

3.1 Zur Situation von HIV in Deutschland

Seit dem Aufkommen von HIV, Ende der 1970er-Jahre und einem deutlichen Anstieg der Fallzahlen bis Mitte der 1980er-Jahre, stabilisierte sich die Zahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland auf einem Niveau von ca. 2.500 Neuinfektionen pro Jahr (vgl. Abb. 1). Seit 2016 ging die Zahl der HIV-Neuinfektionen deutlich zurück, insbesondere im Jahr 2020, was vermutlich durch die Corona-Pandemie bedingt ist. Hier wird die Zahl der Neuinfektionen auf 2.000 geschätzt (an der Heiden et al. 2020).

Bedingt durch die Corona-Pandemie haben sich einerseits die Rahmenbedingungen für Sexualkontakte als auch für HIV-Testungen massiv verändert. Drei Gründe dürften hierfür verantwortlich sein (RKI 2021b):

1. Einschränkung von Sexualkontakten, insbesondere während des ersten Lockdowns im April/Mai 2020.
2. Verringerte Testangebote und Inanspruchnahme von Testungen und Routine-Kontrolluntersuchungen. Bisher liegen keine Daten zu denen im Jahr 2020 durchgeführten HIV-Testen vor.
3. Rückgang der Mobilität sowohl zwischen verschiedenen Ländern als auch innerhalb Deutschlands. Hierdurch dürfte es zu einem Rückgang von durch Migration und Tourismus importierten Infektionen geführt haben.

Inwiefern es sich demnach um tatsächlich weniger HIV-Infektionen handelt oder über eine größer werdende Zahl der nicht diagnostizierten Fälle, auf Grund von verringerten Testungen, kann nicht abgeschätzt werden.

Aktuell leben rund 91.400 Menschen mit einer HIV-Infektion in Deutschland. Durch das Aufkommen der antiretroviralen Therapie, ist die Mortalität in Verbindung mit HIV/AIDS zurückgegangen. Als Folge hat sich die Zahl der HIV-Infizierten von 40.000 im Jahr 2000 bis heute mehr als verdoppelt (an der Heiden et al. 2021).

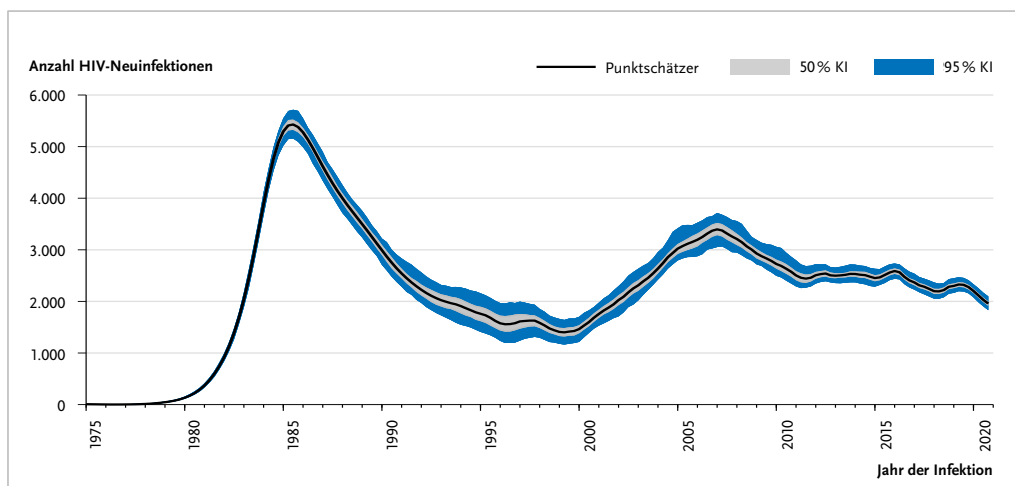


Abbildung 1: Geschätzte Gesamtzahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland seit Beginn der HIV-Epidemie; nach Infektionsjahr. KI: Konfidenzintervall (an der Heiden et al. 2020).

Eine frühzeitige HIV-Diagnose ist zunächst aus einer epidemiologischen Perspektive bedeutsam, da einerseits durch die Behandlung von HIV und durch eine Sensibilisierung des Infizierten hinsichtlich des eigenen Präventionsverhaltens die Verbreitung von HIV schnell unterbunden werden kann. Andererseits sehen die Behandlungsrichtlinien vor, dass eine antiretrovirale Therapie möglichst früh begonnen werden sollte. Relativ viele HIV-Diagnosen werden allerdings erst spät diagnostiziert. Diese Personengruppe wird als *late presenter* bezeichnet. Hierzu zählen Personen mit einer fortgeschrittenen HIV-Infektion, die mit einer CD4-Zahl unter 200 Zellen/ μ l oder mit einer AIDS-definierenden Erkrankung zur Behandlung vorgestellt werden, unabhängig von der CD4-Zellzahl (Antinori et al. 2010).

3.2 Zur Situation von HIV in Hessen

Analog zu den Entwicklungen auf Bundesebene stellt sich auch in Hessen der Verlauf der HIV-Neuinfektionen dar: Nach dem Aufkommen von HIV Ende der 1970er-Jahre gipfelten die Neuinfektionen Mitte der 1980er-Jahre bei rund 600 Fällen pro Jahr. Es folgte ein deutlicher Abfall der Neuinfektionen bis Ende der 1990er Jahre und pendelte sich dann ab 2011 auf einem Plateau von ca. 200 Neuinfektionen pro Jahr ein (vgl. Abb. 2). Zwischen 2016 mit 257 Fällen und 2020 mit 170 Fällen konnte erneut ein deutlicher Rückgang der Zahlen ermittelt werden (vgl. Abb. 3). Auch hier dürfte die Datenlage für das Jahr 2020 sehr stark durch die Folgen der Corona-Pandemie beeinflusst worden sein und daher nur eine sehr geringe Aussagekraft aufweisen.

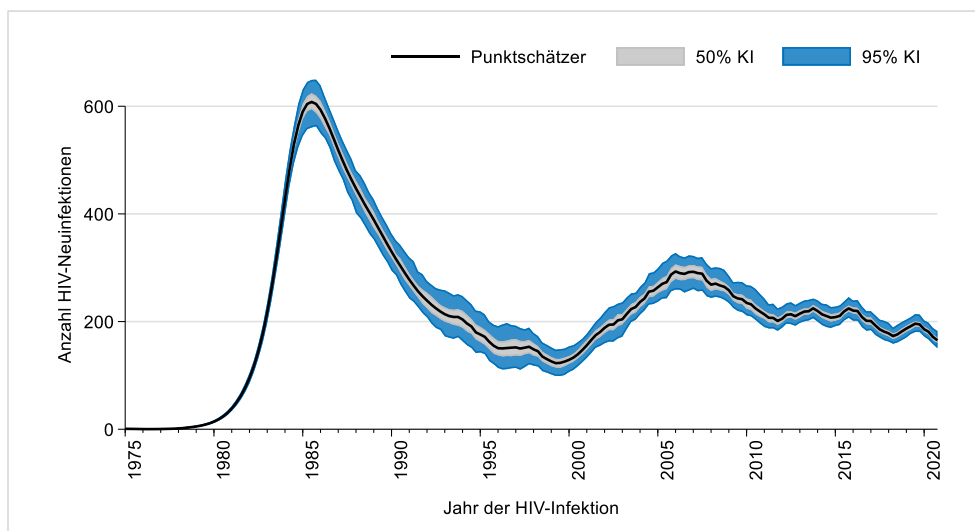


Abbildung 2: Verlauf der HIV-Neuinfektionen in Hessen zwischen 1975 und 2020 KI: Konfidenzintervall (RKI, 2021a).

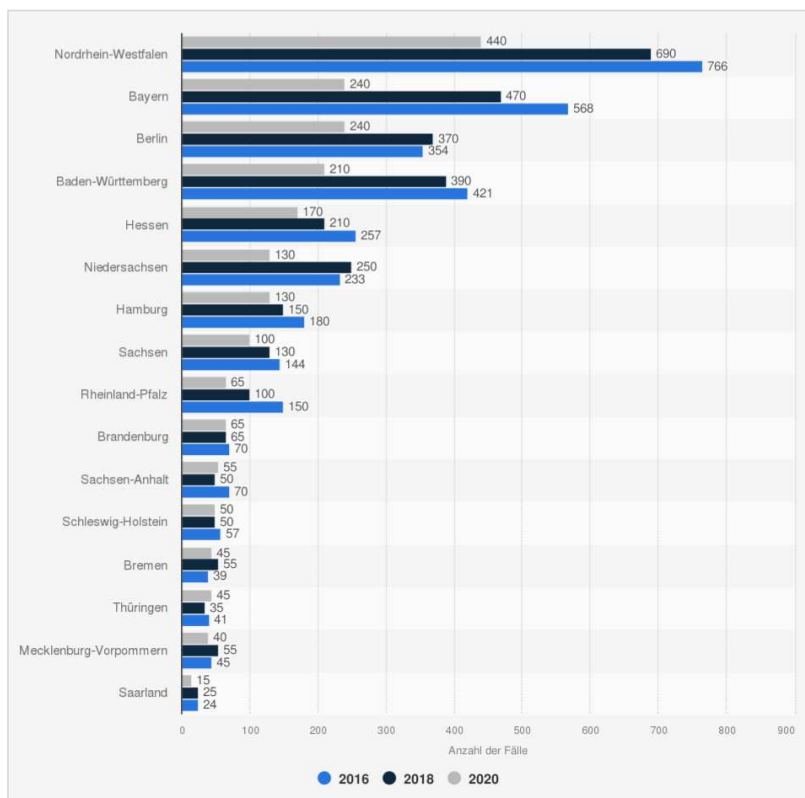


Abbildung 3: Anzahl der jährlich registrierten Fälle von HIV-Infektionen in Deutschland nach Bundesländern in den Jahren 2016-2020 (Statista, 2022. Quelle: Robert Koch-Institut).

In Hessen leben schätzungsweise 6.900 Menschen mit einer HIV-Infektion. Wie auch auf Bundesebene, gab es seit dem Jahr 2000 einen linearen Anstieg der Zahl der Menschen, die mit HIV in Hessen leben (vgl. Abb. 4). Von den geschätzten 6.900 HIV-Fällen sind ca. 6.070 diagnostiziert und 830 nicht diagnostiziert. Mit 4.250 Personen zählen hierbei Männer, die Sex mit Männern haben, zu der größten Personengruppe. Rund 900 HIV-Infizierte gehören zu Personen, die sich über heterosexuelle Kontakte infiziert hat. Mit 600 Infizierten können intravenöse Drogenkonsument*innen als weitere vulnerable Personengruppe identifiziert werden. Von den rund 6.900 HIV-Infizierten befinden sich etwa 5.970 in antiretroviraler Therapie (Tab. 1).

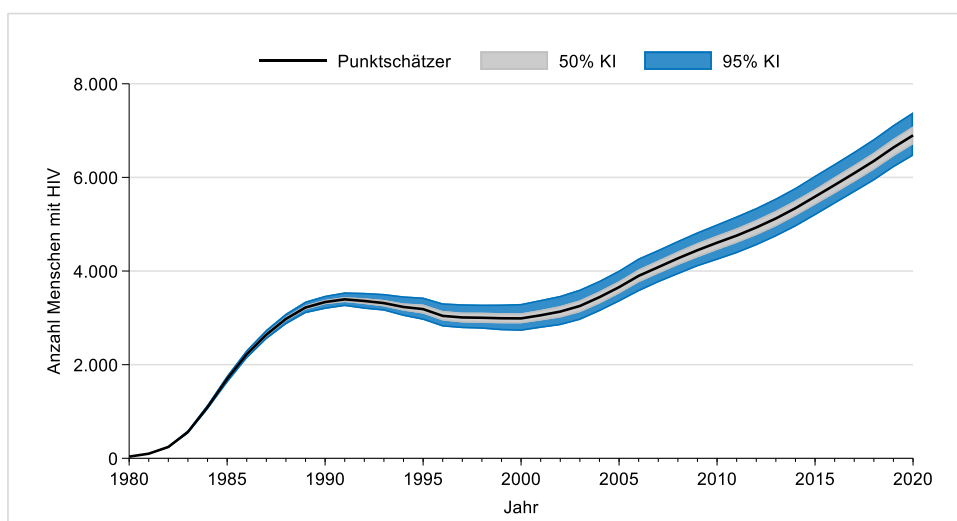


Abbildung 4: Anzahl von Menschen mit einer HIV-Infektion seit Beginn der HIV-Epidemie in Hessen (RKI, 2021a).

Tabelle 1: Geschätzte Zahl der Menschen, die bis Ende 2020 mit HIV/AIDS in Hessen leben (RKI, 2021a).

Geschätzte Zahl der Menschen, die Ende 2020 mit HIV/AIDS in Hessen leben				
		insgesamt	mit HIV-Diagnose	ohne HIV-Diagnose
	Gesamtzahl	> 6.900 (6.460 – 7.400)	6.070 (5.640 – 6.550)	> 830 (780 – 890)
	Männer	> 5.530 (5.190 – 5.900)	4.840 (4.510 – 5.200)	> 690 (650 – 740)
	Frauen	> 1.370 (1.230 – 1.530)	1.240 (1.110 – 1.370)	> 140 (110 – 160)
Inland ¹⁾ (nach Infektions- weg)	Sex zwischen Männern	4.250 (3.990 – 4.520)	3.710 (3.460 – 3.970)	540 (500 – 580)
	Heterosexuelle Kontakte	900 (790 – 1.010)	720 (620 – 820)	180 (150 – 210)
	i.v. Drogengebrauch	600 (480 – 720)	500 (380 – 610)	110 (85 – 130)
Ausland ²⁾ (nach Herkunfts- region)	Europa	> 290 (250 – 340)	290 (250 – 340)	nicht bestimmbar
	Asien	> 150 (130 – 180)	150 (130 – 180)	nicht bestimmbar
	Afrika	> 540 (480 – 610)	540 (480 – 610)	nicht bestimmbar
	Amerika/Australien	> 160 (130 – 190)	160 (130 – 190)	nicht bestimmbar
Davon unter antiretroviraler Therapie			5.970 (5.580 – 6.380)	

Für das Jahr 2020 werden 170 HIV-Neuinfektionen in Hessen geschätzt. Diese verteilen sich auf 130 Männer und 40 Frauen. Die Infektionswege werden auch hier auf folgende drei Gruppen aufgeteilt: Sex zwischen Männern (95 Fälle), heterosexuelle Kontakte (45 Fälle) und intravenöse Drogenkonsument*innen (35 Fälle). Im Jahr 2020 wurden ca. 210 HIV-Erstdiagnosen in Hessen ermittelt. Mit 105 Fällen lag der Anteil der späten HIV-Diagnosen bei 50%. Hierbei handelt es sich um 70 Fälle mit einem fortgeschrittenen Immundefekt bei einer CD-4 Zellenzahl <200/µl und 35 AIDS-Fälle. Im Jahr 2020 sind 40 HIV-Infizierte in Hessen verstorben. Seit Beginn der Pandemie sind es insgesamt 3.710 Personen (vgl. Tab. 2).

Tabelle 2: Geschätzte Zahl der HIV-Neuinfektionen im Jahr 2020 in Hessen (RKI, 2021a).

Geschätzte Zahl der HIV-Neuinfektionen in Hessen im Jahr 2020 ⁵⁾		
	Gesamtzahl	170 (150 – 190)
	Männer	130 (120 – 150)
	Frauen	40 (30 – 50)
Nach Infektionsweg	Sex zwischen Männern	95 (85 – 110)
	Heterosexuelle Kontakte	45 (35 – 55)
	i.v. Drogengebrauch	35 (25 – 45)
Geschätzte Zahl der HIV-Erstdiagnosen in Hessen im Jahr 2020 ⁶⁾		
	Gesamtzahl	210 (200 – 230)
	bei fortgeschrittenem Immundefekt ⁷⁾	70 (60 – 85)
	mit AIDS	35 (25 – 45)
Geschätzte Zahl von Todesfällen bei HIV-Infizierten in Hessen		
	im Jahr 2020	40 (35 – 40)
	Gesamtzahl seit Beginn der Epidemie	3.710 (3.580 – 3.830)

Die von UNAIDS proklamierten Ziele zur HIV-Prävention gestalten sich für Hessen wie folgt: die Rate der HIV-Infizierten, die von ihrer HIV-Infektion wissen (HIV diagnostiziert) liegt bei rund 88%. Hiervon erhalten 97% der diagnostizierten HIV-Positiven eine antiretrovirale Therapie. Von diesen behandelten HIV-Positiven (unter ART) sind 96% in einer erfolgreichen Behandlung (erfolgreiche ART). Die Bemühungen des Landes Hessen, die 95-95-95-0-Ziele von UNAIDS bis 2030 zu erreichen, müssen sich vor dem Hintergrund dieser Daten sehr deutlich auf eine frühzeitige HIV-Diagnose durch entsprechende Testungen fokussieren. Der Anteil der Personen, die erst sehr spät von ihrer HIV-Diagnose erfahren (Late Presenter), sollte sich stark reduzieren (vgl. Abb. 5).

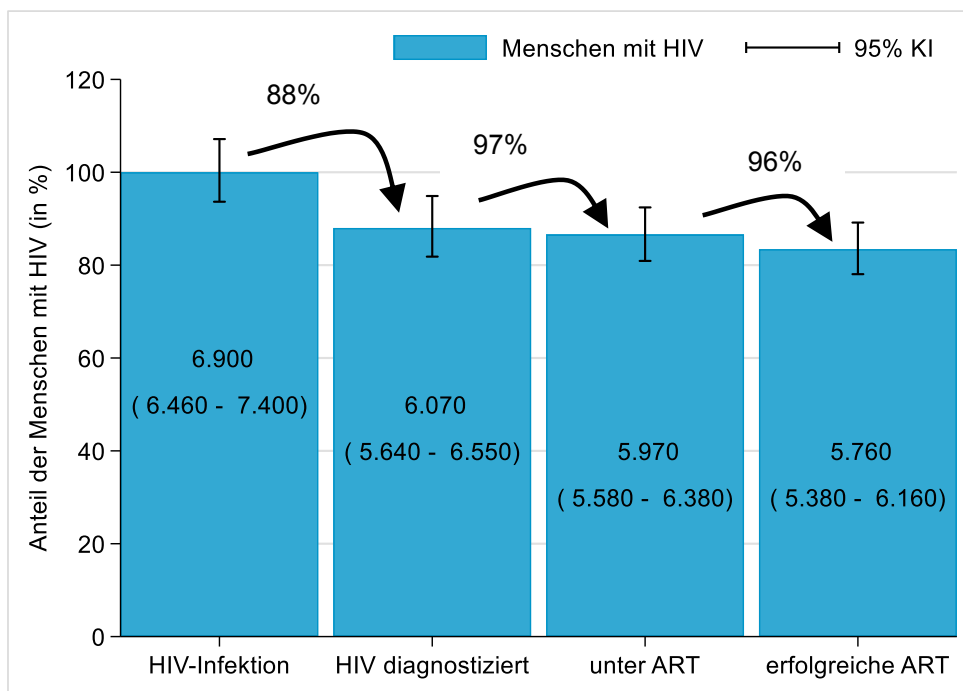


Abbildung 5: Versorgungskaskade in Hessen im Jahr 2020: Anteile der Menschen mit HIV, die diagnostiziert, behandelt und erfolgreich behandelt werden. (RKI, 2021a)

Kosten der HIV-Behandlung

Betrachtet man die geringe Fallzahl von durchschnittlich 200 HIV-Infizierten in Hessen pro Jahr, könnte der Eindruck entstehen, dass HIV kein relevantes Problem mehr darstellt. Neben den individuellen Problemen und Konflikten, welche mit der Infektion und den damit häufig einhergehenden Diskriminierungen und Stigmatisierungen für den Einzelnen in Verbindung stehen, hat HIV auch eine gesundheitsökonomische Relevanz. Morstadt et al. (2013) beziffern die gesellschaftlichen Kosten für die Behandlung eines HIV-Patienten auf rund 23.300 Euro pro Jahr. Multipliziert man diesen Betrag mit der aktuellen Zahl der HIV-positiven Menschen in Hessen (6.900), ergeben sich Gesamtkosten von 160.770.000 Euro pro Jahr. Diese Ausgaben erhöhen sich durch die steigende Inzidenz von rund 200 Fällen pro Jahr kontinuierlich. Die Ausgaben für wirkungsvolle Maßnahmen in der HIV-Prävention haben somit unmittelbar einen ökonomischen Mehrwert für die Gesellschaft.

4. Evaluationskonzept

Die Evaluation der 95-95-95-0 Ziele der HIV-Prävention in Hessen stellte hohe Anforderungen an die wissenschaftliche Evaluation. Diese Anforderungen wurden mittels eines mixed-method Designs untersucht. Die Evaluation der Präventionsziele fand daher in zwei Phasen statt. In der ersten Phase der Evaluationsstudie wurde ein Mapping der regionalen Versorgungssituation vorgenommen und hierin die regionalen Schwerpunkte der Versorgungs-, Präventions- und Beratungsangebote mit zielgruppenspezifischen Angeboten bis hin zu den Justizvollzugsanstalten in Hessen dargestellt.

In der zweiten Phase der Studie wurden Expert*innen aus dem Bereich der Prävention, aus Selbsthilfegruppen, von Interessenvertretungen und Unterstützungsstrukturen der Zielgruppen aber auch von Verbänden und Szenevertreter*innen partizipativ in qualitativen Fokusgruppen und Leitfadeninterviews zum Stand der Umsetzung der 95-95-95-0 Ziele befragt. Zudem wurden Betroffene mittels Leitfadeninterviews befragt und partizipativ in den Evaluationsprozess eingebunden. Dabei wurden die Informationen unterschiedlicher Akteure und Adressaten zu Prävention und Versorgung in qualitativen Einzelinterviews und Fokusgruppen genutzt, um umfassende Analysen zum Stand der Versorgungs-, Präventions- und Testungsaktivitäten in Hessen zu ermöglichen. Daher wurden in einem multiperspektivischen Ansatz die unterschiedlichen Perspektiven der folgenden relevanten Personengruppen in zwei qualitativen Interviewsettings (Einzelinterviews oder Fokusgruppeninterview) zusammengetragen und analysiert:

- Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)
- Intravenöse Drogenkonsument*innen
- Drogenkonsumierende Häftlinge / ehemals Inhaftierte
- Late Presenter
- Vertreter*innen von Selbsthilfegruppen
- Schwerpunktärzt*innen
- Vertreter*innen der AIDS-Hilfe
- Sozialarbeiter*innen

Mit Hilfe der unterschiedlichen Erfahrungen konnte der Stand der Präventionsmaßnahmen zur Eindämmung von HIV/AIDS, die aktuelle Versorgungssituation aber auch persönliche oder gruppenspezifische bzw. strukturelle Diskriminierungsfaktoren in einem partizipativen Evaluationsansatz herausgearbeitet werden. Neben der Beschreibung und Analyse der Prozesse und einer Bewertung der Erreichung der 95-95-95-0 Ziele in Hessen wurde der

Auftraggeber im Sinne einer formativen Evaluation während der Projektdauer auf Basis der wissenschaftlichen Ergebnisse beraten. Durch dieses Vorgehen konnten Stärken und Schwächen in den unterschiedlichen Teilbereichen der Prävention, Selbsthilfe und Versorgung durch die unterschiedlichen Zielgruppen sichtbar gemacht werden, um in der Zukunft mit Hilfe der Ergebnisse der Studie die Zielerreichung der 95-95-95-0 Ziele für das Land Hessen weiter zu optimieren.

4.1 Abbildung der Versorgungsstruktur: Mapping

Auf Basis der Analyse verschiedener regionaler Angebote und Szenetreffpunkte wurde ein Mapping der Versorgungssituation in Bezug auf die Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten für vulnerable Zielgruppen für eine mögliche HIV-Infektion sowie für Menschen mit einer HIV-Infektion erstellt und grafisch abgebildet. Die Analyse beinhaltet folgende Angebote und Institutionen:

1. AIDS-Hilfen
2. Checkpoints
3. Anonyme HIV-Testungen
4. HIV-Schwerpunktpraxen
5. Spritzenautomaten
6. Justizvollzugsanstalten und Jugendarresteinrichtungen
7. Angebote für spezifische Zielgruppen (Queere Community, Drogenkonsument*innen, Sexarbeitende etc.)

4.2 Fokusgruppen

In der vorliegenden Evaluation war es wichtig, den unterschiedlichen Personengruppen genügend Zeit zur Beschreibung der Stärken und Schwächen der Versorgung und Prävention in Bezug auf eine HIV-Erkrankung oder Infektion zu geben. Bei den Fokusgruppen wurden die Stellvertreter*innen der betroffenen Zielgruppen in einem Gruppensetting zum Stand der Umsetzung der Präventionsziele in Hessen befragt. Fokusgruppen als Gruppenbefragung werden im Allgemeinen eingesetzt, um die individuelle Sichtweise der einzelnen Befragten in den Blick zu nehmen (Mayring 2016). Die Gruppenbefragung im Rahmen einer Fokusgruppe war ein ideales Instrument, um den von HIV betroffenen Menschen, den Vertreter*innen der Selbsthilfegruppen aber auch den Drogenkonsument*innen und allen anderen befragten Personengruppen einen Raum für die Diskussion von Erfahrungen und Einschätzungen bezüglich Fragen der Versorgung, der Prävention aber auch zu persönlichen Stigmatisierung-

und Diskriminierungserfahrungen zu ermöglichen. Durch die Gruppenbefragung konnten in fünf Fokusgruppen die Erfahrungen von 20 Personen in die Analysen einfließen (vgl. Tabelle 1). Auch konnten persönliche Lebenswege und Schicksale in einer der Thematik angemessenen Form diskutiert und später analysiert werden.

Die Fokusgruppen wurden möglichst heterogen zusammengesetzt, um die unterschiedlichen in der Prävention und Versorgung tätigen Akteure und Berufsgruppen aber vor allem auch die Unterschiedlichkeit der HIV-Infizierten in der Zusammensetzung der Stichprobe darzustellen. Es waren infizierte Männer und Frauen, junge und ältere sowie heterosexuelle und homosexuelle Menschen in den Fokusgruppen vertreten. Auch Menschen mit Zuwanderungshintergrund konnten in den Fokusgruppen von ihren Erfahrungen berichten. Aus der wissenschaftlichen Literatur wurden die Fragestellungen bzw. Themenbereiche abgeleitet.

Bei der multiperspektivischen Evaluation der Umsetzung und Erreichung der 95-95-95-0 Ziele der HIV-Prävention in Hessen mussten pandemiebedingt Veränderungen in der Anlage der Gruppendiskussion vorgenommen werden. Die Fokusgruppen sollten vor Ort in Hessen in Räumlichkeiten der AIDS-Hilfen befragt werden. Auf Grund steigender Coronafallzahlen wurden die Fokusgruppeninterviews online geführt. Die Fokusgruppen wurden im Mai 2021 durchgeführt und dauerten zwischen 60 und 90 Minuten. Die Fokusgruppen wurden mit Hilfe halbstandardisierter Leitfäden durchgeführt. Die Fragen wurden offen gestellt. Der Moderator der Fokusgruppe fasste die zentralen Aussagen der Fokusgruppenteilnehmer zusammen und erkundigte sich auf dieses Weise, ob die Aussagen inhaltlich im Sinne der Teilnehmer*innen der Fokusgruppen gedeutet werden können. Anschließend wurden die Aussagen sinngemäß in eine Datenbank aufgenommen. Zur weiteren Überprüfung der sinngemäßen Datenaufnahme in die Datenbank wurden die Interviews audiotekhnisch aufgezeichnet. Zudem fand eine erste Einordnung der Ergebnisse der Fokusgruppen im Anschluss an die Diskussion in einem Gespräch mit den Moderatoren statt.

In den fünf Fokusgruppen wurden als Zielgruppen HIV-positive Menschen (n=5), MSM (n=4), Drogenkonsument*innen/ehemalige Strafgefangene (n=3), Sozialarbeiter*innen (n=5) sowie HIV-Schwerpunktärzt*innen (n=3) befragt. Die Teilnehmer*innen der unterschiedlichen Fokusgruppen kamen sowohl aus den städtischen als auch den ländlichen Regionen Hessens.

Tabelle 3: Stichprobe in den Fokusgruppen.

Jeweils eine Fokusgruppe je Zielgruppe	Personen (n)
HIV-positive Menschen	5
Männer, die Sex mit Männern haben	4
Drogenkonsument*innen / ehemalige Strafgefangene	3
Sozialarbeiter*innen aus den AIDS-Hilfen	5
HIV-Schwerpunktärzt*innen	3

Die Kommunikation mit den Vertretern der Teilnehmer*innen der verschiedenen Fokusgruppen wurde durch die AIDS-Hilfe Hessen durch die Vermittlung von Kontakten unterstützt.

Fragestellungen in den Leitfäden der Fokusgruppen

Die nachfolgenden Themenbereiche und Fragestellungen wurden in die Leitfäden für die Fokusgruppenbefragung aufgenommen.

HIV-Prävention

1. Wie beurteilen Sie die Maßnahmen zur Förderung sexueller Gesundheit und Prävention von STI's inkl. HIV in Hessen?
2. Wie stark wird die PrEP als weitere HIV-Präventionsstrategie genutzt?
3. Wer sind die überwiegenden Nutzer*innen der PrEP?
4. Welche Barrieren zur Nutzung der PrEP sind erkennbar?
5. Gibt es Probleme in der praktischen Umsetzung der PrEP? Wenn ja, welche?
6. Was müsste erfolgen, um eine stärkere Nutzung der PrEP zu ermöglichen?

HIV-Testung

7. Wie beurteilen Sie die Versorgungssituation von HIV-Testungen in Hessen? – Ist sie ausreichend? (Checkpoints, Gesundheitsämter, Selbsttest etc.)
8. Welche Bedarfe im Bereich HIV-Testungen sind identifizierbar?
9. Welche Hürden zur Inanspruchnahme von HIV-Testungen sind aus Ihrer Sicht erkennbar?

HIV-Therapie

10. Wie beschreiben Sie die Versorgungssituation von HIV-Behandlungsangeboten in Hessen?
11. Sind Unterschiede zwischen dem ländlichen und urbanen Räumen erkennbar? Wenn ja, inwiefern?
12. Gibt es Hürden zur Inanspruchnahme einer HIV-Therapie und wenn ja, welche?
13. Welchen Optimierungsbedarf sehen Sie in der Versorgung von HIV-positiven Menschen in Hessen?

COVID-19 Pandemie

14. Hat sich die Versorgungssituation (Testung und Behandlung) von HIV im Zuge der Corona-Pandemie verändert? Wenn ja, wie?

Diskriminierung & Stigmatisierungen

15. Welchen Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen sind HIV-positive Menschen häufig ausgesetzt?
16. Wie könnten Diskriminierungen und Stigmatisierungen auf einer strukturellen Ebene abgebaut werden?

Situation spezifischer Zielgruppen

Late presenter

17. Wie hoch ist der Anteil von sogenannten late presentern in Ihrer Einrichtung/Arztpraxis?
18. Was charakterisiert diese Personengruppe?
19. Was wäre hilfreich, um einen schnelleren Zugang dieser Personengruppe zu einer HIV-Testung und HIV-Therapie zu ermöglichen?

MSM

20. Wie hoch ist der Anteil von MSM in Ihrer Einrichtung/Arztpraxis?
21. Was charakterisiert diese Personengruppe?
22. Sind bestimmte HIV-positive MSM für eine HIV-Therapie schwerer erreichbar?
23. Wenn ja, wer sind diese MSM und woran liegt dies?
24. Was wäre hilfreich, um einen besseren Zugang zu diesen MSM zu erhalten?

Drogenkonsument*innen

25. Wie hoch ist der Anteil von Drogenkonsument*innen in Ihrer Einrichtung/Arztpraxis?
26. Was charakterisiert diese Personengruppe?

27. Gibt es einen Bedarf, die Zugänge zu dieser Zielgruppe zu optimieren? Wenn ja, inwiefern?

Sexarbeiter*innen

28. Wie hoch ist der Anteil von Sexarbeiter*innen in Ihrer Einrichtung/Arztpraxis?
29. Was charakterisiert diese Personengruppe?
30. Gibt es einen Bedarf, die Zugänge zu dieser Zielgruppe zu optimieren? Wenn ja, inwiefern?

Migrant*innen

31. Wie hoch ist der Anteil von Migrant*innen in Ihrer Einrichtung/Arztpraxis?
32. Was charakterisiert diese Personengruppe?
33. Gibt es einen Bedarf, die Zugänge zu dieser Zielgruppe zu optimieren? Wenn ja, inwiefern?

Inhaftierte Menschen

34. Welchen Bedarf zur HIV-Prävention und HIV-Therapie lassen sich für inhaftierte Menschen identifizieren?
35. Welche Maßnahmen wären notwendig, um diesen Bedarf zu entsprechen?

Heterosexuelle Männer/Frauen

36. Welchen Bedarf zur HIV-Prävention und HIV-Therapie lassen sich für heterosexuelle Männer/Frauen identifizieren?
37. Welche Maßnahmen wären notwendig, um diesen Bedarf zu entsprechen?

Abschluss

38. Gibt es noch etwas, was Sie uns mitteilen möchten?

Auswertungsmethode

Den einzelnen Fragen des Interviewleitfadens wird ein Datenblatt innerhalb einer Eingabemaske zugeordnet. Durch die Aufnahme der Daten in ein einheitliches elektronisches Format ist eine weitere inhaltsanalytische Auswertung der Daten zeitnah möglich. Dieses Vorgehen erlaubt die Codierung von einzelnen Aussagen und die Auswertung nach verschiedenen Typologien oder anderen im Evaluationsprozess festzustellenden Merkmalen der Bildungskampagne. Die Organisation der Daten erlaubt die Verknüpfung von Informationen aus verschiedenen Datenblättern und ermöglicht dadurch eine elaborierte

Analyse und Bewertung der Ergebnisse der Fokusgruppen. Die Inhalte der Gruppendiskussion stehen im Vordergrund. Die Analyse der Diskussionsinhalte findet mit Hilfe einer strukturierenden, zusammenfassenden Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (2016) statt. Im Vorfeld der Befragung erhalten die Vertreter*innen der Selbsthilfegruppen eine Teilnahmeerklärung und eine Datenschutzerklärung. Hierfür verdichteten die Ausführungen der Interviewten aus den Einzelinterviews zu einem Fall bzw. einer Fallvignette. Die verdichteten Aussagen wurden dann im Sinne einer kommunikativen Validierung der Befragten vorgelegt (Mayring 2016) und von den Befragten freigegeben.

Die Interviews wurden audiotekhnisch aufgezeichnet, aussagenbezogen transkribiert und mit Hilfe einer inhaltsanalytischen Kategorisierung ausgewertet. Die zentralen Auswertungskategorien werden im Ergebnisteil dargestellt (siehe Kapitel 3).

4.3 Experteninterview

Ergänzend zu den Fokusgruppen wurde ein Experteninterview mit einem Vertreter des Landesverbandes der AIDS-Hilfe Hessen geführt. Ziel war es, die bisher gewonnenen Informationen durch die Perspektive eines Vertreters des Landesverbandes zu ergänzen. Insbesondere die übergeordnete und strukturelle Ebene in der Betrachtung der Präventions- und Versorgungsstruktur war hier von Bedeutung. Das Gespräch fand am 17.03.2022 statt und wurde aufgezeichnet. Für dieses Gespräch wurden folgende Leitfragen genutzt:

1. Wie beurteilen Sie die Bemühungen zur HIV-Prävention und zur Versorgung von HIV-positiven Menschen in Hessen?
2. In welchen Bereichen gibt es eine gute/ausreichende Versorgungssituation und wo gibt es Optimierungsbedarfe?
3. Was sind die größten Herausforderungen in der HIV-Prävention in Hessen?
4. Welchen Einfluss hat die Corona-Pandemie auf die HIV-Prävention in Hessen?
5. Wie beurteilen Sie die Versorgungssituation bzw. Zugänge zu den folgenden spezifischen Zielgruppen:
 - Menschen in Haft
 - Sexarbeiter*innen
 - Intravenöse Drogenkonsument*innen
 - Migrantische Communitys
 - Männer, die Sex mit Männern haben
 - Heterosexuelle Menschen
6. Was wünschen Sie sich von der Politik in Bezug auf die Prävention und Versorgung von HIV-positiven Menschen in Hessen?

4.4 Leitfadengestützte biographische Interviews

Das Leitfadeninterview wird durch das theoretisch-wissenschaftliche Vorwissen der Forschenden ermöglicht. Da Forscher*innen aus der Evaluations-, Präventions- und Versorgungsforschung bestimmte theoretische Vorannahmen besitzen und diese in die Befragung tragen, ist es notwendig, diese theoretisch abzusichern und vor dem Interview eine wissenschaftliche Konzeption des Gegenstandsbereichs vorzulegen. Diese Vorüberlegungen können und sollen während der Erhebung weiter modifiziert werden (Lamnek & Krell 2016, S.333). Daher wurde ein Leitfaden entwickelt, der während des Interviews als Orientierung und Gedächtnisstütze dient, um sicherzustellen, dass alle relevanten Themen angesprochen wurden. Wenn Interviewten bestimmte Themen nicht von sich aus angesprochen haben, konnten die Forschenden entsprechend gezielt nachfragen (Lamnek & Krell 2016, S.335). Die Interviewten sollen dabei selbst zu Wort kommen und das gesamte Interview ist auf einen bestimmten Themenbereich fokussiert (Mayring 2016, S.67). Dabei eignet sich dieses Instrument in Fällen, bei denen bereits Vorwissen besteht (theoriegeleitete Forschung) und der Forschungsgegenstand nicht grundsätzlich unbekannt ist. Ein großer Vorteil ist dabei eine gewisse Vergleichbarkeit der Ergebnisse aufgrund der teilweisen Standardisierung durch den Leitfaden (Mayring 2016, S.70). Daher eignet sich das Leitfadeninterview zur Darstellung der individuellen Sichtweisen der unterschiedlichen Zielgruppen der HIV-Versorgung und HIV-Prävention sowie zur Darstellung der individuellen Lebenswege der Zielpersonen.

Es wurden insgesamt elf leitfadengestützte biographische Interviews im Zeitraum von November 2021 bis März 2022 mit HIV-positiven Menschen ($n = 10$) aus den unterschiedlichen vulnerablen Zielgruppen sowie ein Interview mit einem HIV-negativen Drogenkonsumenten, der über umfangreiche Hafterfahrung im hessischen Strafvollzug verfügt, durchgeführt. Um die Stärken und Schwächen der HIV-Prävention, der HIV-Versorgung und der HIV-Beratung aus der Sicht der Zielgruppen partizipativ zu beleuchten, wurden die Leitfadeninterviews realisiert. Hierzu werden die einzelnen Personen zu unterschiedlichen Fragestellungen befragt, um die Umsetzung der Präventionsmaßnahmen, die Qualität der Versorgungslandschaft oder aber auch persönliche Hemmnisse bewerten zu lassen. Die Interviews wurden im Rahmen von biographischen Interviews geführt, um die persönlichen Erfahrungen der Protagonisten im Rahmen ihrer persönlichen Lebensgeschichte kontextualisieren zu können.

Zudem wurde bei der Auswahl der Zielpersonen darauf geachtet, dass auch mögliche Unterschiede zwischen den städtischen und den ländlichen Regionen in Hessen beachtet werden.

Tabelle 4: Stichprobe für leitfadengestützte biographische Interviews.

Geschlecht (n)		Sexuelle Orientierung (n)		HIV-Status (n)	
				positiv	negativ
Frauen	4	Heterosexuell	4	4	0
Männer	6	MSM / Heterosexuell	5 / 1	5	1
Trans-Frau	1	Divers	1	1	0

Der Befragungsleitfaden wurde, auf Basis der 95-95-95-0 Präventionsziele und der bisherigen Evaluations- und Beratungsergebnisse, mit dem Auftraggeber durch die Anbieter erstellt. Die Interviews wurden nach Zustimmung der Zielpersonen audiotekhnisch aufgezeichnet. Anschließend wurden diese sinngemäß protokolliert und analog zum Vorgehen bei den Fokusgruppeninterviews inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt jedoch nicht über alle Befragten hinweg in einzelnen inhaltlichen Kategorien, sondern nach den Ausführungen der einzelnen Interviewten als Einzelfälle in Fallvignetten.