bestimmte Öffnungszeiten. Am relativ höchsten wurden Randzeiten gewichtet, vor allem am späten Nachmittag, vermutlich, weil diese vor und nach der Arbeitszeit einfacher zu ermöglichen sind. Zwar wünsche sich ein kleinerer Teil der Befragten auch Öffnungszeiten am Wochenende, hier wurden jedoch nur ausnahmsweise knapp zweistellige Werte erreicht. Das Wochenende scheint also keine große Dringlichkeit zu besitzen.

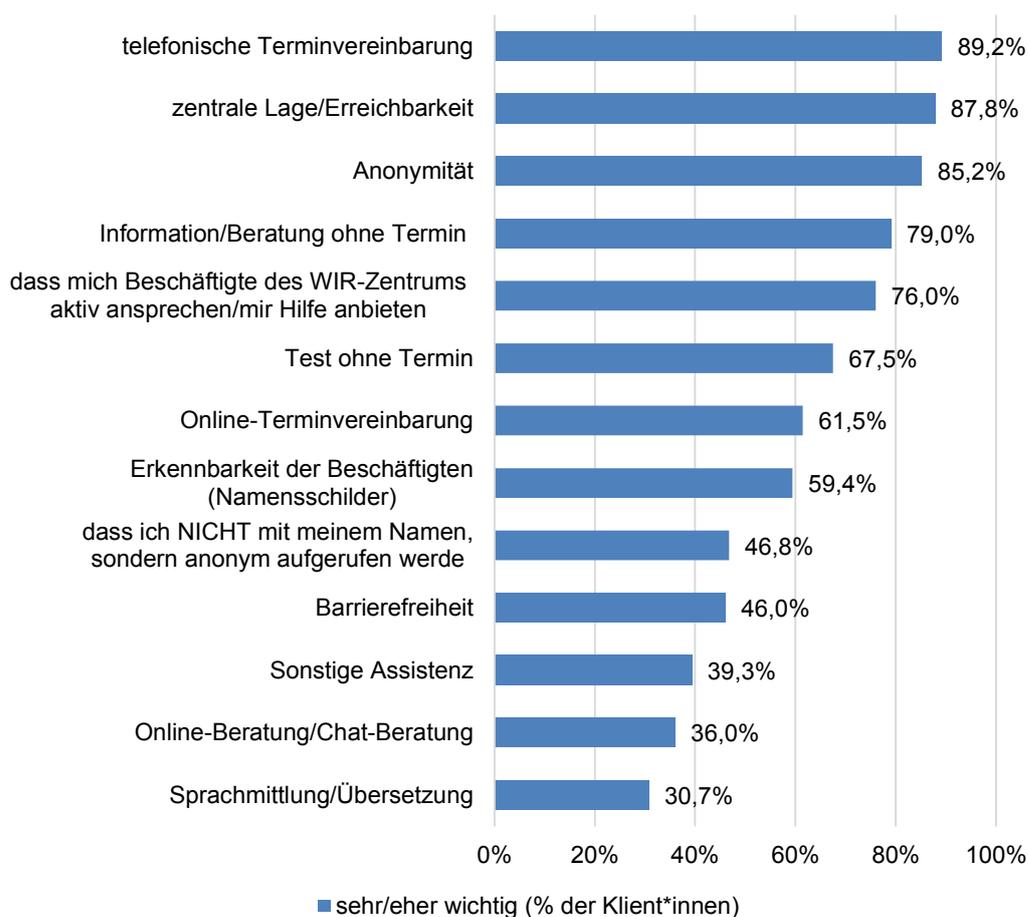
Diese Einschätzung bestätigen auch die im Interview befragten Klient*innen, die meisten fanden die derzeitigen Öffnungszeiten völlig ausreichend, bestenfalls wünschte man sich etwas länger in den Abend reichende Öffnungszeiten. Ähnlich bewerten die Fachkräfte im WIR die Situation: Eine Wochenendöffnungszeit wird von ihnen vor allem deshalb als überflüssig erachtet, weil Test und Behandlung von STI kein Notfallgeschehen sei. Die meisten Klient*innen könnten es einrichten, tagsüber zu kommen. Die Öffnungszeiten in den Abend hinein seien ein gutes Angebot, das intensiv genutzt werde.

Was ist den Befragten wichtig?

Im Rahmen der Nachbefragung wurden den Teilnehmenden eine Reihe von Aspekten vorgelegt, die im WIR diskutiert wurden und deren Wichtigkeit nun systematisch aus Klient*innensicht erfragt werden sollte.

Das Ergebnis zeigt die folgende Abbildung:

Abb. 48: Relevanz verschiedener Aspekte aus Sicht der Nutzer*innen nach Rangfolge (n = 300 – 402)



Am wichtigsten war den meisten Befragten, die gute Erreichbarkeit des Zentrums, auch telefonisch. Terminvereinbarung per Telefon war mit knapp 90 % deutlich mehr Befragten wichtig als online, wenngleich auch dies 61,5 % der Befragten wichtig fanden. Dem Angebot von Online-Beratung kam mit 36 % nur begrenzte Bedeutung bei.

Weitere Aspekte von Niedrigschwelligkeit belegten die Plätze drei und vier: Mit 85,2 % der Nutzer*innen maßen sehr viele der Anonymität eine große Bedeutung bei, dass man ohne Namen aufgerufen/angesprochen wird werteten hingegen nur 46,8 % der Befragten als (sehr) wichtig. 79 % war die Möglichkeit wichtig, auch ohne Termin kommen zu können.

Anonymität war ganz unterschiedlichen Personen wichtig, bspw. Sexarbeiterinnen, die z. T. illegal im Land sind und weder erkannt werden wollen, noch soll ihre Tätigkeit bekannt werden. Vor allem nach Verabschiedung des ProstSchG nahmen Befürchtungen zu, dass sie dadurch Nachteile haben könnten. Gleichwohl nutzten sie das WIR, dazu und zugleich zur kooperativen Fallbearbeitung ein Beispiel:

Beispiel 1 – Nutzung des WIR durch Klientinnen von Madonna

Während meiner Hospitation im WIR kommt Frau Engel mit drei Klientinnen von Madonna ins Zentrum. Eine von ihnen hatte zuvor per SMS ein reaktives Ergebnis mitgeteilt bekommen. Sie kam deshalb ins WIR – in Begleitung und mit Unterstützung von zwei Freundinnen, die nun ebenfalls die Testberatung bei Frau Wach wahrnahmen.

Hier gaben sie sich als Sexarbeiterinnen zu erkennen, zudem es wird deutlich, dass weder die Frau mit STI-Diagnose noch ihre Freundinnen eine Krankenversicherung haben. Frau Wach kontaktiert die Rezeption der Ambulanz, die zunächst Rücksprache mit Frau Dr. Potthoff hält und dann einen Erstattungsbescheid ausfüllt. Das Gesundheitsamt wird damit die Kosten für die Behandlung übernehmen. Frau Dr. Potthoff erläutert den Behandlungsverlauf, stellt nach Verständigung mit der Rezeption eine vorrätige Medikamentenprobe zum sofortigen Behandlungsbeginn zur Verfügung und übergibt der Klientin ein kostenfreies Rezept für die weitere Medikation. Die Frauen verlassen das WIR, alle drei fachkundig beraten. Gleichwohl war keine der drei Frauen bereit, sich an der Evaluation zu beteiligen.

Während des darauffolgenden „Rundgangs“ (aufsuchende Arbeit eines Arztes des Gesundheitsamts im Bordell) berichtet die von STI betroffene Klientin Frau Engel (Madonna) und dem Arzt, dass sie die Medikamente wie besprochen eingenommen und mit Frau Wach bereits einen Kontrolltermin vereinbart hat, den sie auch wahrnehmen möchte. Der Arzt bestärkt sie in ihrer Entscheidung und berät die Klientin, ab wann ein Kontrolltermin aussagekräftig sein kann. In der räumlichen Nähe im WIR konnte durch überschnelle persönliche Abstimmungen und dem Zusammenwirken von zwei Ärzt*innen, einer STI-Fachkraft und einer Sozialarbeiterin von drei Einrichtungen schnelle und umfassende Hilfe für diese Klientin realisiert werden – kostenlos und unter Wahrung ihrer Anonymität.

Notiert durch Kristina Enders, 06.12.2018

Beispiel 2 – Bedeutung von Anonymität für Männer mit erektiler Dysfunktion

Herr Syllwasschy (pro familia) berichtet, dass seinen Klienten ihr Problem „hochnotpeinlich“ sei. Wenn diese Männer in die Beratung kommen, ist der Leidensdruck bereits sehr groß (z. B. Partnerin will sich trennen). Sie stehen unter großem Stress und waren meist über einen langen Zeitraum starken psychischen Belastungen ausgesetzt. Sich nun an pro familia zu wenden, sei eine Notlösung. Herr Syllwasschy muss an der Stelle vor allem Vertrauen aufbauen. Dabei hilft der wiederholte Hinweis auf das Recht auf anonyme Beratung – auch wenn weitere Hilfen hinzugezogen werden. Fünf Fälle habe er zusätzlich an andere WIR-Akteure vermittelt. Doch habe Anonymität für seine Klienten eine so hohe Priorität, dass sie eine Studienteilnahme ablehnen.

Notiert durch Kristina Enders, 06.12.2018

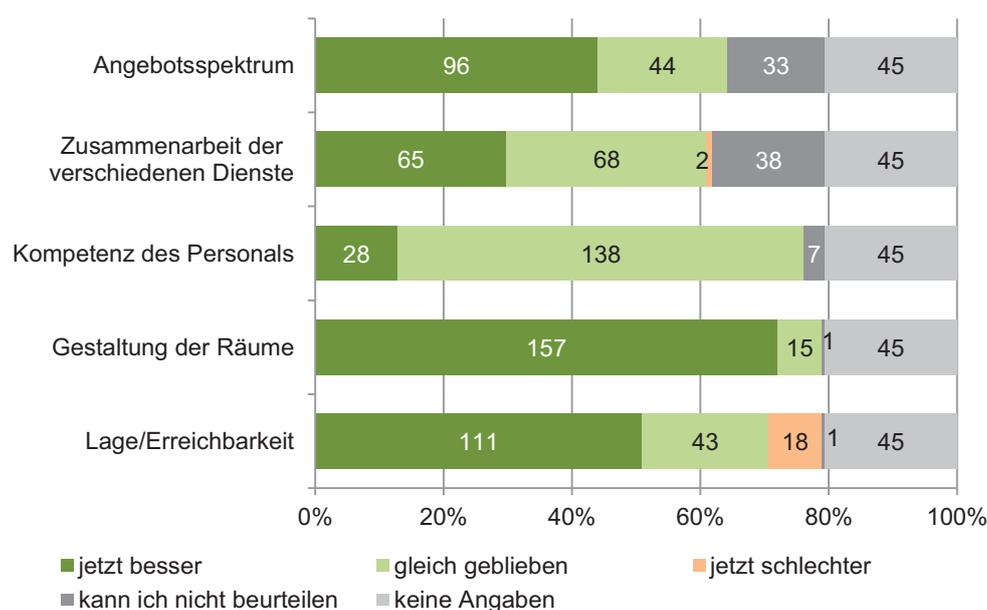
Für 76 % war es (sehr) wichtig, von den Beschäftigten des WIR aktiv angesprochen zu werden und 59 % gaben an, dass für sie die Erkennbarkeit der Mitarbeitenden bedeutsam sei. In den qualitativen Interviews mit WIR-Nutzer*innen berichtete der größte Teil der Befragten, dass sie Mitarbeitende in ihrer Funktion nur teilweise erkennen. Als erkennbar (an der Dienstkleidung) galten die Mitarbeiter*innen der Ambulanz. Andere Befragte vermuteten, dass sie ihnen unbekannte Beschäftigte wohl an Berufskleidung, Ausweis oder an einem Namensschild erkennen könnten. Einige Befragte würden es explizit begrüßen, wenn die Beschäftigten über Namensschilder o. ä. erkennbar wären. Einige wenige andere lehnten das hingegen entschieden ab, weil nicht jede*r (bspw. andere Personen in den Wartebereichen) gleich sehen soll, an wen sie oder er sich wendet. Tatsächlich tragen die Beschäftigten des Gesundheitsamts Namensschilder, in der Ambulanz gilt die Klinikvorschrift, wonach Funktionskleidung nur ohne Namensschilder o. ä. getragen werden dürfen.

Barrierefreiheit, Assistenzmöglichkeiten und Sprachmittlung fanden 46 % bis 30 % der Befragten relevant.

Vergleich damals-heute

Gut die Hälfte (n = 218) der Teilnehmenden gaben an, dass sie bereits vor der Eröffnung des WIR, Angebote einer der beteiligten Einrichtungen genutzt haben. Überwiegend waren und sind diese Personen HIV-infiziert und in der Ambulanz in Behandlung. Die Bestandsklientel ist in der Nachbefragung damit stark überrepräsentiert (in der aktuellen Klientel liegt ihr Anteil insgesamt bei 19 % (vgl. Kap. 4.2)). Die 218 Bestandsklient*innen wurden in der Nachbefragung gefragt, was sich im Vergleich von heute zu damals als sie noch im St. Josef-Hospital behandelt wurden, verändert, verbessert oder verschlechtert habe. Fast niemand sah Verschlechterungen, vgl. Abb. 49:

Abb. 49: Bestandsklient*innen nach Beurteilung der Veränderung (N = 218; in den Balken: Angaben zur Anzahl der jeweiligen Angaben)



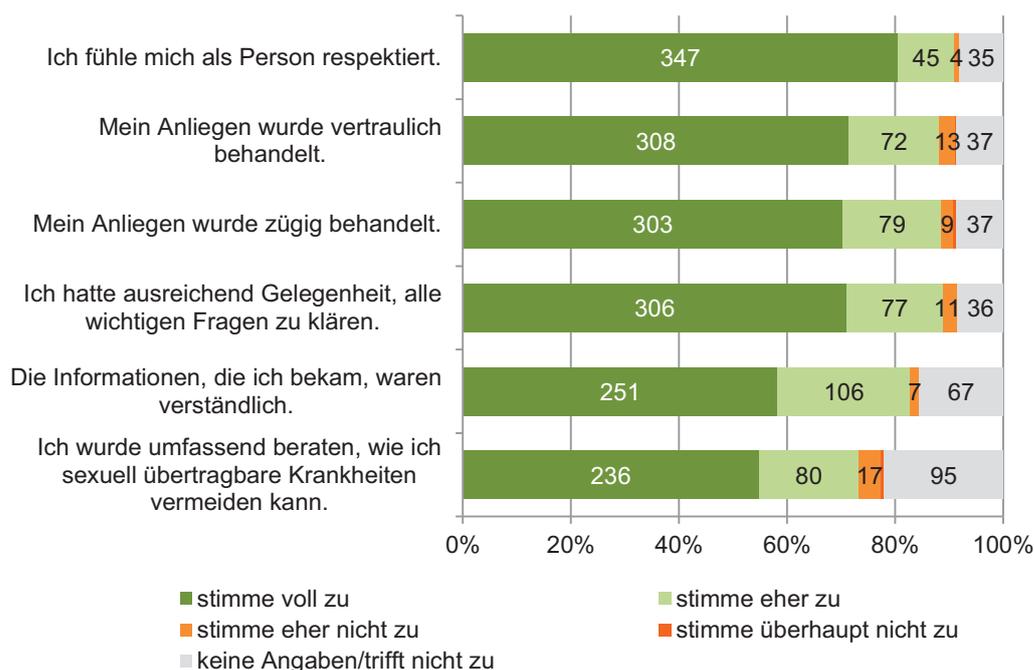
Insgesamt sehen die Klient*innen eine deutliche Verbesserung der Bedingungen im Vergleich zum vorherigen Setting. Insbesondere die Gestaltung der Räume und die Verortung des WIR werden als Verbesserung erlebt. Lediglich für 18 Klient*innen (4,2 %) bringt die neue Lage eine schlechtere Erreichbarkeit mit sich, sie wohnen näher am St. Josefs-Hospital.

In den Gesprächen begrüßten die Klient*innen das neue kooperative Gesamtkonzept und beschrieben es als Vorteil, verschiedene Hilfen an einer Stelle zu finden. Auch in der Nachbefragung wird das nun größere Angebotsspektrum und die Zusammenarbeit der verschiedenen Einrichtungen überwiegend positiv bewertet – wengleich relativ viele Befragte zu diesen beiden Aspekten nichts sagen können, weil sie nur eine Einrichtung kannten/bisher genutzt haben. Nur zwei Klient*innen beurteilen die Zusammenarbeit der verschiedenen Dienste schlechter als im Ausgangssetting, beide Klient*innen hatten schon vor dem Umzug ins WIR Kontakt mit der Aidshilfe und der Ambulanz.

Bewertungen spezifischer Aspekte

Befragt nach konkreten Dimensionen rund um die Betreuung im WIR, äußerten sich 384 von 431 Klient*innen (eher) positiv (89 %, vgl. Abb. 50).

Abb. 50: Einschätzung der Klient*innen zur Versorgung nach Fallzahl (N = 431)



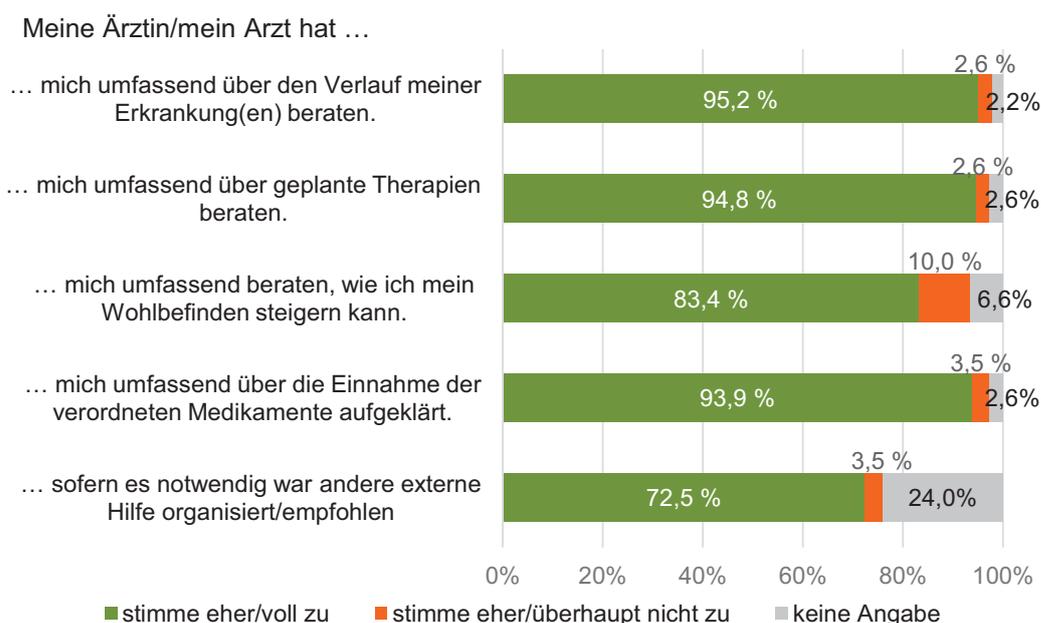
Über 90 % der Befragten fühlten sich (eher) respektiert. Damit wurde ein großes Ziel des WIR erreicht. Eine weitere Detailauswertung zeigte, dass es für 76 % (sehr) wichtig und ein Zeichen von Wertschätzung war, von den Beschäftigten des WIR aktiv angesprochen zu werden. Und tatsächlich bestätigten 66 % der Nachbefragten, bei ihrem Besuch im WIR von Beschäftigten aktiv angesprochen worden zu sein; 28 % gaben an, dass dazu keine Notwendigkeit bestand (nicht in der Grafik).

Die Klient*innen bewerten Vertraulichkeit, Schnelligkeit und Zeit für Klärungen sowie Verständlichkeit zu je über 80 % (eher) positiv. Auch in den qualitativen Gesprächen zeigte sich die Mehrheit der Befragten (93 %) sehr zufrieden mit Angebot und Personal. Man lobte die akzeptierende und wertschätzende Art, das Personal verurteile niemanden und sei durchweg zuvorkommend, freundlich und biete aktiv Hilfe an.

Detailauswertungen nach Einrichtung bzw. Angebot zeigten – entsprechend der Ausprägung insgesamt – größte Zufriedenheitsraten zwischen 80 % und 100 % vollständiger Zustimmung zu den o. g. Aspekten.

Zu einzelnen Aspekten, wie zu Health Advising und Partner*innen-Benachrichtigung waren in der Nachbefragung gesonderte Frageblöcke integriert (vgl. Kap. 4.3.3.1 und 4.3.3.3). Ebenso wurden Personen, die (auch) die Ambulanz genutzt hatten (n = 229) explizit nach der Wahrnehmung ärztlicher Beratung gefragt. Das Ergebnis zeigt die folgende Abb. 51:

Abb. 51: Beurteilung der ärztlichen Behandlung in der Nachbefragung (n = 229)



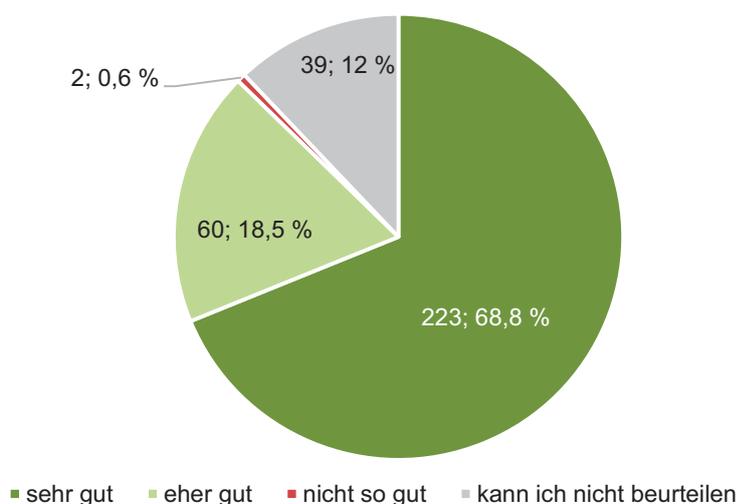
Wie bei den oben vorgestellten Auswertungen zeigt sich auch mit Blick auf die ärztliche Beratung eine hohe Zustimmung: Die weitaus meisten Befragten bestätigten, dass sie von den Ärzt*innen umfassend über den Verlauf der Erkrankung, die geplante Therapie und die zugehörige Medikation beraten wurden. Eine auf Lebensqualität(-ssteigerung) zielende Beratung erhielten zwar etwas weniger Patient*innen, aber mit 83,4 % immer noch ein sehr hoher Anteil. Knapp drei Viertel berichteten, dass die Ärzt*innen ihnen bedarfsbezogen auch weitere Hilfen empfahlen und z. T. sogar organisiert hatten.

Auf negative Bewertungen entfielen regelmäßig nur wenige Stimmen, nie wurden zehn Prozent erreicht. Sofern hier und da Kritik geäußert wurde, wurden mangelnde Diskretion und fehlende Klient*innenorientierung benannt sowie zu wenig Zeit. Auch in den Gesprächen wurden nur von wenigen Personen lediglich einzelne Kritikpunkte geäußert: Auch hier ging es um Unzufriedenheit mit den als zu öffentlich erlebten Wartebereichen (insbesondere der vordere Wartebereich), um mangelnde Diskretion am Empfang oder in der Proktologie (Einsicht durch Fenster). Andere monierten, dass man am Telefon „endlos“ weiterverbunden werde, Ärzt*innen außerhalb der Sprechzimmer nicht immer zugewandt seien oder beklagten, dass es einen Wechsel der/des betreuenden Ärzt*in gab. Einzeläußerungen beschrieben Fachkräfte der Aidshilfe als zu distanziert und nicht verlässlich im Krisenfall.

Bewertung der einrichtungsübergreifenden Zusammenarbeit im WIR

Die Befragten wurden aufgefordert, die einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit im WIR einzuschätzen. 12 % konnten hierzu keine Bewertung abgeben, das Ergebnis der übrigen zeigt die folgende Abbildung:

Abb. 52: Bewertung der Zusammenarbeit im WIR (Anzahl und Anteil, n = 324)



Zusammengenommen 86 % der Befragten bewerteten die Zusammenarbeit im WIR als gut oder sehr gut. Dies deckt sich auch mit den Befunden der qualitativen Interviews, in denen die Befragten die räumliche Nähe mehrerer Angebote grundsätzlich gut hießen und – soweit schon erlebt – von schneller und hilfreicher Zusammenarbeit berichteten. Eine Stimme als Beispiel: „*Ich habe erfahren, dass die Zusammenarbeit gerade hier im WIR sehr gut ist und ich bin froh und dankbar hier als Patient aufgenommen worden zu sein. Danke!*“

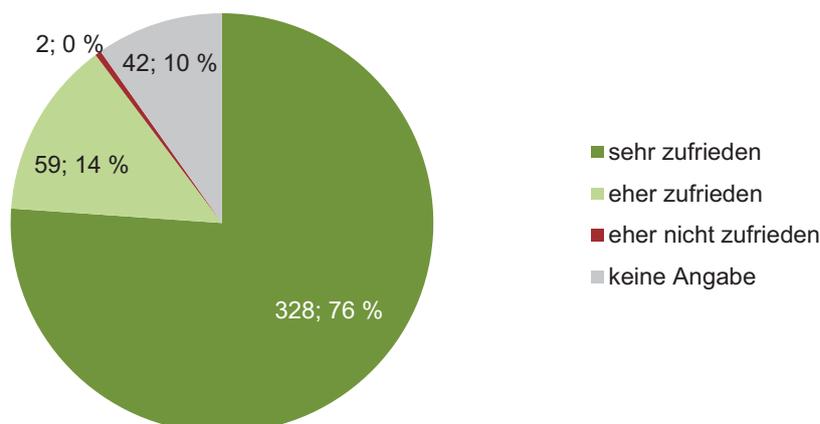
Einzelne Kritikpunkte betrafen die mangelnde Einbindung der Psychotherapie (kein Einblick in den Terminkalender der Ambulanz) sowie die Notwendigkeit einer Überweisung in die Ambulanz vor Inanspruchnahme der medizinischen Angebote. Hier wurde angeregt, einen Allgemeinmediziner einzubeziehen, der für Überweisung und die Behandlung allgemeine Erkrankungen im WIR zuständig sein könnte.

Verbesserungsvorschläge und Gesamtzufriedenheit

Befragt, ob man schon mal (Verbesserungs-)Vorschläge geäußert oder von Beschäftigten danach gefragt worden sei, gaben fast alle Befragten an, dass dem nicht so sei. Das wurde jedoch nicht kritisiert, denn weit überwiegend hatten die Befragten auch keine (aus ihrer Sicht wichtige) Kritik – vielmehr waren sie dankbar für die freundliche Betreuung, die gute Rundumversorgung und die angebotenen Hilfestellungen.

Dementsprechend ist das Ergebnis zur Zufriedenheit (vgl. Abb. 53).

Abb. 53: Zufriedenheit der Teilnehmenden an der Nachbefragung mit dem WIR insgesamt (Anzahl und Anteil, n = 431)

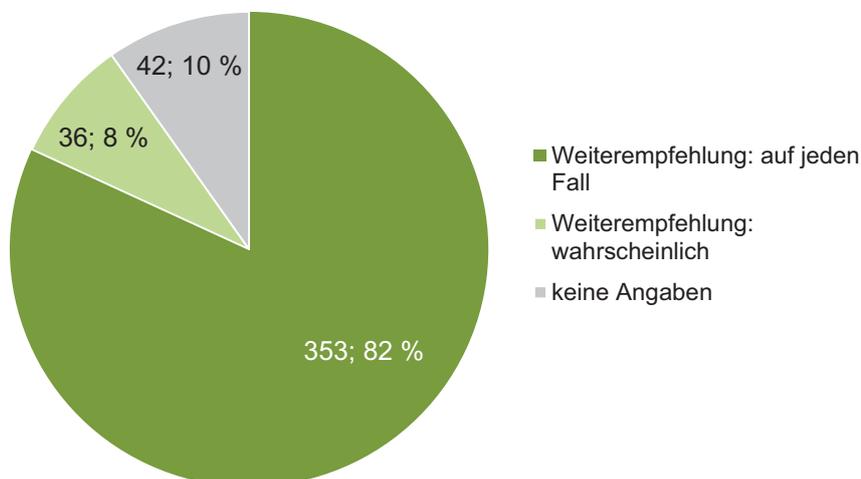


Die Grafik zeigt deutlich, dass mit 90 % der Teilnehmenden der Nachbefragung sich fast alle Befragten positiv äußerten. Ein Zehntel der Befragten machte keine Angaben und lediglich zwei Nutzer*innen gaben an, eher unzufrieden mit dem WIR zu sein. Beide gehören zur Bestandsklientel.

Bei dieser, wie bei den übrigen Fragen, zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede nach Klient*innenmerkmalen.

Angesichts dieses Ergebnisses ist nicht überraschend, dass die Mehrheit der befragten Klient*innen das Zentrum auch Freund*innen und Bekannten weiterempfehlen würden (vgl. Abb. 54):

Abb. 54: Weiterempfehlungsabsicht der Teilnehmenden an der Nachbefragung (N = 431)



Alle Teilnehmenden, die diese Frage beantwortet haben (90 %) würden das Zentrum „auf jeden Fall“ (82 %) oder „wahrscheinlich“ (8 %) Freunden und Bekannten empfehlen. Ein Zehntel hatte auch diese Frage nicht beantwortet.

Dass die Mund-zu-Mund-Propaganda bereits greift, bestätigt auch ein Blick auf die Zugangswege. Im Rahmen der Erstbefragung (vgl. Kap. 2.6.1) wurden alle Klient*innen gefragt, wie sie auf die Angebote des WIR aufmerksam geworden sind. Dabei zeigte sich nicht nur, dass das Internet sowie persönliche Empfehlungen über Freundes- oder Szenekreis sowie Klient*innen des WIR wichtige Zugangswege darstellen, sondern auch, dass

im Verlauf Hinweise/Vermittlungen von Freund*innen/Szene und über andere Klient*innen im WIR auf über 30 % anstiegen (vgl. Kap 4.2). Die Befunde bestätigen, dass zufriedene Klient*innen tatsächlich mit Mund-zu-Mund-Propaganda für das WIR werben und ihnen eine wichtige Rolle als „Zuweiser*innen“ zukommt.

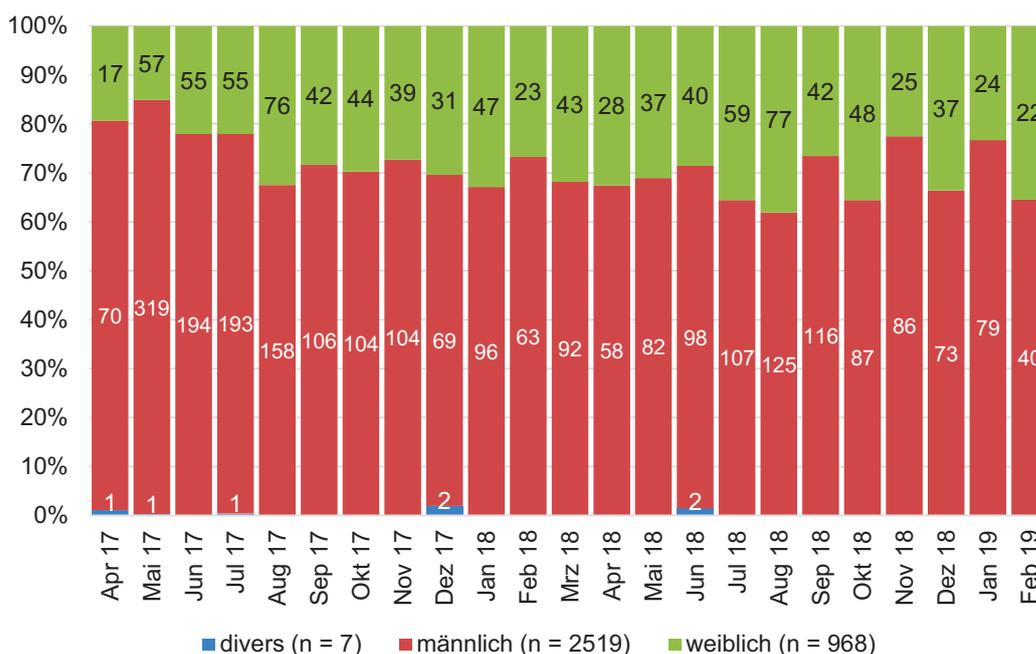
4.5 Gender Mainstreaming Aspekte

In der wissenschaftlichen Begleitung werden Gender Aspekte systematisch einbezogen. Bei der Entwicklung der Erhebungsinstrumente in Phase 1 sowie bei der Erstellung schriftlicher Dokumente wird eine nichtdiskriminierende Sprache verwendet. Die Evaluation betrachtete in Phase 2 verschiedene Zielgruppen des Zentrums (Frauen, Männer und andere geschlechtliche Identitäten) und deren Inanspruchnahme des Zentrums.

Im gesamten Zeitraum der Evaluation wurden im WIR 2.519 Männer, 968 Frauen und sieben Personen mit anderer Geschlechtsidentität erreicht bzw. dokumentiert (Angaben zum Geschlecht liegen für n = 3.494 Teilnehmende vor). Aufgrund der sehr kleinen Zahl sind alle Ergebnisse zu den Personen, die sich als divers eingeordnet haben, mit großer Vorsicht zu betrachten.

Im Zeitverlauf schwankte der Anteil der neu erreichten Personen nach Geschlecht:

Abb. 55: Geschlechterverteilung im Zeitverlauf (Neuaufnahmen, gesamter Zeitraum, Anzahl und Verteilung in Prozent je Monat; n = 3.494)



Der Anteil der jeweils neu aufgenommenen Frauen schwankte im Verlauf meist zwischen 20 % und 35 % und lag im Mittel bei 27,7 %. Der berichtete Frauenteil stellt eine Unterschätzung dar, da die Klient*innen von Madonna mit Ausnahme von n = 2 nicht in die Evaluation eingehen. Lt. Angaben von Madonna wurden im gesamten Verlauf mindestens 70 Frauen ins WIR gebracht, meist zur Behandlung in die Ambulanz und z. T. zur gynäkologischen Sprechstunde im St. Elisabeth-Hospital. Möglicherweise haben weitere Klient*innen von Madonna das Testangebot des Gesundheitsamts oder sozialrechtliche Beratung genutzt, aber weder angegeben, dass sie Sexarbeiterinnen, noch dass sie Klienten

tinnen von Madonna sind. Aufgrund dieser fehlenden Daten sind unter den 54 dokumentierten Sexarbeiter*innen mehrheitlich Männer (42, 77,8 %; 11 Frauen, 1x divers).

Das Angebot des WIR spricht, anders als die Checkpoints und viele HIV-/STI-Beratungs- und Testeinrichtungen in Deutschland, nicht nur Männer und hier insbesondere MSM, sondern auch Frauen bzw. Allgemeinbevölkerung an. Von den Männern kamen 55 % über die Eingangspforte Ambulanz ins WIR, 36,2 % über die Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts und 8,8 % über die Aidshilfe – sie kamen zu 59,6 % mit Testwunsch ins Zentrum.

Frauen wurden zu knapp zwei Drittel und damit am weitaus meisten über das Testangebot des Gesundheitsamts angesprochen (62,9 %). Hier zeigt sich, dass Frauen, obgleich sie regulär stärker in (gynäkologischen) Praxen angebunden sind als Männer, für die es keinen „Männerarzt“ gibt, gleichwohl oftmals das anonyme Testsetting vorziehen, wo sie zudem ausführlich beraten werden. Über die Ambulanz kam ein gutes Drittel ins WIR (34,5 %). Frauen wurden zudem – ohne Dokumentation – von Madonna erreicht. Von den sieben Personen mit anderer Geschlechtsdefinition kamen vier über die Ambulanz und die übrigen drei über das Gesundheitsamt ins Zentrum. Bei Frauen und diversen Personen äußerten je 75,1 %, dass sie das WIR wegen der Testmöglichkeit aufsuchten. Frauen wollten den Test am häufigsten im Kontext einer Risikosituation beim Sexualverkehr (64,9 %) nutzen, während Männer und diverse Personen dies zu 58,7 % bzw. 57,1 % angaben.

Frauen waren mit 31,9 Jahren im Mittel jünger als Diverse (34,6 Jahre) und Männer (37,9). Über die Hälfte der Frauen kam aus Bochum (54 %), noch etwas mehr diverse Personen (57,1 %) während Männer öfter von weiter her kamen: lediglich 41,1 % kam aus Bochum.

Frauen gehörten überdurchschnittlich oft zu den Teilgruppen Migrantinnen, vor allem jenen aus Subsahara Afrika, sie waren eher bildungsfern und in ihren Verständigungsmöglichkeiten eingeschränkt. Männer dominierten in den Gruppen der HIV-Patient*innen, auch der Spätdiagnostizierten und der Personen mit STI in der Vergangenheit, zudem unter den Drogen- und den Chemsex-Usern.

Zwei Drittel der Frauen nutzte das WIR im Dokumentationszeitraum nur einmal, bei Männern und divers lag dieser Anteil bei einem Drittel. Damit einher ging, dass die für Frauen aufgewendete Zeit im WIR mit im Mittel 1,2 Stunden insgesamt dokumentierter Zeit deutlich kürzer war als jene für die Männer (im Mittel 2,1 Stunden) und insb. diverse Personen (3,5 Stunden). Bei allen Gruppen waren STI-Tests die weitaus am häufigsten genutzte Leistung. Doch erhielten Frauen den Test viel öfter als Männer im Gesundheitsamt, Männer hingegen öfter in der Ambulanz. Damit ging einher, dass zwei Drittel der Männer ärztliche Behandlung nutzten, aber nur ein gutes Drittel der Frauen (divers: 57,2 %). Die im WIR betreuten Männer und Personen mit Geschlechtsidentität divers fragte umfassender Unterstützung nach: knapp ein Fünftel der Männer und ein Drittel der diversen Personen nutzten Beratung/Sozialarbeit und in 18,5 % (m) bzw. 16,7 % (d) waren auch Health Adviser sowie in 6,4 % bzw. 16,7 % Psychotherapie involviert. Demgegenüber nutzten lediglich 8,3 % der Frauen Beratung/Sozialarbeit und 12,2 % Health Adviser. Auch der Anteil von Frauen, die Psychotherapie erhielten war mit 3,7 % deutlich geringer.

Der Vergleich zeigt zusammenfassend, dass das WIR mit bspw. 56 % heterosexuellen Personen viel Allgemeinbevölkerung erreicht. Die männlichen Nutzer, vorrangig MSM, weisen ein Gutteil mehr Belastungen oder Bedarfe auf als die Frauen. In der Folge ziehen Männer vergleichsweise mehr Leistungen und insbesondere mehr psychosoziale/therapeutische Leistungen auf sich auf die Nutzerinnen.

5 Diskussion der Ergebnisse

5.1 Zielerreichung

Der Antrag zur wissenschaftlichen Begleitung des WIR beinhaltete eine vorläufige Auswahl möglicher Zielstellungen. Diese waren zunächst auf die konkrete Situation in Bochum anzupassen. Deshalb wurde zu Beginn der wissenschaftlichen Begleitung in der Projektgruppe in hochfrequenten Sitzungen über ein halbes Jahr ein Zielkatalog erarbeitet. Dieser beschreibt in drei Ebenen je Rahmen- und Detailziele und legt Indikatoren zur Zielüberprüfung fest (vgl. Zwischenbericht vom Juli 2017). Die drei Ebenen des Zielkatalogs für die Evaluation des WIR sind:

- Individuelle/fallbezogene Ebene
- Organisationsebene
- Regionale Ebene

Der Zielkatalog umfasst zwar nicht alle möglichen Zielsetzungen des WIR oder seiner Einzelakteure, stellt aber die Ziele zusammen, die als Beobachtungs- und Überprüfungsaufgabe für die Evaluation vereinbart wurden. Darauf aufbauend wurden das Dokumentationskonzept präzisiert und passgenaue Dokumentationsinstrumente zur Erprobung erstellt (vgl. Kap. 2). Zudem war darin definiert, welche Daten seitens der WIR-Akteure zur Verfügung zu stellen waren, was vor allem medizinische Daten der Ambulanz betraf. In den folgenden Projektgruppensitzungen wurden regelmäßig Zwischenergebnisse vorgestellt und das Verfahren sowie die Nutzung der Dokumentationen nachjustiert.

Auf Basis der Dokumentationen und der qualitativen Erhebungsschritte wird im Folgenden der Erreichung der Ziele aus allen verschiedenen Perspektiven (Mitarbeitende, Nutzer*innen, Versorgungsbeteiligte, finanzierende Stellen) nachgegangen und reflektiert, welche Bedingungen zum Verlauf beitrugen.

5.1.1 Individuell-fallbezogene Ebene

Für die erste Zielebene: Individuum/Fall wurden fünf Rahmenziele definiert

- Niedrigschwelligkeit
- Akzeptanz und Attraktivität
- Optimale medizinische Versorgung
- Optimale psychosoziale Versorgung
- Zufriedenheit der Nutzer*innen

Die Erreichung der jeweilig definierten Detailziele wurde anhand der von der Projektgruppe festgelegten Indikatoren untersucht. Im Folgenden werden die Ergebnisse entlang der Detailziele berichtet, wobei z. T. inhaltlich zusammenhängende Aspekte zusammengefasst werden.

Zu 1: Niedrigschwelligkeit, Akzeptanz und Attraktivität

Das WIR strebt an, niedrigschwellig zugänglich zu sein. Die Nutzer*innen sollen schnell und umfassend Hilfe finden – und das auch anonym und ohne Krankenversicherung oder

Überweisung. Gemäß des Walk-In-Konzepts soll niemand abgewiesen werden, der mit Beschwerden oder spontan kommt. Damit einher geht der Anspruch akzeptierend zu arbeiten und so, dass die Nutzer*innen zufrieden sind. Deshalb wurden im Zielkatalog dazu einige Aspekte verankert: Finden Beratung und Test auch ohne Termin bzw. noch am gleichen Tag und mit wenig Wartezeit statt? Sind die Angebote des WIR barrierefrei, anonym und auch Personen ohne Krankenversicherung bzw. Überweisung zugänglich? Wird auf die Bedarfe der Klient*innen eingegangen? Und fühlen sich die Nutzer*innen im WIR wertgeschätzt?

Sowohl über die quantitativen Erhebungen als auch die qualitativen Untersuchungsteile lassen sich die Fragen nach einer barrierefreien Nutzung beantworten. Ebenfalls lässt sich zeigen, wie die Klient*innen die von ihnen genutzten Angebote im WIR, die Betreuung bzw. Behandlung bewerten und welche Verbesserungsmöglichkeiten sie ggf. sehen. Im Folgenden werden die Ergebnisse zu Niedrigschwelligkeit des Walk In Ruhr – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin sowie die entsprechenden Rückmeldungen der Nutzer*innen zu Akzeptanz und Attraktivität diskutiert.

1. Beratung und Test finden ohne Termin bzw. noch am gleichen Tag statt, falls Wartezeiten entstehen, sind diese kurz.

Prinzipiell orientieren alle Einrichtungen im WIR darauf, Termine zu vereinbaren, z. T. mit Online-Terminkalender (Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts). Doch besteht auch die Möglichkeit, ohne vorherige Terminabsprache, ins WIR zu kommen. Im Rahmen der Evaluation konnte beobachtet werden, dass auch spontane Nachfragen angenommen und meist schnell bearbeitet werden (vgl. Kap. 4.3.3.4). Die sich in Dauerbehandlung befindlichen HIV-Patient*innen gaben im Rahmen der qualitativen Befragungen an, dass reguläre Folge-/Kontrolltermine jeweils während der aktuellen Untersuchung vereinbart werden. Die Klient*innen werden von den Ärzt*innen ermuntert, sich bei plötzlich auftauchenden gesundheitlichen Problemen auch außerhalb der vereinbarten Termine zu melden. Nach eigenen Angaben nehmen die Patient*innen diese Einladung auch wahr, wenn es ihnen zwischendurch einmal schlecht geht und werden dann direkt versorgt. Die Möglichkeit, das WIR auch spontan aufzusuchen, hat somit auch besondere Relevanz für die Patient*innen, die sich in medizinischer Behandlung befinden

Wenn bei Madonna Klientinnen ohne Vereinbarung erscheinen, können die Mitarbeiterinnen nach telefonischer Absprache sofort mit ihren Klientinnen im WIR vorstellig werden. Die Frauen werden dann direkt untersucht, getestet und ggf. auch behandelt (vgl. S. 136). Da in der niedergelassenen Versorgung Gültigkeit und Nutzung der europäischen Krankenversicherung vielfach nicht bekannt sind, kann das WIR hier eine Lücke schließen, zumindest mindern. Mit Etablierung der gynäkologischen Sprechstunde und der aufsuchenden Arbeit in Bordellen durch die zuständige Ärztin wird sich der Anteil der Sexarbeiter*innen, die das WIR ohne Termin nutzen, wahrscheinlich weiter erhöhen. Darüber hinaus profitieren die Klient*innen der Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts von der Möglichkeit, im Falle eines positiven STI-Ergebnisses auf kurzem Weg in die Behandlung durch die Ambulanz vermittelt zu werden (vgl. Kap. 4.3.2.5). Tatsächlich nannten 79 % aller 431 Klient*innen, die die schriftliche Nachbefragung ausgefüllt haben, auf die Frage, welche Aspekte ihnen beim Besuch des WIR besonders wichtig sind, den Zugang ohne Termin (vgl. Kap. 4.3.3.4).

Ganz gleich, ob die Klient*innen mit Termin ins WIR kommen oder spontan – die Wartezeit beim ersten Besuch betrug im Schnitt etwa 15 Minuten. Damit waren nahezu alle Klient*innen (94 %) (sehr) zufrieden. Auch die Wartezeit, wenn man einen Besuchster-

min vereinbart, halten sich in engen Grenzen. Für die Teilnehmenden der Nachbefragung betrug die durchschnittliche Wartezeit auf einen Termin 12 Tage. Da HIV-Patient*innen in der Nachbefragung überrepräsentiert sind, ist davon auszugehen, dass die angegebenen Wartezeiten überwiegend die Wartezeiten auf das Angebotspektrum der Ambulanz widerspiegeln. Die im Rahmen der qualitativen Befragung interviewten Klient*innen berichten ganz ähnliches und bewerten die 1,5 bis zwei Wochen als durchaus angemessen.

2. *Die Angebote des Walk in Ruhr (WIR) - Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin sind barrierefrei.*

Das WIR strebt Barrierefreiheit an und hat das als Ziel im Zielkatalog aufgenommen. Auch wenn das WIR in einem Altbau untergebracht ist, wird den meisten Nutzer*innen ein barrierearmer Zugang ermöglicht. Rollstuhlfahrer oder Besucher*innen, die auf die Nutzung von Rollatoren angewiesen sind, können mit dem Auto bis auf den Vorplatz fahren und in einem stufenlos zugänglichen Raum behandelt werden. Der Einbau eines Aufzugs scheiterte bisher an den hohen Kosten.

Im Untersuchungszeitraum konnten insgesamt fünf Gespräche mit Personen mit körperlichen Einschränkungen geführt werden. Diese bewerteten den Zugang zu den Räumlichkeiten des WIR als nicht barrierefrei und beschwerlich. Ob und wie sich die räumliche Situation auf die Nutzung des Zentrums durch Menschen mit Körperbehinderung auswirkt, kann nicht ermittelt werden. Zum Anteil der Nutzer*innen mit körperlichen Einschränkungen liegen keine quantifizierbaren Informationen vor, doch wird aus der Ambulanz berichtet, dass etwa 30 Patient*innen eine anerkannte Behinderung haben und ein Anteil von grob geschätzt 10 % der HIV-Patient*innen durch neurologische Beeinträchtigungen eingeschränkt ist.

Das Zentrum ist nicht für sinnesbehinderte Menschen ausgerüstet, weder gibt es Blindenleit- oder Vorlesesysteme, noch akustische Signale. Die Materialien, Flyer oder die Webseite sind zwar nicht in einfacher Sprache gestaltet, doch wird versucht, bspw. auch bei den Texten der Screens in den Wartebereichen, die Botschaften und Informationen möglichst kurz und verständlich zu gestalten.

Für den Umgang mit Menschen aus anderen Ländern bzw. geringen/keinen Deutschkenntnissen besteht die Möglichkeit, auf den Sprachmittlerpool des St. Elisabeth-Hospitals oder ggf. von pro familia zurückzugreifen. Das wird nach den Schilderungen der Beschäftigten jedoch fast nie gebraucht: Fremdsprachige Nutzer*innen bräuchten meist selbst private Bezugspersonen mit, die übersetzen können.

Im Untersuchungszeitraum beschrieben die Fachkräfte 1,2 % der 3.815 Studienteilnehmenden als assistenzbedürftig, vor allem aufgrund von Verständnisschwierigkeiten (sprachlich, kognitiv) und Sehbehinderung. Sprachmittlung wurde in 25 Fällen (0,7 %) für notwendig erachtet.

Da die überwiegende Mehrzahl der Klient*innen angab, über das Internet und die Webseiten des WIR auf das Angebot des Zentrums aufmerksam geworden zu sein (vgl. Kap. 4.2), dürfte die nicht barrierefreie Gestaltung der Onlinepräsenz für behinderte und fremdsprachige Personen nicht so ohne Weiteres zugänglich sein.

3. *Zugang und Leistungen des Walk in Ruhr (WIR) - Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin sind auch anonym, ohne Krankenversicherung und Überweisung möglich.*

Die Angebote des WIR stehen allen Ratsuchenden offen, die mit einem Test-, Beratungs- und Behandlungswunsch kommen. Alle Angebote der Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts, der Aidshilfe sowie von Madonna, Rosa Strippe und pro familia sind anonym zugänglich (vgl. Kap. 4.3.1).

Die Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts hält mit der kostenlosen STI-Testung das umfangreichste anonyme Angebot im WIR vor. Im Rahmen der Evaluation konnte beobachtet werden, dass im Jahr 2018 für 910 Klient*innen (99 %) mit Erstkontakt zur Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts, 1.087 mal die Leistung STI-Test dokumentiert wurden, im Jahresbericht werden etwa 2.500 Tests ausgewiesen. Die Aidshilfe bietet MSM im Rahmen von Herzenslust anonyme und mittlerweile auch kostenlose Tests an, zunächst nur auf HIV, mittlerweile auch auf weitere STI. Für 2018 wurden für 100 (23,6 %) Klienten der Aidshilfe 257 STI-Tests dokumentiert).

Die Beratungsangebote der NGO sind durchgängig kostenlos und anonym nutzbar.

Die medizinischen Angebote der Ambulanz (Beratung, Test, Impfung, Behandlung, Psychotherapie) sind auf der Grundlage einer Instituts-Ermächtigung und überwiegend nur nach ärztlicher Überweisung zugänglich oder im Rahmen der Teilnahme an einer der vielen Studien. Seit Eröffnung des WIR wurden zudem Möglichkeiten des kostenlosen Zugangs bzw. des Zugangs für nicht Krankenversicherte geschaffen: Die gynäkologische Sprechstunde ist ein vom Gesundheitsamt gefördertes offen zugängliches Angebot, das sich vor allem an Frauen ohne Krankenversicherung richtet. Psychotherapie ist sowohl zu Lasten der Krankenversicherung möglich als auch kostenfrei und ohne Krankenversicherung im Rahmen der von der Deutschen AIDS-Stiftung geförderten psychotherapeutischen Sprechstunde. Gesundheitsamt und Krankenhausträger ermöglichen bei Bedarf auch Personen ohne Krankenversicherung Untersuchungen, Test oder Behandlungen (kommunal oder aus Spenden finanziert). Zusätzlich beteiligt sich die Ambulanz an zahlreichen drittmittelfinanzierten Studien, über die z. T. auch Tests und Behandlungsoptionen eröffnet werden, die ohne Überweisung oder Krankenversicherung zugänglich sind.

Nach Angaben der Mitarbeitenden von Aidshilfe, Gesundheitsamt, Madonna, pro familia und Rosa Strippe profitieren Klient*innen von studienbezogenen oder über andere Wege ermöglichte kostenlosen Leistungen (z. B. STI-Testung, PrEP-Beratung, Behandlung). Von pro familia und Madonna kommen regelmäßig Frauen ohne Krankenversicherung ins WIR, sodass eine kostengünstige/-freie und ggf. auch anonyme medizinische Versorgung ihrer Klient*innen sichergestellt werden kann.

Im Untersuchungszeitraum wurden lediglich sieben Personen ohne Krankenversicherung im WIR dokumentiert. Für sie wurden Zugänge ins WIR vor allem über die Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts dokumentiert, darüber hinaus – ohne Dokumentation – über Madonna und pro familia. Aufgrund der fehlenden Dokumentation ist eine genaue Quantifizierung der anonym in Anspruch genommenen Leistungen nicht möglich. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass im Zeitfenster der Evaluation deutlich mehr als sieben Personen das WIR auch ohne Krankenversicherung genutzt haben.

Anonymität wird schließlich prinzipiell allen Menschen gewährt, die im Rahmen des Programms zur anonymen Spurensicherung nach sexualisierter Gewalt ins WIR kommen (Mitwirkung Ambulanz und St. Elisabeth-Hospital).

Dass Anonymität für die Nutzer*innen des WIR tatsächlich eine große Bedeutung einnimmt, belegen die Befunde der Nachbefragung. Auf die Frage, welche Aspekte von den Befragten als sehr bzw. eher wichtig erachtet wurden, rangiert die Zusicherung von Anonymität mit 85 % auf Platz drei der Rangliste (vgl. Kap. 4.3.3.4).

4. *Öffnungszeiten sind am Bedarf der Nutzer*innen orientiert.*

Das WIR hat aktuell (Stand Mai 2018) zweimal in der Woche offiziell bis 19 Uhr geöffnet. Freitags lädt die Aidshilfe zwischen 17 und 19 Uhr über das zielgruppenspezifische Projekt Herzenslust MSM zur anonymen Testung ins WIR ein. Montags, dienstags und donnerstags beginnt die Arbeit um 8 Uhr, mittwochs um 9 Uhr und freitags bereits um 7 Uhr (vgl. Kap. 4.3.1).

Die Teilnehmenden waren im Großen und Ganzen zufrieden mit den Öffnungszeiten und fanden diese völlig ausreichend. Befragt nach (weiteren) Wunsch-Öffnungszeiten votierten die Teilnehmenden der Nachbefragung in sehr unterschiedlicher Weise. Am relativ höchsten werden Randzeiten gewichtet, vor allem – wie mehrfach gegeben – am späten Nachmittag, vermutlich, weil diese vor und nach der Arbeitszeit einfacher zu ermöglichen sind. Zwar wünschen sich manche Befragte auch Öffnungszeiten am Abend oder am Wochenende, hier werden jedoch nur ausnahmsweise knapp zweistellige Werte erreicht. Das Wochenende scheint also keine große Dringlichkeit zu besitzen (vgl. Kap. 4.3.3.4).

Ähnlich bewerten die Fachkräfte im WIR die Situation: Eine Wochenendöffnungszeit wird vor allem deshalb als überflüssig erachtet, weil Test und Behandlung von STI kein Notfallgeschehen sei. Die Öffnungszeit in den Abend hinein sei ein gutes Angebot, das jedoch nur begrenzt genutzt werde. Es wird berichtet, dass die meisten Klient*innen es einrichten können, tagsüber zu kommen.

5. *Das Interieur des WIR strahlt eine einladende Atmosphäre aus, Fachkräfte sind mit Funktion erkennbar. und gehen auf ratlos wirkende Wartende aktiv zu.*

Bei der **Gestaltung der Räume** wurde bereits in der Konzeptphase auf die Notwendigkeit einer einladenden Atmosphäre verwiesen. Die 218 Bestandsklient*innen (51 % aller Teilnehmenden der Nachbefragung, fast ausschließlich HIV-Patient*innen in Dauerbehandlung) wurden gefragt, was sich im Vergleich von heute zu damals, als sie noch im St. Josef-Hospital behandelt wurden, verändert, verbessert oder verschlechtert habe. Die zentrale Lage und die neuen Räumlichkeiten wurden weit überwiegend als (große) Verbesserung beschrieben, niemand sah Verschlechterung (vgl. Kap. 4.3.3.4). Auch im Rahmen der qualitativen Befragung bewerteten die Klient*innen Gestaltung und Einrichtung im WIR – auch hier überwog das Lob bei weitem. Dies galt auch und gerade im Vergleich mit den früheren Räumlichkeiten im St. Josef-Hospital oder im Gesundheitsamt. Viel Zustimmung fanden auch die Info-Screens.

Kritik wurde eher begrenzt geäußert und betraf zum einen das Café enJoy. Nach Rückmeldungen wurde von den Mitarbeitenden auf die Wünsche reagiert. Zum anderen bezog Kritik sich auf mangelhafte Diskretion: Klient*innen müssen im zentralen Flur sitzend warten, jeder läuft hier durch, sieht und wird gesehen. Eine Reihe von Klient*innen fühlt sich dabei unangenehm wie auf dem Präsentierteller und beschrieben das als demaskierend, ungeschützt und indiskret. Ähnliches gilt im proktologischen Behandlungsraum: Hier wird ein Sichtschutz zur gegenüberliegenden Häuserzeile vermisst.

Erkennbarkeit der Fachkräfte: In der Konzeptphase des WIR diskutierten die Vertreter*innen der verschiedenen Einrichtungen intensiv über die Frage, ob die Fachkräfte im

WIR Namensschilder tragen und so schnell als Ansprechpersonen identifizierbar sein sollten. Nachdem keine einheitliche Regelung erzielt werden konnte, handhaben die Einrichtungen das unterschiedlich: Die Mitarbeiterin des Gesundheitsamts trägt, wie ihre Kolleg*innen im Amt, ein Namensschild. Die übrigen Beschäftigten nicht, einige lehnen das vehement ab. Die Beschäftigten der Ambulanz verweisen darauf, dass sie über ihre Dienstkleidung leicht in ihren Funktionen erkennbar sind, zudem verbietet eine Klinikvorschrift Schilder an Funktionskleidung.

In den qualitativen Interviews, die mit WIR-Nutzer*innen geführt wurden, stellte eine Frage auch auf die Erkennbarkeit der Mitarbeitenden ab. Tatsächlich berichteten die meisten Klient*innen, nicht erkennen zu können, wer Mitarbeitender sei und wer nicht und würden Namensschilder o. ä. explizit begrüßen, andere lehnten das hingegen entschieden ab. Das spiegelt sich auch in den Antworten der Nachbefragung wider. 59 % gaben an, dass für sie die Erkennbarkeit der Mitarbeitenden bedeutsam sei. Für 76 % war es (sehr) wichtig, von den Beschäftigten des WIR aktiv angesprochen zu werden. 66 % der Nachbefragten konnten bestätigen, bei ihrem Besuch im WIR von den Beschäftigten aktiv angesprochen worden zu sein, 28 % gaben an, dass dazu keine Notwendigkeit bestand (vgl. Kap. 4.3.3.4).

Zu 2: Optimale medizinische Versorgung

Im folgenden Kap. werden die medizinischen Aspekte des Walk In Ruhr – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin (WIR) bearbeitet und entlang der Fragestellungen zum abgestimmten Rahmenziel „optimale medizinische Versorgung“ dargestellt und diskutiert. Die Darstellung der Ergebnisse folgt den im Zielkatalog definierten Detailzielen, die schwerpunktmäßig die Behandlung von HIV und AIDS sowie die Therapie aller STI, wie z. B. Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydien durch die Immunologischen Ambulanz in den Blick nehmen. Darüber hinaus wird der Stand der Entwicklung von Präventionsangeboten, der Umsetzung von Partner*innen-Benachrichtigung und der Dokumentation nutzer*innenbezogenen Trends diskutiert.

1. Die Behandlung von HIV verbessert sich im Vergleich zum vorherigen Setting.

Die Aussichten für Menschen mit HIV waren noch nie so gut wie heute. Bei rechtzeitig begonnener und konsequent eingenommener HIV-Therapie und einer guten Versorgung haben Betroffene alle Chancen auf ein langes und gesundes Leben mit HIV und eine annähernd normale Lebenserwartung. Um das 90-90-90-Ziel der WHO zu erreichen, soll die Viruslast bei mehr als 90 % der behandelten Patient*innen unter der Nachweisgrenze von 50 Kopien pro Milliliter Blut liegen. Das Behandlungsergebnis wurde im Rahmen dieser Untersuchung in Anlehnung an die Leitlinie „HIV-Infektion, antiretrovirale Therapie“ (vgl. DAIG, 2014) über die CD4-Zellzahl und die HI-Viruslast operationalisiert.

Im Untersuchungszeitraum (24.04.2017 bis 31.12.2018) liegen für 771 HIV-Patient*innen Daten zur HIV-Behandlungskontrolle vor (vgl. Kap. 4.3.2.3). Das o. g. Ziel wurde im WIR im Untersuchungszeitraum erreicht: Gut 94 % der HIV-Patient*innen weisen in der letzten Kontrolle eine Viruslast unter der Nachweisgrenze auf, sodass HIV beim Geschlechtsverkehr nicht mehr übertragen werden kann (Rodger et al., 2019). Damit liegen die Ergebnisse des WIR in etwa im bundesweiten Bereich (vgl. RKI, 2018).

Inwieweit die Behandlung von HIV im Vergleich zum vorherigen Setting verbessert werden konnte, lässt sich auf Basis der vorliegenden Daten nicht prüfen. Vergleichsdaten wurden der wissenschaftlichen Begleitung nicht zur Verfügung gestellt (vgl. Kap. 2.10). Die Ambulanz gibt hierzu zu bedenken, dass es wenig Raum für Verbesserung gebe, da

mit Überführung der HIV-Patient*innen vom St. Josef-Hospital ins WIR im Jahr 2016 bereits über 90 % der Patient*innen der Ambulanz unter der Viruslast-Nachweisgrenze lagen. Ein Vergleich der Laborergebnisse zu HI-Viruslast sowie CD4-Zellen bei HIV-Patient*innen im Untersuchungszeitraum bestätigen diese Annahme und verweisen auf einen konstanten Anteil von HI-Viruslast-Werten (< 50) und CD4-Zellen (> 350) über die Quartale hinweg (vgl. Kap. 4.3.2.3).

2. Maßnahmen zur STI-Früherkennung werden umgesetzt.

Neue Präventionsmöglichkeiten zur Vermeidung von HIV-Infektionen wie „Schutz durch Therapie“ und die Etablierung der PrEP-Strategie lassen einen weiteren Rückgang des Kondomgebrauchs vermuten. Zudem können verschiedene STI auch extragenital, etwa durch Schmierinfektionen übertragen werden – auch Kondome schützen in diesen Fällen nur bedingt. Bis zu 80 % der Infektionen, die zu Krankheiten führen können, verlaufen symptomlos (vgl. Brockmeyer 2018) oder diese werden nicht als Zeichen einer STI erkannt. Bei anderen versperren Scham und die Angst vor Stigmatisierung den Weg zur STI-Testung, selbst wenn bereits Beschwerden vorliegen. Im WIR werden auch asymptomatischen Patient*innen STI-Untersuchungen aktiv angeboten und an verschiedenen relevanten Lokalisationen (genital, anal und oral) getestet.

Im Rahmen der Evaluation konnte beobachtet werden, dass alle STI-Tests anbietenden Einrichtungen des WIR im Jahr 2018 82 % aller Klient*innen erreichten (vgl. Kap. 4.3.2.2). Es wurden insgesamt 26 % Frauen und 73 % Männer getestet. Nur ein geringer Anteil der Klient*innen (0,2 %) verortet sich selbst nicht als männlich oder weiblich. Diese Gruppe wurde – laut Dokumentation – von der Ambulanz und/oder der Beratungsstelle des Gesundheitsamtes mit STI-Untersuchungen erreicht. Die Aidshilfe erreicht über ihr zielgruppenspezifisches Testangebot (MSM) erwartungsgemäß eher Männer (93 %). Die meisten Frauen (41 %) wurden anteilig von der Beratungsstelle des Gesundheitsamtes dokumentiert. Das Durchschnittsalter lag insgesamt bei 37 Jahren. Wobei die Beratungsstelle für die im Vergleich jüngste Klientel (Ø 30 Jahre) STI-Untersuchungen dokumentiert hat. Die Risikogruppe der Heterosexuellen mit mehr als zehn Sexualpartner*innen im letzten halben Jahr wurde zu 93 % mit mind. einem durchgeführten STI-Test erreicht. In 67 % der Fälle hatte die Mitarbeiterin der Beratungsstelle des Gesundheitsamtes den STI-Test dokumentiert. HIV-Patient*innen werden erwartungsgemäß vor allem in der Ambulanz und nur in Ausnahmefällen von der Beratungsstelle des Gesundheitsamtes oder der Aidshilfe getestet.

Für Kund*innen der Knappschaft (ca. 15 % der WIR-Klientel) konnte ab Februar 2019 eine Qualitätspauschale für die STI-Beratung vereinbart werden, um dem ärztlichen Zeitaufwand für eine ausführliche Anamnese und vertrauensvolle kompetente Beratung zu STI gerecht zu werden.

Gemäß dem Präventionskonzept des WIR spielt auch die Einbindung der Sexualpartner*innen in die Früherkennung und Behandlung von STI eine besondere Rolle (vgl. hierzu Kap. 4.3.3.3). Präventions- und Aufklärungsveranstaltungen in Schulen und in Jugendeinrichtungen zu sexueller Gesundheit, zu STI und ihren (Spät)-Folgen, zu STI-Früherkennung und STI-Impfprogrammen werden durchgeführt (ebd.). Der auf den Webseiten des WIR angebotene STI-Online-Risikotest bietet Ratsuchenden eine anonyme und kostenlose Möglichkeit, das eigene Risiko für eine STI zu überprüfen und gleichzeitig hilfreiche Informationen zu erhalten. Der Test (www.risikotest.wir-ruhr.de) kann sowohl zu Hause als auch per Tablet im WIR genutzt werden und ebnet nach Angaben der WIR-Akteur*innen den Weg in die Testung.

Über das Zusammenwirken von Präventions-, Aufklärungs- und risikoorientierten Testangeboten sowie Partner*innen-Benachrichtigung könnte die Weiterverbreitung von STI verhindert und infizierte Personen vor Erkrankung und deren Folgen geschützt werden. Die Möglichkeiten sind im WIR gegeben und werden von den Klient*innen auch in Anspruch genommen.

3. Mehr STI-Untersuchungen finden statt.

Für 1.736 Ambulanz Patient*innen liegen Ergebnisse zu 19.165 STI-Labortests vor (vgl. Kap. 4.3.2.2). Die WIR-Ambulanz testete im gesamten Untersuchungszeitraum (April 2017 bis Dezember 2018) risikoorientiert und dem individuellen Sexualverhalten entsprechend an verschiedenen relevanten Lokalisationen (genital, anal und oral). Im Mittel wurden je Studienteilnehmer*in 12,4 Tests durchgeführt. Auf Basis der vorliegenden STI-Labortests lässt sich ein deutlicher Aufwärtstrend in der Durchführung von STI-Tests in der Ambulanz erkennen. Vom vierten Quartal 2017 auf das vierte Quartal 2018 haben sich die durchgeführten Tests knapp verdoppelt, während die Positivrate im Prinzip gleich blieb (4,9 % zu 4,8 %). Die absolute Zahl der positiven Befunde, hat sich im Zeitverlauf um den Faktor 1,9 erhöht.

Die Anzahl der von der Ambulanz getesteten Personen hat sich von 945 (Q4 2017) auf 1.337 (Q4 2018) gesteigert. Im gleichen Zeitraum hat sich die Positivrate von 9,7 % auf 12,6 % erhöht, das entspricht einem absoluten Anstieg der Fälle mit einem positiven STI-Befund um den Faktor 1,8.

4. Mehr HIV-Spätdiagnostizierte werden erreicht.

Im Untersuchungszeitraum (24.04.2017 bis 31.12.2018) konnten über die Daten der HIV-Behandlungskontrolle der Immunologischen Ambulanz 42 Fälle mit HIV-Neuinfektionen identifiziert werden. Der Anteil der „Spätdiagnostizierten“ beläuft sich in diesem Sample auf 52 % – darunter finden sich 11 Personen mit mehr als 200 aber unter 350 CD4-Zellen pro ml Blut, 10 Personen mit weniger als 200 CD4-Zellen und eine Person mit ausschließlich mindestens einer AIDS-definierenden Erkrankung (vgl. Kap. 4.3.2.3).

Im Zeitverlauf zeigt sich, dass im WIR HIV-Spätdiagnostizierte über die Quartale hinweg unterschiedlich erreicht werden.³¹ Die Wahrscheinlichkeit, Spätdiagnostizierte zu erreichen, steigt mit der Anzahl der Neuvorstellungen. Möglicherweise spielt vor diesem Hintergrund die medikamentöse HIV-Präventionsstrategie PrEP zukünftig eine bedeutende Rolle, da diese Form der Schutzstrategie vielleicht verstärkt auch diejenigen ins Versorgungssystem hineinholt, die sich bislang nicht regelmäßig haben testen lassen (vgl. auch Kap. 4.3.3.2.)

5. STI-Ko-Infektionen von HIV-Patient*innen werden systematisch gescreent und behandelt und der Erfolg der Behandlung von (Ko-)Infektionen wird kontrolliert.

Der wissenschaftlichen Begleitung liegen über die Dokumentation STI-Laborergebnisse zu Tests auf Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydien, Mykoplasmen, Trichomonaden, Hepatitis C und Hepatitis B vor. HPV wird im Rahmen der proktologischen Untersuchungen entlang von Symptomen gescreent, findet in den Labordaten jedoch keinen Niederschlag. Wurden im vierten Quartal 2017 1.382 STI-Labortests für HIV-Patient*innen dokumen-

31 Über die vorliegenden Daten kann kein Vergleich zu der Zeit vor der WIR Implementierung getätigt werden, da entsprechende Vergleichswerte aus den Vorjahren fehlen (vgl. Kap. Limitation der Studie).

tiert, waren es im vierten Quartal 2018 1.807. Die Rate der positiven STI-Tests schwankt je nach Quartal zwischen 3,6 % und 5,1 %.

Die Behandlung und die Behandlungskontrolle folgen gemäß den Aussagen der Ambulanz-Leitung definierten Pfaden und Zeiten, über die Auswertung der Daten zur Behandlungskontrolle kann das bestätigt werden. Von denjenigen HIV-Patient*innen mit einer sexuell übertragbaren Ko-Infektion (25 % von 810 Getesteten) wurden 97 % im Rahmen der WIR-Ambulanz in eine Behandlung überführt, knapp 80 % haben eine Behandlungskontrolle bekommen und wiederum 96 % haben mind. eine STI-Behandlung erfolgreich abgeschlossen (vgl. Tab. 18).

6. *Adhärenz der HIV-Patient*innen verbessert sich.*

Das Therapieziel, die HI-Viruslast unter die Nachweisgrenze zu bringen und dort zu halten, verlangt nach einer Dauerbehandlung.

Im Rahmen der Nachbefragung machten 211 Klient*innen in Dauerbehandlung Angaben zur Art, ihre Medikamente einzunehmen. Die Daten zeigen eine hohe Adhärenz, einziger Problempunkt scheint zu sein, die Medikation tatsächlich immer einzunehmen (vgl. Kap. 4.3.3.4).

Die Ambulanz sieht für HIV-Patient*innen leitlinienkonform (DAIG 2014) regelmäßige Verlaufskontrollen der CD4-Zellenanzahl und der Viruslast in zwei- bis viermonatigen Abständen vor. Der überwiegende Anteil (79 %) an HIV-Patient*innen nimmt die regelmäßigen Laborkontrollen wahr. Der Anteil der HIV-Patient*innen, die keinen Kontakt zur Ambulanz hatten, lag im ersten Quartal 2018 bei knapp 11 % Prozent und im dritten Quartal 2018 bei 7 %, darunter auch andernorts in Behandlung befindliche Fälle, die das WIR nur zu ergänzenden Untersuchungen nutzen oder im Ausland lebende Personen, die deshalb nur selten kommen (können) (vgl. Kap. 4.3.3.4).

Im Untersuchungszeitraum lag der Anteil derjenigen HIV-Patient*innen mit einer HI-Viruslast unter der Nachweisgrenze bei 94 %. Für diese Patient*innen kann eine hohe Medikamenten-Adhärenz angenommen werden. Im Untersuchungszeitraum lagen von insgesamt 813 HIV-Patient*innen 131 (16 %) in mindestens einer Folgeuntersuchung über der Nachweisgrenze. Von diesen wurden 32 Patient*innen (24 %) an die Aidshilfe weiter vermittelt und dort mit Blick auf behandlungsbezogene Adhärenz-Barrieren beraten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Adhärenz-Niveau im Untersuchungszeitraum bei HIV-Patient*innen erwartungsgemäß gut ist und das WIR entsprechende Angebote (Beratung und Recall-System) bereitstellt, um alle Patient*innen gleichermaßen mit einer lückenlosen Therapie zu erreichen und auf diese Weise Schutz durch Therapie zu gewährleisten.

7. *Beitrag des Zentrums für eine individuelle, situationsangepasste Prävention ist dokumentiert.*

Ein Ziel des WIR besteht in der Entwicklung und Umsetzung von situations- und risikogepassten Präventionsstrategien. Mehrere WIR-Akteure arbeiten seit vielen Jahren präventiv und sind hier sehr profiliert, bspw. pro familia und Rosa Strippe. Sie halten eine Reihe von Präventionsformaten vor, die sich insbesondere an Jugendliche im Kontext Schule und Jugendhilfe richten. Bei diesen Formaten wird nun auch das Angebot des WIR vorgestellt und ggf. zu einem Besuch oder STI-Test motiviert. Bei manchen Formaten gehört ein Besuch im WIR zum Programm.

Das Gesundheitsamt hat vor Jahren seine Schulpräventionsaktionen aufgrund personeller Restriktionen aufgegeben – beteiligt sich nun aber wieder, gemeinsam mit der Ambulanz, an Präventionsaktionen.

Das Präventionskonzept des WIR umfasst mittlerweile eine Reihe von Maßnahmen, die von je unterschiedlichen Einrichtungen/Fachkräften und in verschiedenen Kooperationen umgesetzt werden, darunter Öffentlichkeitsarbeit, Präventions- und Aufklärungsveranstaltungen in verschiedenen Settings, Nutzer*innenedukation, Online-STI-Risikotest zur Selbstreflexion, ein risikoadaptiertes und präventionsorientiertes Vorgehen in Test und Behandlung, bei Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen, Angebote von Selbstentnahme-Kits ‚Test-It‘ und Unterstützung bei der Anwendung des HIV-Selbsttest, PEP und PrEP.

Das WIR hat mit den beteiligten Einrichtungen eine Vielzahl von Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit realisiert, dies schlägt sich in den dokumentierten Daten nieder. Vermutlich haben insbesondere die Präventionsaktivitäten, die an Jugendliche und junge Erwachsene adressiert waren, dazu beigetragen, dass mehr junge Menschen das WIR besuchten. Dieser Befund ordnet sich jedoch ein in eine insgesamt zwischen Mai 2017 und Januar 2019 kontinuierlich höhere Inanspruchnahme. Eine strukturelle Veränderung hin zu einem höheren Anteil junger Menschen kann nicht beobachtet werden.

Das Präventionskonzept des WIR wurde zuletzt im Rahmen des Deutschen STI-Kongresses 2018 in Bochum und des Deutsch-Österreichischen Aids-Kongresses im Juni 2019 in Hamburg per Poster vorgestellt (vgl. Anhang S. 197).

8. *Partner*innen-Benachrichtigung wird systematisch umgesetzt.*

Die Verbesserung von Partner*innen-Benachrichtigung gehört zu den vorrangig angestrebten Zielen im WIR und findet gleich mehrfach Niederschlag in dem 2016/2017 erarbeiteten Zielkatalog. Im Rahmen des Ziels „optimale medizinische Versorgung“ geht es bspw. um eine systematische Umsetzung von Partner*innen-Benachrichtigung. Aufgrund der übergeordneten Bedeutung des Themas wurde die Umsetzung vertieft evaluiert.

Federführend durch die Ambulanz wurde in Abstimmung mit der Ethik-Kommission der Ruhr Universität Bochum ein Tool für anonyme Online-Benachrichtigungen entwickelt, das seit Herbst 2017 zur Verfügung steht. Klient*innen des WIR mit diagnostizierter STI können dieses Tool nutzen und Sexualkontakte anonym per SMS oder E-Mail benachrichtigen, sofern sie zuvor einen persönlichen Zugangscodes erhalten haben. Ärzt*innen und die Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts verweisen auf das Tool. Beim Testangebot der Aidshilfe werden keine Zugangscodes ausgegeben. Die Nutzung des Tools scheint derzeit eher begrenzt.

2019 wurde ein Papier („Konzeptionelle Gedanken zur Partner*innen-Benachrichtigung im WIR“) vorgelegt, das zwei Wege skizziert: primär persönliche Information und sekundär die Nutzung des anonymen Online-Tools. Klient*innen sollen möglichst mehrfach dazu angesprochen werden. Partner*innen-Benachrichtigung wird nicht stellvertretend von professionellen Fachkräften übernommen, aber die gemeinsame Beratung von Inpatient und Kontaktperson wird angeboten. Die Umsetzung der Partner*innen-Benachrichtigung liegt in der Eigenverantwortung der Klient*innen“ (vgl. WIR 2019), die Fachkräfte wollen Personen mit diagnostizierter STI so aufklären und motivieren, dass sie selbst aktiv werden.

Mit den verschiedenen Bemühungen, dem Konzept sowie dem Online-Tool fokussiert das WIR deutlich auf Partner*innen-Benachrichtigung. Gleichwohl verweisen die Evaluationsergebnisse auf eine derzeit noch eher unsystematische Umsetzung des o. g. Kon-

zepts: So zeigen die Daten für Nutzer*innen mit einer diagnostizierten STI – als die zentrale Hauptzielgruppe für Partner*innen-Benachrichtigung – eine Umsetzungsrate von 60 %.

Über die Personen mit einer diagnostizierten STI hinaus wurden im gleichen Zeitraum 312 Personen zu Partner*innen-Benachrichtigung beraten, für die kein konkreter Anlass dokumentiert war (Personen, die eine negative Ergebnismitteilung bekommen hatten). Dies entspräche der konzeptionell definierten Zielsetzung, das Thema Partner*innen-Benachrichtigung auch präventiv an Personen zu adressieren, die z. B. mit einem Testwunsch ins WIR kommen. Diese Ausweitung des Adressatenkreises über die positiv Getesteten hinaus geschieht jedoch nicht systematisch, denn dies betraf lediglich 22 % der WIR-Klient*innen, die für einen STI-Test ins WIR gekommen waren.

Darüber hinaus lässt sich auf Grundlage der dokumentierten Daten feststellen, dass die Beratung zu Partner*innen-Benachrichtigung bisher überwiegend von Ärzt*innen durchgeführt wird. Anders als konzeptionell vorgesehen, wurde Partner*innen-Benachrichtigung von anderen Berufsgruppen bisher weniger umgesetzt oder dokumentiert. Auch erfolgt eine Ansprache zu Partner*innen-Benachrichtigung bisher erst eher ausnahmsweise mehrfach.

Eine Systematik in der Umsetzung von Partner*innen-Benachrichtigung im Sinne einer gezielten Ansprache von positiv diagnostizierten Fällen und Personen, die das WIR für einen STI-Test aufsuchen, kann auf Basis der dokumentierten Daten im Untersuchungszeitraum also nicht festgestellt werden.

Allerdings bestätigten die Beschäftigten in den qualitativen Gesprächen einrichtungsspezifische Regeln hinsichtlich Partner*innen-Benachrichtigung: In der Ambulanz werde in Dienstbesprechungen regelmäßig auf die Bedeutung von Partner*innen-Benachrichtigung hingewiesen und dazu alle Beschäftigten aufgefordert, dies umzusetzen. Die Ärzt*innen berichteten, die Patient*innen mit STI zunehmend auf Partner*innen-Benachrichtigung anzusprechen und dabei festzustellen, dass ein Teil der Angesprochenen tatsächlich wegen ihrer (Sexual-)Partner*innen in Sorge war und diese gern informieren würde – dies bisher aber aus Angst und Unsicherheit nicht in Angriff genommen hatte. Die Patient*innen waren dankbar für die Beratung und nahmen Hilfe gern in Anspruch – sei es, Argumente vorzubereiten oder im Zentrum ein Gespräch zu dritt zu vereinbaren. Seitens der Beratungsstelle des Gesundheitsamts wurde angegeben, die NRW-weit geltenden Empfehlungen zu Partner*innen-Benachrichtigung der Landesarbeitsgemeinschaft Aids/STI (vgl. LAG Aids/STI, 2015) zu berücksichtigen, wonach Partner*innen-Benachrichtigung im Sinne einer Information zu den Re-Infektionsrisiken bei einer bestehenden STI Bestandteil jeder Ergebnismitteilung ist. Sowohl von der Ambulanz als auch der Beratungsstelle des Gesundheitsamtes wird den Klient*innen u. a. angeboten, ihre Sexualpartner*innen zu gemeinsamen Beratungen mitzubringen. Die Mitarbeitenden der Aidshilfe gaben zu Protokoll, dass die Kenntnis zu Reinfektionsrisiken und die Information der Sexualkontakte über eine bestehende STI-Infektion unter den MSM, die zur Testung in die Aidshilfe kommen, bereits gelebte Praxis und eine gesonderte Aufforderung dazu obsolet sei.

Von den im Rahmen der Nachbefragung zu Partner*innen-Benachrichtigung befragten 91 positiv auf eine STI getesteten Klient*innen gaben 84 % an, im Rahmen der Beratung bzw. Behandlung im WIR dazu ermuntert worden zu sein, ihre Sexualpartner*innen über eine mögliche Infektion zu informieren, 15 Personen waren dabei auch zum anonymen Webtool informiert worden. 80 Befragte bestätigten auf Nachfrage, alle oder einige der Sexualkontakte benachrichtigt zu haben. In den abschließenden Gesprächen mit Klient*innen wurde zum Thema Partner*innen-Benachrichtigung und deren Umsetzung im WIR unterschiedliche Erfahrungen vermeldet.

9. Nutzer*innenbezogene Trends werden erkannt.

Die Dokumentation erfasst und die Auswertungen zeigen vor allem eine Entwicklung: Die Anzahl der Personen, die das WIR nutzen, stieg im Zeitraum von Mai 2017 und Januar 2019. Dies gilt insbesondere für die Gruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, für Frauen und für Personen mit Migrationshintergrund (vgl. Kap. 4.2). Dagegen nutzen bildungsfernere Personen und Menschen mit eingeschränkten Verständigungsmöglichkeiten das WIR weiterhin nur in einem geringen Umfang.

Ein weiterer Trend ist die zunehmend stärkere Nutzung des WIR durch spezifische Zielgruppen wie heterosexuelle Klient*innen, MSM und – ganz generell – Personen, die angaben, (kürzlich) eine Risikosituation erfahren zu haben. Dagegen blieb die Anzahl der HIV-Patienten, die neu in WIR aufgenommen wurden, über die Zeit relativ stabil.

Im Hinblick auf das Risikoverhalten zeigten sich die Nutzer*innen ebenfalls relativ stabil: Ein ungeschützter Sexualverkehr ist über den gesamten Zeitraum die bedeutsamste Risikosituation und die damit in Zusammenhang stehenden Gründe für den Kondomverzicht bleiben auch die gleichen: Hier geben die betroffenen Nutzer*innen in mehr als 80 % der Fälle an, dass sie oder der/die Partner*in Sex ohne Kondom haben wollten.

Zu 3: Optimale psychosoziale Versorgung

Bei Erstellung des Zielkatalogs wurde, neben der medizinischen Versorgung, auch auf eine optimale psychosoziale Versorgung fokussiert. Als optimal wurde dabei erachtet, wenn die Klient*innen multidisziplinär betreut werden, bei Bedarf also auch psychosoziale Hilfe erhalten. Dieses Ziel wurden zwar nicht in Detailziele heruntergebrochen, doch verweisen die definierten Indikatoren auf die Vornahmen und Ziele.

Im Mittelpunkt stand dabei zunächst die Implementierung von Health Advising und eine dort verortete grundlegende Anamnese. Diesem und den weiteren Indikatoren werden im Folgenden nachgegangen:

1. Konzepte für Health Advising und umfassende Anamnese liegen vor.

Zu Health Advising wurde 2018 ein Konzept vorgelegt (Curriculum Health Adviser für Sexuelle Gesundheit, vgl. S. 42) und u. a. eine Prozessbeschreibung und ein Anamnesebogen entwickelt. Im Evaluationszeitraum wurde statt dieses Anamnesebogens jedoch die Evaluations-Erstbefragung eingesetzt. Diese soll, mit einigen Anpassungen, nach der externen Evaluation weiter eingesetzt werden. Das Konzept sieht vor, dass Health Adviser alle Neuklient*innen aufnehmen und diese auf Basis der Anamnese weiterleiten. Tatsächlich sind Health Adviser in 18,9 % der Neufälle beteiligt, überwiegend auch als erste Ansprechperson. Mit Zunahme von Health-Adviser-Personalkapazität steigt ihre Einbeziehung an, vor allem im Jahr 2018: Zuletzt wurden für 32 % aller Neufälle eine Beteiligung von Health Advisern dokumentiert. Die Health Adviser sind in über der Hälfte der PrEP-Fälle involviert, ebenso bei der Hälfte der Fälle mit HIV-Spät Diagnosen, bei zwei Fünftel der Sexarbeiter*innen und einem guten Drittel der HIV-negativen Personen mit einer/einem HIV-infizierte*n Partner*in.

Health Adviser waren zu 58 % fallübergreifend und zu 42 % ihrer Zeit fallbezogen eingesetzt. Fallübergreifend dominierten Fallbesprechungen, kollegiale Beratung und Austausch im WIR sowie die Durchführung von Präventionsveranstaltungen und aufsuchender Arbeit. Fallbezogen waren sie vor allem im Kontext von Studien tätig und übernahmen Testberatung und Beratung zu Risikomanagement und –reduktion, PrEP und psy-

chosozialen Themen; zudem sind sie im Recall-System involviert. Eine direkte Weitervermittlung an andere Stellen wurde von ihnen nur sehr selten dokumentiert (im Jahr 2018: n = 29), doch waren sie im gleichen Zeitraum 284-mal an fallbezogenen Absprachen beteiligt und wurden über alle WIR-Akteure hinweg am häufigsten als Adressat für fallbezogenen Austausch benannt (vgl. Kap. 4.3.3.1).

Außer dem Curriculum Sexuelle Gesundheit erhielten sie keine gezielte und spezifische Fortbildung, bspw. zu Motivational Interviewing (der in den Niederlanden und in England präferierten und für notwendig erachteten Beratungsmethode für Health Adviser) und keine aufgabenbezogene Supervision. In der Nachbefragung konnten lediglich 17 Personen – überwiegend positive – Einschätzungen zu Health Advising abgeben. Doch werden sie von den meisten Beschäftigten als große Unterstützung bewertet.

Insgesamt kann für Health Advising festgehalten werden, dass das WIR hier angetreten ist, eine für Deutschland neue Funktion in Gesundheitsdiensten zu implementieren. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass für Health Advising noch kein klares eigenständiges Profil deutlich wird. Zudem gab es mehrere Personalwechsel und die Health Adviser werden an verschiedenen Stellen zur Überbrückung von personellen Engpässen und zur Unterstützung von Kolleg*innen eingesetzt. Sie stabilisieren so das Gesamtangebot, helfen bei der Studien- oder Testdurchführung – hatten aber weniger Möglichkeiten, ihr Profil zu schärfen.

2. Klient*innen werden untereinander im WIR verwiesen und nutzen Termine/Kontakte bei verschiedenen Akteuren, darunter auch Beratung und/oder Psychotherapie.

Wie gezeigt wurde, nutzten von den insgesamt an der Evaluation teilnehmenden 3.518 Klient*innen insgesamt 83 % jeweils nur eine Einrichtung im WIR, weit überwiegend die Ambulanz (42 %, vor allem zur HIV-Behandlung) und die Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts (38 %, vor allem zum STI-Test). Den meisten Klient*innen reicht also eine spezifische Unterstützung (HIV-Behandlung oder ein, meist einmaliger, STI-Test)

Für 17 % aller Klient*innen dokumentierte mehr als eine WIR-Einrichtung Leistungen: 5 % dieser Klient*innen nutzen zwei und 2 % drei WIR-Einrichtungen. Am häufigsten handelte es sich dabei um die Nutzung von Ambulanz und Aidshilfe (n = 340, bspw. im Kontext von PrEP oder Adhärenzförderung) und um Fälle mit Nutzung der Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts und der Ambulanz (n = 167, vor allem zur Behandlung festgestellter STI oder zur kurzfristigen Abklärung von Symptomen). Weitere Befunde verweisen auf den Austausch zwischen Gesundheitsamt und Aidshilfe – etwa wenn eine Diagnose psychosozialen oder sozialrechtlichen Beratungsbedarf nach sich zieht (vgl. Kap. 4.3.2.5).

Nur in Einzelfällen kommt es zu Zu- oder Verweisungen von oder zu den übrigen WIR-Akteuren. Dabei gilt, dass es sich z. T. um Dokumentationseffekte handelt: Bspw. wurden lt. Auskunft der Mitarbeiterinnen im Evaluationszeitraum mindestens 70 Klientinnen ins Zentrum gebracht, meist zur Behandlung in der Ambulanz und/oder zur gynäkologischen Sprechstunde im St. Elisabeth-Hospital – immer ohne Dokumentation.

Bei drei Viertel aller Fälle, die mehr als eine Einrichtung nutzen, fanden Wechsel zur bzw. Hinzuziehung der zweiten Einrichtung noch am gleichen Tag statt. Auch Personen mit positivem STI-Test in der Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts konnten schnell zur Behandlung in die Ambulanz überwiesen werden: Bei gut der Hälfte beginnt die Behandlung am gleichen Tag oder spätestens binnen einer Woche. Auch wenn diese Befunde mangels Daten nicht mit anderen Settings verglichen werden

können, so belegen die Ergebnisse im WIR aber doch, wie einfach es für Fachkräfte und Klientel ist, nur ein, zwei Türen weiter zu gehen, nicht erst woanders anrufen zu müssen, einen Termin zu vereinbaren und einen neuen Weg auf sich zu nehmen. Das Zentrumsetzung mit der unmittelbaren Nähe der Akteure (zumindest von drei Einrichtungen) und die große Bereitschaft aller Akteure zugewiesene Klient*innen auch sogleich anzunehmen, gepaart mit Anonymität und Kostenfreiheit, zeigen sich hier als Erfolgsfaktoren.

Aufgrund von Dokumentationsausfällen (s. o. Madonna) kann nicht genau angegeben werden, welcher Anteil WIR-Klientel auch Beratung nutzte. Zahlenmäßig belegbar erhalten ein Drittel aller Teilnehmenden psychosoziale Leistungen, darunter alle PrEP-User, gut die Hälfte der Chemsex-User und je knapp die Hälfte der betreuten MSM und Migrant*innen aus Subsahara-Afrika. Am relativ wenigsten psychosoziale Beratung wurde von jungen Klient*innen (mit Testwunsch) nachgefragt. Aufgrund der geschilderten Limitationen kann dieser Wert jedoch bestenfalls als Untergrenze betrachtet werden. Der Umfang aller psychosozialen Leistungen betrug durchschnittlich etwa eine Stunde pro Klient*in, bei PrEP-Nutzern hingegen knapp zwei Stunden.

184 Personen (5 %) nutzten Psychotherapie – weit überwiegend auf Vermittlung aus dem medizinischen Bereich und in Zusammenhang mit niedriger Adhärenz und wiederholten Infektionen. Die Daten sprechen dafür, dass die Psychotherapie (zu Lasten der KV oder kostenfrei im Rahmen des DAS-geförderten Angebots) Klient*innen mit hohen und komplexen Belastungen erreichte: Sie waren wesentlich öfter HIV-infiziert, hatten öfter weitere STI, einen insgesamt schlechten Gesundheitszustand, konsumierten öfter (illegale) Substanzen beim Sex und bewerten ihre Lebensqualität wesentlich öfter als schlecht (vgl. Kap. 4.3.2.4).

3. Die Einrichtungen arbeiten fallbezogen zusammen.

Wie beschrieben, hat das WIR mehrere Austauschformate (und ein Datenschutzkonzept dazu) entwickelt, darunter eines für eher kurze fallbezogene Absprachen und für vertiefte Fallbesprechungen (vgl. Kap. 4.3.2.5). Hinzu kommen vielfältige bilaterale Kontakte.

Die Fachkräfte im WIR berichteten vielfach, dass die Kommunikation untereinander sich gut entwickelt habe und i. d. R. reibungslos läuft, dass man bei Bedarf schnell Hilfe für eine*n Klient*in finden kann oder einen Rat zum weiteren Vorgehen im Fall. Dabei lerne man immer wieder von den Kolleg*innen, bspw. zu Sexarbeit, PrEP etc. Andererseits bleibt ein Spannungsverhältnis zwischen Einrichtungsinteressen und dem Wunsch nach eigenständiger Erkennbarkeit auf der einen Seite und einer stärker integrierten Angebotsgestaltung im Sinne eines einheitlichen WIR-Profiles.

Die Ergebnisse unterscheiden sich entlang der Präsenz im WIR: Die drei (fast) immer im WIR verorteten Angebote/Einrichtungen haben enge Kooperationen und Routinen für ad-hoc-Austausch aufgebaut und ein stärkeres Selbstverständnis als „WIR-Mitarbeitende“ entwickelt. Die drei übrigen Einrichtungen teilen wesentlich weniger Fälle mit dem WIR, Austausch muss hier stärker geplant werden. Doch berichten auch diese Fachkräfte von positiven Veränderungen in der Zusammenarbeit und gutem kollegialen Austausch. Insbesondere profitiert die Klientel davon, bei Bedarf auch sehr spontan und anonyme Tests, Beratung und Behandlung zu bekommen.

Tatsächlich konnte die Evaluation zeigen, dass in einem Viertel aller Teilnehmenden an der Evaluation einrichtungsübergreifende Kooperationen stattfanden. Der Schwerpunkt lag bei WIR-internen Kooperationen, die im Jahr 2018 für 464 Personen (18 %) dokumentiert wurden. Die Zusammenarbeit untereinander zeigte im Verlauf der Evaluation Schwankungen und zog in den letzten betrachteten Monaten deutlich an. Der Bedarf nach

Kooperation stieg mit der Belastung der Klientel. So waren die Klient*innen, die Unterstützung mehrerer WIR-Akteure nutzten, im Mittel etwas älter, öfter MSM, hatten öfter nur wenig Schulbildung, hatten – auf insgesamt niedrigem Niveau – doppelt so häufig keine Krankenversicherung und kamen aufgrund ihrer breiteren Problemkonstellationen deutlich öfter auf der Suche nach Beratung ins WIR (Patient*innen ohne Krankenversicherung, spät diagnostizierte HIV-Infizierte, Sexarbeiter*innen und Migrant*innen aus Subsahara Afrika).

Als Teilgruppe mit der meisten Kooperation imponieren jedoch PrEP-User (einrichtungsübergreifende Kooperation bei 78 %). Auch wenn es schon vor Einführung der PrEP Personen gab, die sich die Medikation aus anderen Ländern bestellten, so beginnen Beratung und Verschreibung ja gerade erst und der zugehörige Pfad sieht in dieser Phase umfassende soziale und medizinische Beratung vor. Am wenigsten Kooperation ziehen die vor allem an STI-Tests interessierten Zielgruppen der sexuell sehr aktiven heterosexuellen Personen und junger Klient*innen auf sich.

Die im Kontext von fallbezogener Kooperation am häufigsten dokumentierten Leistungen waren fallbezogener Austausch/Fallbesprechungen, STI-Test sowie PrEP-Beratung.

4. Klient*innen werden auch extern überwiesen und vermittelt.

Das WIR erbringt schon viele Angebote selbst, doch werden in vielen Fällen gleichwohl noch weitere Hilfen notwendig, bspw. weitere medizinische, z. T. stationäre Versorgung oder soziale Unterstützungen, wie z. B. Schuldnerberatung, betreutes Wohnen oder suchtbezogene Hilfen. Im Jahr 2018 wurden für 103 Personen (4 %) Überweisungen an die trägerinternen Hospitäler St. Josef und St. Elisabeth dokumentiert. 134 Personen (5,2 %) wurden ergänzend oder zur Weiterbehandlung/-betreuung an externe Stellen verwiesen. Dabei handelte es sich am häufigsten um andere Fachärzt*innen (n = 69), andere Kliniken (n = 25) oder externe Psycholog*innen oder Psychotherapeut*innen (n = 23). An Beratungsstellen wurden 17 Klient*innen vermittelt, darunter fünf an Suchtberatungsstellen. Angesichts der vorliegenden Fallzahlen zu Substanzkonsum und Chemsex einerseits und der begrenzten Passung von Angeboten der klassischen Sucht- und Drogenhilfe andererseits erscheint es geboten, hier adäquate (kooperative) Konzepte zu entwickeln. Einen ersten Impuls setzt hier die seit 2018 realisierte Zusammenarbeit von WIR und Krisenhilfe Bochum im PLUS-Projekt zu Hepatitis-C-Diagnostik und Behandlung bei Drogenabhängigen.

Weniger i. S. von Vermittlung, doch von Kooperation erwiesen sich gesetzliche Betreuungspersonen als relevante Instanzen. Mit ihnen wurden die meisten fallbezogenen Leistungen dokumentiert.

Zu 4: Zufriedenheit der Nutzer*innen

Nutzerzufriedenheit wurde bei Erstellung des Zielkatalogs als eigenes Rahmenziel definiert, zudem zieht sich die große Bedeutung akzeptierend-wertschätzender Arbeit, einer hohen Attraktivität des Zentrums für (potentielle) Nutzer*innen und schließlich deren Zufriedenheit durch alle Zielbereiche. Deshalb soll der Aspekt hier in einem eigenen Abschnitt betrachtet werden. Dabei wird insbesondere drei Zielsetzungen nachgegangen:

1. *Das WIR ist akzeptierend und wertschätzend bzgl. der verschiedenen sexuellen und geschlechtlichen Orientierungen und Lebensstile.*

Das WIR verfolgt im Zielkatalog an mehreren Stellen einen akzeptierenden und wertschätzenden Umgang mit verschiedenen sexuellen und geschlechtlichen Orientierungen und Lebensstilen und will die Partizipation von Nutzer*innen bei der Angebotsentwicklung stärken.

Im Gespräch mit den Mitarbeitenden kommen mit Blick auf das eigene Selbstverständnis im Umgang mit den Klient*innen bzw. Patient*innen im Sinne der Lebensstilorientierung durchaus unterschiedliche Prägungen und Haltungen zum Tragen. Gleichwohl gehen alle Beschäftigten offen und freundlich, nicht wertend, sondern akzeptierend auf Klient*innen zu. Sie vermitteln allen Nutzer*innen Wertschätzung. Bei der Unterstützung von Klient*innen geht es vielfach um die Stärkung von Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortlichkeit. Doch werden Nutzer*innen, anders als geplant, nur ausnahmsweise an der Angebotsentwicklung beteiligt oder mit eigenständigen Aufgaben eingebunden. Nach Angaben der Beschäftigten hat das Voneinander-Lernen im Untersuchungszeitraum auch zu einer ganzheitlicheren Klient*innenwahrnehmung beigetragen.

Klient*innenseitig gaben über 90 % der Nachbefragten an, sich von den Mitarbeitenden respektiert zu fühlen (vgl. Kap. 4.4). Auch in den qualitativen Gesprächen zeigte sich die Mehrheit der Befragten sehr zufrieden mit dem Personal und lobte die akzeptierende und wertschätzende Art. Einige Klient*innen betonten, dass man sich im WIR nie verurteilt fühle – anders als an anderen Stellen. Die Mitarbeitenden seien durchweg zuvorkommend und freundlich, würden Wartende wiederholt ansprechen und Hilfe anbieten, Personen durchs Zentrum leiten usw. Die Befragten gaben an, sich im WIR willkommen zu fühlen und dass es ihnen in dieser Atmosphäre leicht falle, sich zu öffnen.

2. *Im WIR fühlen die Nutzer*innen sich gut versorgt.*

Befragt nach der konkreten Betreuungssituation im WIR, äußerten sich 89 % von 431 Klient*innen in der Nachbefragung positiv. Die Klient*innen bewerten Vertraulichkeit, Schnelligkeit und Zeit für Klärungen sowie Verständlichkeit zu je über 80 % (eher) positiv. Auf negative Bewertungen entfielen regelmäßig nur wenige Stimmen, nie wurden zehn Prozent erreicht (vgl. Kap. 4.4). Sofern hier und da Kritik geäußert wurde, wurden erneut mangelnde Diskretion und Klient*innenorientierung benannt sowie – sehr selten – fehlende Zeit.

Befragt danach, wie zufrieden sie insgesamt mit ihrem Besuch im WIR sind, äußerten sich 90 % der Teilnehmenden der Nachbefragung positiv. Die überwiegende Mehrheit gab an, dass ihre Anliegen vertraulich und zügig behandelt wurden, dass sie ausreichend Gelegenheit hatten, alle wichtigen Punkte zu klären, die Informationen verständlich waren und sie umfassend beraten wurden.

Auch in den qualitativen Gesprächen wurden lediglich einzelne Kritikpunkte geäußert, hauptsächlich wünschten sich Nutzer*innen mehr Diskretion. Weit überwiegend hatten die Befragten jedoch keine (aus ihrer Sicht wichtige) Kritik – vielmehr waren sie dankbar für die kostenlosen Angebote, die Möglichkeit, auch anonym Hilfe und Testung zu erhalten, die kompetente Betreuung, die gute Rundumversorgung und die angebotenen Hilfestellungen. Die Klient*innen begrüßten auch das neue kooperative Gesamtkonzept und erlebten es als Vorteil, verschiedene Hilfen an einer Stelle zu finden.

3. Weiterempfehlung des WIR und verstärkter Zugang derart motivierter neuer Klient*innen.

Alle Nutzer*innen, die die Frage nach der Weiterempfehlungsabsicht im Rahmen der Nachbefragung beantwortet haben, würden das Zentrum ihren Freund*innen und Bekannten weiterempfehlen (vgl. Kap. 4.4).

Dass die Mund-zu-Mund-Propaganda bereits greift, bestätigt auch ein Blick auf die Zugangswege. Wie die Ergebnisse zeigen, spielt die persönliche Vermittlung, neben der Internetrecherche und der Übermittlung durch medizinische Stellen, tatsächlich eine im Zeitverlauf zunehmend bedeutsamere Rolle (vgl. Kap. 4.2). Mit Blick auf die allgemein positive Weiterempfehlungsabsicht ist davon auszugehen, dass mit steigender Klient*innenzahl der Zugang zum WIR über Empfehlungen zukünftig weiter zunehmen wird.

5.1.2 Organisationsebene

Die Zusammenarbeit von sechs unterschiedlichen Einzelinstitutionen mit dem Ziel ein einheitliches bzw. eng verknüpftes Angebot umzusetzen, ist unter den Rahmenbedingungen deutscher Sozialgesetzgebung und Versorgungstraditionen ein anspruchsvolles Unterfangen. Deshalb wurden der Konzeptionierungsprozess extern moderiert (vgl. S. 31) und im Nachgang eine Reihe von Maßnahmen definiert, um die Ziele auf den drei Ebenen „Individuum“, „Organisation“ und „Region“ zu erreichen. Für die Ebene „Organisation“ wurden drei Rahmenzielbereiche definiert:

1. Erstellen von Konzepten und Standards für Aufgabenverteilung, neue Angebote, Kommunikation, fallbezogener Austausch und Datenschutz
2. Synergieeffekte zwischen den Akteuren und mit dem St. Elisabeth-Hospital und Entwicklung neuer Angebote
3. Aufwand, Kosten und Abrechnungsformen sowie Personalkapazitäten.

Für jedes dieser drei Rahmenziele wurden zu Beginn Detailziele definiert und Indikatoren zur Messung der Erreichung der jeweiligen Detailziele festgelegt. Im Rahmen der Evaluation wurden diese Indikatoren untersucht. Im Folgenden werden die Ergebnisse zur Zielebene „Organisation“ entlang der Detailziele berichtet, wobei auch hier z. T. inhaltlich zusammenhängende Aspekte zusammengefasst werden.

Zu 1: Konzepte, Standards, Kommunikation

Das WIR strebt an, ein Zentrum zu sein, das „walk in“ genutzt werden kann, als Einheit wahrgenommen wird und in dem Leistungen über Einrichtungsgrenzen hinweg verknüpft werden. Unterschiedliche Traditionen, Selbstverständnisse und Kommunikationsregeln sind zu überbrücken und es sind datenschutzkonforme Lösungen für den Austausch fallbezogener Informationen zu finden. Die Lösungen sollten u. a. über Konzepte, Standards, Verfahrensanweisungen festgehalten werden, u. a. für die Kommunikation über gemeinsam betreute Fälle.

Als Detailziele für das Rahmenziel „Erstellung von Konzepten und Standards“ wurden vier Detailziele definiert, deren Erreichung im Folgenden resümierend betrachtet wird:

1. *Die Aufgaben der beteiligten Akteure sind beschrieben und die Kommunikation zwischen den Beteiligten ist geregelt.*

Die Aufgaben der beteiligten Akteure wurden 2015/2016 in einem Kooperationsvertrag grob zusammengetragen und mit zeitlichen Ressourcen hinterlegt, jedoch nicht weiter in ein Detailkonzept gegossen. Die Prozesse sind nur sehr begrenzt beschrieben, in der Regel zu neu entwickelten Angeboten. Die Aufgaben und die eingebrachten Ressourcen haben sich mit den verschiedenen Anpassungen und Neuentwicklungen laufend verändert, bspw. ist die Beratungsstelle des Gesundheitsamts mittlerweile mit dem gesamten Publikumsbetrieb im WIR präsent. Rosa Strippe hingegen ist nun weniger im WIR anwesend, sondern stellt seine Kapazitäten in der eigenen Einrichtung zur Verfügung.

Für die Kommunikation der Beteiligten wurde ein Besprechungswesen implementiert, das mehrere fallbezogene und fallübergreifende Formate umfasst (vgl. Kap. 4.3.2.5). Zuletzt hinzugekommen ist die monatliche ausführliche Fallbesprechung mit psychosozialen Schwerpunkt. Ob Protokolle dazu erstellt und nachgehalten werden, ist dem Evaluationsteam nicht bekannt.

Anders als eingangs geplant, wurden zwar eher vereinzelt gegenseitige Fortbildungen organisiert. Doch fand das Lernen voneinander direkt und vor allem über fallbezogenen Austausch statt. Hinzu kam die Teilnahme an Fortbildungen und Diskussionsrunden für die Klientel, die auch den Fachkräften und Versorgungsbeteiligten in der Region offenstanden, sowie an den regelmäßigen Fachtagen. Zudem wurde die Arbeit der je anderen Institution schon allein aufgrund der Nähe viel transparenter und in der Folge wuchs einrichtungs- und fachkräfteübergreifend das Verständnis für die Arbeit und den Beitrag der je anderen für die Versorgung der Zielgruppen. Naturgemäß konnte diese Entwicklung vor allem zwischen den drei Einrichtungen bzw. Angeboten festgestellt werden, die (fast) gänzlich im WIR sitzen (Aidshilfe, Ambulanz und Testberatung des Gesundheitsamts). Zu nennen ist hier auch der Zugewinn für Madonna, die in vielen Fällen Klientinnen mit Bedarf nach Test, Behandlung und (sozialer) Beratung oder psychologischer/psychotherapeutischer Unterstützung sehr schnell ins WIR vermitteln und ggf. dort begleiten konnten.

Für den Austausch fallbezogener Informationen wurden eine Schweigepflichtsentbindung und ein zentrales Ablagesystem entwickelt. Zum Teil werden Klient*innen aber auch Papiere/Akten zu ihrem Fall händisch mitgegeben, wenn sie zu einer anderen Stelle im WIR weitergeleitet werden. Doch anders als zunächst angestrebt, gibt es keinen gemeinsamen Kernbestand an Daten oder einen über alle Akteure geltenden Standard für Anamnesen.

2. *Der Bedarf der Nutzer*innen wird systematisch (angemessen) festgestellt. Es gibt Regeln zu Bedarfsermittlung/Anamnese/Weiterleitung im WIR.*

Während der Evaluationsphase war die Erstbefragung das übergreifend geltende Instrument, das alle Klient*innen erhalten sollten. Dies gelang jedoch nicht, beobachtet wurden einrichtungsbezogene und interindividuelle Unterschiede beim Einsatz des Erhebungsbogens. Der Bogen wurde insgesamt nicht systematisch in die Anamnese integriert. So eingesetzt wurde, war das Ausfüllverhalten jedoch durchweg gut. Die Daten zeigen, dass die Erstbefragung insbesondere von nicht im WIR ansässigen Einrichtungen eher ausnahmsweise eingesetzt wurde (vgl. Kap. 2.6.1).

Neuzugänge ins WIR sollten von den Health Advisern in Empfang genommen und in einem Gespräch Situation und Bedarf geklärt werden. Danach sollten sie an die entsprechenden Stellen weitergeleitet werden. Das wird zunehmend umgesetzt, die Health Adviser nutzen für die Anamnese im Wesentlichen den Erstbefragungsbogen der Evaluation.

Mit Blick auf die übrigen Akteure ist zu konstatieren, dass keine einheitlichen Regeln zu Bedarfsermittlung/Anamnese oder Weiterleitung im WIR erarbeitet wurden. Ob Klient*innen eine systematische Anamnese erhalten bzw. wie Bedarf ermittelt wird, liegt in der Entscheidung der einzelnen Akteure. Die einzelnen Fachkräfte benutzen weiterhin je nach eigener Entscheidung Anamneseinstrumente oder gehen individuell vor – ein übergreifend definiertes System oder eine Art „Kerndatensatz“ ist nicht definiert. Nach Ende der Evaluation soll der Ersterhebungsbogen in überarbeiteter Form zumindest von Aids-hilfe und Health Advisern in modifizierter Form weiter verwendet werden.

Auch für die Weiterleitung von Klient*innen wurden keine schriftlichen Regeln erarbeitet, der Bedarf gibt eher automatisch vor, welche Akteure angesprochen werden sollten, bspw. zieht die Ambulanz die Aidshilfe hinzu, wenn Patient*innen sehr unzuverlässig Termine wahrnehmen oder ihre Medikation einnehmen (Kap. 4.3.3.4). Oder das Gesundheitsamt vermittelt zur Ambulanz, wenn ein STI positiv war. Oder Madonna zieht die Ambulanz oder die Gynäkologin hinzu, wenn von ihnen betreute Frauen entsprechenden Bedarf haben.

Für neue Angebote ist z. T. definiert und schriftlich festgehalten, wie und durch wen Bedarfsermittlung und Weiterleitung erfolgt (vgl. bspw. PrEP-Pfad, s. Kap. 4.3.3.2).

*3. Health Advising und Systematische Partner*innen-Benachrichtigung sind konzeptionell konkretisiert und werden umgesetzt.*

Zu Health Advising wurde 2016 ein Gutachten in Auftrag gegeben und auf dieser Grundlage 2018 ein Konzept erarbeitet (Curriculum Health Adviser für Sexuelle Gesundheit, vgl. Kap. 4.3.3.1). Über Landesförderung, Stiftungs- und Pharmamittel wurden drei (Teilzeit-)Stellen geschaffen – nach mehreren Personalwechseln sind aktuell zwei Health Adviser im Zentrum tätig. Alle Health Adviser durchliefen das Curriculum Sexuelle Gesundheit, weitere Fortbildungen, wie z. B. (Motivierende) Gesprächsführung werden als sinnvoll erachtet, wurden aber nicht systematisch implementiert. Statt spezifischer Supervision werden die jungen Health Adviser von erfahrenen Kollegen angeleitet und nehmen je individuell an Fortbildungen beim Träger oder extern teil.

Für Health Advising wurden eine Arbeitsplatzbeschreibung und für die Erstgespräche eine Prozessbeschreibung und ein Anamnesebogen entwickelt. Im Evaluationszeitraum wurde jedoch die Evaluations-Erstbefragung eingesetzt. Diese soll, mit einigen Anpassungen, danach auf Dauer gestellt werden. Zudem dokumentieren die Health Adviser Teilnahme an Fortbildungen und die Übernahme medizinischer Aufgaben für interne Auswertungen.

Nach einer Phase von Aufgabenunklarheit, verdichtet sich derzeit ein spezifisches Leistungsspektrum: Health-Adviser-Aufgaben sind zunehmend Erstaufnahme, Information, Weiterleitung (vor allem in med. Behandlung), STI-Test und dessen Nachbereitung, Beratung zu Risikomanagement und PrEP, Jugendsprechstunde, Teilnahme an Fallbesprechungen und Umsetzung des Recall-Systems. Doch wird die Profilschärfung durch Personalwechsel und die Heranziehung als Unterstützung in verschiedenen Bereichen erschwert. Auch aufgrund des bisher noch eher geringen Anteils von Fallarbeit wurde eine Weitervermittlung an andere Stellen nur sehr selten dokumentiert.

Insgesamt waren Health Adviser bei knapp 17 % aller Evaluationsteilnehmenden involviert – bei zuletzt allerdings steigender Tendenz, vor allem bei PrEP-Usern, Sexarbeiter*innen und HIV-negativen Fällen mit HIV-positiven Partner*innen. Dagegen waren sie wenig beteiligt bei HIV-Patient*innen, die überwiegend schon lange in Behandlung

der Ambulanz sind, bei jungen Test-Nutzer*innen, Klientel mit Risikosituationen und bildungsfernen Personen.

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass die Health Adviser zu 42 % ihrer Arbeitszeit fallbezogen arbeiten. Mit 58 % liegt der Schwerpunkt jedoch bei übergreifenden Aufgaben, darunter vor allem kollegialer Austausch/Beratung mit Kolleg*innen der eigenen und der anderen Einrichtungen im WIR, konzeptionellen Arbeiten und Mitarbeit an one-way-Kommunikationsformen, Präventionsaktionen und Öffentlichkeitsarbeit. Health Advising setzt damit in der Praxis noch etwas andere Akzente als das Konzept, das deutlich stärker auf Fallarbeit fokussiert. Gleichwohl werden die Health Adviser seitens der übrigen Beschäftigten im WIR – auch fallbezogen – als Bereicherung und Unterstützung erlebt.

Partner*innen-Benachrichtigung rückt im WIR zunehmend in den Fokus, im Frühjahr 2019 wurden dann auch „Konzeptionelle Überlegungen“ formuliert und Zielgruppe und Ansprache beschrieben (vgl. Anhang, S. 193). Das Konzept dürfte zu den ersten in deutschen Testberatungen gehören, es bleibt jedoch im internationalen Vergleich schmal und auf zwei Interventionsformen begrenzt (Beratung zur persönlichen Benachrichtigung durch Indexpatient*innen, Nutzung des Webtools zur anonymen Benachrichtigung). Eine spezielle Fortbildung oder das systematische Nachhalten der Umsetzung sind nicht vorgesehen, auch ist der Geltungsbereich im Konzept klarer formuliert als in der Umsetzung feststellbar (Wer setzt Partner*innen-Benachrichtigung um?).

Wenngleich die Umsetzung bisher nicht systematisch erfolgt, so nimmt sie doch zunehmend an Fahrt auf. Mit Blick auf die Hauptzielgruppe für Partner*innen-Benachrichtigung, Nutzer*innen mit einer diagnostizierten STI, weisen die Daten eine Umsetzung bei gut 60 % aus. Das trifft auf 196 Personen im Jahr 2018 zu. Demgegenüber wurden 312 Personen zu Partner*innen-Benachrichtigung beraten, ohne dass ein derart konkreter Anlass dokumentiert war. Bisher wird Partner*innen-Benachrichtigung überwiegend von den Mediziner*innen umgesetzt. Schließlich ist festzuhalten, dass mehrfache Ansprache auf Partner*innen-Benachrichtigung erst begrenzt dokumentiert wurde (ausführlich siehe Kap. 4.3.3.3). Gleichwohl gibt die Nachbefragung – bei insgesamt kleinen Zahlen – positive Hinweise auf die erfolgreiche Ansprache von Klient*innen.

4. Angebote des WIR werden partizipativ entwickelt.

Die Ambulanz hat ihre Patient*innen im Rahmen einer Veranstaltung Ende 2015 über die Planungen zum WIR informiert und befragte die Teilnehmenden dabei auch zu ihren Bedarfen, im Verlauf wurden immer wieder Patient*innen einbezogen, wenn es bspw. um die Formulierung von Botschaften ging, bspw. zum anonymen Online-Tool zur Partner*innen-Benachrichtigung. Im Jahr 2018 erhob die Aidshilfe einmal Bewertungen und Verbesserungsideen der Nutzer*innen zum Café enJoy. Über die Mitwirkung von ehrenamtlich Helfenden besteht in der Aidshilfe zudem immer Kontakt mit Zielgruppenpersonen. Von den übrigen Akteuren ist nichts zur Partizipation von Nutzer*innen beschrieben worden.

Darüber hinaus waren die Nutzer*innen bei Konzeptionierung und Angebotsgestaltung wenig einbezogen und es gab keinen systematischen Abgleich mit Nutzer*inneninteressen oder eine Eruiierung der Bedarfe von Zielgruppen, die noch wenig erreicht werden. Die zunächst geplante Implementierung von Patienten*innen-Repräsentant*innen (PaRe) und Jugendbotschaftern*innen fand nicht statt (4.4), mehrfache Versuche, Partizipations-Projekte oder andere Mittel einzuwerben, schlugen fehl.

Zu 2: Synergien, Kooperation, Neuentwicklungen und Kompetenzzuwachs

Auf der Organisationsebene erwarteten die WIR-Akteure mehrere positive Entwicklungen, die unter dem Rahmenziel „Synergieeffekte“ zusammengefasst wurden: Hierunter versammeln sich – leicht zusammengefasst – vier Detailziele:

1. Synergieeffekte mit dem St. Elisabeth-Hospital durch gegenseitige Vermittlungen und Zugang zu gynäkologischer Behandlung insb. für Sexarbeiterinnen
2. Synergien durch mehr Weiterleitungen von Patient*innen/Klient*innen zwischen den beteiligten Institutionen im Walk in Ruhr (WIR) - Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin und Entwicklung fallbezogener Kooperationen zwischen den beteiligten Organisationen.
3. Im WIR entstehen neue bedarfsorientierte Angebote.
4. Die Fachkräfte im WIR profitieren von der Zusammenarbeit durch einen Zuwachs von Wissen und sind zufrieden.

Im Folgenden wird die Erreichung der Ziele auf Basis der Evaluationsergebnisse zusammenfassend betrachtet:

1. Synergieeffekte durch die Anbindung an das St. Elisabeth-Hospital.

Mit dem Umzug ans St. Elisabeth Hospital war die Erwartung verbunden, Synergieeffekte zwischen WIR und Hospital generieren zu können. Tatsächlich stellte das Hospital eine offene zweistündige Sprechstunde für Klient*innen ohne Krankenversicherung zur Verfügung, die vor allem für Sexarbeiterinnen sehr wertvoll war (insb. vor Implementierung der Gynäkologie im WIR). Auch wurde berichtet, dass die Ärzt*innen des WIR für ihre Patient*innen bei Bedarf sehr zügig Untersuchungen, Notfallbehandlungen oder stationäre Aufenthalte in der Klinik in Anspruch nehmen können und dass der Austausch mit den Kolleg*innen anderer Disziplinen (bspw. Innere, HNO, Zahnmedizin) einfach möglich war.

Fachkräfte der Aidshilfe berichteten, dass Besuche von Klient*innen in stationärer Behandlung nun einfacher möglich sind und deshalb die begleitende Betreuung intensiver gestaltet werden kann.

Die Ergebnisse der Erstbefragung der Klientel verweisen darauf, dass 221 Klient*innen des WIR über Kliniken ins WIR fanden, darunter 146 über das St. Josef-Hospital und acht Personen über das St. Elisabeth-Hospital (zusammen gut 4 % aller Klient*innen).

Umgekehrt zeigt die fallbezogene Leistungsdokumentation, dass für 114 Fälle insgesamt 192-mal seitens des WIR das St. Elisabeth oder das St. Josef-Hospital einbezogen wurden (In 113 Fällen durch die Ambulanz, einmal durch die Aidshilfe). Die Patient*innen wurden für eine stationäre Behandlung dorthin überwiesen oder für eine ergänzende Diagnostik (insg. 3,2 % aller im WIR dokumentierten Fälle im gesamten Evaluationszeitraum).

*2. Das Zentrums-Setting führt zu mehr Patient*innen/Klient*innen-Weiterleitungen zwischen den beteiligten Institutionen und zur Entwicklung fallbezogener Kooperationen zwischen den beteiligten Organisationen.*

Im Rahmen der Evaluation konnte für 17 % der Klientel festgestellt werden, dass sie mehr als eine Einrichtung nutzen (Kap. 4.3.2.5), zwei Prozent aller Fälle nahmen Hilfe von drei Einrichtungen in Anspruch. Hinter dieser klein wirkenden Zahl stecken komple-

xe Fälle, die umfassender und oft langwieriger Unterstützung bedürfen. Diese Fälle profitieren sehr von der im WIR möglichen schnellen Überleitung und Hilfe „wie aus einer Hand“. Am häufigsten zeigten sich bilaterale Überschneidungen zwischen Angeboten/Einrichtungen, die Vollzeit im WIR präsent sind. Die häufigsten Verweisungen führten von der Ambulanz zur Aidshilfe, was mit der Einführung von PrEP nochmal an Fahrt aufnahm, oder von der Aidshilfe zur Ambulanz. Viele Betreuungsprozesse liefen dann in der Folge parallel über beide Einrichtungen. Am zweithäufigsten wurden Klient*innen zwischen Ambulanz und Gesundheitsamt verwiesen – häufiger zur Behandlung diagnostizierter STI, aber auch umgekehrt zur Abklärung eines Verdachts im Rahmen des kostenlosen Testangebots des Gesundheitsamts.

Fallbezogene Kooperation zwischen WIR-Akteuren entwickelte sich im Verlauf eher schwankend, erst zu Ende 2018 konnte hier ein leichter Anstieg festgestellt werden. Auch wenn mangels Daten kein Vergleich zur vorherigen Situation in Bochum möglich ist, so zeigen die Ergebnisse doch auf, dass die Weiterleitung von Fällen aufgrund der Nähe einfach ist und schnell gelingen kann: Allein 30 % der Personen mit positivem STI-Test im Gesundheitsamt konnten noch am selben Tag zur Ambulanz vermittelt werden, weitere knapp 20 % folgen in der ersten Woche. Die Übergabe erfolgt häufig persönlich begleitet durch die STI-Fachkraft. Über alle Weiterleitungen bzw. Hinzuziehungen kann sogar festgehalten werden, dass drei Viertel am selben Tag stattfinden.

Die über die verschiedenen Einrichtungen realisierten Zugänge zu spezifischen Zielgruppen führen im gemeinsamen WIR-Setting dann auch dazu, dass diese Gruppen in der Folge verstärkt Zugang zu weiteren Angeboten im WIR finden. So kommen lt. Aussagen der Ambulanz vor allem über das Gesundheitsamt nun mehr junge Menschen in die Ambulanz.

Wie oben schon beschrieben, entwickelte das WIR im Verlauf ein Datenschutzkonzept, Schweigepflichtsentbindungen und mehrere Formate für kürzeren und seit 2019 auch für vertieften fallbezogenen Austausch.

3. Im Walk in Ruhr (WIR) - Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin entstehen neue bedarfsorientierte Angebote.

Wie oben geschildert (vgl. z. B. Kap. 4.1.1 und 4.3.1) hat sich das Angebotsspektrum im WIR seit Gründung im Jahr 2016 deutlich verändert. So wurden Angebote (Testberatung, gynäkologische Behandlung, Psychotherapie ...) und Öffnungszeiten erweitert sowie Öffentlichkeitsarbeit, Informationsmöglichkeiten und Prävention ausgeweitet und modernisiert (bspw. Website, Online-Risikotest, mehrere Patient*innenschulungsreihen wie „Let’s talk“, „Med. Rundreise“ und „Wie geht’s, wie steht’s?“, Erweiterung bestehender Präventionsreihen um Informationen zum WIR, Aufbau neuer Präventionsangebote in Schulen, Jugendeinrichtungen und in Swingerclubs).

Das Behandlungsspektrum wurde um weitere Disziplinen ergänzt: Seit Herbst 2018 steht über die Deutsche Aids-Stiftung gefördert Psychotherapie auch unabhängig von einer Krankenversicherung zur Verfügung. Seit Frühjahr 2019 finanziert das Gesundheitsamt Bochum den Einsatz einer Gynäkologin, von der insbesondere Frauen ohne Krankenversicherung profitieren. Das Angebot wird vor allem von Madonna sehr begrüßt, bietet es doch eine Gelegenheit, Sexarbeiterinnen unkompliziert gynäkologische Behandlungen zu ermöglichen.

Zudem wurden neue Angebote entwickelt. Zu nennen sind hier bspw. PrEP (Beratung, Verschreibung, Kontrolle) und STI-Selbstentnahme-Kits (gemeinsam von Ambulanz und Aidshilfe NRW entwickelt), der Aufbau von Health Advising und von einem Online-Tool

zur Partner*innen-Benachrichtigung (einhergehend mit einer stärkeren Fokussierung des Themas in Beratung und Behandlung) sowie eines Stressmanagementkurses für Klient-/Patient*innen.

Die Angebote wurden in der Regel aufgrund eigener Beobachtungen und Bedarfserleben im WIR sowie aufgrund internationaler Entwicklungen/Erkenntnisse entwickelt – ihre Nutzung bestätigt den Bedarf i. d. R. nachträglich. Bspw. wurde der Online-Risikotest seit Freischaltung im Dezember 2017 bis Anfang 2019 über 5.000-mal durchgeführt (Auskunft der Ambulanz). PrEP-Beratung nutzen seit 10/2017 268 Personen, vielfach bringen sie zusätzlich Sexualpartner*innen zu STI-Tests mit, 125 erhalten die Medikation. Die Gynäkologin wird, wie schon zuvor die gynäkologische Sprechstunde im St. Elisabeth-Hospital lt. Berichten der Fachkräfte vielfach in Anspruch genommen – doch ist dies leider aufgrund der geringen Studienbeteiligung der Madonna-Klientinnen nicht über die Evaluation abbildbar.

Etwas anders verhält es sich mit den STI-Selbstentnahme-Kits. Die seit September 2018 angebotenen Kits werden, genauso wie die Unterstützung beim Selbsttest, derzeit eher begrenzt in Anspruch genommen – möglicherweise weil die Tests im WIR ja grundsätzlich kostenlos und in freundlicher Atmosphäre in Anspruch genommen werden können. Ähnlich verhielt es sich mit dem Stressmanagementangebot für Klient*innen: Der Kurs wurde nur von wenigen Personen und nicht kontinuierlich genutzt.

Die Resonanz auf die zwischen Februar 2017 und Mai 2019 dokumentierten 19 Klient*innenschulungs-/Vortragsangebote wurde nur sehr unsystematisch erfasst. Die zwei Angaben dazu beschreiben einmal neun und einmal 20 Teilnehmende – darunter Klientel, Personal und ehrenamtlich Mitwirkende sowie Versorgungsbeteiligte aus Bochum.

4. Im WIR profitieren die Mitarbeitenden vom Zuwachs an Wissen und Kompetenzen in jeweils angrenzenden Feldern und sind zufrieden.

Dieses Ziel wurde erreicht. Viele Fachkräfte beschreiben in den abschließenden Interviews mit der Evaluation, dass die Kooperation untereinander, insbesondere der Austausch zu konkreten Fällen zu einer Erhöhung des Wissens geführt habe. Nicht-medizinische Fachkräfte lernen medizinische Zusammenhänge kennen, können bspw. Medikation und die Bedeutung zuverlässiger Einnahme nun besser verstehen, auch wissen sie nun mehr über Re-Infektionsrisiken. Medizinische Fachkräfte lernen hingegen mehr über die Komplexität von Lebensbedingungen und Beratungsprozessen sowie über psychische Probleme und deren Auswirkungen auf Gesundheit und Nutzung medizinischer Behandlung.

Vielfach wurde berichtet, dass die Kenntnis von Lebenswirklichkeiten in der Sexarbeit durch die Nähe zu Madonna gewachsen sei. Ebenso wisse man durch Beiträge von pro familia nun mehr über die Bedeutung sexueller Funktionsstörungen und deren Auswirkungen bspw. auf die (Nicht-)Umsetzung von Safer-Sex-Strategien. Seitens der Aidshilfe wurden Kenntnisse zu sowie Motive und Erfahrungen von PrEP-Nutzern in die Arbeit eingebracht, die andere Einrichtungen nun für ihre Präventionsarbeit nutzen können.

Beschäftigte aus allen Einrichtungen und Berufsgruppen berichten, dass sie mehr über die je anderen Berufsfelder und Arbeitsweisen gelernt haben. Auch sei die Bereitschaft, Kolleg*innen mit anderen Kompetenzen um Rat zu fragen, gestiegen. Hierzu trägt insbesondere bei, dass die räumliche Nähe ein schnelles Fragen „zwischen Tür und Angel“ möglich macht.

Generell kann konstatiert werden, dass sich – einhergehend mit dem Kompetenzzuwachs – auch der Zusammenhalt unter den Beschäftigten, das gegenseitige Verständnis und die Bereitschaft, eng zusammenzuarbeiten im Beobachtungszeitraum erhöht haben.

Zu 3: Aufwand und Kosten: Dokumentation von Leistungen und Finanzierungsformen

Mit dem Aufbau des WIR war von vornherein die Hoffnung verbunden, neue Finanzierungsformen und –konzepte zu finden. Deshalb bezog sich ein Rahmenziel auf der Organisationsebene auf Aufwands- und Kostenaspekte. Hier waren drei Detailziele festgelegt, zu denen im Folgenden berichtet wird:

1. Der Aufwand für Leistungen ist nach den erbringenden Institutionen und Berufsgruppen dokumentiert.

Die Einrichtungen haben je ein eigenes Berichtswesen, das sich nach den Anforderungen der unterschiedlichen Finanzgeber/Kostenträger richtet und deshalb sehr unterschiedlich gestaltet ist. Einige Träger erstellen Jahresberichte über ihre Arbeit, die sich ebenfalls deutlich unterscheiden.

Eine einheitliche Erfassung von Leistungen und Fallaufwänden wurde über die Evaluation erstellt (vgl. Kap. 2.6.2). Wie im Zielkatalog vorgegeben, wurde erfasst, welche Leistungen in welchem Umfang durch wen (Einrichtung bzw. Berufsgruppe³²) erbracht werden. Die Erfassung überspannte einen Zeitraum von Ende April 2017 bis Mitte Februar 2019. Ergänzend wurden zweimal vier Wochen fallübergreifende Tätigkeiten dokumentiert (vgl. Kap. 2.6.3), um in der Zusammenschau den Gesamtaufwand nachzeichnen zu können. Da die Dokumentation und ihre Verwendung durch die Beschäftigten zunächst mehrfach nachjustiert werden musste, wurden viele, insbesondere leistungsbezogene, Auswertungen für diesen Bericht auf das Jahr 2018 konzentriert.

Insgesamt zeigte sich, dass mehr fallbezogene (59 %) als fallübergreifende (41 %) Einzelleistungen notiert wurden, wobei die übergreifenden Tätigkeiten über alle Akteure zusammengefasst 66 % der Arbeitszeit auf sich zogen. Die Verteilungen zeigen je nach Akteur eine große Spannweite: So wurden die höchsten Anteile fallübergreifender Tätigkeiten von Ambulanz und Aidshilfe dokumentiert, vor allem für kollegialen Austausch, wissenschaftliche und Konzeptarbeit, Drittmittelwerbung, Personalführung bzw. Administration sowie Gremienarbeit. Fallbezogen entfallen in der Ambulanz die meisten Aufwände auf Beratung/Behandlung von Klientel ohne Code (= ohne Einwilligung in die Evaluation), proktologische Untersuchungen und weitere ärztliche Behandlungen. In der Aidshilfe zogen Veranstaltungen mit der Zielgruppe, Betreuungen von Klientel ohne Code sowie Beratung zu verschiedenen Themen (insb. zu PrEP) den meisten Aufwand auf sich.

Demgegenüber setzt die Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts über drei Viertel ihrer Zeit im WIR fallbezogen ein: für Testdurchführung und –besprechung sowie Beratung zu Risikomanagement/-reduktion, PrEP o. ä. Die übrige Zeit wird für kollegialen Austausch, Teambesprechungen, Materialvorbereitung sowie Dokumentationsaufgaben gebraucht.

³² Die Evaluation diente nicht der Überprüfung der Arbeit einzelner Fachkräfte.

Dass die übrigen Akteure je etwas über die Hälfte ihrer Zeit im WIR für übergreifend-organisatorische Tätigkeiten aufbrachten (Besprechungen, kollegialen Austausch u. ä.) liegt darin begründet, dass sie nur sehr begrenzt im WIR präsent sind, und das vielfach für Besprechungen/Absprachen zum WIR und Sitzungen der Projektgruppe zur Evaluation. Zum anderen haben sie ihre fallbezogene Arbeit (i. d. R. Beratung) so gut wie nicht dokumentiert.

Am Leistungsspektrum im WIR sind sieben Berufsgruppen beteiligt. Von diesen brachte an der insgesamt dokumentierten Zeit im vierwöchigen Zeitraum, in dem sowohl fallbezogene Leistungen als auch übergreifende Tätigkeiten erhoben wurden, die Administration mit 26,6 % der dokumentierten Zeit den größten Einzelposten ein. Auf medizinische Disziplinen entfielen fast 50 % – aufgeteilt nach Pflege (23,8 %), Ärzt*innen (20 %) und STI-Fachkraft (4,9 %). Der psychosoziale Bereich brachte das restlich Viertel ein: Sozialarbeit/Beratung (14,4 %), Health Advising (8,1 %) sowie Psychotherapie (2,2 %). Der Befund überrascht nicht, da auf die Ambulanz die meisten Personalressourcen entfallen. Er ist aber auch unscharf, da beraterische Leistungen von mehreren Einrichtungen nicht umfassend dokumentiert wurden oder in anderen Leistungen enthalten waren (bspw. Arztgespräch).

Mit Blick auf die Aufwände pro Fall wurden im Jahr 2018 pro in dieser Zeit betreuter Person – über alle Einrichtungen hinweg – im Mittel 1,8 Stunden aufgewendet. Dabei schwankten die Aufwände je nach Teilgruppen erheblich: Vorrangig zum STI-Test ins WIR beim Gesundheitsamt oder über die PreYoungGo-Studie kommende Gruppen (Heterosexuelle mit vielen Sexualpartner*innen und Nutzer*innen bis 27 Jahre) zogen 0,8 bzw. 0,9 Stunden auf sich. Mit im Mittel 4,2 Stunden entfiel der relativ höchste Aufwand im Jahr 2018 auf HIV-Spätagnostizierte (n = 2) sowie mit 3,7 Stunden auf HIV-Infizierte in Behandlung. Der Aufwand entfiel dabei weit überwiegend auf die Ambulanz. Mit durchschnittlich 3,2 Stunden zogen PrEP-User ebenfalls vergleichsweise viel Zeit auf sich, wobei sich hier jedoch beraterische und medizinische Aufwände in etwa die Waage hielten. Personen ohne Krankenversicherung (vor allem durch die Aidshilfe betreut), Personen mit Verständigungseinschränkungen, Chemsex-User und Sexarbeiter*innen (vor allem in Betreuung durch die Aidshilfe und in med. Behandlung) gehörten auch zu den Personengruppen mit eher mehr Betreuungsaufwand (Ø 3,1 Std., 2,9 Std., 2,8 Std. und 2,7 Std. im Jahr 2018).³³

Health Adviser waren im Mittel bei knapp 17 % der Klientel involviert, bei großen Unterschieden je nach Teilgruppe: Sie waren öfter eingebunden bei PrEP-Usern, Sexarbeiter*innen und HIV-negativen Fällen mit HIV-positiven Partner*innen. Dagegen waren sie weniger involviert bei HIV-Patient*innen, die überwiegend schon lange in Behandlung der Ambulanz sind, bei jungen Test-Nutzer*innen, Klientel mit Risikosituationen und bildungsfernen Personen.

Mit Blick auf die Begrenzungen der Dokumentation bzw. ihres Einsatzes muss konstatiert werden, dass die vorliegenden Daten keine validen Kostenschätzungen ermöglichen. Sie können lediglich Anhaltspunkte geben für durchschnittliche Aufwände und beteiligte Berufsgruppen.

³³ Dazu zwei Anmerkungen: Zwischen den beiden Gruppen Personen ohne KV und Sexarbeiterinnen gibt es Überschneidungen und hier ist der tatsächliche Beratungsbedarf und -aufwand höher, aber – bspw. bei Madonna – aber nicht dokumentiert.

2. *Die verfügbaren Personalkapazitäten (inkl. Qualifikation) der einzelnen Institutionen für das Walk in Ruhr (WIR) - Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin sind dokumentiert.*

Das WIR startete 2016 mit dem Kooperationsvertrag der Einrichtungen die Arbeit. Darin waren die einzubringenden Personal- bzw. Zeitressourcen definiert. Seitdem kam es zu einigen Ausweitungen von Ausstattung und Angebot, insbesondere bei ärztlichem und pflegerischem Personal, bei Health Advising und Psychotherapie (vgl. dazu Kap. 4.3.1).

3. *Kostenträger und Abrechnungsformen verschiedener Leistungen und neue, noch nicht abrechenbare Leistungen sind erfasst.*

Das WIR setzt auf eine institutionelle Kooperation verschiedener eigenständiger Angebote. Auf medizinischer Seite wirkt eine Institutsambulanz mit vergleichsweise umfassender Ermächtigung mit, die eine der ältesten in Deutschland eingerichteten HIV-Ambulanzen ist sowie das örtliche Gesundheitsamt (STI-Test, Gynäkologie). Psychosoziale Leistungen werden über insgesamt vier (auch) kommunal geförderten NGO eingebracht. Von diesen sitzt die Aidshilfe mit ihrer gesamten Einrichtung direkt im WIR. Mit dieser Konstruktion unterscheidet sich das WIR von anderen in Deutschland verfolgten Wegen, medizinische und psychosoziale Angebote stärker zu vernetzen. Andernorts werden meist Test und Beratung verbunden (bspw. in Checkpoint-Projekten), die Behandlung festgestellter Infektionen muss dann in ein anderes Setting verlagert werden. Lediglich in Hamburg besteht bei Casa Blanca die Möglichkeit, festgestellte STI sofort zu behandeln – doch nur im Falle mit Einmalgaben zu behandelnder STI. HIV-Behandlung muss auch hier an anderer Stelle erfolgen. Neue Entwicklungen, wie die CheckpointPlus-Projekte, versuchen, niedergelassene Praxen über Nebenbetriebsstätten einzubinden. Auch wenn hierzu noch keine Erfahrungen vorliegen, so ist doch klar, dass auch dort bestimmte Leistungen nicht anonym und kostenlos erbracht werden können, sondern nur zu Lasten der Krankenversicherung oder anderer Kosten- und Leistungsträger.

Die Evaluation erfasste, welche Kostenträger und Finanzierungsformen bisher im WIR präsent sind und welche neuen Formen hinzukamen (vgl. Kap. 4.1.2). Im Kern gibt es demnach folgende Finanzierungsformen:

- Kostenerstattung der Krankenversicherungen für medizinische Leistungen der Ambulanz
- Pauschale Zuwendungen von Kommune und Land bzw. aus dem kommunalen Haushalt der Stadt Bochum
- Projektmittel und Drittmittelfinanzierung
- Spenden und Mitgliedsbeiträge
- Selbstzahlung durch Klient*innen/Patient*innen.

Zudem ist zu nennen, dass das Katholische Klinikum Bochum Räume zur Verfügung stellt und für deren Umbau aufkam. Die Krankenversicherungen leisten ausschließlich für Behandlungen in der Ambulanz, von dort geleistete Öffentlichkeits-, Antistigma- und Präventionsarbeit fällt nicht darunter. Alle anderen Finanzierungen zeichnen sich durch eine deutlich größere Unsicherheit aus: Zuwendungen, Spenden, Projektmittel etc. werden regelhaft nur für ein Jahr (oder wenige Jahre) gewährt und müssen immer wieder neu verhandelt werden. Dabei ist positiv hervorzuheben, dass die Stadt Bochum trotz finanzieller Engpässe wiederholt die Förderung des WIR aufgestockt hat und mittlerweile erhebliche STI-bezogene Leistungen dort verortet.

Zwar konnten einzelne Spenden und Projektmittel für den Aufwand, der mit der Entwicklung des WIR und der Kooperation einherging, eingeworben werden, doch war kein Kostenträger bereit, hierfür regelhafte Finanzierung zu gewähren.

Auch gelang es in der Projektlaufzeit in beeindruckendem Maß, immer wieder von verschiedenen Stellen Mittel für bestimmte Angebotsbausteine einzuwerben, bspw. bei der Deutschen AIDS-Stiftung oder bei Pharmafirmen sowie im Rahmen von Studien. Insgesamt fließen so bspw. im Jahr 2019 etwa 400.000 Euro Drittmittel ins WIR.

Lediglich an einer Stelle gelang es, eine neue und bessere Finanzierung zu erzielen: Mit der Knappschaft-Bahn-Sec als bisher einzige Krankenversicherung wurde zu Beginn 2019 ein Vertrag über „Besondere Versorgung“ (§ 140a SGB V) abgeschlossen, der der Ambulanz für die Behandlung von STI mehr Mittel zur Verfügung stellt – eine Art „Qualitätspauschale STI“.

Im WIR besteht Unzufriedenheit mit der Finanzierung und es wird moniert, dass viele Leistungen weder bedarfsgerecht noch adäquat finanziert werden. Dies betreffe vor allem risiko-adaptierte Prävention, Health Advising, Entwicklung und Pflege der Online-Tools, Edukationsangebote/Patient*innenfortbildung sowie medizinisch für notwendig erachtete Maßnahmen, wie bspw. risikobezogene Screenings/Testungen, Test of Cure, (bestimmte) Impfungen, Überbrückungsangebote für Wartezeiten auf Therapie, Psycho-/Traumatherapie sowie Öffentlichkeitsarbeit. Gewünscht wird eine ergänzende verlässliche Grundfinanzierung des Gesamtangebots.

5.1.3 Regionale Ebene

Im Rahmen der Evaluation sollten schließlich die Auswirkungen des Walk in Ruhr (WIR) - Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin auf die regionale Versorgung bzw. die Erreichung der hierzu festgelegten Ziele untersucht werden. Auch dies wurde anhand der im Zielkatalog definierten Rahmen- und Detailziele unternommen, im Einzelnen ging es dabei um:

1. Wirkung in die Region (Öffentlichkeitsarbeit, Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen, Erhöhung von Bekanntheit und Reichweite des Zentrums und Erreichung von Kernzielgruppen und von neuen Zielgruppen)
2. Qualifizierung von Versorgungsbeteiligten und Multiplikatoren und Rekrutierung neuer Zuweiser*innen.

Die Erreichung der jeweiligen Detailziele wurde anhand der definierten Indikatoren untersucht. Im Folgenden werden die Ergebnisse entlang der Detailziele berichtet.

Zu 1: Das Zentrum wirkt in die Region

Das WIR hat sich vorgenommen (weiter) viel Öffentlichkeitsarbeit zu machen. Damit soll das Thema Sexualität und STI immer weiter enttabuisiert und der Kenntnisstand zu STI sowie zu Schutzmöglichkeiten und Hilfeangeboten erhöht werden. Ziel ist es, dass Menschen sich auf der Grundlage informierter Entscheidungen verhalten können und bei Bedarf Rat und Hilfe nachsuchen. Auf der Ebene Region wurden zwei Rahmenziele vereinbart, die mal mehr Zielgruppen adressieren, mal stärker auf Multiplikator*innen und Hochschulen fokussieren, insbesondere (niedergelassene) Ärzt*innen und Personen in Ausbildung.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur Zielebene „Organisation“ entlang der Detailziele berichtet, wobei erneut z. T. inhaltlich zusammenhängende Aspekte zusammengefasst werden.

1. Das Zentrum macht Öffentlichkeitsarbeit und wirkt an diversen Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen mit.

Schon vor Eröffnung des WIR wurden die Planungen vorbereitend in verschiedenen Gremien, Arbeitskreisen, bei der Kassenärztlichen Vereinigung usw. vorgestellt. Dies wurde rückblickend von den Versorgungsbeteiligten in Bochum, insbesondere aus dem Kreis niedergelassener Ärzt*innen sehr begrüßt. So wurde Transparenz sichergestellt und Konkurrenzangst vermieden. Im Gegenteil: Die befragten Niedergelassenen freuten sich, dass die Fachambulanz sich dieser Klientel annimmt und die Versorgung durch Einbeziehung verschiedener Beratungsangebote weiter verbessert wird.

Das WIR verfügt über eine Stelle Öffentlichkeitsarbeit und versucht, über diverse Kanäle und Medien dem Thema Sexualität/Sexuelle Gesundheit Präsenz zu verschaffen. Dabei geht es darum, Antistigma-Arbeit zu machen und zu Enttabuisierung beizutragen. Es geht um die Verbreiterung von Kenntnissen zu Risiken, STI und Schutzmöglichkeiten sowie um Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten und dem Angebot im WIR.

Über das bzw. aus dem WIR wurde in mind. 74 Pressebeiträgen u. ä. berichtet, darunter in Fachzeitschriften, Zeitungen und Zeitschriften, Fernseh- und Radiobeiträgen sowie über Social Media, Youtube (Y-Kollektiv) etc. Hinzu kommt die Präsenz bei Festen, Sportveranstaltungen, Weihnachtsmarkt u. ä. Und wenngleich die Zugänge über Presse- u. ä. Aktivitäten dauerhaft unter 3 % blieben, gaben aber doch immer wieder einzelne Nutzer*innen an, aufgrund einer Vorlesung (n = 8), einer Schulaktion (n = 5), einer Veranstaltung (n = 5), eines Zeitungs- (n = 1) oder Youtube-Beitrags (n = 2) ins Zentrum gefunden zu haben.

Die verschiedenen Akteure des WIR sprechen über unterschiedliche Formate, darunter auch neu im WIR-Kontext entwickelte, verschiedene Zielgruppen an. Vielfach werden in Schulen und Jugendhilfeeinrichtungen Informations- und Präventionsveranstaltungen durchgeführt, aber auch (junge) Flüchtlinge angesprochen, Strafgefangene und Besucher von Swinger Clubs (vgl. Kap. 4.3.2.1).

2. Bekanntheit und Reichweite des Zentrums werden erhöht.

Zwar ist es grundsätzlich kaum möglich, die Frage zu beantworten, ob die Öffentlichkeitsarbeit einen Einfluss auf Bekanntheit und Reichweite des WIR hatte. Doch wurden bei Erstellung des Zielkatalogs gleichwohl einige Indikatoren festgelegt, die zumindest Hinweise auf erhöhte Reichweite liefern können. Ein Indikator sollte die Zahl von Präventionsmaßnahmen sein. Zudem sollten, obgleich die Bekanntheit eines Angebots nicht zwingend eine Inanspruchnahme nach sich ziehen muss, erhöhte Nachfragen nach Beratung und STI-Tests als weitere Indikatoren gelten. Schließlich erhoffte man sich neue bzw. veränderte Zugangswege.

Präventionsmaßnahmen führen mehrere WIR-Akteure durch, insbesondere pro familia und Rosa Strippe sowie – bezogen auf MSM – die Aidshilfe und zunehmend auch die Ambulanz. Zwischen Januar 2017 und Juni 2019 fanden deutlich über 200 Aktionen statt, vor allem an Schulen und Jugendeinrichtungen. Einige Angebote waren an (minderjährige) Flüchtlinge gerichtet. Gänzlich neu entwickelt wurde die Ansprache in Swingerclubs.

Ein Blick auf die Entwicklung der Inanspruchnahme des WIR zeigt zunächst, dass im Untersuchungszeitraum von April 2017 bis Februar 2019 insgesamt für 4.789 Personen Besuche im Zentrum dokumentiert wurden. N = 3.518, also 74 % von diesen, haben einer Teilnahme an der Evaluation zugestimmt (siehe Kap. 4.2). Die Angebote der Ambulanz wurden dabei (mindestens einmal) von 1.739 und die der Aidshilfe von 541 an der Studie teilnehmenden Personen genutzt. Für das Testangebot des Gesundheitsamts wurden n = 1.530 Nutzer*innen dokumentiert. Für die Inanspruchnahme des WIR durch die Klientel von pro familia, Rosa Strippe und Madonna liegt keine belastbare Datengrundlage vor.

Die Analysen zeigen, dass das WIR ständig mehr Nachfrage fand und ein beständig größeres Fallvolumen zu bewältigen war: In der Leistungsdokumentation zeigt sich, dass in den Monaten Mai und Juni 2017 je etwas mehr als 400 Nutzer*innen das Zentrum in Anspruch genommen haben. Bis zum Ende der Erhebung hat sich diese Quote fast verdoppelt auf (z. T. mehr als) 800 Besucher*innen. Ebenso zeigt sich bei der Durchführung von STI-Tests eine Steigerung von zu Beginn der Evaluation (2. Quartal 2017) insgesamt 1.659 STI-Tests auf insgesamt 4.672 Tests im 4. Quartal 2018.

Im Zusammenhang mit der Reichweite des WIR-Angebots stellt sich des Weiteren die Frage, von wo die Nutzer*innen kommen. Geprüft wurde zunächst, ob im Verlauf der Zeit mehr Personen von außerhalb Bochums das Zentrum nutzen. Tatsächlich nutzen im Rahmen des Gesamtzuwachses auch mehr Personen von außerhalb das WIR (bei relativ konstanter Verteilung der Anteile von Bochumer*innen und Auswärtigen in den knapp zwei Jahren der wissenschaftlichen Begleitung; vgl. Kap. 4.2).

Zudem wurde geprüft, über welche Wege und Hinweise die Menschen ins WIR kamen. Für Kenntnis vom und Zugang zum WIR scheint vor allem die Präsenz des WIR im Internet bedeutsam zu sein (vgl. Kap.4.2): Mit 35 % aller Nutzer*innen gaben die weitaus meisten bei der Erstbefragung an, über Informationen im Internet zum WIR gefunden zu haben. Dazu kommen noch die knapp 9 %, die über die Website des WIR Zugang fanden. Alle anderen Zugangswege traten dahinter zurück, bspw. Hinweise von niedergelassenen Ärzt*innen (15,8 %) und Kliniken (8,4%) und Empfehlungen von Freunden und Bekannten (13,3 %) sowie von WIR-Klient*innen (5,6%). Bei den Analysen zeigte sich schließlich, dass zum einen zufriedene Klient*innen andere Personen motivieren, das WIR zu besuchen und dass – wenngleich insgesamt weniger – Öffentlichkeits- und Präventionsaktionen Wirkung zeigen.

Die Zugangswege veränderten sich im Verlauf nur geringfügig: Waren es im ersten Halbjahr noch knapp 50% der Neuklient*innen, die über das Internet zum WIR gefunden haben, so scheint die Bedeutung dieses Zugangs über die Zeit geringfügig abgenommen zu haben. Dagegen scheint das soziale Umfeld und die Vermittlung von Ärzt*innen und Kliniken im Verlauf der Zeit leicht an Bedeutung gewonnen zu haben (vgl. Kap.4.2). Dies kann als Indikator dafür verstanden werden, dass das sich das WIR sowohl in den Netzwerken der Peers als auch unter Professionellen in der Region nach und nach etabliert hat.

Die Befunde legen also nahe, dass zufriedenen Klient*innen eine wichtige Rolle zukommt und sie per Mund-zu-Mund-Propaganda für das WIR werben. Dies tun sie offensichtlich persönlich und im direkten Kontakt, denn niemand gab an, aufgrund einer SMS oder Mail (über das anonyme Online-Tool zur Partner*innen-Benachrichtigung) gekommen zu sein.

3. Kernzielgruppen werden erreicht, neue ZG werden erschlossen

Das WIR spricht mit seinen Angeboten mehrere Zielgruppen an und ist nicht nur auf MSM fokussiert. Hauptzielgruppe sind Personen mit einem erhöhten Risiko für STI/HIV, also primär Menschen mit riskantem Sexualverhalten.

Auf der Grundlage der vorliegenden Daten muss konstatiert werden, dass etwa zwei Drittel aller Besucher*innen des WIR (64,8%) im zurückliegenden halben Jahr zumindest eine Risikosituation für die Übertragung einer STI gehabt haben. Die am häufigsten auftretenden Risikosituationen sind demnach ungeschützter Vaginal- (33,4%) und/oder Analverkehr (28,8%) (vgl. Kap.4.2).

Etwa 40 % der Gesamtklientel des WIR sind MSM (n = 1.274), fast ebenso viele Nutzer*innen des WIR (36,3 %) sind Personen mit zurückliegender STI (n = 1.132), oder in HIV-Behandlung befindliche Patienten (23,1 %). Des Weiteren werden vom WIR Personen angesprochen, die Chemsex-Erfahrung aufweisen (n = 191) und/oder heterosexuelle Personen mit hoher Anzahl wechselnder Sexualpartner*innen (n = 61).

Die Nutzer*innen des WIR sind im Mittel 36,3 Jahre alt. Nach ihren Selbstangaben sind 72,1 % Männer, 27,7 % sind Frauen und weitere 0,2 % bezeichnen ihr Geschlecht als divers. Insgesamt 138 Personen mit eingeschränkten Verständigungsmöglichkeiten haben das WIR im gesamten Untersuchungszeitraum besucht. Mit 29,2 % Personen mit Migrationshintergrund im WIR wird hier, verglichen mit dem Anteil in Bochum (22,1 %, vgl. Stadt Bochum, 2019), ein größerer Anteil Migrant*innen erreicht – was vermutlich mit dem jüngeren Durchschnittsalter der WIR-Klientel zusammenhängt. Im Zeitfenster der wissenschaftlichen Begleitung waren alle soziodemografischen Charakteristika der Nutzer*innen des WIR relativ stabil. Bei insgesamt steigenden Nutzungszahlen lag der Anteil von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die das WIR aufsuchen, durchgehend etwa zwischen 30 % und 40 %. Das Zentrum erreicht ebenfalls im Verlauf mehr Frauen, bei recht stabilen Anteilen von etwa einem Drittel.

Relativ stabil blieb auch der jeweilige Anteil der unterschiedlichen Zielgruppen, die die Angebote des WIR in Anspruch nehmen. Der Anteil heterosexueller Neuklient*innen zeigt sich leicht abnehmend bei Randwerten von 73 % (im 3. Quartal 2017) und 64 % im 4. Quartal 2018. Auch der Anteil von MSM und HIV-Patient*innen zeigte sich über die Zeit relativ konstant. Dies gilt im Übrigen auch für den Anteil von Personen mit Drogenkonsum bzw. mit Chemsex-Erfahrung – hier lässt sich kein Trend ausmachen, aber gleichwohl eine absolute Zunahme.

Im Zuge der allgemein stärkeren Inanspruchnahme des WIR ist im Lauf der Zeit (05/17 bis 01/19) die Anzahl der Jugendlichen und jungen Erwachsene und die Zahl der weiblichen Nutzer*innen das WIR gestiegen. Dieser Trend gilt auch für alle anderen Teilzielgruppen, wie bspw. für heterosexuelle Besucher*innen, MSM und Personen mit Migrationshintergrund. Kein Trend ist festzustellen im Hinblick auf die Anzahl der vom WIR versorgten HIV-Patient*innen. Hier werden stabil durchschnittlich etwa 15 bis 20 Patient*innen pro Quartal neu ins WIR aufgenommen.

Aufgrund des neu aufgebauten Angebots kam es während der Evaluation seit Oktober 2018 zu einer schnellen Zunahme der Nutzung von PrEP.

Zu 2: Walk in Ruhr (WIR) - Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin qualifiziert andere Versorgungsbeteiligte in der Region

Das WIR versammelt viele Angebote unter einem Dach, dennoch gehören zur umfassenden Versorgung (Früherkennung, begleitende Behandlung und Beratung) weitere Beteiligte. Wichtig erscheint hier insbesondere, dass STI schneller erkannt und kompetenter Behandlung zugeführt werden. Seitens des WIR wurde deshalb im Zielkatalog verankert, dass das Zentrum einen Beitrag zur Qualifizierung von Multiplikator*innen und Versorgungsbeteiligten in Bochum und in der Region leisten will. Für derartige Aktivitäten des WIR in die Region hinein wurde eine Dokumentation entwickelt, die zum einen wissenschaftliche Veranstaltungen als auch Fortbildungen, Nutzer*innen- und Multiplikatoren-schulungen, Präventionsveranstaltungen etc. erfasst (Zeitraum: Januar 2017 – Juni 2019). Bedauerlicherweise wurde die Dokumentation nicht von allen beteiligten Akteuren gepflegt, sie kann deshalb vor allem Auskunft über die Aktivitäten der Ambulanz und der gemeinsam mit der Ambulanz durchgeführten Aktionen geben.

Die beiden Detailziele, die bzgl. der regionalen Ebene festgelegt wurden, sollen im Folgenden auf ihre Umsetzung hin überprüft werden.

*1. Das Zentrum qualifiziert Versorgungsbeteiligte und Multiplikator*innen.*

Von rd. 70 Veranstaltungen zwischen Januar 2017 und Juni 2019 in und um Bochum, die durch oder mit der Ambulanz durchgeführt wurden, richtete sich 17 (auch) an Versorgungsbeteiligte in der Region. Dabei handelt es sich in erster Linie um die Nutzer*innenschulungen („Let’s talk about“, „Medizinische Rundreise“ etc.), die prinzipiell auch anderen Personengruppen offen standen. Zudem beteiligte sich das WIR an Großveranstaltungen, wie bspw. der Gesundheitsmesse in Bochum im April 2019 oder dem Gesundheitsboulevard im Juni 2019. Als Teil eines universitären Lehrkrankenhauses ist die Ambulanz grundsätzlich in der Ausbildung medizinischen Nachwuchses aktiv und betreut darüber hinaus gemeinsam mit allen WIR-Akteuren Praktika von Angehörigen anderer Studiengänge und Hospitationen von interessierten Fachkräften aus der Region, Deutschland und sogar anderen Ländern.

Des Weiteren wurden von Ambulanz und z. T. weiteren Akteuren des WIR rd. 65 wissenschaftliche Veranstaltungen, Vorträge, Poster u. ä. dokumentiert, die Hälfte davon in Bochum und NRW. Hierzu gehören bspw. die jährlichen Fachtage zu HIV, Sexualität und Psyche, der DSTIG-Kongress 2018, der Qualitätszirkel HIV, STI, Hepatitis für niedergelassene Mediziner*innen, die Präsenztage im Rahmen des „Curriculums Sexuelle Gesundheit und STI“ (für Kursteilnehmende) diverse Vorträge vor Medizinstudierenden und Angehörigen anderer medizinischer Berufe.

Die Anzahl Teilnehmender wurde nur unregelmäßig dokumentiert, sodass hierzu keine Aussagen getroffen werden können.

Im Rahmen der Evaluation wurden auch Gespräche mit Versorgungsbeteiligten aus Bochum geführt. Ausgewählt wurden dafür vor allem Personen bzw. Dienste, die über gemeinsame Klientel Schnittstellen mit dem WIR haben. Die Interviews mit zwölf Gesprächspartner*innen, darunter niedergelassene und Krankenhaus-Ärzt*innen, Berater*innen aus ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe, Schwangerschafts(konflikt)beratung und Wohnungslosenhilfe belegten zunächst die gute Reputation des WIR und seiner Einzelakteure.

Die Befragten bestätigten, dass das WIR sich intensiv für zielgruppenbezogene Lobbyarbeit engagiert und Offenheit und Entstigmatisierung bzgl. des Themas fördert. Für die

Sichtbarkeit des WIR und eine gelingende Kooperation war es aus Sicht der Befragten wesentlich, dass WIR-Akteure sich schon vor Eröffnung des Zentrums und seither persönlich in verschiedenen Arbeitskreisen, Gremien und Einrichtungen vorgestellt und das Angebot erläutert haben. Mit Blick auf Fachveranstaltungen und Qualifikationsangebote zeigte sich jedoch, dass diese zumindest den Gesprächspartner*innen kaum bekannt und nur sehr begrenzt in Anspruch genommen worden waren.

2. *Es werden neue Zuweisende gefunden und die Einweisungs-Struktur verändert sich (inhaltlich und räumlich) im Verlauf.*

Wie schon beschrieben, kommen die meisten Besucher*innen des WIR nach Recherche im Internet oder auf der Website des WIR ins Zentrum. Erhoben wurden aber auch weitere Zugangswege, darunter aus Kliniken, von Ärzt*innen, über Szene, Freundeskreis, WIR-Klientel sowie – seit Herbst 2017 – über das anonyme Webtool zur Partner*innen-Benachrichtigung (per SMS oder Email).

Mit im Mittel ca. 35 % finden die allermeisten Nutzer*innen über eine Internetrecherche zu Test-, Beratungs- oder Behandlungsmöglichkeiten ins WIR. Hinzu kommen die rd. 9 %, die ebenfalls übers Internet auf die Website des WIR kommen und diese bei der Befragung gezielt als Zugangsweg benannt haben. Nur von randständiger Bedeutung erscheinen hier Presse- und Rundfunkbeiträge sowie Flyer: Über derartige Maßnahmen kommen auch nur 3 % der Besucher*innen ins WIR. Im gesamten Zeitraum hat niemand angegeben, wegen einer SMS oder Email ins WIR gekommen zu sein. Also zeigt zumindest diese Betrachtung keine Effekte des Onlinetools zur anonymen Partner*innen-Benachrichtigung. Ein Hinweis gilt den Angaben unter „Sonstiges“: Hier wurden wiederholt und zunehmend Gesundheitsämter und Aidhilfen aus anderen Städten, vor allem aus dem Ruhrgebiet, genannt (vgl. Kap. 4.2).

Kliniken oder Ärzt*innen ebenso wie das persönliche Umfeld haben während der wissenschaftlichen Begleitung als Zugangsweg zum WIR leicht an Bedeutung gewonnen, was dafür spricht, dass die Angebote des WIR sowohl von Zielgruppen als auch von Professionellen als wichtig und attraktiv eingeschätzt wird. Zuweisungen aus dem medizinischen Bereich kommen dabei durchgehend vor allem von den bekannten Instanzen in Bochum, über Kliniken außerhalb Bochums kommen im gesamten Evaluationszeitraum lediglich 40 Patient*innen. Hier können schon aufgrund der insgesamt geringen Zahlen keine nennenswerten Veränderungen festgestellt werden.

5.2 Zusammenfassendes Fazit

Die hier vorgelegte Evaluation kann zum ersten Mal in Deutschland über personenbezogene und einrichtungsübergreifend gesammelte Daten einen Einblick in HIV-/STI-bezogene Hilfen geben. Ebenfalls erstmals können Test-, Beratungs- und medizinische Behandlungsdaten in Verbindung und im Verlauf ausgewertet und bspw. auch Transferwege und -zeiten betrachtet werden. Da die PrEP im Evaluationszeitraum in Deutschland eingeführt wurde, können auch sehr aktuelle Daten zu Nutzer*innen und Inanspruchnahmeverhalten von PrEP-Usern vorgestellt werden.

Das Walk in Ruhr (WIR) - Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin in Bochum wurde im Frühjahr 2016 eröffnet und bietet seither an einem Ort ein breites Spektrum an Aufklärung, Diagnostik, Therapie und psychosozialer Versorgung für Menschen mit sexuell übertragbaren Infektionen bzw. einem Risiko dafür. Dies wird durch die Zusammenarbeit von sechs unabhängigen Einzelorganisationen realisiert: Die interdisziplinäre

Immunologische Ambulanz des Bochumer St. Josef-Hospitals, der Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts Bochum und die Aidshilfe Bochum e. V. als dort angesiedelte Institutionen sowie Madonna e. V., Rosa Strippe e. V. und pro familia e. V. als Teilleistungen einbringende Partner. In dieser Kombination von öffentlichem Gesundheitsdienst, Krankenhausträger und vier verschiedenen auf unterschiedliche Zielgruppen ausgerichteten NGO ist das WIR einzigartig in Deutschland.

Zu Beginn der Wissenschaftlichen Begleitung wurden gemeinsam mit allen Akteuren im WIR Ziele für die gemeinsame Arbeit und evaluationsrelevante Indikatoren definiert. Angesichts der heterogenen Struktur der Beteiligten, ihrer unterschiedlichen gesetzlichen Aufträge und Rahmenbedingungen, ihrer jeweiligen Traditionen und Selbstverständnisse war dieser Zielerarbeitungsprozess eine Herausforderung und intensive Übung in Kooperation.

Mit seinem breiten Angebot erreicht das WIR ein großes Spektrum der Bevölkerung. Vor allem durch die Integration der Beratungsstelle des Gesundheitsamts in das WIR kann ein vergleichsweise hoher Anteil von Heterosexuellen, Frauen und jungen Menschen erreicht werden. Ebenso werden durch die spezifischen Angebote verstärkt MSM, spezifische Zielgruppen angesprochen sowie Menschen mit HIV oder einer anderen STI behandelt. In den beobachteten zwei Jahren kamen immer mehr Nutzer*innen ins WIR, das Fallvolumen wurde in etwa verdoppelt, sodass mittlerweile in jedem Monat etwa 800 Personen das Angebot nutzen. Die meisten Angebote sind niedrigschwellig, i. d. R. auch kurzfristig sowie anonym zugänglich. Weiter an Attraktivität gewinnt das Zentrum zudem daher, dass den Nutzer*innen mit einer akzeptierenden und wertschätzenden Haltung begegnet wird.

Im Zentrum werden fast alle HIV-Fälle aus Bochum versorgt sowie HIV-Infizierte aus umliegenden Städten. Dabei zeigt die Behandlung von HIV im Zentrum gute Erfolge: Bei gut 94 % der Patient*innen kann eine Senkung bzw. Stabilisierung der Viruslast unter der Nachweisgrenze erreicht werden, d. h. auch aus präventiver Sicht Schutz durch Therapie. Die Ergebnisse der Evaluation sprechen dafür, Test, Beratung und Behandlung unter einem Dach vorzuhalten.

Mit Blick auf die eingangs selbst gesetzten Zielsetzungen bzgl. der Erreichung neuer und anderer Zielgruppen kann festgehalten werden, dass die Klient*innenzahl und Inanspruchnahme mit der Bereitstellung von Mehrkapazitäten ständig anstieg. Ein Vergleich der Nutzung mit jener der Einzeleinrichtungen vor Aufbau des WIR ist aufgrund fehlender Daten nicht möglich. Doch konnte im Verlauf der Evaluationsphase beobachtet werden, dass es z. T. gelang, bestimmte Gruppen verstärkt anzusprechen: Es nehmen nun mehr jüngere Klient*innen, mehr Frauen und (z. T. damit einhergehend) mehr Heterosexuelle sowie leicht mehr Personen mit Migrationshintergrund Angebote des Zentrums in Anspruch. Mit dem Angebot von PrEP werden zudem gezielt (noch) mehr riskant sexuell aktive Männer in den Blick genommen.

Weniger gut gelang die ebenfalls angestrebte verstärkte Erreichung von bildungsfernen Personen, Flüchtlingen oder Menschen mit Einschränkungen oder Behinderungen. Zu Entwicklungen bei der Erreichung von Sexarbeiter*innen und (damit z. T. verbunden) von Menschen ohne Krankenversicherung, können aufgrund fehlender Dokumentationen keine validen Aussagen getroffen werden. Begrenzungen entstehen hier u. a. daraus, dass das kostenlose städtische Testangebot sich in Bochum, anders als in vielen Kommunen, nicht vorrangig an nicht krankenversicherte und marginalisierte Menschen richtet. Es wird vielmehr zu großen Teilen von Studierenden nachgefragt. Dies hat mit Blick auf die Männer sicher auch damit zu tun, dass sie nicht auf eine niedergelassene Struktur zurückgreifen können, wie Frauen sie bei Gynäkolog*innen finden. Die Nutzer*innen verwiesen auch darauf, dass sie im WIR eine andere Ansprache erleben als z. T. im niedergelasse-

nen Bereich: vorurteilsfrei und akzeptierend. Auch werden sie ausführlicher beraten als das in Praxen möglich ist. Perspektivisch gilt es gleichwohl, kostenlose und anonyme Angebote stärker an jene zu adressieren, die diese am nötigsten brauchen. Verbesserungen in Bezug auf Barrierefreiheit, in Richtung Assistenzsysteme, Vorlesefunktionen, leichte Sprache, Mehrsprachigkeit dürften den Zugang zu und für Personen mit Einschränkungen erleichtern.

Beratung und Test im WIR sind kostenlos verfügbar (vor allem über Landes- und kommunale Mittel), aktuell auch Psychotherapie/psychotherapeutische Beratung (Spendenmittel). Ob die Angebote kostenlos erhalten bleiben, ist allerdings nicht sicher. Projektförderung und Spendenmittel können auslaufen, Zuwendungen und Haushaltsmittel können gekürzt oder gestrichen werden. Die aktuell vergleichsweise gute Ausstattung sollte deshalb perspektivisch über eine adäquate Regelfinanzierung (aus mehreren SGB) abgesichert werden. Die medizinischen Angebote im WIR werden über eine Institutsambulanz zur Verfügung gestellt und sind im Prinzip nur nach Überweisung und zu Lasten der Krankenversicherung bzw. private Bezahlung zugänglich. Zusätzlich übernehmen in Bochum das Gesundheitsamt (kommunaler Topf) und der Krankenhausträger (Spendenbasis) begrenzt die Kosten für Behandlungen von Einzelpersonen ohne Krankenversicherung. Eine Möglichkeit der kostenlosen Behandlung sollte für besonders vulnerable Gruppen dauerhaft sichergestellt werden.

Die multiprofessionelle Ausrichtung und die enge fallbezogene Kooperation unter dem Dach des WIR fördern, wie mit der Zentrumsbildung angestrebt, eine bedarfsgerechte psychosoziale und medizinische Versorgung. Die meisten Nutzer*innen brauchen zwar lediglich ein Angebot, doch ein Sechstel greift auf die Unterstützung mehrerer Partner zurück – darunter vor allem stärker belastete Klient*innen mit komplexen Problemlagen. Die Hinzuziehung der zweiten Einrichtung bzw. der Wechsel dorthin erfolgt für drei Viertel der Fälle am gleichen Tag. Hier wirken sich die gemeinsamen Räumlichkeiten förderlich aus sowie die große Bereitschaft, spontan Fälle anzunehmen.

Wie angestrebt entwickelte das WIR Synergiepotential. Dieses zeigt sich auch darin, dass die Mehrzahl aller Personen mit einem positiven STI-Befund innerhalb einer Woche dort eine fachgerechte Behandlung erhalten, dass eine einrichtungsübergreifende Konzeption für die Vergabe der PrEP erarbeitet wurde, dass Überweisungen ins zugehörige Krankenhaus einfach möglich sind, ebenso wie konsiliarische Beratungen durch die ärztlichen Kolleg*innen verschiedener Abteilungen.

Im Rahmen des Zentrums wurden, z. T. unter Berücksichtigung von Erfahrungen aus anderen Ländern, eine Reihe neuer Angebote entwickelt, oft kooperativ von mehreren Akteuren (bspw. Präventionsformate, Health Advising, Online-Risikotest, psychotherapeutische Beratung) – z. T. sind sie deutschlandweit ausschließlich im WIR vorhanden. So ist das WIR die erste uns bekannte Stelle in Deutschland, die Partner*innen-Benachrichtigung entlang der S2k Leitlinie zu Sexuell übertragbare Infektionen (STI) – Beratung, Diagnostik (AWMF 2018, S. 77ff.) für die eigenen Abläufe operationalisiert und ein Online-Tool zur anonymen Partner*innen-Benachrichtigung entwickelt hat. Andere Entwicklungen griffen neue gesetzliche Möglichkeiten schnell auf (z. B. PrEP, Home-Sampling), wie es auch andernorts geschah. Wieder andere Maßnahmen sind schon seit Jahren empfohlen, konnten aber erst jetzt systematisch angegangen werden (bspw. Recall-System).

Aufbau und Implementierung innovativer Angebote zeigen in aller Regel aber nicht nur Potentiale auf, sie verweisen auch auf Optimierungsbedarfe. Dies gilt angesichts der Geschwindigkeit, mit der im WIR Angebotsentwicklung stattfand, umso mehr. So muss vor dem Hintergrund der vorliegenden Daten konstatiert werden, dass die Erreichung marginalisierter und generell schwer erreichbarer Zielgruppen noch wenig gelungen ist und dass die Partner*innen-Benachrichtigung noch systematischer umgesetzt werden könnte.

Mit Blick auf eine Bereicherung der Gesundheitsversorgung generell, sehen die Autor*innen des vorliegenden Ergebnisberichts einen weiteren Entwicklungsbedarf auch in einer stärkeren Profilierung von Health Advising.

Das Tätigkeitsspektrum im WIR ist stark von übergreifenden Tätigkeiten dominiert. Statt der in diesen Arbeitsfeldern meist gegebenen Relationen von etwa einem Drittel bis einem Viertel übergreifender Tätigkeiten verhält es sich im WIR andersherum. Die Gründe dafür konnten z. T. aufgeklärt werden, wie bspw. die angesichts der Finanzierungsgegebenheiten notwendige Einwerbung von Spenden, Projekt- oder Drittmitteln, zum Teil bleibt jedoch Unklarheit. Perspektivisch sollte der Einsatz der Kapazitäten intern beobachtet werden. Das Ziel muss sein, den Zeitanteil für die Beratung, Testung, Behandlung und zielgruppenbezogene Aktivitäten zu steigern.

Angesichts dessen sollte die nächste Zeit der Verständigung über Essentials gewidmet sein, der Entwicklung von Prozessbeschreibungen und dem gezielten Aufbau von (Beratungs-, Motivierungs-)Kompetenzen. Sinnvoll wäre zudem Strukturen für Anleitung und Controlling sowie ein Konzept zur Umsetzung datengestützter Qualitätssicherung. Mit Blick auf weitere Bedarfe, wie bspw. suchtbefugene Konzepte für die Zielgruppen im WIR, ist dabei immer wieder abzuwägen, welche Angebote man selbst entwickelt/entwickeln muss und aus einer Hand anbietet und welche man im Netzwerk mit anderen Akteuren vor Ort organisiert.

Die Evaluation der ersten drei Jahre seit Bezug des WIR zeigt, dass unterschiedliche Akteure zusammenwachsen, voneinander und miteinander lernen können. Dieses einrichtungsübergreifende Lernen stellt sicherlich einen Mehrwert der vernetzten Struktur dar. Diese Entwicklung wurde vor allem durch die räumliche Nähe und die Arbeit an denselben Fällen inkl. des (datenschutzkonformen) Austauschs gefördert sowie durch institutionsbezogenen und konzeptionellen Austausch und den o. g. gemeinsame Entwicklung neuer einrichtungsübergreifend gestalteter Angebote.

Im jetzigen Konstrukt sind der Vernetzungsaufwand aller Akteure und die Beteiligung an gemeinsamen Aktionen, bspw. des Medizinbereichs an Prävention, nicht regelhaft finanziert. Zuwendungsgeber und Kostenträger, die vielfach vernetztes Arbeiten fordern, sind hier aufgefordert, Lösungen zu finden. Lücken bestehen auch hinsichtlich der Finanzierung risikoadaptierter Untersuchungen. Als ein erster Erfolg ist zu werten, dass eine Krankenversicherung (KBS) mit dem WIR einen Selektivvertrag abgeschlossen hat, der über eine Art „Qualitätspauschale STI“ eine umfassendere Beratung und Behandlung von STI absichert. Das Land NRW unterstützt diesen Weg und hat im August 2019 ein Gespräch mit Krankenkassen dazu initiiert. In der Folge hat die Knappschaft-Bahn-See ihren Vertrag anderen Krankenkassen zugänglich gemacht und das Ministerium hält die Fortschritte in der Sache nach. Es erscheint wünschenswert, dass zukünftig – neben Kriterien für risikoadaptierte STI-Untersuchungen – finanzierungsbezogene Lösungen gefunden werden.

Das WIR in Bochum realisiert seine Angebotspalette als ein Zentrum mit einem Eingang und Namen. Dahinter verbergen sich gleichwohl sechs eigenständige Einrichtungen mit unterschiedlichen sozialrechtlichen Grundlagen und Finanzierungsformen. Die fallbezogene Kooperation erfordert dieselben Datenschutzmaßnahmen wie bei der Kooperation gänzlich getrennter Einrichtungen und die zur Ambulanz gehörende Geschäftsführung hat keine dienst- und fachaufsichtlichen Funktionen gegenüber Beschäftigten der anderen Träger. Dass das WIR trotzdem als Einheit wahrgenommen wird basiert auf dem Engagement und dem Vertrauen der handelnden Personen, gewachsen in langjähriger Kooperation in Arbeitskreisen und gemeinsamen Projekten. Für eine personenunabhängige und dauerhafte Absicherung der Zusammenarbeit wären ein rechtlich fester verbundener Rahmen mit Regelungen von Fach- und Dienstaufsicht, Datenaustausch und -schutz etc.

oder eine (gemeinsam getragene) Einrichtung mit eigener Rechtsform vermutlich tragfähiger. Dabei ist auf eine gute Balance von medizinischen und psychosozialen Hilfen (inkl. pauschal finanzierter Psychotherapie) in Angebotsspektrum und Verantwortungsstruktur zu achten.

Die Evaluation der ersten drei Jahre seit Bezug des WIR zeigt, dass unterschiedliche Akteure zusammenwachsen und voneinander und miteinander lernen können. Dieses einrichtungsübergreifende Lernen stellt sicherlich, ebenso wie die zunehmend unkomplizierte kooperativ gestaltete Fallarbeit, einen Mehrwert der vernetzten Struktur dar. Die Voraussetzung dafür ist, neben dem Willen dazu, räumliche Nähe und die Arbeit an denselben Fällen inkl. des (datenschutzkonformen) Austauschs dazu. Die Vernetzung zwischen den im WIR ansässigen Angeboten/Einrichtungen und den „nur“ stundenweise, wenn auch regelmäßig, dort arbeitenden Akteuren hat sich deutlich weniger entwickelt.

Die Nutzer*innen sind weit überwiegend sehr zufrieden und dankbar für die freundlich-akzeptierende Betreuung, die ausführliche Beratung und die gute Rundumversorgung auf hohem fachlichen Niveau sowie das umfassende Hilfespektrum. Sie begrüßen die gut erreichbare Lage und empfehlen in ihrem Umfeld das Zentrum weiter. Auf dieser positiven Stimmung sollte man aufbauen und zukünftig die lange schon angedachten Partizipations- und Peer-Elemente entwickeln und implementieren.

6 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/ Transferpotential)

Mit Blick auf zum Teil steigende Infektionszahlen ist es erklärtes Ziel der Bundesregierung, sexuelle Gesundheit und das Bewusstsein dafür in der Allgemeinbevölkerung zu stärken. Dies ist in der im Jahr 2016 ausgegebenen Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C sowie anderer sexuell übertragbarer Infektionen: „BIS 2030 – Bedarfsorientiert, Integriert, Sektorübergreifend“ formuliert (vgl. BMG 2016). BIS 2030 betont die Notwendigkeit, Übertragungsketten zu unterbrechen sowie Re- und Ko-Infektionen zu verhindern bzw. frühzeitig zu erkennen und zu behandeln und empfiehlt die Entwicklung sektorübergreifend integrierter, aufeinander abgestimmter Präventions-, Test- und Versorgungsangebote, die Menschen in ihren jeweiligen Lebenswelten erreichen.

Die sektorübergreifende Zusammenarbeit hat in Bochum eine lange Tradition. Bereits 2013 mündete die enge Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringenden im Bereich Sexueller Gesundheit in das Vorhaben, die wichtigsten Dienstleistungen aller Anbieter an einem Standort („unter einem Dach“) zu bündeln. Im Frühjahr 2015 unterzeichneten die Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz des St. Josef-Hospitals Bochum/RUB, das Gesundheitsamt Bochum, Fachbereich „Sexuelle Gesundheit“, pro familia e. V., Beratungsstelle Bochum, die Aidshilfe Bochum e. V., Rosa Strippe e. V. und Madonna e. V. eine Kooperationsvereinbarung, im Frühjahr 2016 wurden die neuen Räume des Walk In Ruhr – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin (WIR) offiziell eröffnet.

Weil das BMG in dieser Entwicklung ein mögliches Modell für die Weiterentwicklung integrierter und sektorübergreifender STI-Versorgung in Deutschland sieht, fördert es seit August 2016 eine externe wissenschaftliche Begleitung. Damit verbunden war die Aufgabe, vergleichbare nationale und internationale Angebote zu recherchieren und aktuelle Entwicklungen in Deutschland zu verfolgen (vgl. Abschlussbericht Phase 1 vom Juli 2017).

Tatsächlich konnten einige Modelle integrierter Versorgung identifiziert werden:

- Der öffentliche Gesundheitsdienst bietet selbst ein umfassendes Angebot von Beratung, anonymen und oft kostenlosen Tests, aufsuchender Arbeit im Hinblick auf bestimmte Zielgruppen, bis hin zu Behandlung an (Beispiele: Casa Blanca in Hamburg, Fachdienste Sexuelle Gesundheit in Berlin und Köln).

Die Angebote der öffentlichen Gesundheitsdienste unterscheiden sich je nach Bundesland und Ort deutlich, doch gilt überwiegend, dass niedrighschwellige Testangebote sich entsprechend § 19 IfSG vorrangig an Personen ohne Krankenversicherung oder andere marginalisierte Zielgruppen richten. Neben Beratungsangeboten und Tests auf HIV und ggf. weitere STI, z. T. mit Behandlung(-seinleitung), stehen den Ratsuchenden teilweise ärztliche (gynäkologische) Untersuchungen und Behandlungen sowie Schwangerschaftskonfliktberatung zur Verfügung, werden Verhütungsmittel verschrieben oder eingesetzt bzw. Schwangere versorgt und Partner*innen einer von STI betroffenen Person mitbehandelt. Für die dauerhafte Behandlung von HIV oder andere weitergehende Behandlungsbedarfe muss an die üblichen ambulanten und stationären Strukturen verwiesen werden.

- Kooperationen von anonymen Teststellen freier Träger (meist lokalen Aidshilfen) mit niedergelassenen Ärzt*innen und z. T. dem öffentlichen Gesundheitsdienst (wie bspw. die CheckPoint-Plus-Projekte in Berlin, Freiburg und der Checkpoint Frankfurt). Die Angebote fokussieren ebenfalls überwiegend und je nach Förderung auf bestimmte Zielgruppen, in Berlin bspw. auf MSM, trans* und Menschen mit Migrationshintergrund, in Frankfurt auf männliche Sexarbeiter.

Die niedergelassenen Ärzt*innen, i. d. R. aus HIV-Schwerpunktpraxen, arbeiten auf der Grundlage einer Erlaubnis durch die zum Betrieb einer Nebenbetriebsstätte (§ 24 Abs. 3 Ärzte-ZV) unter einem Dach z. B. mit Vertreter*innen der lokalen Aidshilfe und anderer auf MSM-bezogener Einrichtungen und in Frankfurt und Freiburg mit dem örtlichen Gesundheitsamt. Weitere Partner sind in Berlin und Freiburg die jeweiligen Länder und in Berlin ein Krankenhaus.

- Die Bochumer Kooperation freier Träger mit Krankenhausträger und öffentlichem Gesundheitsdienst. Hier wird auch ein breites Behandlungsangebot gewährleistet, das sich prinzipiell an die Gesamtbevölkerung richtet und auch dauerhafte Behandlung von HIV inkludiert, die direkte Anbindung an das Krankenhaus ermöglicht schnelle stationäre Versorgung und Konsile verschiedener Fachrichtungen.

Wie die Recherchen der wissenschaftlichen Begleitung bestätigen, handelt es sich beim Walk In Ruhr (WIR) – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin in Bochum um das erste integrierte Versorgungsangebot in Deutschland, das seit 2016 Prävention, Beratung, breite medizinische Behandlung und Selbsthilfe unter einem Dach vereint. Die Evaluationsergebnisse belegen, dass durch die räumliche Zusammenfassung der Leistungserbringenden und vor allem durch die fallbezogene Zusammenarbeit, aufeinander abgestimmte Präventions-, Test- und Versorgungsangebote gefördert und Übertragungen und Ko-Infektionen frühzeitig erkannt und behandelt werden konnten. Das Ziel einer sektorübergreifenden Ausrichtung wird im WIR erreicht und dabei eine heterogene Klientel erreicht. Der Versorgungsbeitrag des Zentrums ist groß und hat sich im Untersuchungszeitraum weiter gesteigert. Dazu trugen maßgeblich die o. g. Präventionsangebote, bspw. in Schulen, Schwulenszene oder Swingerclubs, bei.

Manche Zielgruppen, bspw. Menschen ohne Krankenversicherung wurden in begrenztem Umfang erreicht und ihre Behandlung im Bedarfsfall über freiwillige Leistungen der Kommune und Spenden gewährleistet. Für bestimmte Teilgruppen sind weitere Angebote oder Kooperationen notwendig, bspw. zum Thema problematischer Suchtmittelkonsum.

Darüber hinaus konnte durch die enge Verzahnung der WIR-Akteure eine bedarfsorientierte und zielgruppenbezogene Angebotsentwicklung (z. B. PrEP-Versorgungspfad) vorangetrieben werden. Um Bedarfe zu erkennen, sind aufsuchende Arbeit, Studien und Prävention hilfreich. Dem Übergang zwischen Prävention und medizinischer Versorgung kommt dabei im WIR eine zentrale Bedeutung zu.

Damit diese integrierte und sektorübergreifende Versorgung auf Dauer gelingen kann, bedarf es eines hohen zeitlichen Aufwands für gemeinsame Konzeptentwicklung und Austausch. Ohne dass wir dies in anderen Kooperationsprojekten untersucht haben, darf doch vermutet werden, dass dem überall so ist. Bisher konnte das WIR zwar erfolgreich unterschiedliche Förderungen und Drittmittel gewinnen, doch war diese Mittelbeschaffung zeitaufwändig. Die Erfahrungen aus der Implementierungsphase des WIR verweisen auf den Bedarf nach einer verlässlichen rechtskreisübergreifenden Finanzierung, um sektorübergreifende Vernetzung zu etablieren und auf diesem Wege eine abgestimmte, integrierte Vorgehensweise in Prävention, Testung und Versorgung zu ermöglichen.

Jede Art zukunftsweisendes Konzept integrierter Prävention, Testung, Beratung und Behandlung braucht das Zusammenwirken medizinischer und beraterischer Kompetenz, Lebensweltnähe, Settingansätze und eine akzeptierend-wertschätzende Haltung aller Beteiligten. In Abhängigkeit von der Zielsetzung ist zu entscheiden, welche Institutionen in einem integrierten Modell mitwirken sollen (spezifische Zielgruppen oder Allgemeinbevölkerung).

Organisationsform und Finanzierung sollten dauerhafte Strukturen und interne Kooperation gewährleisten. Innerhalb der bundesdeutschen Sozialgesetzgebung sowie der Aufgabenteilung zwischen kommunaler, Landes- und Bundesebene besteht derzeit keine rechtskreisübergreifende Möglichkeit, die o. g. integrativen Modelle in ihrer Gesamtheit in einer Organisationseinheit zu verorten. Die Schaffung adäquater Finanzierungs- und Rechtsformen für rechtskreisübergreifende Angebote aus einer Hand stellt eine große Herausforderung dar, die einen entsprechenden Gestaltungswillen von Politik und Gesetzgebung voraussetzt.

Weitere Implikationen der Ergebnisse und weiterführende Fragestellungen

Mit Blick auf notwendige Grundlagen für Planung und Umsetzung von Präventions-, Test-, - und Behandlungsmaßnahmen könnten die im Rahmen der Evaluation gesammelten qualitativen und quantitativen Daten entlang spezifischer Fragestellungen weiter und tiefergehend ausgewertet oder sich daraus ergebende Fragen untersucht werden – bspw.:

- Die Evaluationsergebnisse lassen vermuten, dass die risikoadaptierte Testung zielführend ist, um Infektionen früher zu erkennen. Verschiedene Bundesländer wie NRW und Baden-Württemberg, Hamburg und Berlin, übernehmen aktuell zumindest teilweise die Kosten für STI-Checks durch niedrigschwellige Beratungs- und Teststellen. Kann das überall und dauerhaft durch die Bundesländer abgesichert werden? Welche Rolle spielen dabei Testung und/oder gesundheitsbezogene Soziale Hilfen als Bindeglied zwischen Prävention und medizinischer Versorgung?
- Das WIR konnte mit der Knappschaft-Bahn-See, wie zeitgleich in Berlin die dagnä mit der AOK Nordost (Versorgungsprogramm „HIV & STI Prophylaxe Berlin“), eine Art Qualitätspauschale für die Behandlung von STI implementieren. Kann das ein Modell für alle Krankenkassen sein? Was genau sollte sie umfassen? Ist es möglich, auch nicht-ärztliche Qualifikationen einzubeziehen? Welche Finanzierung ist angemessen?

- Health Advising scheint eine sinnvolle Ergänzung vorhandener Berufsgruppen darzustellen. Welche Rolle kann Health Advising im deutschen System zukommen? Wo sind sie zwischen Prävention, aufsuchender Arbeit und Falllenkung innerhalb eines Zentrums zu verorten? Welche Anforderungen an Grundqualifikation und Weiterbildung sind zu formulieren? Welche Bedeutung kommt der Einbindung von Peers im Health Advising zu? Welche Aufgaben, auch in ärztlicher Delegation, können sie übernehmen? Welche Einordnung und Eingruppierung sind adäquat bzw. möglich? Sind weitere modellhafte Förderungen sinnvoll und welche Fragen sind dabei durch Evaluation zu beantworten?
- Die Situationsanalyse zu Partner*innen-Benachrichtigung bei STI in Deutschland wird aktuell im Auftrag des BMG erstellt. Erste Befunde werden im Rahmen eines Fachtags im November 2019 mit allen 17 teilnehmenden anonymen Teststellen diskutiert. Darauf aufbauen ist zu klären, wie Partner*innen-Benachrichtigung stärker verankert werden kann. In welchen Settings und bei welchen Berufsgruppen? Wie wird Partner*innen-Benachrichtigung im ärztlichen Kontext umgesetzt? Was könnte dies fördern? Welche Modellvorhaben wären sinnvoll?
- Inwieweit der Zuschnitt der CHECKPOINT-PLUS-Projekte eine niedrigschwellige, umfassende und interdisziplinäre Versorgung spezifischer Gruppen ermöglicht, wird aktuell im Auftrag des BMG von delphi geprüft. Im Ergebnisbericht, der 2021 erscheint, sollen auch die Befunde zur integrierten Versorgung im WIR vergleichend berücksichtigt werden.
- Grundsätzlich ist abzuwägen, welche Zielgruppen erreicht werden sollen und dann zu prüfen, wie sie jeweils am besten angesprochen werden können. Und für wen sind kostenlose und anonyme Angebote wichtig? Hierfür sollte eine gemeinsame Analyse in der jeweiligen Kommune erfolgen, welche Gruppen bislang durch wen erreicht werden, wo Versorgungslücken bestehen und durch wen diese Gruppen erreicht werden könnten. Wie kann für die Allgemeinbevölkerung die Nutzung der im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten bestehenden Angebote (niedergelassene Praxen) attraktiver werden und wie für Praxisinhaber das entsprechende Angebot?
- Migrant*innen aus (Ost-)Europa sind vielfach versichert, haben aber aufgrund mangelnder Aktivierung ihrer Versicherung sowie von Vorbehalten und Unkenntnis in Praxen und Krankenhäusern keinen Zugang zu Versorgung. Hier sollte einerseits der Krankenversicherungsstatus besser geprüft und auf die Nutzung der europäischen Krankenversicherung hingewirkt werden. Um die entsprechenden Möglichkeiten bekannter zu machen, könnten Kassenärztliche Vereinigungen, ärztliche Fachgesellschaften, Bund und Länder Informationskampagnen starten.
- Inwieweit sich das Bochumer Modell einer integrierten Versorgung in die Fläche tragen lässt, werden die Evaluationen der vom Land NRW geförderten Netzwerke „Sexuelle Gesundheit“ zeigen. Das WIR wird zusammen mit dem Regierungsbezirk Münster und weiteren Partner*innen für insgesamt 30 Monate gefördert. Gibt es anschlussfähige Befunde? Und was entwickelt sich andernorts?
- Für die Weiterentwicklung integrativer Ansätze im Bereich sexuelle Gesundheit wären Austauschforen sinnvoll, die auf Bundes- oder/und Länderebene organisiert werden und sowohl NGO als auch ÖGD ansprechen sollten. Darüber hinaus ist zu überlegen, welche Hinweise für die Weiterentwicklung der niedergelassenen medizinischen Versorgung aufgenommen werden sollten.

7 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Die Evaluation hat im letzten Jahr der Projektarbeit bereits erste Teilergebnisse veröffentlicht: Erstmals wurden beim DSTIG-Kongress, 06. – 09. Juni 2018 in Bochum Zwischenergebnisse vorgetragen. Im Jahr 2019 wurde beim Deutsch-Österreichischen Aids-Kongress (DÖAK) im Juni 2019 in Hamburg die einrichtungübergreifende Kooperation im WIR im Rahmen einer Poster-Session vorgestellt. Ein weiteres Poster wird auf dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung im Oktober 2019 in Berlin präsentiert.

Auch die Fachkräfte im WIR, insbesondere der Ambulanz, stellen Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung zu diversen Anlässen vor, darunter bspw. beim 8. Fachtag „Sexualität und Psyche“ im Januar 2019 in Bochum, beim o. g. DÖAK sowie beim STI und HIV World Congress im Juli 2019 in Vancouver und beim IUSTI-Kongress in Tallin im September 2019.

Weitere Veröffentlichungen werden folgen.

8 Publikationsverzeichnis

Enders, K., Jonas, B., Schu, M., Tossmann, P., Brockmeyer, N.H., Chmielorz, M., Gabb, A., Kasper, A., Kayser, A., Potthoff, A., Schlüter, C., Skaletz-Rorowski, A., Syllwasschy, J. & Wach, J. (2019). Walk In Ruhr – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin (WIR) –ausgewählte Ergebnisse der Evaluation zur integrativen Arbeit im WIR. Poster beim Deutsch-Österreichischen Aids-Kongress, 13. – 15. Juni 2019 in Hamburg.

Enders, K., Jonas, B., Schu, M., Tossmann, P., Brockmeyer, N.H., Chmielorz, M., Gabb, A., Kasper, A., Kayser, A., Potthoff, A., Schlüter, C., Skaletz-Rorowski, A., Syllwasschy, J. & Wach, J. (2019). Walk In Ruhr – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin (WIR) –ausgewählte Ergebnisse der Evaluation zur integrativen Arbeit im WIR. Poster beim 18. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, 9. – 11. Oktober 2019 in Berlin.

Schu, M. (2018). „Walk In Ruhr“ – Mehrwert integrativer Versorgung, ausgewählte Zwischenergebnisse, Vortrag beim DSTIG-Kongress, 6. – 9. Juni in Bochum.

Auch seitens des WIR sind Veröffentlichungen geplant.

9 Literatur

AWMF (2019): *S2k Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Gonorrhoe*. Siehe: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/059-004.html>, zuletzt abgerufen am 13.07.2019

AWMF (2018): *S2k Leitlinie zu Sexuell übertragbare Infektionen (STI) – Beratung, Diagnostik, Therapie*. Siehe: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/059-006.html>, zuletzt abgerufen am 13.07.2019

AWMF (2016): *S2 Leitlinie zu Infektionen mit Chlamydia trachomatis*. Siehe: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/059-005.html>, zuletzt abgerufen am 13.07.2019

AWMF (2014): *S2 Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Syphilis*. Siehe: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/059-002.html>, zuletzt abgerufen am 13.07.2019

Bartelheimer, P. (2009). Verwirklichungschancen als Maßstab lokaler Sozialpolitik? *Sozialer Fortschritt*, 58, 2-3: 48–55.

Bonvin (2009). Der Capability Ansatz und sein Beitrag für die Analyse gegenwärtiger Sozialpolitik. *Soziale Passagen* 1, 1: 8-22.

Brähler, E., Mühlhan, H., Albani, C., & Schmidt, S. (2007). Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. *Diagnostica*, 53, 83-96.

Bremer, V. & Winkelmann, C. (2012). Sexuelle Gesundheit in Deutschland – Ein Überblick über existierende Strukturen und Verbesserungspotentiale. *Sexuologie* 19 (3-4), 93-104.

Brockmeyer, N.H. (2016). Projektvorstellung: Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin WIR – „Walk In Ruhr“. Unveröffentlichte Powerpoint-Präsentation.

Brockmeyer, N. (2018). *Stellungnahme zum Fragenkatalog der Fraktionen zur Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW zum Thema „Sexuell wechselübertragbare Infektionen – Entwicklung, Maßnahmen und Perspektiven“* – Vorlage 17/671. Verfügbar unter: https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/Webmaster/GB_I/I.1/aktuelle_drucksachen/aktuelle_Dokumente.jsp?docTyp = ST&wp = 17&dokNum = Sexuell+wechsel+%FCbertragbare+Infektionen&searchDru = suchen. Zuletzt abgerufen am 10.01.2019

Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). (2016). *Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. BIS 2030 – Bedarforientiert – Integriert – Sektorübergreifend*. Abgerufen von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Strategie_BIS_2030_HIV_HEP_STI.pdf

Cohen, M.S., Hoffman I.F., Royce, R.A. et al. (1997). Reduction of concentration of HIV-1 in semen after treatment of urethritis: implications for prevention of sexual transmission of HIV-1. AIDS CAP Malawi Research Group. *Lancet* 349 (9069), S. 1868 - 1873.

Deleré, Y., Remschmidt, C., Leuschner, J. et al. (2014). Human Papillomavirus prevalence and probable first effects of vaccination in 20 to 25 year-old women in Germany: a population-based cross-sectional study via home-based self-sampling. *BMC Infectious Diseases*, 14 (87), 1-10.

De Oliveira, M., Brinkmann, K. & Heinze, E. (2017). *Curriculum Health Adviser für Sexuelle Gesundheit*. Arbeitspapier. Bochum: WIR.

Deutsche Aidshilfe (DAH). (2012). *Mindeststandards für den HIV und STI-Test in Aidshilfen*. (Stand 07.02.2012). Berlin: DAH. Abgerufen von: https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/111021_Mindeststandards_Test10-2011.pdf

Deutsche Aidshilfe (DAH). (2017). *HIV- und STI-Tests. Standards für den HIV und STI-Test in Aidshilfen*. DAH: Berlin. Siehe: <https://www.aidshilfe.de/shop/hiv-sti-tests-2017>, zuletzt abgerufen am 14.07.2019

Deutsche AIDS-Gesellschaft (DAIG) & Österreichische AIDS-Gesellschaft (ÖAG) (2019). *Deutsch-Österreichische Leitlinien zur antiretroviralen Therapie der HIV-Infektion*. Verfügbar unter: http://dstig.de/images/Leitlinien/deutsch_osterreichische_%20leitlinien_%20zur_%20antiretroviralen_%20therapie_%20der_%20hiv_infection_%2006_2014.pdf. Zuletzt abgerufen am 12.05.2019

Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V. (2008). *Standards für Evaluation*, 4. unv. Auflage. Köln: DeGEval.

Enders, K, Schu, M. & Eisenbach, K. (2019). *Situationsanalyse zu Partner*innen-Benachrichtigung bei STI in Deutschland*. Poster beim Deutsch-Österreichischen AIDS-Kongress am 13. – 15. Juni 2019 in Hamburg.

Gesundheitsamt der Stadt Bochum (2019). *Jahresbericht der Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit 2018*.

Mahler C, Hermann K, Horne R, Ludt S, Haefeli WE, Szecsenyi J & Jank, S. (2010). Assessing Reported Adherence to Pharmacological Treatment Recommendations. Translation and evaluation of the Medication Adherence Report Scale (MARS) in Germany. *J Eval Clin Pract*; 16, 574-579

Kittner, J. M., von Bialy, L., Wiltink, J., Thomaidis, T., Gospodinov, B., Rieke, A., ... Galle, P. R. (2015). Lack of awareness in both patients and physicians contributes to a high rate of late presentation in a South West German HIV patient cohort. *Infection*, 43(3), 299–305.

Landesarbeitsgemeinschaft Aids/STI im Öffentlichen Gesundheitsdienst in NRW. (2015). *Standards und Perspektiven in der HIV-/AIDS- und STI-Arbeit und –Koordination*. 2. Revision: August 2015. Siehe: https://www.vak-nrw.de/fileadmin/elemente/download/Materialien_und_Empfehlungen/Standards_und_Perspektiven_in_der_HIV-AIDS-STI-Arbeit_und-Koordination_Stand121082015.pdf, zuletzt abgerufen am 22.07.2019.

pro familia (2019). *Jahresbericht der Beratungsstelle Bochum*.

Rodger, A.J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., Degen, O. et al. (2019). Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *The Lancet*, 0(0).

Robert Koch-Institut (2015a). Schätzung der Prävalenz und Inzidenz von HIV-Infektionen in Deutschland, Stand Ende 2014. *Epidemiologisches Bulletin Nr. 45*. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/45_15.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt abgerufen am 18.07.2019

Robert Koch-Institut (2015b). Weiterer starker Anstieg der Syphilis bei MSM in Deutschland im Jahr 2014. *Epidemiologisches Bulletin Nr. 49*. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/49_15.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt abgerufen am 18.07.2019

Robert Koch-Institut (RKI) & Deutsche Aidshilfe (DAH). (2016). *DAH-Fragebogen_DE-Sie.pdf*. Am 11.11.2016 per Email zur Verfügung gestelltes Dokument.

Robert-Koch-Institut (2017). *Abschlussbericht der Studie „KABP-Studie mit HIV- und STI-Testangebot mit in Deutschland lebenden Migrant/innen aus Subsahara-Afrika (MiSSA)“*, Berlin: RKI.

Robert-Koch-Institut (RKI) (2018). Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen mit HIV in Deutschland, Stand: Ende 2017. *Epidemiologisches Bulletin 47/2018*.

Ruhr-Universität Bochum, Brockmeyer, N.H. in Kooperation mit Aidshilfe Bochum, Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz und Zentrum für Sexuelle Gesundheit am St. Josef-Hospital, Madonna. pro familia Beratungsstelle Bochum, Rosa Strippe, unterstützt durch Platzmann-Scholten, A. & Wettke, J. (2015). *Projekt „Entwicklung eines bedarfsgerechten Versorgungskonzeptes zur Förderung der Sexuellen Gesundheit“*. Unveröffentlichter Endbericht. Bochum: RUB.

Schacker, T., Rncarz, A.J., Goddard, J., Diem, K., Shaughnessy, M. & Corey, L. (1998). Frequent recovery of HIV-1 from genital herpes simplex virus lesions in HIV-1-infected men. *JAMA* 280 (1), 61-66.

Sewell, J., Miltz, A., Lampe, F.C., Cambiano, V., Speakman, A., Phillips, A.N., Stuart, D., Gilson, R., Asboe, D., Nwokolo, N., Clarke, A., Collins, S., Hart, G., Elford, J. & Rodger, A.J. (2017). Poly drug use, chemsex drug use, and associations with sexual risk behaviour in HIV-negative men who have sex with men attending sexual health clinics. *Int J Drug Policy*, 43:33-43.

Tiplica, G.S., Radcliffe, K., Evans, C., Gomberg, M., Nandwani, R., Rafila, A., Nedelcu, L. & Salavastru, C. (2015). European guidelines for the management of partners of persons with sexually transmitted infections. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 29, 1251-1257.

Vonderwülbecke, J. (o. J.). *Literaturrecherche und Konzeptionierung eines Health Adviser Ansatzes. Gesundheitsberatung von Mann zu Mann*. Verfasst für die Aidshilfe Bochum.

WIR – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin (2019). *Konzeptionelle Gedanken zur Partner*innenbenachrichtigung*. Unveröffentlichtes Manuskript.

Zoufaly, A., Heiden, M. an der, Marcus, U., Hoffmann, C., Stellbrink, H. J., Voss, L. & Hamouda, O. (2012). Late presentation for HIV diagnosis and care in Germany. *HIV Medicine*, 13(3), 172–181.

10 Glossar

AH	Aidshilfe
AK	Arbeitskreis
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ART	Antiretrovirale Therapie
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BRAHMS-Studie	Gemeinschaftsprojekt von medizinischen und wissenschaftlichen Einrichtungen zur Untersuchung, mit welcher Häufigkeit (Inzidenz) das humane Immundefizienzvirus (HIV), Hepatitis und andere sexuell übertragbare Krankheiten wie Chlamydien, Tripper und Syphilis bei Personen mit Infektionsrisiko übertragen werden.
BSt. GA	Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit des Gesundheitsamts
BVKJ	Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
agnä	Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e. V.
DAH	Deutsche Aidshilfe e. V.
DAS-PT	über die Deutsche AIDS-Stiftung geförderte psychotherapeutische Leistungen im WIR
DGSMTW	Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie. und Sexualwissenschaft
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
DÖAK	Deutsch-Österreichische AIDS-Kongress
DSTIG	Deutsche STI-Gesellschaft – Gesellschaft zur Förderung der Sexuellen Gesundheit
EB	Erstbefragung
EUROHIS-QOL	Fragebogen EUROHIS-QOL 8 Item Index zur Erfassung der allgemeinen bereichsübergreifenden Lebensqualität
GA	Gesundheitsamt
DGfS	Deutsche Gesellschaft für Sexualeforschung e.V.
DGPFG	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.
GSP	Gesellschaft für Sexualpädagogik
GSSG	Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit
GUM clinic	Genitourinary Medicine Clinics
HPV	Humanes Papillomvirus
IUSTI	International Union against STI

KBS	Knappschaft-Bahn-See
KIS	Krankenhausinformationssystem
KJHG	Kinder- und Jugendhilferecht (SGB VIII)
KKB	Katholisches Klinikum Bochum
KOSI.MA	Kompetenzzentrum sexuell übertragbare Infektionen in Mannheim
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KV-PT	über die Krankenkasse finanzierte psychotherapeutische Leistungen
KVWL	Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe
L-Dok	Leistungsdokumentation
LSBTI*	Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transsexuelle, Transgender und Intersexuelle
LZG.NRW	Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen
MAGS	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW
MARS-D	Medical Adherence Report Scale
MKFFI	Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen
MGEPA	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
NGO	Nichtregierungsorganisation
PEP	Postexpositionsprophylaxe
PrEP	Prä-Expositions-Prophylaxe
ProstSchG	Gesetz zum Schutz von in der Prostitution tätigen Personen (Prostituiertenschutzgesetz)
PSV	Psychosoziale Versorgung
RKI	Robert Koch-Institut
RUB	Ruhr-Universität Bochum
SGB	Sozialgesetzbuch
STI	Englisch Sexually Transmitted Infections, deutsch: sexuell übertragbare Infektionen
T-Dok	Tätigkeitsdokumentation
TECAIN Studie	Efficacy and safety of trichloroacetic acid vs. electrocautery for the topical treatment of anal intraepithelial neoplasia in HIV-positive patients (TECAIN) – a randomized controlled trial. BMBF geförderte multizentrische Studie. Zielgröße: 560 HIV-positive Pat.
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
WIR	Walk In Ruhr – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin
WVSD	Wissenschaftliche Vereinigung Steirische Dermatologie
ZSP	Zielgruppenspezifische Aids-Prävention

11 Anhang

Tab. 27: Ziele der Evaluation und Indikatoren der Zielerreichung (Antrag vom Mai 2016)

Hauptziele	Indikatoren zur Messung der Zielerreichung	Umsetzung
Die Implementierung WIR-Zentrum wird wissenschaftlich begleitet	Das WIR-Zentrum wurde drei Jahre durch ein interdisziplinäres Team von Wissenschaftler*innen begleitet. In regelmäßigen Treffen wurden Erwartungen, Prozess und Effekte reflektiert und gemeinsam nächste Schritte beraten. BMG/DLR erhielten regelmäßig Einblick in den Fortschritt von Evaluation und Entwicklung des Angebots in Bochum.	✓ ✓ ✓
Auswirkungen des WIR-Zentrums auf die regionale Versorgung werden erfasst	Aus dem WIR-Zentrum sowie von anderen Akteuren aus Bochum und den Klient*innen liegen Einschätzungen zu den Auswirkungen der Arbeit des WIR-Zentrums vor. Soweit möglich, wurden objektive Parameter (entsprechend der Ziele) verfolgt.	✓ ✓
Vergleich von Ansatz und Funktionalität des WIR-Zentrums mit anderen deutschen Ansätzen.	Die Ziele des WIR-Zentrums und die dazugehörigen Indikatoren wurden evaluiert. Die Ergebnisse der Evaluation des WIR-Zentrums wurden mit Daten zu anderen Versorgungsangeboten verglichen.	✓ ✓
Teilziele	Indikatoren	
Kommunikationsstruktur ist implementiert und wird umgesetzt.	Projektgruppe ist konstituiert und setzte sich in den drei Jahren mindestens zehnmal zusammen. Lenkungsgruppe ist konstituiert und traf sich mind. dreimal.	15 Treffen ✓ ✓
Ziele des WIR-Zentrums sind festgelegt und Ziele und Indikatoren für die Evaluation daraus abgeleitet.	Zielsetzungen der einzelnen Akteure/des WIR-Zentrums sind erhoben. Kernziele sind in mind. drei Workshops diskutiert und über alle Akteure hinweg festgelegt. Indikatoren zur Überprüfung der Zielerreichung sind erarbeitet.	✓ ✓ ✓
Das Evaluationskonzept liegt vor und wird umgesetzt	Das Grobkonzept ist vorgestellt. Das Detailkonzept ist mit den Akteuren des WIR-Zentrums abgestimmt. Auswertungsroutinen liegen vor. Alle sechs Akteure verpflichten sich, die Evaluation zu unterstützen und die Dokumentation einzusetzen.	✓ ✓ ✓ ✓
Bestandsaufnahme zu integrativ arbeitenden Beratungs- und Versorgungsangeboten (national, europäisch-international)	Am Ende von Projekt-Phase 1 liegt eine Liste von mind. sechs Angeboten inkl. Kurzbeschreibung vor. In Phase 2 wurden mindestens drei nationale Beratungs- und Versorgungsansätze vertieft betrachtet.	übererfüllt ✓ s. o., hinzu kamen 1 vergl. Einr. aus UK, 2 aus D ✓
Bestandsaufnahme WIR-Zentrum	Materialien, Daten, Berichte etc. zu allen am WIR-Zentrum beteiligten Institutionen sind gesichtet & Referenzdaten des Vorjahres extrahiert.	✓

	<p>Durchführung & Auswertung von Interviews mit allen sechs beteiligten Organisationen des WIR-Zentrums.</p> <p>Beteiligung der Patient*innen an der Angebotsentwicklung ist erfasst.</p> <p>Sozialdaten zu Bochum sind ausgewertet.</p> <p>Weitere Versorgungsbeteiligte in Bochum sind benannt.</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>
Strukturelle Aspekte sind bekannt.	<p>Die Evaluation trug Daten zu Zugängen, medizinischen, psychologischen und sozialen Aufklärungs-, Präventions- und ggf. Testungsangeboten und ihrer Verknüpfung, Öffnungszeiten etc. und Verteilung über die sechs Akteure zusammen und wertete diese aus.</p> <p>Zur Erfassung von Auswirkungen des WIR-Zentrums auf externe Versorgungsbeteiligte sind mind. zwei Gesprächsrunden durchgeführt.</p>	<p>✓</p> <p>übererfüllt ✓</p>
Ergebnisse der Arbeit des WIR-Zentrums sind erfasst	<p>Erreichung der Zielgruppen ist beschrieben und Merkmale der Nutzer*innen.</p> <p>Mind. fünf Fokusgruppen mit Klient*innen und Fachkräften des Zentrums à ca. 5 – 6 Teilnehmenden haben stattgefunden (in den Projektmonaten 7 – 8 und 30 – 31)</p> <p>Zufriedenheit von mind. 50 % der Klient*innen ist erfasst.</p> <p>Adhärenz-Niveau des Zentrums ist bekannt, mind. 50 % der Patient*innen haben dazu berichtet.</p> <p>Ausmaß der Partner*innen-Benachrichtigung ist für 80 % der hierfür relevanten Klient*innen erfasst.</p>	<p>✓</p> <p>übererfüllt ✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>
Kosten und Nutzen des Angebots sind erfasst	<p>Klient*innen(-verlaufs-) und Tätigkeitsdokumentation sind erstellt und ausgewertet: Leistungsspektrum ist erfasst und nach Nutzungsprofilen gegliedert beschrieben.</p> <p>Fragebogen zur gesundheitlichen Lebensqualität sind von mind. 50 % der Klient*innen bearbeitet.</p> <p>Med. Verläufe/Effekte sind für 90 % der Patient*innen dokumentiert.</p> <p>Einschätzungen von Leistungsträgern, Krankenversicherung, Kommune sind erfasst.</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>für HIV-Klientel ✓</p> <p>✓</p>

Anhang 2: Projektinformation Selbstentnahme Kit



Test it – das neue STI-Kit Selbstentnahme für zu Hause

Projektbeschreibung des STI-Selbstentnahme-Kit

Die Zahl der sexuell übertragbaren Infektionen (STI) in Deutschland steigt. Neue Präventionsangebote, die den Schutz vor HIV und STI kombinieren, werden dringend gebraucht und sind Teil der Strategie der Bundesregierung zur Eindämmung von HIV, HBV, HCV und anderen STI.

Home-Based Self-Sampled Kits (Selbstentnahme Kit) sind eine zusätzliche Möglichkeit der STI/HIV Testung. Sie ermöglichen insbesondere Nutzern fern der Ballungsräume einen unkomplizierten Zugang zu regelmäßigen STI Tests. Der/Die Nutzer*in des Tests entnimmt die Proben bei sich selbst (Self-Sampling), bei sich zu Hause (Home-Based). Selbstentnahme Kits unterscheiden sich von Heim/Schnelltests durch die vollständige Einsendung der zu untersuchenden Proben. Die Tests ermöglichen kein direktes Ergebnis, sondern werden in einem Labor ausgewertet, welches die Ergebnisse dem/r behandelnden Ärzt*in mitteilt und dieser den/die Nutzer*in informiert. Auf deutschsprachigen Internetseiten findet sich eine Vielzahl von Angeboten von Schnell/Heimtests sowie Tests zur Selbstentnahme ohne ärztliche Supervision zum freien Verkauf. Das WIR (Walk In Ruhr) und die Aidshilfe NRW stellen nun ein barrierefreies und dennoch seriöses Angebot in Form des STI-Selbstentnahme-Kits bereit.

Im neuen Selbstentnahme Angebot des WIR und der Aidshilfe NRW werden Proben auf HIV und Syphilis, sowie auf Chlamydien, Gonokokken und Mykoplasmen von den Nutzer*innen zu Hause selbst abgenommen und an ein Labor verschickt. Die Ergebnismitteilung erfolgt über den/die behandelnde*n Ärzt*in.

Nach einmaliger Vorstellung bei einem/r Ärzt*in (z.B. im WIR oder bei der Aidshilfe) können die Kits dort erworben werden. Nach der geplanten Einrichtung eines Online-Shops können die Kits nach der Erstvorstellung auch online bestellt und in neutraler Verpackung nach Hause geliefert werden. Im Preis von 32€ sind sowohl die Zusendung, das Porto für das Versenden der Proben, die Laboruntersuchung, sowie die Ergebnismitteilung eingeschlossen. Für die Selbstentnahme liegen dem Paket detaillierte Anleitungen bei. Für die HIV und Syphilisproben wird mittels einer Lanzette Blut aus der Fingerbeere entnommen. Zum Test auf Chlamydien, Gonokokken und Mykoplasmen wird eine Urinprobe ein Analabstrich und ein Oralabstrich genutzt um alle Infektionswege einzuschließen. Die entnommenen Proben werden in dem Paket an das zuständige Labor versendet.

Die Ergebnismitteilung durch die Ärzt*innen findet telefonisch statt. Der/Die Nutzer*in wird sowohl bei negativen als auch positiven Ergebnissen informiert. Bei positiven Ergebnissen wird sowohl über die Behandlungsmöglichkeiten als auch über die Bedeutung der Partnerbenachrichtigung informiert.

Anhang 3: *PrEP-Versorgungspfad im WIR*

Ziel: Beratung zur und ggf. Einleitung der PrEP

Um ein durchlässiges System zu schaffen, muss die Reihenfolge des Versorgungspfades bis zur Verordnung der PrEP nicht strikt eingehalten werden. Entscheidend ist, dass die #PrEPstunde (PrEP-Sprechstunde der Aidshilfe Bochum e. V.) und die medizinische Beratung durch die Ärzt*innen im WIR wahrgenommen wurden, sowie die Laborergebnisse vorliegen, bevor die PrEP verordnet werden kann (Punkte 1-3).

1) Der Zugang zur PrEP kann in Eigeninitiative oder per Überleitung durch (WIR-)Akteure erfolgen. Es wird ein **Termin zur #PrEPstunde** bei den zuständigen Beratern der Aidshilfe vereinbart, welche im Mittel 45 Minuten dauert. Inhalte der #PrEPstunde sind u. a.:

- Individuelle Risikoreduktionsstrategien in der Vergangenheit und Gegenwart
- Bedeutung des Kondoms für den (schwulen) Mann/für die Beziehung
- Klärung des Wunsches nach kondomfreien Sex und die Auswirkung auf die individuell gelebte Sexualität
- Einnahmeschemata (u. a.: täglich, anlassbezogene PrEP, Urlaubs-PrEP, intermittierende PrEP)
- Erörterung der PrEP Begleitung im WIR und des Zugangs zu Medikamenten (u. a. Verblisterung, Leistungen der Ambulanz)

Im Folgenden sind Follow-Up Termine zur Reflexion der Auswirkungen auf die seelische Sexuelle Gesundheit sowie Compliance Beratung der Aidshilfe vorgesehen.

2) Bei vorliegender Überweisung werden in der Ambulanz des WIR folgende Laborwerte erhoben:

Anti-HIV und HIV-PCR
Kreatinin, Krea-Clearance, Phosphat, Glucose, Na/K/Cl
Urin-Status
Anti-HAV, Anti-HBs, anti-HBc, anti HCV
Ggf. Hepatitisimpfung
TPHA, VDRL
Abstriche oral, genital, anal: Gonokokken, Chlamydien, Mykoplasmen, Trichomonaden
Ggf. Schwangerschaftstest

Bereits zuvor erhobene Laborwerte (z. B.z. B. durch das Gesundheitsamt) können z. T. übernommen werden. Die Laborergebnisse werden in einem Laufzettel und ggf. PrEP-Checkheft des Patienten dokumentiert.

3) Im Anschluss findet eine **medizinische Beratung und ggf. Hepatitisimpfung** in der Ambulanz statt. **Bei vorliegenden Laborergebnissen kann anschließend die PrEP für zunächst 4 Wochen verordnet werden.** Diese kann noch am selben Tag in einer nahegelegenen Apotheke erhalten werden.

4) 4 Wochen nach Verordnung der PrEP findet ein erster Follow-Up Termin in der Ambulanz statt. Wichtige Themen der Follow-Up Termine sind mögliche Nebenwirkungen, die Compliance, sowie ggf. Symptome einer STI. In diesem Zusammenhang werden auch Laborwerte erhoben:

Anti-HIV
Kreatinin, Krea-Clearance, Phosphat, Glucose, Na/K/Cl
Urin-Status

Nach Wunsch des Patienten wird die PrEP für bis zu 12 Wochen verordnet.

5) Anschließend werden alle 12 Wochen Follow-Up Termine in der Ambulanz durchgeführt. In diesem Zusammenhang werden Laborwerte erhoben (s. Punkt 2, ggf. Hep A/B Serologie je nach Impfstatus).

Im Rahmen der PrEP wird auf freiwilliger Basis eine fragebogengestützte Evaluation des Nutzungsverhaltens durchgeführt (Registrier Nr. des Ethikvotums: 17-6208) . Nach Eingangsfragebögen werden zu Follow-Up-Terminen Follow-Up-Fragebögen ausgeteilt.

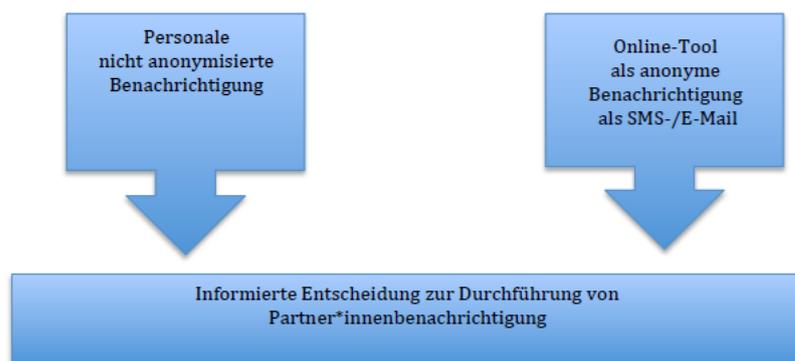


Walk In Ruhr – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin (kurz: WIR)
Große Beckstr. 12
44787 Bochum

Konzeptionelle Gedanken zur Partner*innenbenachrichtigung

Partner*innenbenachrichtigung (im Englischen partner notification) kann als Methode beschrieben werden, welche sich die Unterbrechung der Infektionsketten bei sexuell übertragbare Infektionen zum Ziel gesetzt hat. Im WIR bedeutet dies, dass die (möglicherweise) infizierten Sexualpartner*innen eines neu entdeckten Infizierten vom ihm selbst unterrichtet werden.

Zwei Verfahren der „Partner*innen-Benachrichtigung“ gibt es:



Adressat*innen der Partner*innenbenachrichtigung¹:

Gruppe 1:

Alle Nutzer*innen mit einer diagnostizierten STI

Gruppe 2:

Alle Nutzer*innen, die einen STI-Check machen wollen

Gruppe 3:

Generell alle Nutzer*innen, die ein Präventionsgespräch zu STI erhalten.

Gruppe 4:

Generell alle Nutzer*innen des WIR, bei denen im Gespräch das Thema Partner*innenbenachrichtigung bedeutsam wurde

¹ Die Reihenfolge der Gruppen ist mit einer Priorisierung der Zielgruppen gleich zu setzen.

Kommunikator*innen der Partner*innenbenachrichtigung im WIR:

- Ärzt*innen
- Health Advisor
- Pfleger*innen
- Berater*innen der Ngo's
- Gesundheitsamt

Die informierte Entscheidung zur Partner*innenbenachrichtigung darf kein Zwang, keine absolute Norm sein. Vielmehr sollte sie eine Option im Sinne einer Einladungskultur sein. Es sollte die verbale Ermunterung zur persönlichen Benachrichtigung der Sexpartner*innen immer als erstes, sekundär das online-Tool, in Betracht gezogen werden.

Die persönliche Partner*innen Benachrichtigung fördert m.E. Selbstwirksamkeit im Sinne der Kommunikationsfähigkeit der Klient*innen. Um Strategien zur persönlichen Umsetzung zu entwickeln und reflektieren zu können, werden den Klient*innen entsprechende Beratungsangebote (von den entsprechenden Akteuren im WIR) vorgehalten.

Die Partner*innenbenachrichtigung wird nicht stellvertretend von professionellen Fachkräften übernommen. Die Umsetzung der Partner*innenbenachrichtigung liegt in der Eigenverantwortung Klient*innen.

Mehrfachansprachen von den unterschiedlichen Personen- und Berufsgruppen ist gerade bei der Gruppe 1 der Adressat*innen empfehlenswert.

Das Konzept der Partner*innenbenachrichtigung hat auch als Ziel die Behandlung der Sexpartner*innen zu fördern. Daher sind sowohl bei der Indexperson als auch von Partner*innen nicht nur die eigentliche Behandlung von STI's, sondern auch das Überprüfen des Behandlungserfolgs (test of cure) konstitutiv. Bei Einwilligung der Patient*innen kann hier ein telefonisches Recall-System durch die Health Advisor genutzt werden.

Abb. 56: Präventionskonzept des WIR – erstmalig vorgestellt auf dem STI-Kongress 2018



STI-Präventionskonzept des Walk In Ruhr- Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin in Bochum

C. Schlüter^{1,2}, A. Kayser^{1,3}, A. Kasper^{1,2}, M. Matthes^{1,2}, A. Potthoff^{1,2}, A. Skaletz-Rorowski^{1,2}, N.H. Brockmeyer^{1,2}

¹ Walk In Ruhr – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Große Beckstr. 12; 44787 Bochum,
² Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Ruhr-Universität Bochum, Bochum,
³ Aidshilfe Bochum e. V. Bochum

Hintergrund

Die Zahl der sexuell übertragenen Infektionen (STI) in Deutschland steigt (1). Neue Präventionsangebote, die den Schutz vor HIV und STI kombinieren, werden dringend gebraucht und sind Teil der Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen STI der Bundesregierung (2). Diese sollten bedarfsgerecht, barrierefrei und zum Schutz vor Stigmatisierung idealerweise anonym nutzbar sein können. Eingebunden werden diese Maßnahmen im WIR durch die Health Adviser*innen.

Methoden

Das innovative Präventionskonzept des Walk In Ruhr (WIR) - Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin fußt auf vier, vom WIR entwickelten, parallelen Präventionsstrategien:

- **STI-Online-Risikotest:** Online seit Dezember 2017. Anonyme, kostenlose und unkomplizierte Möglichkeit das eigene Risiko für eine STI zu überprüfen. Test unter risikotest.wir-ruhr.de. Zu Hause, als auch im WIR per Tablet jederzeit nutzbar.
- **Online-Partnerbenachrichtigung:** Seit Juni 2017. Sicheres anonymes und kostenloses System. Benachrichtigung der Sexualpartner*innen über Infektionsrisiko. Angeboten unter <http://www.wir-ruhr.de/angebot/partner-benachrichtigung/>. Nutzung mittels Token für Zugriff. Vergabe des Tokens durch WIR Mitarbeiter. Versender ist das WIR, der/die Nutzer*in bleibt anonym.
- **HIV Präexpositionsprophylaxe (PrEP):** Seit 2017. Selbstkostenpreis von 52€. Beratung in der Aidshilfe Bochum, anschließend Kontrolle der Laborwerte und ärztliche Beratung. Anschließend Verordnung. Follow up nach 1 Monat, anschließend alle 3 Monate.
- **STI-Selbstentnahme-Kit:** Ab 2. Quartal 2018. Barrierefreie Möglichkeit zum Test auf STI. Tests auf HIV, Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydia trachomatis, Mykoplasma genitalium. Abstriche sowie Blut und Urinproben entnehmen Nutzer*innen zu Hause. Anschließend Einsendung an das beteiligte Labor Krone. Ergebnismitteilung durch eine*n Ärztin/Arzt des WIR. Entwickelt und umgesetzt in Zusammenarbeit von WIR, Labor Krone und Aidshilfe NRW. Selbstkostenpreis 32€ pro Kit.

Als Klammer des Präventionskonzeptes werden Health Adviser*innen ausgebildet. Diese klären das Anliegen des/der Besucher*in, leisten eine Risikoreduktionsberatung und weisen auf die Präventionsangebote hin.

Ergebnisse

<p>STI-Online-Risiko-Test Fortlaufende Evaluation hinsichtlich Risikoverhalten Anonyme Nutzung</p>		<p>Online-Partnerbenachrichtigung Anonyme Nutzung Keine Evaluation ~200 versandte Nachrichten/Jahr</p>	
<p>PrEP Fortlaufende Evaluation mittels Fragebogen: Erst- und Follow-Up Themen: Compliance, Zufriedenheit, sozialer Hintergrund, Sexualverhalten. Stand 3/18: 42 PrEP Interessierte eingeschlossen, 27 mit abgeschlossenem 3 Monate Follow-Up</p>		<p>STI-Selbstentnahme-Kit pseudonyme Fragebogen-gestützte (Online) Evaluation Erst- und Follow-Up Befragung Themen: Nutzungsverhalten, Sexualverhalten, Zufriedenheit, sozialer Hintergrund</p>	

Schlussfolgerungen

Das Präventionskonzept des WIR ermöglicht Menschen, auch anonym, sich möglichst früh über STI zu informieren, sich und andere zu schützen und sich ggf. möglichst früh behandeln zu lassen.

Quellen

1 Sexuell übertragbare Infektionen in Deutschland - Die aktuelle epidemiologische Lage Bremer et al. Bundesgesundheitsblatt 2017 · 60:948-957 DOI 10.1007/s00103-017-2590-1
 2 BIS 2030 - Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen; BMG 2016;

Kontakt

Prof. Dr. Norbert H. Brockmeyer
PD Dr. Adriane Skaletz-Rorowski
 Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin
 Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie der Ruhr-Universität Bochum
n.brockmeyer@klinikum-bochum.de
a.skaletz@klinikum-bochum.de

Katholisches Klinikum Bochum
 St. Josef-Hospital
 Universitätsklinikum


Anhang Instrumente