

Rahmenkonzept

zur

Prävention von HIV/Aids, Hepatitis- und sexuell übertragbaren Infektionen sowie zur Versorgung von Menschen mit HIV/Aids und/oder chronischen Hepatitisinfektionen in Berlin

erstellt von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin

- 1. Einleitung**
- 2. Ausgangslage**
 - 2.1 HIV/Aids in Deutschland – Epidemiologische Entwicklungen
 - 2.2 Rechtliche Grundlagen
 - 2.3 HIV-/Aidsbekämpfungsstrategie der Bundesregierung
 - 2.4 Hauptakteure
 - 2.4.1 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
 - 2.4.2 Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) e.V.
 - 2.4.3 Robert Koch-Institut Berlin (RKI)
- 3. Bedingungen in Berlin**
 - 3.1 Entwicklung von HIV/Aids/STI und Hepatitisinfektionen
 - 3.2 Zielgruppen in Berlin
 - 3.3 Akteure und Versorgungsstrukturen
 - 3.3.1 Freie Träger
 - 3.3.2 Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)
 - 3.3.3 Ambulante Versorgung
 - 3.3.4. Stationäre Versorgung
 - 3.3.5 Psychosoziale Versorgung
 - 3.3.6 Arbeit und Beschäftigung
- 4. Gesundheitspolitische Leitziele und Ansätze**
 - 4.1 Übergeordnete Ziele
 - 4.2 Zielgruppenspezifische Handlungsansätze
 - 4.2.1 Allgemeinbevölkerung
 - 4.2.2 Jugendliche und junge Erwachsene
 - 4.2.3 Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)
 - 4.2.4 Frauen in der Sexarbeit
 - 4.2.5 Menschen aus Hochprävalenzländern
 - 4.2.6 Menschen mit riskantem Drogenkonsum
 - 4.2.7 Menschen in Haft
 - 4.2.8 Menschen mit chronischen Infektionen
- 5. Literaturangaben**
- 6. Abkürzungsverzeichnis**
- 7. Erläuterungen**

Anlage: „Das Handlungsfeld ‚HIV/Aids, sexuell übertragbare Erkrankungen und Hepatitiden‘ in Berlin – Beschreibung von Zielen, Zielgruppen und Maßnahmen“, delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH, September 2009

1. Einleitung

Trotz aller medizinischen Fortschritte ist die Krankheit Aids noch immer nicht besiegt. Mehr als 33 Mio. Menschen sind mittlerweile weltweit mit dem tödlichen HI-Virus infiziert; pro Minute infizieren sich weltweit 5 Menschen mit HIV.

Sowohl im weltweiten als auch im westeuropäischen Vergleich liegen die HIV-Infektionszahlen in Deutschland auf relativ niedrigem Niveau, was als eine unmittelbare Folge der frühzeitig begonnenen, umfassenden und nachhaltigen Präventionsanstrengungen auf nationaler, regionaler und kommunaler Ebene anzusehen ist.

Der schnelle Aufbau einer geeigneten Infrastruktur, die enge Kooperation von staatlichen und nicht-staatlichen Einrichtungen sowie gemeinsam getragene Botschaften und das Zusammenspiel des Handelns der Kooperationspartner auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene verhinderten, dass sich die Infektion von den Hauptbetroffenengruppen in die Allgemeinbevölkerung ausbreiten konnte.

In Deutschland wurde darüber hinaus frühzeitig eine klare Arbeitsteilung zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Organisationen vorgenommen: die Präventionsarbeit für die Allgemeinbevölkerung obliegt staatlichen Organisationen, während die Präventionsarbeit für die Hauptbetroffenengruppen durch nicht-staatliche Organisationen erfolgt.

Trotz des Erfolgs, dass sich die HIV-Infektion nicht als Epidemie über die Bevölkerung in Deutschland ausgebreitet hat, ist in den letzten Jahren insbesondere in Großstädten wie Berlin vor allem bei Männern, die Sex mit Männern (MSM) haben, ein Anstieg der HIV-Neuinfektionen sowie auch von sexuell übertragbaren Infektionen (STI) und Hepatitisinfektionen zu verzeichnen.

Die gestiegene Zahl der HIV-Neudiagnosen macht eine verstärkte Präventionsarbeit notwendig. Die gleichzeitig mit dem medizinischen Fortschritt einhergehende längere Lebenserwartung führt auch zu einem Anstieg des Beratungsbedarfs hinsichtlich des Lebens mit einer HIV-Infektion und Aids-Erkrankung.

In Bezug auf den Anstieg erkannter Neuinfektionen bzw. Neudiagnosen zeigt die Interpretation epidemiologischer Daten dabei deutlich auf, dass eine sinnvolle Prävention zu HIV/Aids *nur in Verbindung mit gleichzeitiger STI-Prävention* erfolgreich sein kann.

Es gilt, Antworten zu finden auf die „Normalisierung von Aids“: Aus einer drohenden Katastrophe für die gesamte Zivilisation ist ein für Public Health und medizinische Versorgung kontrollierbares und beherrschbares Problem geworden“ (Rosenbrock, 2009). Dannecker, 2006, definiert das „neue“ Aids wie folgt: „Im psychischen Haushalt der Menschen ist die Gesunderhaltung und nicht mehr wie vordem die Abwehr des Todes zum Gravitationszentrum der Prävention geworden.“

Dieses Rahmenkonzept soll dazu beitragen, einem weiteren Anstieg der HIV-Neuinfektionen sowie einem Anstieg sexuell übertragbarer Infektionen und Hepatitisinfektionen wirksam zu begegnen.

2. Ausgangslage

2.1. HIV/Aids in Deutschland - Epidemiologische Entwicklungen

Die Statistik zu HIV-Neudiagnosen, die für die Bundesrepublik Deutschland zentral beim Robert Koch-Institut (RKI) geführt wird, weist für die Jahre 2001 bis 2007 einen kontinuierlichen Anstieg aus. Für die Jahre 2008 und 2009 hat sich die Zahl der Neudiagnosen auf dem vergleichsweise hohen Stand von 2007 stabilisiert; ein weiterer Anstieg hat aber nicht stattgefunden: „Seit 2007 hat sich der in den Jahren davor beobachtete Anstieg der HIV-Neudiagnosen deutlich verlangsamt.“ (Robert Koch-Institut, 2010, S. 205)

Im Vergleich zu anderen westeuropäischen Staaten zeigt sich, dass in der Bundesrepublik Deutschland weiterhin die zweitniedrigste HIV-Inzidenz zu verzeichnen ist.

Der überwiegende Teil des Anstiegs betrifft Männer, die Sex mit Männern haben. Für diese Gruppe hat sich die Zahl der Neudiagnosen zwischen den Jahren 2002 und 2006 fast verdoppelt. Auch für die weitere Präventionsarbeit besonders bemerkenswert ist die Feststellung des RKI, dass „die Zahl der Neudiagnosen pro 100.000 Männern bei MSM in der Altersgruppe der 21- bis 24-jährigen MSM ... damit den höchsten Wert seit 1993 erreicht (hat)...“ (Robert Koch-Institut, 2010, S. 206)

Erklärungsschemata

Zu allen hier vorgelegten Zahlen muss vorab festgehalten werden, dass es sich hier um keine repräsentativen Befragungen bzw. Erhebungen handelt. Bochow et. al., 2007, stellen hierzu fest: „Repräsentativbefragungen im eigentlichen Sinne sind nur möglich, wenn man aus einer bekannten Grundgesamtheit eine irgendwie geartete Stichprobe zieht. Eine solche Stichprobenziehung ist ...nicht möglich, da die Grundgesamtheit der Männer, die Sex mit Männern (MSM) haben, in Deutschland unbekannt ist“.

Quantitative Befragungen homosexueller Männer zu ihrem präventiven Verhalten vor dem Hintergrund von HIV und Aids, die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) regelmäßig in Auftrag gegeben werden, dokumentieren bis zum Jahr 2003 eine Zunahme riskanten Verhaltens. So ging der Anteil Befragter ohne Risikokontakte von 75 % im Jahr 1996 auf 70 % im Jahr 2003 zurück. In 2007 gaben ebenfalls noch 70 % der Befragten an, dass sie keine Risikokontakte eingingen. Durch die deutlichen Erfolge in der medizinischen Versorgung Betroffener hat sich die Testbereitschaft und Testhäufigkeit in der Gruppe der MSM erheblich erhöht. Nach Schätzung des RKI ist daher der Anstieg der diagnostizierten HIV-Neudiagnosen zu einem erheblichen Teil auf die erhöhte Testinanspruchnahme unter MSM zurückzuführen.

„Die Ergebnisse der Erhebung von 2007 dokumentieren zunächst einen großen Erfolg der HIV/Aids-Prävention für MSM in Deutschland. Werden die sechs Befragungen von 1991 bis 2007 betrachtet, so zeigt sich, dass zeitstabil mehr als zwei Drittel (70 %) der Befragten keine Risikokontakte (ungeschützter Analverkehr mit Partnern mit unbekanntem oder diskordantem Serostatus) für die 12 Monate vor der Befragung angeben. Hieraus lässt sich eine nach wie vor weit verbreitete Orientierung an den Normen des *safer sex* schlussfolgern (...)

Ein Drittel der MSM (ca. 30 %) berichtet in den Befragungen über Risikokontakte; diese Gruppe kann unterteilt werden in die Untergruppe der Männer (ein Fünftel aller Befragten) mit *sporadischen* Risikokontakten (weniger als 5 in den letzten 12 Monaten) und eine Untergruppe von Männern mit *häufigeren* Risikokontakten (ein Zehntel aller Befragten). Auch diese Ergebnisse können als Erfolge der HIV/Aids-Prävention angesehen werden: sie bedeuten nämlich, dass relativ zeitstabil neun Zehntel der Teilnehmer an den jeweiligen Befragungen berichten, gar nicht oder nur sporadisch Infektionsrisiken eingegangen zu sein“ (Bochow et al., 2007, S. 166). Rose, 1981, aber weist auf das ‚Paradox der Prävention‘ hin: „Eine große Anzahl von Personen mit geringem Risiko erzeugt mehr Krankheitsfälle in der Bevölkerung als eine kleine Anzahl mit hohem Risiko.“

Auch andere Faktoren haben einen erheblichen Anteil am Anstieg der diagnostizierten Neu-Infektionen. So stellen STI und Hepatitisinfektionen einen wichtigen Kofaktor bei der Übertragung von HIV dar, da sich das Übertragungsrisiko von HIV beim Vorhandensein einer sexuell übertragbaren Infektion deutlich erhöht.

2.2 Rechtliche Grundlagen

Infektionsschutzgesetz (IfSG):

Nach § 3 IfSG sind die Information und Aufklärung der Allgemeinheit über die Gefahren sexuell übertragbarer Erkrankungen und die Möglichkeiten zu deren Verhütung eine öffentliche Aufgabe.

Gemäß § 19 IfSG Abs. 1 bieten die Gesundheitsämter bezüglich sexuell übertragbarer Krankheiten Beratung und Untersuchungen an oder stellen diese in Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen sicher. Beratung und Untersuchung sollen für Personen mit erhöhtem Infektionsrisiko auch aufsuchend angeboten werden und können im Einzelfall die ambulante Behandlung durch einen Arzt / eine Ärztin des Gesundheitsamtes umfassen, soweit dies zur Verhinderung der Weiterverbreitung der Infektion erforderlich ist.

Nach § 19 Abs. 2 IfSG werden die Kosten der Untersuchung und Behandlung von den Trägern der Krankenversicherung nach Abschnitt V des dritten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) getragen, falls die Person bei einer Krankenkasse nach § 4 SGB V versichert ist oder, wenn dies nicht der Fall ist, aus öffentlichen Mitteln, falls die Person die Kosten nicht selbst tragen kann.

2.3 HIV-/Aids-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung

Ein Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/Aids-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung, erarbeitet durch die Bundesministerien für Bildung und Forschung, Gesundheit sowie wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, wurde 2005 verabschiedet. Der Plan macht Zielvorgaben und benennt Bausteine, mit deren Hilfe die Ziele erreicht werden sollen.

Inhaltlich setzt der Aktionsplan weiterhin auf das Zusammenwirken von Präventionsmaßnahmen, auf einen universellen Zugang zur HIV-Testung und Therapie, auf den Respekt der Menschenrechte der Betroffenen sowie auf die Kooperation und Koordination insbesondere mit Nichtregierungsorganisationen. Hierbei wird festgehalten, dass Aufklärung und Prävention weiterhin den Kern deutscher HIV/Aids-Bekämpfungspolitik darstellen. Den epidemiologischen Trends folgend, sind auch STI Bestandteil der Rahmenstrategie.

Eine Verstärkung von Präventionsmaßnahmen für Menschen mit Migrationshintergrund wird angestrebt. Verstärkt sollen moderne Informationstechniken als Kommunikationsplattform für das Werben um Prävention genutzt werden.

Im Bereich der Prävention für MSM wird die Mitwirkung der kommerziellen Betreiber von Orten sexueller Begegnungen als wichtiger Baustein beschrieben. So sollen Betreiber von kommerziellen Einrichtungen, in denen Sex stattfindet, zur Beschaffung und zum Vorhalten von Kondomen und Aufklärungsmaterialien bezüglich HIV/Aids und STI verpflichtet werden. Durch die kostenlose Bereitstellung von Safer-Sex-Utensilien in den Einrichtungen soll ein präventives Verhalten der Klienten gefördert werden.

Die Bundesländer haben diesem Papier inhaltlich zugestimmt, es bindet sie aber nicht hinsichtlich ihrer eigenen Planungshoheit, weshalb ein eigenes konkretisierendes Rahmenkonzept für Berlin vorgelegt wird.

Nachstehende Ziele wurden von der Bundesregierung für die nationale wie auch internationale Arbeit im Kampf gegen HIV/Aids formuliert:

- Verhinderung von HIV-Neuinfektionen / Infektionen mit anderen STI
- Verankerung des Präventionswissens in der gesamten Bevölkerung
- Integration verbindlicher und qualitätsgesicherter Präventionsangebote in den Schulunterricht, z. B. durch Ausbau und qualitative Verbesserung des Sexualkundeunterrichts und verstärkte Multiplikatoren-schulung
- Ausbau außerschulischer medialer und personaler Aufklärungs- und Beratungsangebote im Verbund zwischen Gesundheitsämtern, Aids-Hilfen, anderen Nichtregierungsorganisationen, niedergelassenen Ärzten, Schwerpunktpraxen, Kliniken und Fachverbänden
- effektive Präventionsangebote und Zugang zu medizinischer und psychosozialer Beratung, Betreuung, Therapie und Pflege für Menschen mit Migrationshintergrund
- flächendeckende, anonyme und kostenlose Beratungs- und HIV-Testangebote mit verbindlichen Beratungsstandards
- präventive Angebote für Reisende in HIV-Hochprävalenzgebiete
- Verstärkung der Prävention in kommerziellen Etablissements, die sexuellen Begegnungen dienen
- Qualitätsgesicherte Diagnostik für sexuell übertragbare Krankheiten, Therapie und präventive Beratung und Begleitung ihrer Patient(inn)en durch die niedergelassene Ärzteschaft
- Förderung eines akzeptierenden und solidarischen Umgangs von Menschen mit HIV/Aids
- Stärkung der Selbstverantwortung für die individuelle Gesunderhaltung sowohl bei infizierten als auch bei nicht infizierten Menschen
- Förderung von Maßnahmen zur gesundheitlichen Schadensreduzierung für Menschen in Haftanstalten
- Verbesserung der Surveillance

2.4. Hauptakteure

2.4.1 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Die massenmedialen Maßnahmen der BZgA haben in der Bevölkerung einen hohen Bekanntheitsgrad erzielt.

1987 startete die nationale Aidspräventionskampagne GIB AIDS KEINE CHANCE, die in den Folgejahren dazu führte, dass sich bis heute in Deutschland die Akzeptanz und Nutzung von Kondomen immer stärker durchgesetzt haben. Das bekannteste Element von GIB AIDS KEINE CHANCE ist die „mach's mit“-Kampagne, in deren Mittelpunkt der Schutz durch Kondome steht und deren Motive immer wieder neu gestaltet werden. Zur Sommersaison 2010 wurden Motive wie Strandkorb, Gartenparty oder Zelt entwickelt, mit denen verschiedene Zielgruppen angesprochen werden: Jugendliche, nicht monogam lebende Erwachsene, Freier, MSM und andere Gruppen.

Neben der massenmedialen Aufklärung bietet die BZgA auch persönliche Telefon- oder Internetberatung an und führt Großveranstaltungen wie z. B. die Ausstellung „LiebesLeben“ oder die Jugendfilmtage durch.

2.4.2 Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) e.V.

Die Deutsche AIDS-Hilfe fokussiert sich in ihrer Arbeit auf bestimmte Zielgruppen wie MSM, Migrant(inn)en, Drogenkonsument(inn)en, Sexarbeiter(innen) sowie Menschen, die in Haftanstalten untergebracht sind.

Im Herbst 2008 startete die DAH mit der bundesweiten Kampagne „Ich weiß, was ich tu“ (IWWIT-Kampagne), die erste Präventionskampagne, die sich speziell an die Gruppe der MSM richtet. Ausgangspunkt der Kampagne war der Neuanstieg der Infektionen in der Gruppe der MSM. Schlechteres Schutzverhalten und die Tatsache, dass HIV-Infektionen nicht mehr automatisch als lebensbedrohend empfunden werden, wurden zunächst als Ursachen vermutet. Zum einen wird heute eine höhere Vulnerabilität von MSM, sich mit HIV zu infizieren, angenommen, wenn vorausgehende STI erworben wurden. Zum anderen liegt eine erhöhte Testbereitschaft in der Gruppe der MSM vor, was unter anderem auf die verbesserten Therapiemöglichkeiten und die damit einhergehende längere Lebenserwartung zurückzuführen ist. Die Kampagne setzt sich zum Ziel, zur Stärkung der Prävention von Neuinfektionen mit HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen bei MSM beizutragen. Nach wie vor schützt sich die Mehrheit der MSM vor HIV; dabei kommen aber vermehrt Risikomanagementstrategien zum Tragen, die sehr persönlich und individuell sind. MSM sollen ermutigt werden, ihrer Lebenssituation angemessene HIV-Präventionsstrategien zu identifizieren und anzuwenden. Informierter Umgang mit HIV-Risiken ist hierfür eine Grundvoraussetzung; die Kampagne versteht sich somit als Antwort auf die mit den Veränderungen bezüglich der Behandelbarkeit von HIV-Infektionen einhergehenden neuen Herausforderungen an die HIV-Prävention. Die Kampagne ist multimedial angelegt und wird wissenschaftlich begleitet und evaluiert.

2.4.3 Robert-Koch-Institut Berlin (RKI)

Nach § 4 des Infektionsschutzgesetzes hat das RKI die Aufgabe, Konzeptionen zur Vorbeugung übertragbarer Krankheiten sowie zur frühzeitigen Erkennung und Verhinderung der Weiterverbreitung von Infektionen zu entwickeln. Dies schließt die Entwicklung und Durchführung epidemiologischer und laborgestützter Analysen sowie Forschung zu Ursachen, Diagnostik und Prävention übertragbarer Krankheiten ein. Das RKI arbeitet mit den jeweils zuständigen Bundes- und Landesbehörden, den nationalen Referenzzentren, weiteren wissenschaftlichen Einrichtungen und Fachgesellschaften sowie internationalen Organisationen und Behörden zusammen und nimmt die Koordinierungsaufgaben im Rahmen des Europäischen Netzes für die epidemiologische Überwachung und Kontrolle übertragbarer Krankheiten wahr. Des weiteren fasst das RKI u. a. die nach IfSG zu übermittelnden Meldungen von Krankheiten sowie Nachweisen von Krankheitserregern (u. a. Hepatitis A, B, C, D, E; Syphilis, HIV) zusammen, wertet die Meldungen infektionsepidemiologisch aus und veröffentlicht diese periodisch in epidemiologischen Bulletins.

3. Bedingungen in Berlin

3.1 Entwicklung von HIV/Aids/STI und Hepatitisinfektionen

Für Berlin zeigen die Daten des RKI zu **HIV-Neudiagnosen** folgendes Bild:

Jahr	Anzahl der HIV-Neudiagnosen gesamt	Anzahl der HIV-Neudiagnosen bei MSM	Anteil der Neudiagnosen bei MSM in %
2001	200	124	62,0
2002	225	136	60,4
2003	310	203	65,5
2004	371	266	71,7
2005	390	284	75,8
2006	398	279	70,1
2007	420	324	77,1
2008	463	339	73,2
2009	440	315	71,6

(Robert Koch-Institut: SurvStat, <http://www3.rki.de/SurvStat>, Datenstand: 1.07.2010)

Der Anteil der MSM in der Gesamtgruppe der HIV-Neudiagnosen ist in den Jahren 2001 bis 2007 von 62% auf über 77% angestiegen; erst im Jahr 2009 ist ein leichter Abfall auf rd. 72% zu verzeichnen. Der prozentuale Anteil der MSM in der Gesamtgruppe aller Neudiagnosen liegt damit für Berlin noch einmal um ca. 10% über dem Wert für die gesamte Bundesrepublik Deutschland.

Bei sexuell übertragenen Infektionen wie zum Beispiel der **Syphilis** ergibt sich ein weit weniger einheitliches Bild:

Jahr	Anzahl der gemeldeten Syphilis-Fälle	Anzahl der Fälle bei MSM	Anteil der Fälle bei MSM in Prozent
2001	317	157	49,5
2002	472	262	55,6
2003	616	431	70,0
2004	664	457	68,9
2005	566	446	78,8
2006	571	443	77,6
2007	454	363	80,0
2008	655	548	83,7
2009	409	336	82,1

(Robert Koch-Institut: SurvStat, <http://www3.rki.de/SurvStat>, Datenstand: 1.07.2010)

Zwar ist die Fallzahl durch ein stetiges Auf und Ab über die Jahre gekennzeichnet; es bleibt aber zu konstatieren, dass der Anteil der MSM seit 2001 kontinuierlich und deutlich angestiegen ist. 2001 war nur jeder zweite Fall dieser Gruppe zuzuordnen, derzeit sind es bereits 4 von 5 Fällen.

Für die Hepatitiden sollen hier die übermittelten **Hepatitis C**-Fälle dargestellt werden. Dabei kann aufgrund der Datenerhebung nur die Anzahl und der Anteil der Männer an den übermittelten Fällen wiedergegeben werden, da eine weitergehende Kategorisierung nicht erfolgt.

Jahr	Anzahl der übermittelten Hepatitis C-Fälle	Anzahl der Fälle bei Männern	Anteil der Fälle bei Männern in %
2001	90	58	64,4
2002	147	83	56,5
2003	541	309	57,1
2004	979	569	58,1
2005	994	573	57,6
2006	899	542	60,3
2007	751	451	60,1
2008	762	498	65,4
2009	640	406	63,4

(Robert Koch-Institut: SurvStat, <http://www3.rki.de/SurvStat>, Datenstand: 1.07.2010)

Die Zahlen vor 2004 sind hier nur der Vollständigkeit halber genannt; es bleibt aber festzustellen, dass sie nicht aussagekräftig sind. Schon seit 2005 ist eine deutliche Abnahme der Fälle zu konstatieren; der Anteil der Männer an den Fällen zeigt über den Zeitverlauf keine größeren Veränderungen.

3.2. Zielgruppen in Berlin

Im folgenden wird dargestellt, welche Zielgruppen in Berlin einerseits zur Prävention von HIV-, STD- und Hepatitisinfektionen und andererseits zur Versorgung bereits infizierter Menschen vorrangig erreicht werden sollen bzw. müssen.

Hierbei ist vorzuschicken, dass sich die Angebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes respektive der Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung in der Regel an die Allgemeinbevölkerung richten, die der freien Träger sich hingegen auf spezifische Zielgruppen beziehen (Ausnahme: Berliner Aids-Hilfe (BAH) mit Angeboten sowohl für die Allgemeinbevölkerung als auch für spezielle Zielgruppen).

Auf die spezifischen Zielgruppen in Berlin wird im folgenden eingegangen. Diese werden in zwei Hauptzielgruppen unterteilt, wobei sich die erste Hauptzielgruppe noch in vier Untergruppen klassifizieren lässt:

Zur ersten Hauptzielgruppe gehören *Menschen, die aufgrund ihrer Herkunft oder ihres Verhaltens besonders gefährdet sind, sich mit HIV, sexuell übertragenen Erkrankungen oder Hepatitiden zu infizieren*; zur zweiten Hauptzielgruppe gehören *Menschen mit chronischen Infektionen*.

Bezüglich der erstgenannten Hauptzielgruppe gilt es vor allem, die erhöhte Gefährdung der nachstehend aufgeführten Untergruppen zu reduzieren. Bei der zweiten Hauptzielgruppe ist das zentrale Anliegen, diejenigen Faktoren zu reduzieren, welche zu einer verstärkten Belastung der Zielgruppe beitragen.

Zu den Menschen mit erhöhter Gefährdung gehören folgende Untergruppen:

a) Männer, die Sex mit Männern haben

Diese Gruppe stellt den mit Abstand höchsten Anteil der HIV-Neuinfektionen. Verschiedene Faktoren tragen zu einer erhöhten Infektionsgefahr bei. Zum einen ist dies natürlich ungeschützter Sex an sich (z. B. als Vertrauensbeweis bei Partnern in einer festen Beziehung oder durch Verliebtsein bei Partnern, die sich noch nicht gut kennen), wobei sich das Risiko einer Infektion durch das Einschätzen des Infektionsstatus' eines Sexualpartners noch erhöht (sog. „Sero-guessing“).

Auch ungeschützter Sex mit einer hohen Anzahl von Sexualpartnern erhöht das Risiko, so z. B. bei sexuellen Begegnungen im Rahmen „sexueller Netzwerke“, bei denen Männer, die sich kennen, zum Sex verabreden und fälschlicherweise aufgrund vermeintlichen Vertrauens von einem negativen Serostatus der Sexualpartner ausgegangen wird. Genauso verhält es sich bei serieller Monogamie. Hier wird ungeschützter Sex im Rahmen jeweils kurzer, aufeinander folgender Beziehungen mit einem Partner ausgeübt.

Weitere Vulnerabilitätsfaktoren sind psychische Instabilität mit all ihren Facetten sowie Alkohol- und Drogeneinfluss/-missbrauch, infolgedessen Schutzmaßnahmen häufig außer acht gelassen werden.

Auch verschiedene Settings sexueller Begegnungen führen zu einer erhöhten Gefährdung, wobei an allererster Stelle Orte anonymer sexueller Begegnungen zu nennen sind. Hier treffen sich Männer zu ungeschütztem Sex, die sich nicht offen in der homosexuellen Szene bewegen wollen.

Insbesondere das Setting „Straßenstrich“, in dem sich vorwiegend Jungen und junge Männer bewegen, birgt erhebliche Risiken für Infektionen mit HIV, Hepatitiden oder STI, da in diesem Umfeld Hygiene- und Schutzmaßnahmen häufig vernachlässigt werden. Ökonomischer Druck, ein niedriger Bildungsstand und ein unsicherer Aufenthaltsstatus bei Migranten führen dazu, dass junge Männer in der Prostitution diese Risiken trotzdem eingehen.

Schließlich sind als Setting besonderer Gefährdung noch Haftanstalten zu nennen, da nicht allen Inhaftierten Möglichkeiten für „safer sex“ bekannt sind.

b) Frauen in der Sexarbeit

Das RKI Berlin erfasst Frauen in der Sexarbeit als Teil derjenigen Personen, die sich über heterosexuelle Kontakte infiziert haben. Aus den Daten des RKI ist jedoch nicht ersichtlich, wie hoch der Anteil der Frauen in der Sexarbeit ist.

Berlin und Rostock sind in Deutschland die einzigen Städte, in denen es keine Sperrbezirke gibt und somit überall der Sexarbeit nachgegangen werden kann. In Berlin ist dies an zwischen 800 und 900 Orten möglich (Bordelle und bordell-ähnliche Betriebe, Nachtclubs, Bars, Sexkinos, Straßen, Wohnungen etc.).

Mehr als die Hälfte aller Sexarbeiterinnen in Berlin hat einen Migrationshintergrund; die meisten kommen aus Osteuropa.

Derzeit sind Zunahmen der Armutsprostitution und der Jugendprostitution zu beobachten, beides aber unabhängig vom Migrationsstatus der Frauen. Oftmals sind die Sexarbeiterinnen einem hohen ökonomischen Druck (häufig z. B. infolge Drogenkonsums) ausgesetzt, was dazu führen kann, dass diese Frauen ungeschützte Sexualkontakte eingehen.

Weitere Gründe für riskante Sexualpraktiken sind ein unsicherer Aufenthaltsstatus bei Migrantinnen und/oder eine unsichere arbeitsrechtliche Situation. Viele Frauen haben Androhung von Gewalt, tatsächliche körperliche Gewalt oder Ausbeutung erfahren.

Eine erhöhte Gefährdung bezüglich der Infektion mit sexuell übertragbaren Krankheiten liegt insbesondere bei der Prostitution auf dem Straßenstrich vor, da in diesem Setting Hygiene- und Schutzmaßnahmen größtenteils vernachlässigt werden.

c) Menschen aus Hochprävalenzländern

Bei dieser Zielgruppe kommt eine erhöhte Gefährdung durch das Aufeinandertreffen mehrerer Vulnerabilitätsfaktoren zustande. Menschen aus Ländern mit einer sehr hohen HIV-Prävalenz neigen häufig dazu, das Thema HIV/Aids zu verleugnen und sind über die Gefahren der Übertragung schlecht aufgeklärt. Die Krankheit ist mit Angst, Stigmatisierung und Tabuisierung belegt, was dazu führt, dass infizierte Menschen sich in ihren Communities, die bedeutende soziale Gefüge darstellen, nicht outen.

Hinzu kommt, dass Schutzmaßnahmen einerseits aus Unkenntnis, andererseits aus kulturspezifisch bedingten Vorstellungen von Sexualität selten Akzeptanz finden.

Besonders schwerwiegende Vulnerabilitätsfaktoren sind – wie bei der Zielgruppe der Frauen in der Sexarbeit – ein unsicherer Aufenthaltsstatus und/oder eine unsichere arbeitsrechtliche Situation, was zur Folge hat, dass ärztliche Regeluntersuchungen nicht wahrgenommen werden oder wegen des nicht vorhandenen Versicherungsschutzes nicht in Anspruch genommen werden können. Dies bedingt als weitere Konsequenzen die Verschlechterung der Behandlungsmöglichkeiten bereits infizierter Menschen und die Gefahr einer unwissentlichen Übertragung einer HIV-Infektion bzw. STI oder Hepatitisinfektion an andere.

d) Menschen mit riskantem Drogenkonsum

Menschen dieser Zielgruppe haben ein doppeltes Risiko, sich mit HIV, sexuell übertragbaren Erkrankungen und vor allem mit Hepatitis zu infizieren: einerseits durch intravenösen Drogenkonsum und andererseits auf sexuellem Wege.

Ein geringer ökonomischer Status, häufig verbunden mit Wohnungslosigkeit, und der dadurch bedingte ständige Druck, Geld für Drogen beschaffen zu müssen, sowie das Leben im kriminellen/illegalen Umfeld erhöhen das Infektionsrisiko der Betroffenen.

Auch hier führt bei Migrant(inn)en, die intravenös Drogen gebrauchen, ein unsicherer Aufenthaltsstatus dazu, dass medizinische Untersuchungen nicht wahrgenommen werden. Folgen sind wiederum eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Betroffenen sowie eine Weitergabe der Infektion an andere.

Orte mit erhöhtem Gefährdungspotential sind die Szenetreffpunkte. Vor allem in der offenen Drogenszene liegt ein hohes Infektionsrisiko vor, da in diesem Setting das gemeinsame Benutzen von Spritzutensilien üblich ist.

e) Menschen in Haft

Zwar sind Menschen in Haftanstalten prinzipiell den vorgenannten Personengruppen mit erhöhter Gefährdung zuzuordnen; das Setting Haftanstalt setzt sie aber einem doppelten Infektionsrisiko aus, weswegen sie hier als gesonderte Zielgruppe aufgeführt werden. Einerseits sind sterile Spritzutensilien für Drogengebraucher(innen), zum anderen auch Kondome in diesem Setting oftmals nicht erhältlich.

Häufig ist auch das Wissen um Übertragungsrisiken nicht in ausreichendem Maße vorhanden: Da sich das Thema Sexualität im Justizvollzug seit jeher in einem problematischen Spannungsfeld bewegt, finden gelebte Sexualkontakte oftmals verdeckt statt. In Ermangelung heterosexueller Kontakte im Strafvollzug sind nur gleichgeschlechtliche Sexualkontakte möglich. Viele Insass(inn)en üben während der Haft homosexuelle Praktiken als „Notlösung“ aus, was sich über längere Zeit zur Normalität unter den Gefangenen entwickelt – jedoch ohne offizielle Anerkennung und Verantwortungsübernahme. Die in Haft erlebten homosexuellen Kontakte entsprechen dabei nicht dem eigenen heterosexuell definierten Verständnis der Inhaftierten, wodurch das konkrete hohe Infektionsrisiko für männliche Gefangene häufig unterschätzt bzw. negiert wird. Insbesondere bei jugendlichen Insassen spielen auch die Lust am Abenteuer sowie Unverletzlichkeitsphantasien eine Rolle bei ungeschütztem Sex.

Darüber hinaus kommen zum mangelnden Selbstbewusstsein von einzelnen Gefangenen Selbstablehnung bis zu Selbsthass sowie starke Scham- und Schuldgefühle hinzu, was dann zu fehlender Kommunikation und Aushandlungsfähigkeit bezüglich Safer Sex führen kann. Eigene Wünsche werden schließlich untergeordnet und die Wünsche der Sexualpartner z. B. nach ungeschütztem Sex verstärkt erfüllt.

2) Menschen mit chronischen Infektionen

Zu dieser Zielgruppe gehören Menschen mit HIV/Aids sowie auch Menschen mit einer chronischen Hepatitisinfektion.

Eine wesentliche Rolle für den Verlauf einer chronischen Infektion spielen insbesondere psychosoziale Faktoren.

Menschen mit chronischen Infektionen müssen neben den körperlichen Beschwerden, welche die Krankheit verursacht, mit weiteren Belastungssituationen umgehen, die nicht unmittelbar durch die Infektion hervorgerufen werden. So stellen ein geringer ökonomischer und sozialer Status sowie ein unsicherer Aufenthaltstatus bei Migrant(inn)en Stressfaktoren dar, die sich zusätzlich belastend auf die Psyche auswirken und somit den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen können.

Häufig kommt es dabei zu einer Wechselwirkung zwischen den Faktoren, so dass sich auch die Folgen der Erkrankung negativ auf den ökonomischen und sozialen Status auswirken. Verlust des Arbeitsplatzes aufgrund der geringeren Belastbarkeit bis hin zur Berentung sind häufig Folgen der Erkrankung.

Neben den hier aufgeführten Zielgruppen sollen im Rahmen der Verhältnisprävention auch Angehörige und Partner(innen) der Betroffenen sowie Multiplikator(inn)en erreicht werden.

3.3. Akteure und Versorgungsstrukturen

3.3.1 Freie Träger

Mit Beginn der 90er Jahre wurden freie Träger im Bereich HIV/Aids/STI im Rahmen von Projektförderungen vom Land Berlin unterstützt; seit 1994 erfolgt die Projektförderung über öffentlich-rechtliche Verträge mit einem Treuhänder.

Über den Integrierten Gesundheitsvertrag (IGV), der seit Anfang 2006 bis zum Jahresende 2010 mit dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPW) als Vertragspartner des Landes Berlin läuft, werden derzeit 12 Projekte mit unterschiedlicher Zielgruppenorientierung gefördert (der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle erwähnt, dass es in Berlin auch noch weitere freie Träger im Bereich HIV/Aids/STI gibt, die aber keine Förderung über den IGV erhalten).

Die Förderung bezieht sich dabei auf folgende Leistungsbereiche im Handlungsfeld „HIV/Aids, sexuell übertragbare Erkrankungen und Hepatitiden“:

- Versorgung (Beratung, Betreuung, Begleitung) von Menschen mit HIV/Aids sowie deren Angehöriger und Partner(innen)
- Prävention (sowohl primär als auch sekundär)
- Planung und Entwicklung (inhaltlich-konzeptionelle und/oder strukturelle Weiterentwicklung von Leistungsbereichen und Angeboten)
- Öffentlichkeitsarbeit
- Qualitätsmanagement/Qualitätssicherung im Rahmen eines transparenten Dokumentationssystems
- Leitung und Verwaltung der einzelnen Projekte
- Anwaltschaft (Vertretung von Klienteninteressen gegenüber Dritten)

Die Selbsthilfegruppen haben im Aids-Bereich eine besondere Bedeutung und Funktion. Sie haben für ihren Anteil an Prävention und Versorgung Anspruch auf staatliche Unterstützung.

Folgende 12 Projekte mit in Klammern aufgeführten Arbeitsschwerpunkten werden über den IGV gefördert:

- ◆ Berliner Aids-Hilfe e.V. (psychosoziale Betreuung, Begleitung, Beratung, Selbsthilfe und Prävention)
- ◆ FELIX Pflage team gGmbH (ambulanter Aids-Pflegedienst)
- ◆ Fixpunkt e.V. – Mobilix (Aids-Prävention, Gesundheitsförderung und medizinische Basisversorgung für Drogenabhängige)

- ◆ Hilfe-für-Jungs e.V. (präventive Straßensozialarbeit und Selbsthilfe für junge Stricher)
- ◆ Hydra e.V. (Treffpunkt und Beratung für Prostituierte – präventive Aidsberatung, Information, Aufklärung und Selbsthilfe)
- ◆ Mann-O-Meter e.V. (Information, Aufklärung, Beratung und Selbsthilfe für MSM)
- ◆ Notdienst für Suchtmittelgefährdete und –abhängige Berlin e.V. – Frauentreff OLGA (niedrigschwellige medizinische Versorgung von intravenös drogenabhängigen Frauen)
- ◆ Schwulenberatung Berlin / Kursiv e.V. (Beratung und Selbsthilfe, Maßnahmen zur Wiedereingliederung in Arbeit)
- ◆ Schwulenberatung Berlin / manCheck (präventive Vor-Ort-Arbeit bei MSM)
- ◆ Schwulenberatung Berlin / Pluspunkt (Beratung, Begleitung, Information und Selbsthilfe für HIV-Positive, insb. Beratung zu „HIV/Aids und Arbeit/Beschäftigung“)
- ◆ VIA Regionalverband Berlin-Brandenburg e.V. (gesundheitliche Aufklärung und Beratung von Migranten und Migrantinnen sowie Netzwerkstelle zur interkulturellen Öffnung)
- ◆ ZIK gGmbH – Sozialmakler (Wohnraumvermittlung für Menschen mit HIV/Aids und/oder chronischer Hepatitis C)

Die Angebote der Projekte sind überbezirklich ausgerichtet, was dem Bedürfnis der Klientel nach Anonymität entspricht. Der größte Teil der Angebote richtet sich an die Zielgruppe der MSM.

Bis auf ein Projekt sind alle Projekte im Landesverband der Berliner Aids-Selbsthilfegruppen (LABAS) e.V. organisiert, der als gemeinsamer Interessenverbund fungiert. Besonders zu erwähnen ist der hohe Anteil an ehren-amtlicher Arbeit, der in die Projekte einfließt und ohne den manche Projekte nicht funktionsfähig wären.

Nachstehend sind die Fördersummen für Projekte im Bereich HIV/Aids/STI ab 1997 in Euro genannt:

Vertrag mit dem LABAS e.V.:

1997:	2.685.231
1998:	2.457.380
1999:	2.357.425

Vertragsverlängerung um ein Jahr:

2000:	2.331.849
-------	-----------

Neuer Vertrag mit dem LABAS e.V.:

2001:	2.569.000	(inkl. rd. 82.000 € Regiekostenpauschale), Steigerung der Summe durch Aufnahme der Pflegeprojekte aus dem Bereich Soziales in den Vertrag)
2002:	2.568.578	(inkl. 81.807 € Regiekostenpauschale)
2003:	2.464.658	(reduzierte Zuwendung wg. Kürzung bei Pflegeprojekt um 25 %; Regiekostenpauschale: 81.807 €)
2004:	2.361.000	(weitere Kürzung bei Pflegeprojekt; Regiekostenpauschale: aufgerundet auf 82.000 €)
2005:	2.257.000	(nochmalige Kürzung bei Pflegeprojekt; Regiekostenpauschale: 82.000 €)

Integrierter Gesundheitsvertrag: (für das Handlungsfeld „HIV/Aids, STI und Hepatitiden“)

2006:	2.172.938,86
2007:	2.170.599,00
2008:	2.120.533,10
2009:	2.102.145,58
2010:	2.096.428,03

3.3.2 Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)

Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung

Mit Inkrafttreten des neuen Gesundheitsdienstgesetzes (GDG) am 01.07.2006 und der am 11.12.2007 erlassenen Verordnung über die Neuregelung der Zuständigkeiten im Gesundheitsdienst (GDZustVO) wurde festgelegt, dass die bisherigen 6 Beratungsstellen für sexuell übertragbare Krankheiten sowie Aids mit den 11 sozialmedizinischen Diensten fusionieren und die Aufgaben in fünf neu gegründeten *Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung* wahrzunehmen sind.

Die Zentren befinden sich in den Bezirken

- Charlottenburg-Wilmersdorf
- Friedrichshain-Kreuzberg
- Marzahn-Hellersdorf
- Mitte (mit 2 Standorten)
- Steglitz-Zehlendorf

Das Zentrum Mitte hat per Verwaltungsvereinbarung der betreffenden Bezirke zwei Standorte: einen im Bezirk Mitte (Ortsteil Wedding) und einen im Bezirk Tempelhof-Schöneberg (Ortsteil Schöneberg). Am Standort in Mitte werden Leistungen des sozialmedizinischen Dienstes erbracht, am Standort in Schöneberg Aufgaben im Bereich HIV/Aids/STI wahrgenommen. Im Zentrum Steglitz-Zehlendorf werden ausschließlich sozialmedizinische Leistungen erbracht.

Im folgenden wird nur auf den Bereich „Sexuelle Gesundheit“ eingegangen, da der Bereich „Familienplanung“ im Rahmenkonzept keine bzw. höchstens eine nachrangige Rolle spielt.

Zielgruppe der Zentren bezüglich des Bereichs „Sexuelle Gesundheit“ ist die Allgemeinbevölkerung (insbesondere Menschen, die sozial nicht abgesichert und/oder sprachlich nicht integriert sind). Die Zentren halten aber auch Angebote für *spezielle Zielgruppen* vor, und zwar für

- Frauen in der Sexarbeit
sowie
- Schüler(innen) bzw. Jugendliche (Präventionsangebote für Schulen – vorrangig Hauptschulen und Schulen für Lernbehinderte –, Jugendzentren und Ausbildungseinrichtungen).

Das Aufgaben-/Angebotsspektrum der Zentren – die Reihenfolge der aufgeführten Aufgaben/Angebote sowie der darunter genannten Leistungen stellt dabei keine inhaltliche Gewichtung dar – umfasst:

1.) Medizinische Versorgung

- kostenlose Beratung, Untersuchungen und ggf. Therapie bezüglich STI nach wissenschaftlichen Erkenntnissen und entsprechend den Vorgaben der Deutschen STD-Gesellschaft

- kostenlose Beratung und Untersuchung bezüglich Hepatitiden
- anonymer HIV-Antikörpertest mit Beratung und persönlicher Ergebnismitteilung: in den Zentren wird weiterhin der Standardtest (ELISA) als bedarfsgerechtes Angebot vorgehalten; auf Schnelltests (auch bei Syphilis) wird im ÖGD verzichtet
 - Test kostet 10 € / Gebührenbefreiung für Schüler(inne)n, Empfänger(inne)n von Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern (SGB) II und sowie mittellose Personen (ohne Nachweise)
- Therapiekontrolle
- subsidiär (in Ergänzung anderer Angebote): Impfungen gegen Hepatitis für vulnerable Zielgruppen
- niedrigschwellige medizinische Vor-Ort-Sprechstunden in Kooperation mit freien Trägern (z. B. Kurfürstenstraßenkiez, Bhf. Zoo, Kohlrauschstr.)

2.) Individuelle qualifizierte Beratung von Klient(inn)en und ggf. Weitervermittlung (auch an freie Träger)

Die Beratung kann ärztlicher / sozialpädagogischer / psychologischer oder psychosozialer Natur sein. Bei allen Beratungen und Untersuchungen gelten Schweigepflicht und Datenschutz.

- bei Frauen in der Sexarbeit: berufliche Umstiegsberatung und –begleitung
- Beratung und Betreuung von Frauen, die Opfer von Menschenhandel sind
- psychosoziale Beratung von Frauen, die von Gewalthandlungen und/oder organisierter Kriminalität betroffen sind
- Beratung im aktuellen sozialen Umfeld
- Klärung von Konfliktsituationen, die im Zusammenhang mit HIV/Aids auftreten
- Beratung von Menschen mit übersteigerten Ängsten vor HIV/Aids
- Vermittlung an andere Ärzt(inn)e(n) oder andere Einrichtungen

Für Klient(inn)en mit Migrationshintergrund stehen Sprachmittler(innen) zur Verfügung, die in vielen Fällen eine Beratung überhaupt erst ermöglichen.

3.) Sozialpädagogische Arbeit:

Sozialpädagogische Arbeit erfolgt sowohl vor Ort als auch innerhalb der Zentren, wobei auch hier notwendige Sprachkompetenz durch Sprachmittler(innen) vorgehalten wird.

- bei Frauen in der Sexarbeit orientiert sich die sozialpädagogische Arbeit an den individuellen Defiziten und Stärken der Klientinnen
- sozialrechtliche Beratung von Klient(inn)en
- sozialpädagogische Beratung und Begleitung von Menschen mit Migrationshintergrund

4.) Prävention / Information / Öffentlichkeitsarbeit

- sexualpädagogische Gruppenarbeit in Schulen, Jugendzentren und Ausbildungseinrichtungen als Ergänzung zur schulischen und häuslichen Sexuaufklärung entsprechend den definierten Zielgruppen

- Infos zu Inhalten und Angeboten der Zentren für die Allgemeinbevölkerung
- (z. B. auf Straßenfesten oder –umzügen, Stände auf Messen)
- Präventionsaktionen bei besonderen Anlässen (z. B. Fußballmeisterschaften; Welt-Aids-Tag)
- Mitwirkung an Aktionen der BZgA (Ausstellung „LiebesLeben“, Jugendfilmtage)
- aufsuchende Vor-Ort-Arbeit an Orten sexueller Dienstleistungen (Zielgruppe: Frauen in der Sexarbeit)
- Informations- und Fortbildungsveranstaltungen für Multiplikator(inn)en
- Infoveranstaltungen zu HIV/STI in Einrichtungen für Asylbewerber(innen)

Alle Zentren sind in der *Berliner Fachkommission „Frauenhandel“* vertreten; ihr Arbeitsschwerpunkt liegt dabei – wie unter dem Punkt „Beratung und Weitervermittlung“ schon erwähnt – in der Beratung und Betreuung der Frauen. Die Grundlage für diese Arbeit bildet der 2003 unterschriebene Kooperationsvertrag mit dem Landeskriminalamt. Als erste Hilfe wird hierbei die Unterbringung der betroffenen Frauen an einem sicheren Ort und finanzielle Unterstützung für die Betroffenen organisiert.

Darüber hinaus sind die Zentren in diversen Arbeitskreisen, Gremien und Netzwerken vertreten, an denen auch freie Träger teilnehmen.

Die Zentren kooperieren auch mit freien Trägern. Folgende Kooperationen existieren zum gegenwärtigen Zeitpunkt:

- Zentren Mitte und Charlottenburg-Wilmersdorf / Berliner Aids-Hilfe e.V. - HIV-AK-Testangebot in der BAH: Die Tests werden von Ärzt(inn)en aus den Zentren durchgeführt, während die Testberatung durch Sozialarbeiter(innen) der BAH erfolgt.
- Zentrum Mitte / OLGA - med. Vor-Ort-Sprechstunden im Kurfürstenstraßenkiez
- Zentrum Charlottenburg-Wilmersdorf / Treberhilfe e.V. - am Bhf. Zoo: Streetwork, niedrigschwellige Sprechstunden, Möglichkeit zur Hygienepflege
- Zentren Charlottenburg-Wilmersdorf, Marzahn-Hellersdorf, Friedrichshain-Kreuzberg / Hydra e.V. , Hilfe-für-Jungs e.V. und Treberhilfe e.V. – Freieraufklärung in der AG „Gesunder Kunde“
(das Zentrum Mitte ist nicht Mitglied der „AG Gesunder Kunde“, beteiligt sich aber auch an verschiedenen Aktionen dieser AG)

Beratungsstellen für behinderte Menschen, chronisch Kranke sowie Krebs- und Aidskranke (BfB)

Diese Beratungsstellen gibt es in allen Berliner Bezirken; die meisten Beratungsstellen sind dabei Teil des Gesundheitsamtes. Die Arbeitsschwerpunkte der BfB umfassen:

- persönliche, individuelle Beratung und Information über Hilfsmöglichkeiten und Ansprüche vor allem zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie die Weitervermittlung an andere Institutionen und Selbsthilfegruppen
- Einleitung und Begleitung von Maßnahmen im Rahmen der Teilhabe wie der Versorgung mit geeigneten Hilfsmitteln, behindertengerechte Wohnungsumbauten etc.
- ärztliche Gutachtenerstellung (Diagnostik) bei dem Verfahren zur Feststellung der Voraussetzung des § 53 SGB XII im Rahmen des Gesamtplans

- ärztliche Gutachtenerstellung im Rahmen der Pflegeversicherung für die Zuordnung zur Pflegestufe für nicht krankenversicherte Menschen
- sozialarbeiterische und ärztliche Stellungnahmen für Anträge auf soziale Hilfen nach SGB XII insbesondere für weiterführenden Pflegebedarf
- psychosoziale Beratung und Vermittlung
- Beratung und Betreuung von Menschen mit HIV und Aids in gesundheitlichen Fragen

Die Angebote der BfB richten sich dabei vorrangig an erwachsene Menschen.

3.3.3 Ambulante Versorgung:

In Berlin gab es in den zurückliegenden Jahren die Regelung, dass den von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV Berlin) anerkannten HIV-Schwerpunktpraxen bei der umfassenden ambulanten Betreuung von Aids-Patient(inn)en pro Fall und Quartal ein Zuschlag außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gezahlt wurde, damit die Praxen u. a. Infusionsbehandlungen durchführen und den damit verbundenen höheren Raumbedarf finanzieren konnten. Dieser Zuschlag betrug bis zum 2. Quartal 2007 61,36 € pro Quartal für Versicherte bei den Primärkrankenkassen und 76,69 € für Versicherte der Ersatzkassen. Im Juli 2007 wurde auf Initiative der KV Berlin der Aids-Zuschlag von der Allgemeinen Orts-Krankenkasse (AOK) Berlin auf 45 € gekürzt, was mit dem geringeren Zeitaufwand für die Ärzt(inn)e(n) aufgrund kostengünstigerer Therapien für Aids-Patient(inn)en durch Kombinationspräparate begründet wurde. Die Diskussion um weitere Kürzungen bis hin zur kompletten Streichung der Aids-Sonderpauschalen verursachte große Unruhe bei den HIV-Schwerpunktpraxen, da sie Qualitätseinbußen bei der Versorgung ihrer Patient(inn)en befürchteten.

Beim Wegfall der Aids-Pauschalen müssten Infusionsbehandlungen und Chemotherapien, die in den Schwerpunktpraxen kostengünstig vorgenommen werden können, in die Kliniken verlagert werden, was eine Zunahme der stationären Aufenthalte der HIV-Patient(inn)en zur Folge hätte. Erwiesenermaßen tragen jedoch gerade ambulante Behandlungen zur Steigerung der Lebensqualität der Betroffenen bei. Durch die Berliner Regelung bezüglich der Sondervergütungen für die ambulanten Angebote konnten in den vergangenen Jahren teure Klinikaufenthalte von Patient(inn)en vermieden werden.

Durch Gespräche mit der KV Berlin und den Berliner Krankenkassen konnte erreicht werden, dass die reduzierte Sonderpauschale bis zum Inkrafttreten einer bundeseinheitlichen Regelung der Finanzierung der ambulanten Behandlung von Menschen mit HIV/Aids gewährt wurde.

Die bundeseinheitliche Regelung gilt seit dem 01.07.2009. Danach erhalten Hausärzte/-ärztinnen und Internist(inn)en pro Quartal eine Grundpauschale in Höhe von 45,50 € je Patient(in).

Weitere Zuschläge sind möglich bei Behandlungen mit Spezialmedikamenten (z. B. bei der antiretroviralen Therapie) sowie bei HIV-assoziierten Folgeerkrankungen. Die neue bundeseinheitliche Regelung sollte künftig dahingehend fortentwickelt werden, dass diese nicht nur für Hausärzte/-ärztinnen und Internist(inn)en gilt, sondern Fachärzte/-ärztinnen wie z. B. Dermatolog(inn)en oder Augenärzte/-ärztinnen in die zusätzlichen Vergütungen einschließt.

Eine zusätzliche Vergütung für die Fachmediziner(innen) bezüglich der Behandlung von Menschen mit HIV/Aids wäre allein deshalb gerechtfertigt, weil diese mehr Fortbildungen benötigen und die Beratung von Patient(inn)en mit einer unheilbaren Krankheit zeitaufwendiger ist. Aus Sicht der KV Berlin und des Arbeitskreises Aids niedergelassener Ärzte Berlin e.V. ist die bisher gute ambulante Behandlung von Menschen mit HIV und Aids in Berlin durch den Ausschluss der Fachmediziner(innen) von der Gewährung der Aids-Zuschläge stark gefährdet. Dem ist jedoch entgegen zu halten, dass erstmals eine bundesweite Pauschalenregelung festgelegt wurde, die zwar nicht ganz dem Berliner Standard Rechnung trägt, aber gleichwohl eine Sicherung im Bundessystem darstellt und dadurch zukunftsfähiger ist.

3.3.4 Stationäre Versorgung

Seit über 20 Jahren gibt es in Berlin das sog. Schöneberger Modell, ein Netzwerk aus Kliniken, HIV-Schwerpunktpraxen und freien Trägern zur Behandlung und Betreuung HIV-infizierter Menschen.

Das Schöneberger Modell hat seinen Ursprung im Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum (AVK) im Bezirk Schöneberg, in welchem Mitte der 80er Jahre die ersten Aids-Patient(inn)en behandelt wurden, wirkt aber seit langem bezirksübergreifend für ganz Berlin.

Die Kooperation und der Austausch zwischen Klinikum AVK und HIV-Schwerpunktpraxen basiert auf einem in den zurückliegenden Jahren gewachsenen Vertrauensverhältnis. Die Schwerpunktpraxen weisen Patient(inn)en ein mit der klaren Vorgabe, was im Klinikum zu tun ist; das Klinikum wiederum setzt diese Vorgaben um oder konsultiert bei Bedarf die behandelnden Ärzt(inn)e(n) in den Schwerpunktpraxen. Darüber hinaus wurden Fortbildungen für Ärzt(inn)e(n) durch das Klinikum angeboten und mit hoher Beteiligung durchgeführt.

Das Schöneberger Modell fängt mit ambulanten und stationären Angeboten 80 – 90 % aller Berliner HIV-/Aids-Patient(inn)en auf. Nach den Therapiefortschritten in den 90er Jahren erfolgte eine Verlagerung der Behandlung in den ambulanten Bereich und im Zuge dessen ein Ausbau der ambulanten Angebote. Über 50 niedergelassene Ärzt(inn)e(n) sowie Zahnärzt(inn)e(n) haben sich im Arbeitskreis Aids niedergelassener Ärzte Berlin e.V. zusammengeschlossen.

Parallel zum Ausbau ambulanter Angebote erfolgte im stationären Sektor eine Bettenreduzierung, was zur weiteren Zentralisierung und Spezialisierung des verbleibenden stationären Angebotes führte.

Im AVK gibt es zwei Spezialstationen für HIV/Aids, in welche die HIV-Schwerpunktpraxen und Fachärzt(inn)e(n) ihre Patient(inn)en bei Bedarf jederzeit zur vollstationären Behandlung einweisen lassen können.

Weiterer zentraler Bestandteil des Modells ist der Zugang der Berliner Aids-Hilfe zu den Patient(inn)en auf den Stationen. Sie leistet dort Beratungs- und Betreuungsarbeit, vermittelt Pflegeeinrichtungen und Betreuungsdienste.

Anlaufstellen für umfassende Diagnostik sowie für Infusionen sind die Tageskliniken im AVK und Charité-Virchow-Klinikum.

3.3.5 Psychosoziale Versorgung

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung von Menschen mit HIV/Aids infolge verbesserter Therapiemöglichkeiten und des damit einhergehenden veränderten Krankheitsbildes Aids ist der Bedarf an psychosozialer Betreuung von Menschen mit HIV und Aids erheblich gestiegen. Dies trifft insbesondere auf Menschen aus finanziell schwächeren Schichten zu, die von erheblichen sozialen Schwierigkeiten und Multimorbidität geprägt sind. Ein weiteres Merkmal dieses Personenkreises ist polytoxikomaner Drogenkonsum. Ein Großteil der Betroffenen ist dabei mit Hepatitis C (HCV) koinfiziert.

Im Handlungsfeld „HIV/Aids, sexuell übertragbare Erkrankungen und Hepatitiden“ gibt es zwei entgeltfinanzierte Projekte, die im Rahmen der Eingliederungshilfe verschiedene Angebote des betreuten Wohnens für an Aids und/oder an chronischer Hepatitis C erkrankte Menschen vorhalten. Dies sind zum einen die Zuhause im Kiez gGmbH (ZIK gGmbH), die seit 1989 in diesem speziellen Hilfegebiet tätig ist, und die Schwulenberatung Berlin gGmbH,.

Die Angebote der beiden Einrichtungen kommen in Frage für Betroffene,

- deren Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen und psychischen Störungen (einschließlich Suchterkrankungen) nicht ohne professionelle Hilfe kompensiert werden können,
- bei denen eine ambulante ärztliche und/oder psychotherapeutische Behandlung nicht ausreicht oder nicht möglich ist,
- bei denen andere Leistungen, die von vorrangigen Leistungsträgern finanziert werden, ergänzt werden müssen.

Hauptziel der beiden Träger ist die Unterstützung von sozial benachteiligten Menschen mit chronischer Erkrankung bei einem möglichst selbstbestimmten und selbständigen Leben in geeignetem, auf den individuellen Bedarf abgestimmten Wohnraum als zentralem Ort der Lebensgestaltung.

Die Wohnformen umfassen dabei therapeutisch betreutes Einzelwohnen (BEW) in Wohnprojekten oder Projektwohnungen sowie therapeutisch betreute Wohngemeinschaften.

Die Nachfrage nach betreutem Einzelwohnen ist dabei seit Jahren am stärksten.

Bei der ZIK gGmbH ist das Platzkontingent von 111 Plätzen im Jahre 2000 auf derzeit 300 Plätze an acht verschiedenen Standorten angestiegen; dabei ist das Kontingent komplett ausgeschöpft.

Aufgrund der unverändert hohen Nachfrage in diesem Leistungssegment wurde ein Aufstockungsantrag um weitere 50 Plätze zum 01.08.2010 gestellt.

Auch die Nachfrage bei der Schwulenberatung nach Plätzen im BEW ist (bei einem allerdings deutlich geringeren Platzkontingent – z.Zt. 58 Plätze) sehr hoch.

Zurückzuführen ist der drastische Anstieg der Zahl der Wohnungsbewerber bei den beiden Einrichtungen auf die Reform der Sozialgesetzgebung (Hartz IV). Über 90 % der Wohnungsuchenden sind auf Sozialleistungen (ALG II, Grundsicherung oder Sozialhilfe) angewiesen, um Mieten und Kautionen zahlen zu können.

Durch die Festlegung der Kostenträger auf fixe Mietobergrenzen (z.Zt. 378 € Bruttowarmmiete für einen Ein-Personen-Haushalt) bei gleichzeitigem Anstieg des Mietpreisniveaus auf dem freien Wohnungsmarkt ist die Wohnungssuche für sozial benachteiligte Menschen erheblich schwieriger geworden, so dass sich mehr Menschen als in der Vergangenheit an die ZIK gGmbH und die Schwulenberatung wenden. Auch die Zahl der akut wohnungslosen Menschen, die sich mit Hilfe der beiden Träger um Wohnraum bemühen, ist infolge-dessen extrem gestiegen.

3.3.6 Arbeit und Beschäftigung

Mittlerweile steht die Hälfte aller HIV-infizierten Menschen in Deutschland im Erwerbsleben, und zwar in den unterschiedlichsten Berufen. Dabei legen allerdings die wenigsten Beschäftigten ihre HIV-Infektion am Arbeitsplatz aus Angst vor Diskriminierung und Mobbing offen dar.

Ein gesetzlich geregeltes Berufsverbot für Menschen mit einer HIV-Infektion gibt es nur für die Ausübung des Berufs „Pilot(in)“; ein HIV-Antikörpertest ist dabei zwingend vorgeschrieben. Des weiteren wird von einigen Fluggesellschaften bei der Einstellung von Flugbegleiter(inne)n ein HIV-Antikörpertest verlangt, der bei positivem Ergebnis zu einer Nichteinstellung wegen möglicherweise nicht vorhandener Tropentauglichkeit führen kann.

Tätigkeitsbeschränkungen für HIV-infizierte Menschen gibt es im medizinischen Bereich (z. B. bei Chirurg(inn)en); ein generelles Berufsverbot gibt es jedoch nicht.

In allen Bereichen der Gastronomie wie auch der Lebensmittelverarbeitung gibt es keinerlei Tätigkeitsbeschränkungen, da eine Fremdgefährdung auf diesen Gebieten ausgeschlossen ist.

Dennoch kommt es vor, dass Job-Center und Arbeitsagenturen bei Bekanntwerden der Diagnose „HIV-positiv“ von Klient(inn)en die Betroffenen von Förder- und Wiedereingliederungsmaßnahmen ausschließen. Dieses Verfahren ist unzulässig und fordert in erster Linie Aufklärungsarbeit in den Jobcentern und Arbeitsagenturen.

4. Gesundheitspolitische Leitziele und Ansätze

4.1 Übergeordnete Ziele

Im August 2008 wurde die delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH vom Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband beauftragt, Zielgruppen, Ziele und Maßnahmen der Projekte des Handlungsfeldes auch im Hinblick auf die Zielvorgaben der HIV/Aids-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung zu definieren. Der Abschlussbericht, der als Basis für dieses Rahmenkonzept dient, wurde von delphi im Juni 2009 vorgelegt.

Nachstehende acht Ziele werden in dem Bericht, an dem die Vertragspartner des IGV – die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz und der DPW – sowie *alle* Projektträger des Handlungsfeldes in partizipativer Weise mitgewirkt haben, formuliert:

- Verankerung des Präventionswissens in den Zielgruppen
- Stärkung der Handlungskompetenzen für die individuelle Gesunderhaltung sowie Förderung eines nachhaltigen Schutzverhaltens und dessen Implementierung im persönlichen Lebensstil
- Stärkung der zielgruppenspezifischen Angebote durch verbindliche Kooperationen der Projekte im Handlungsfeld, mit angrenzenden Bereichen und mit den Institutionen in der Regelversorgung
- Verbesserung der gesundheitsbezogenen Chancengleichheit
- Verstärkung der Prävention in Betriebsstätten, in denen sexuelle Begegnungen stattfinden und/oder sexuelle Dienstleistungen angeboten werden
- Förderung eines akzeptierenden und solidarischen Umgangs mit Menschen mit HIV/Aids und/oder Hepatitiden
- Förderung der Gesundheit bei Menschen in Haft
- Stärkung der Selbsthilfe und des ehrenamtlichen Engagements

Im folgenden werden die Ziele in Teilziele untergliedert und Maßnahmen zur Zielerreichung beschrieben. Die Maßnahmen werden hier nur kurz dargestellt; eine ausführlichere Beschreibung findet sich in dem Delphi-Bericht (vgl. Anlage).

Verankerung des Präventionswissens in den Zielgruppen

Teilziel a): Die Zielgruppen sind über Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten aufgeklärt.

Teilziel b): Die Zielgruppen sind über die Wechselwirkungen zwischen HIV/Aids, STI und Hepatitiden aufgeklärt.

Teilziel c): Die Zielgruppen sind über die Risiken von ungeschütztem Sex aufgeklärt.

Maßnahmen:

Die Zielgruppen müssen Zugang zu Informationen über Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten bezüglich HIV/Aids, STI und Hepatitisinfektionen haben. Die Bereitstellung von Informationen erfolgt dabei durch unterschiedliche Medien, bei Menschen in Haft vor allem durch persönliche Kommunikation.

Sofern Flyer und Broschüren von den Projekten selbst entwickelt werden, ist auf die Berücksichtigung aktueller Trends sowie unterschiedlicher Lebenswelten der Zielgruppen zu achten. Die Printmedien werden in Beratungsstellen und an Orten ausgelegt, an denen sich die Zielgruppen treffen oder werden bei Veranstaltungen und Aktionen persönlich überreicht. Weitere Möglichkeiten der Informationsweitergabe finden sich im Internet über die Homepages der Projekte.

Des Weiteren vermitteln die Projekte Informationen im Rahmen der persönlichen Kommunikation durch individuelle Aufklärung in ihren Räumen oder durch Vor-Ort-Arbeit an Treffpunkten der Zielgruppen.

Auch Informationsstände und Aktionen gehören zu den personalkommunikativen Maßnahmen sowie die Schulung von Multiplikator(inn)en (hier vor allem von Angehörigen der Zielgruppen selbst).

Stärkung der Handlungskompetenzen für die individuelle Gesunderhaltung und Förderung eines nachhaltigen Schutzverhaltens und dessen Implementierung im persönlichen Lebensstil

Teilziel a): Soziale Leistungen werden in Anspruch genommen/Die Lebensgrundlage ist gesichert.

Maßnahmen:

Die Betroffenen werden bei der Durchsetzung von Leistungsansprüchen unterstützt (z. B. durch Hilfe beim Ausfüllen amtlicher Formulare oder durch persönliche Begleitung zu Behörden und Ämtern.)

Teilziel b): Die soziale Situation der Zielgruppen ist stabil bzw. verbessert.

Maßnahmen:

Die Projekte unterstützen die Betroffenen bei der weiteren Lebensplanung, so z. B. bei Möglichkeiten der beruflichen Weiterentwicklung oder Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit.

Teilziel c) Der Gesundheitszustand der Zielgruppen ist stabil bzw. verbessert.

Maßnahmen:

Im Mittelpunkt stehen hier Angebote zur gesundheitlich-medizinischen Beratung sowie die Bereitstellung von medizinischer Basisversorgung.

Gesundheitlich-medizinische Beratung umfasst dabei die Beratung über Angebote der medizinischen und psycho-logischen Versorgung, Beratung zu ergänzenden Pflegeleistungen, Vermittlung von Handlungskompetenzen zu Safer Use bis hin zur Aufklärung über medizinische Aspekte der Substitution und Nebenwirkungen von Medikamenten. Die medizinische Basisversorgung beinhaltet die Diagnostik von Krankheiten sowie Interventionen.

Teilziel d): Die Wohnsituation ist stabil.

Maßnahmen:

Maßnahmen zur Zielerreichung sind Beratung, Vermittlung und Bereitstellung von Wohnraum bzw. Absicherung von Wohnraum oder betreutem Wohnen. Denkbar sind hier z. B. Kooperationen mit Wohnungsbaugesellschaften.

Teilziel e): Ein nachhaltiges Schutzverhalten wird im persönlichen Lebensstil umgesetzt.

Maßnahmen:

Neben der Vermittlung von Wissen über HIV/Aids, STI und Hepatitiden stehen die Mobilisierung vorhandener Ressourcen und die Motivation zur Eigenverantwortung im Vordergrund. Die Projekte unterstützen die Betroffenen bei der Wiedererlangung der Fähigkeit, eigenständig und eigenverantwortlich zu handeln. Dies erfolgt durch einerseits durch die Bereitstellung von Informationen und andererseits durch die Beratung zu gesundheitlich-medizinischen Themen. Darüber hinaus wird im Rahmen der Verhältnisprävention Lobbyarbeit zur Verbesserung der gesellschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen betrieben, um ein Umfeld herzustellen, in dem die Umsetzung des Schutzverhaltens auch möglich ist.

Teilziel f): Die Zielgruppen sind über den Einfluss des Konsums von legalen und illegalen Drogen auf das Infektionsrisiko aufgeklärt.

Maßnahmen:

In der Beratung werden die Ursachen und Risiken des Drogenkonsums erörtert, Angebote der Drogenhilfe vorgestellt und ggf. Betroffene an entsprechende Einrichtungen vermittelt. Das Präventionsmobil des Projekts Fixpunkt e.V. bietet z.B. Beratung und Information bezüglich Drogenkonsums und vermittelt betroffene Frauen z. B. an den Frauentreff OLGA des Drogennotdienstes weiter.

Teilziel g): Die psychische Stabilität in den Zielgruppen bleibt durch entsprechende Angebote erhalten bzw. wird verbessert.

Maßnahmen:

Die Projekte bieten psychosoziale Beratung, Betreuung und Gruppenarbeit mit dem Ziel der Stärkung des Selbstwertgefühls der Betroffenen an und, sofern nötig, auch Krisenintervention.

Teilziel h): Die Zielgruppen sind hinreichend über HIV/STI-Diagnostikverfahren informiert.

Maßnahmen:

Vor und nach jeder Testdiagnostik finden Beratungsgespräche statt.

Teilziel i) Testangebote werden in den Zielgruppen entsprechend den Infektionsrisiken in Anspruch genommen.

Maßnahmen:

Personen mit Infektionsrisiko werden ermutigt, ihren Infektionsstatus festzustellen und ggf. an Einrichtungen weitervermittelt, die Testangebote vorhalten. Für schwer erreichbare Zielgruppen werden von bestimmten Projekten niedrigschwellige, setting-bezogene Testangebote vorgehalten. So bietet z. B. das Projekt Mann-O-Meter e.V. seit Mai 2007 zweimal monatlich in seinen Räumlichkeiten einen anonymen HIV-Antikörperschnelltest für MSM an. Häufig suchen Angehörige dieser Zielgruppe nicht die bezirklichen Gesundheitsämter auf, um sich auf HIV testen zu lassen. Insofern werden – bedingt durch das „schwule Setting“ und die kurze Wartezeit – auch Männer von dem Angebot erreicht, die sich vorher noch nicht haben testen lassen. Das niedrigschwellige Testangebot ist daher von Nutzen für die Primärprävention bei MSM. Die hohe Inanspruchnahme des Angebots (2009: 421 durchgeführte Tests) spiegelt den Bedarf wider.

Teilziel j) Die Zielgruppen sind sexuell emanzipiert.

Maßnahmen:

Im Rahmen von persönlichen Gesprächen oder angeleiteten Gruppen wird eine positive Einstellung zur eigenen Sexualität und Stärkung der sexuellen Identität gefördert. Dies ist wichtig, weil sexuelle Emanzipation im Sinne sexueller Identität eine notwendige Voraussetzung für eine verantwortungsbewusst gelebte Sexualität darstellt. Bei der Zielgruppe der MSM spielt hier insbesondere Coming-out-Beratung eine bedeutende Rolle.

Stärkung der zielgruppenspezifischen Angebote durch verbindliche Kooperationen der Projekte im Handlungsfeld, mit angrenzenden Bereichen und mit den Institutionen in der Regelversorgung

Teilziel a): Leistungen der Regelversorgung werden bei Bedarf in Anspruch genommen.

Maßnahmen:

Die Projekte betreiben Lobbyarbeit, um die Institutionen der Regelversorgung für die Probleme der Zielgruppen zu sensibilisieren und vermitteln Betroffene gezielt in entsprechende Angebote der Regelversorgung wie z. B. Sozialämter, Job-Center, Grundsicherungsämter etc.

Teilziel b) Die Kooperation der Projekte untereinander, mit angrenzenden Bereichen und den Institutionen in der Regelversorgung wird verstärkt.

Maßnahmen:

Die Vernetzung der Projekte untereinander und mit anderen Einrichtungen wird verstärkt (z. B. durch wechselseitige Schulungen für die in den Projekten Beschäftigten). Zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Kooperationspartnern werden verbindliche Vereinbarungen getroffen.

Teilziel c): Im Rahmen der Kooperation setzen die Projekte Impulse zur Weiterentwicklung der Regelversorgung.

Maßnahmen:

Unter Beteiligung der Betroffenen werden Impulse für die Anforderungen zur Weiterentwicklung der Regelversorgung an die entsprechenden Institutionen weitergegeben.

Verbesserung der gesundheitsbezogenen Chancengleichheit

Teilziel a) Die Zielgruppen haben gleich(berechtigt)en Zugang zur sozialen, gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung.

Maßnahmen:

Die Betroffenen werden zur Inanspruchnahme der entsprechenden Angebote beraten und vermittelt; sofern nötig, erfolgt eine medizinische Basisversorgung. Menschen ohne Aufenthaltsstatus erhalten einen besseren Zugang zu medizinischer Hilfe; der Senat wird die Einrichtung eines Fonds zur medizinischen Behandlung von Personen ohne Aufenthaltsstatus politisch unterstützen.

Teilziel b): Die Zielgruppen finden ein Umfeld vor, in dem Safer Sex und/oder Safer Use gefördert und verstärkt werden.

Maßnahmen:

Die Projekte motivieren die Zielgruppen zum Schutzverhalten und stellen Safer-Sex- und/oder Safer-Use-Utensilien zur Verfügung.

Verstärkung der Prävention in Betriebsstätten, in denen sexuelle Begegnungen stattfinden und/oder sexuelle Dienstleistungen angeboten werden

Teilziel a): In Betriebsstätten, in denen sexuelle Begegnungen stattfinden und/oder sexuelle Dienstleistungen angeboten werden, sind Standards zur Erreichung von Safer Settings etabliert.

Teilziel b): Die Betreiber verpflichten sich zum Konzept der Safer Settings.

Maßnahmen:

Für die Sicherstellung von Safer Settings in den Betriebsstätten werden Kooperationen mit den Betreibern geschlossen bzw. verstärkt. Die Kooperation soll in Vereinbarungen zwischen den Kooperationspartnern verbindlich geregelt werden. Den Betriebsstätten werden Infomaterialien zu HIV/Aids, STI und Hepatitiden sowie Safer-Sex-Utensilien zur Verfügung gestellt. Bei der Umsetzung der Standards werden die Betreiber z. B. durch Vermittlung von Kontakten zu Herstellern von Präventionsmaterialien unterstützt.

Teilziel c) Die Mitarbeiter(innen) in den Betriebsstätten sind für die Präventionsarbeit sensibilisiert.

Maßnahmen:

Die Projekte führen Schulungen für Betreiber(innen) und Mitarbeiter(innen) aufgrund der entsprechenden Risikoorientierung zum Thema „Männer, Sex, Gesundheit“, zu HIV/Aids/STI und Hepatitiden sowie zum Einfluss von Drogen auf das Infektionsrisiko durch.

Teilziel d): Die Inhalte der Wirte-Selbstverpflichtung und die Qualitätsstandards, die in den teilnehmenden Betrieben erwartet werden können, sind den Zielgruppen bekannt.

Maßnahmen:

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit ist eine Marke bzw. ein Logo zu entwickeln, die/das für die Wirte-Selbstverpflichtung steht und die vereinbarten Qualitätsstandards bekannt macht.

Förderung eines akzeptierenden und solidarischen Umgangs mit Menschen mit HIV/Aids und/oder Hepatitiden

Teilziel a): Menschen mit HIV/Aids und/oder Hepatitiden werden nicht diskriminiert.

Maßnahmen:

Durch die Öffentlichkeitsarbeit der Projekte soll Verständnis für die Situation der Betroffenen geschaffen und Diskriminierung vermieden werden.

Teilziel b): Infektionskrankheiten werden in den Zielgruppen und der Bevölkerung offen thematisiert.

Maßnahmen:

Durch persönliche Kommunikation bzw. durch Medieneinsatz vermittelte Informationen zu Infektionsrisiken und Schutzmaßnahmen soll der Umgang mit HIV/Aids, STI und Hepatitisinfektionen enttabuisiert werden.

Teilziel c): Die Integration von Menschen mit HIV/Aids und/oder Hepatitiden wird gefördert.

Maßnahmen:

Angebote der Projekte ermöglichen den Betroffenen Zugang zu Arbeit, Wohnraum und kulturellen Veranstaltungen. Des weiteren werden Veranstaltungen zur Begegnung von infizierten und nicht infizierten Menschen initiiert.

Förderung der Gesundheit von Menschen in Haft

Teilziel a): Die Zielgruppen sind über Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten aufgeklärt.

Maßnahmen:

Im Mittelpunkt steht die Bereitstellung von Informationen, vor allem durch persönliche Kommunikation mit den Inhaftierten, welche in diesem Umfeld von zentraler Bedeutung ist. Während die Aufklärung bezüglich Infektionsrisiken aufgrund Drogenkonsums für männliche und weibliche Gefangene gleichermaßen wichtig ist, ist die Aufklärung über Infektionsrisiken bei Sexualkontakten für männliche Gefangene stärker von Bedeutung. Während weibliche Homosexualität als wenig infektionsbehaftet gilt, ist männliche Homosexualität aufgrund hochriskanter Sexualpraktiken als äußerst bedeutsam für die Ausbreitung von HIV und anderen STI einzustufen (vgl. Ausführungen zu 3.2.e). Voraussetzung für die Thematisierung von Sexualität ist, eine vertrauensvolle und offene Atmosphäre herzustellen, wozu es einer zielgruppenangepassten Sprache bedarf. Es gilt dabei, nah genug an die alltäglichen Sexerfahrungen der Inhaftierten heranzukommen, gleichzeitig aber eine sachliche Distanz zu bewahren. Erst wenn eine entsprechende Arbeitsatmosphäre geschaffen ist, können infektionsprophylaktische Maßnahmen ergriffen werden wie z. B. das Erläutern von risikoarmen Sexualpraktiken.

Teilziel b): Die Zielgruppen finden ein Umfeld vor, in dem Safer Sex und/oder Safer Use gefördert und verstärkt werden.

Maßnahmen:

Maßnahmen zur Zielerreichung müssen auf politischer und gesellschaftlicher Ebene ansetzen. Etablierte und für den Justizvollzug geeignete Präventionsmaßnahmen werden insbesondere unter Berücksichtigung der Aspekte der Infektionserkrankungen, Substitution, harm reduction und des Übergangsmangements weiterentwickelt.

Teilziel c): Die psychische Stabilität in den Zielgruppen wird durch entsprechende Angebote erhalten bzw. verbessert.

Maßnahmen:

Die Projekte bieten psychosoziale Beratung für die Inhaftierten an.

Teilziel d): Der Gesundheitszustand der Zielgruppen ist stabil.

Maßnahmen:

Die Projekte bieten Beratung zur Inanspruchnahme medizinischer Versorgung und zur Substitutionsbehandlung in der Haft an.

Teilziel e): HIV-Positive und Hepatitis-Infizierte werden unterstützt.

Maßnahmen:

Die Mitarbeiter/-innen der Justizvollzugsanstalten werden noch stärker über die Situation von HIV- und Hepatitis-Infizierten aufgeklärt. Einige Projekte bieten Unterstützung der Inhaftierten für die Zeit nach der Entlassung an.

Stärkung der Selbsthilfe und des ehrenamtlichen Engagements

Teilziel a): Selbsthilfestrukturen und –projekte werden gestärkt.

Maßnahmen:

Die Projekte initiieren und begleiten Selbsthilfegruppen. Zur Stärkung der Selbsthilfe werden z. B. Räume und Infrastruktur bereitgestellt.

Teilziel b): Ehrenamtliches Engagement in der Projektarbeit wird koordiniert und gestärkt.

Maßnahmen:

Die Projekte koordinieren die Arbeit der Ehrenamtlichen und ermöglichen ihnen eine Mitgestaltung der Projektarbeit. Des weiteren werden die ehrenamtlich Tätigen fortlaufend qualifiziert und erhalten Supervision.

4.2 Zielgruppenspezifische Handlungsansätze

Das ‚neue‘ Aids stellt die Handlungsansätze der Prävention vor große Herausforderungen (nach: Rosenbrock, 2009):

- Therapierbarkeit und die damit einhergehenden Folgen müssen Berücksichtigung finden; die veränderten Lebenserwartungen haben Auswirkungen auf die Beratungsbedarfe; die Präventionsarbeit muss eine unter Umständen damit einhergehende Sorglosigkeit bestimmter Zielgruppen berücksichtigen.
- Gründe für inkonsistentes Präventionsverhalten sind in den Fokus der Forschungsbemühungen zu stellen; bisher liegen fast ausschließlich (begründete) Annahmen vor, zu entwickelnde zielgerichtete Präventionsstrategien und -botschaften müssen aber auf diesen Gründen basieren.
- Waren die 80er und 90er Jahre von einer Vergesellschaftlichung des Sexualverhaltens bestimmt („Man(n) muss sich schützen!“), so hat nachfolgend eine Individualisierung (Einschätzung des eigenen persönlichen Risikos) stattgefunden.

Es gilt, eine „sozialräumliche Prävention“ in den Szenen, in denen riskantes Verhalten stattfindet, zu gestalten.

Des weiteren sollte das Internet als Medium für die Prävention stärker als bisher genutzt sowie eine neue Qualität der Prävention entwickelt werden.

Diese qualitative Weiterentwicklung der HIV-Prävention muss sich an den Bedürfnissen der einzelnen Zielgruppen orientieren: der Fokus der Projekte, die sich an schwule Männer richten, sollte sich hin zur sexuellen Gesundheit verschieben, bei welcher der HIV/Aids-bezogene Anteil aber erkennbar bleiben muss.

Da die mit den einzelnen Zielen verbundenen Maßnahmen für die einzelnen Zielgruppen bereits weiter oben beschrieben worden sind, werden im nachfolgenden nur darüber hinausgehende Schwerpunkte für die nächsten Jahre erläutert.

4.2.1. Allgemeinbevölkerung

In einer mobilen, freiheitlich verfassten und hinsichtlich persönlicher Werte und Lebensweise plural orientierten Gesellschaft ist eine gesellschaftliche Lernstrategie notwendig, die bei jedem Bürger und jeder Bürgerin das freiwillige eigenverantwortliche Handeln zugunsten von Infektionsvermeidung in optimaler Weise stärkt. Die Bürger(innen) können nicht aus ihrer Selbstverantwortung entlassen werden. Nur eine umfassende, offene und zum Selbstschutz motivierende präventive Arbeit sowie ein vertrauensvolles Klima können eine weitere Ausbreitung von Aids verhindern.

Die Angebote für diese Zielgruppe werden auch zukünftig vorwiegend durch den öffentlichen Gesundheitsdienst vorgehalten. Das sozialarbeiterische und medizinische Beratungs- und Diagnostikangebot ist in den zurückliegenden Jahren durch die Einrichtung der Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung inhaltlich weiterentwickelt und an die Bedarfe der Klientel angepasst worden.

4.2.2 Jugendliche und junge Erwachsene

Berliner Schülerinnen und Schüler sind auch weiterhin in ihrer Grund- und weiterführenden Schullaufbahn über sexuell übertragbare Krankheiten zu informieren.

Grundlage für die Sexualerziehung in der Berliner Schule sind die Rahmenpläne für Unterricht und Erziehung in der Berliner Schule, und zwar Allgemeiner Teil / AV 27 – Sexualerziehung. Darin heißt es unter 2.6 - Körper und Sexualität -: „Kinder und Jugendliche sollen rechtzeitig, umfassend und sachlich über Sexualität informiert werden.“

Neben den Grundlagen sind u. a. zentrale Inhalte: Kondome als Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten einschließlich HIV/Aids-Infektionen. Dazu gehört auch die Vermittlung von Fachwissen über sexuell übertragbare Erkrankungen und deren Prävention.

Im Rahmen der Senatsinitiative „Sexuelle Vielfalt“ wird in der Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung eine halbe Lehrerstelle zur Bearbeitung des Themas eingerichtet. Aufgabe der Lehrkraft ist es auch, Materialien für Grund- und weiterführende Schulen zu überarbeiten. Dabei werden die Aspekte HIV und Aids-Prävention sowie STI Beachtung finden.

Darüber hinaus wird im Laufe des nächsten Jahres eine Evaluation durchgeführt, welche sich auf die Umsetzung der AV 27 in Grundschulen sowie weiterführenden Schulen bezieht.

Wie schon unter 3.3.2 dargestellt, sind auch von den Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung weiterhin Präventionsveranstaltungen durchzuführen und zwar in Schulen, Jugendfreizeiteinrichtungen und Ausbildungsstätten als Ergänzung zur schulischen und häuslichen Sexualaufklärung.

4.2.3. Männer, die Sex mit Männern haben

Unter den geschilderten Rahmenbedingungen sollte ein vorrangiges Ziel das Wissen um den eigenen HIV-Status sein. Nur so können angemessene HIV-Präventionsstrategien identifiziert und angewendet werden.

Individuelle Risikomanagementstrategien setzen einen informierten Umgang mit HIV-Risiken voraus. Die IWWIT-Kampagne der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. versteht sich als Antwort auf die mit den Veränderungen bezüglich der Behandelbarkeit von HIV-Infektionen einhergehenden neuen Herausforderungen an die HIV-Prävention.

Ein Element der Kampagne ist das erstmalig deutschlandweit durchgeführte zielgruppenspezifische Angebot zur Durchführung von HIV- und STI-Tests und der Steigerung des Bewusstseins für den HIV-Test (IWWIT-Testwochen). Das Angebot richtet sich gezielt an Männer, die Sex mit Männern haben, und wurde erstmalig im Herbst 2009 eingesetzt. Im Herbst 2010 wird sie zum zweiten Mal durchgeführt.

Aufgrund vieler organisatorischer Hindernisse haben sich in Berlin vornehmlich nur Mann-O-Meter e.V. und mancheck von der Schwulenberatung an der Kampagne beteiligt. Für dieses Jahr ist geplant, dass neben diesen beiden Gruppen auch die Berliner Aids-Hilfe ihr Testangebot deutlich erhöht (ab August 2010).

Für 2011 sollen für diese Zielgruppe Angebote zur HIV- und Syphilis-Testung noch einmal deutlich verstärkt werden, so dass Testangebote dann wenigstens durch drei, möglichst aber durch vier Projekte vorgehalten werden.

Der Einbezug sexuell übertragbarer Infektionen in die Präventionsarbeit macht deutlich, dass HIV/Aids kein Alleinstellungsmerkmal mehr hat, für dessen Klientel sich eine eigene Struktur aufrecht erhalten lässt. Unter der Überschrift „sexuelle Gesundheit“ sind die Angebote neu auszurichten, wobei sexuelle Gesundheit die Bereiche der psychosexuellen Entwicklung, der Reproduktion, des sexuellen Wohlbefindens, sexuell übertragbarer Infektionen und sexueller Gewalt umfasst.

4.2.4 Frauen in der Sexarbeit

Die Förderung von Sprachmittler(inne)n konnte ab diesem Haushaltsjahr erweitert werden, so dass im Kurfürstenstraßenkiez ein bedarfsgerechtes Angebot bereitsteht. So kann auf den in den letzten Jahren erheblich angestiegenen Bedarf an Prävention und sozialpädagogischer Unterstützung für die Klientel aus dem ost- und südost-europäischen Raum eingegangen werden. Die Sensibilisierung von Freiern in die Notwendigkeiten der Prävention von sexuell übertragbaren Erkrankungen sowie HIV/Aids-Übertragungen sollte in den nächsten Jahren verstärkt werden.

Diese Arbeit würde auch die vom Bundesrat eingebrachte Gesetzesinitiative der Länder zu einer Kondompflicht in Bordellen einen anderen Akzent und Rahmen geben.

4.2.5 Menschen aus Hochprävalenzländern

Menschen aus Hochprävalenzländern sind mit community-orientierten Präventionsansätzen am ehesten zu erreichen. Diese Ansätze sind besonders erfolgversprechend, wenn sie als ganzheitliches Angebot vorgehalten werden, d. h. HIV/Aids zwar auch angesprochen, in den Vordergrund aber das Thema Gesundheit gestellt wird.

4.2.6 Menschen mit riskantem Drogenkonsum

Hepatitis C ist unter injizierenden Drogenkonsumenten enorm verbreitet; auch HIV/Aids spielt mit einer Prävalenz von 3 – 5 % unter injizierenden Drogengebrauchenden eine bedeutsame Rolle.

Die Einführung eines *szenenahen HIV/HCV-Schnelltestangebots für Drogenkonsument(inn)en in Berlin* sollte daher geprüft werden. Konzept und Erfahrungen mit einem DAH-Bundesmodellprojekt, welches derzeit in der Aids-/Drogenhilfeeinrichtung KICK in Dortmund durchgeführt wird, liegen in diesem Zusammenhang vor. Ziel eines solchen Projektes ist u. a. die stärkere Beachtung des Problembereichs „HIV/Aids“ in der Drogenhilfe. Darüber hinaus würde über das Herstellen des Zusammenhangs mit der HCV-Problematik der Klientel ein Zugang zum medizinischen Hilfesystem geboten, bezogen auf Angebote der HIV/HCV-Prävention und -behandlung. Die positiven Erfahrungen, die in diesem Zusammenhang zur Zeit mit dem Bundesmodellprojekt „Frühintervention als Maßnahme der Hepatitis-C-Prävention“ des Trägers Fixpunkt e.V. gesammelt werden, können hier als Anregung dienen.

Für die unter 4.2.3 – 4.2.6 aufgeführten Zielgruppen gilt, dass Kooperationen zwischen freien Trägern und Zentren auszuweiten sind, damit ein zielgruppennahes und -spezifisches Angebot sichergestellt werden kann.

4.2.7 Menschen in Haft

Auch Menschen in Haft sollten durch präventive Maßnahmen einschließlich Risiko reduzierender Strategien sowohl während des Aufenthalts als auch in der Phase unmittelbar nach dem Haftaufenthalt geschützt werden. Die Gleichwertigkeit der Versorgung in Haft soll gewahrt werden und die Grundsätze des Committee for the Prevention of Torture (CPT) eingehalten werden.

4.2.8 Menschen mit chronischen Infektionen

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Anzustreben sind künftig verstärkte Kooperationen der BfB mit den Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung, um den Informations- und Fachaustausch zu gewährleisten bzw. zu intensivieren.

Ambulanter Bereich

Der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz liegen noch keine Erkenntnisse über die Auswirkungen der neuen bundeseinheitlichen Regelung zur Finanzierung der ambulanten Behandlung von Menschen mit HIV/Aids hinsichtlich Qualitätseinbußen durch die Nicht-Berücksichtigung von Fachärzt(inn)e(n) vor.

Sollte es tatsächlich zu einer Verschlechterung in der Versorgung kommen, wird die Senatsverwaltung zwischen den Akteuren vermittelnd tätig werden.

Psychosoziale Versorgung

Um der gestiegenen Zahl von mit HIV/Aids sowie HCV infizierten Menschen bedarfsgerecht Leistungen des therapeutisch betreuten Wohnens und der psychosozialen Betreuung zukommen lassen zu können, ist beabsichtigt, eigene Leistungsbeschreibungen für „seelisch behinderte Menschen mit HIV/Aids und/oder chronischer Hepatitis C“ in den „Berliner Rahmenvertrag gemäß §79 Abs.1 SGB XII für Hilfen in Einrichtungen einschließlich Diensten im Bereich Soziales – BRV“ aufzunehmen. Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz erarbeitet derzeit mit Projektträgern und dem DPW für den betreffenden Personenkreis Leistungsbeschreibungen für Verbände von therapeutisch betreutem Wohnen (ambulante Dienste) sowie für die psychosoziale Betreuung der Zielgruppe.

Der nächste Schritt in diesem Bereich ist die Erarbeitung einer Leistungsbeschreibung für die psychosoziale Betreuung im Rahmen einer Tagesstätte nach §§ 53/54 SGB XII.

Arbeit und Beschäftigung

Bei Förder- und Wiedereingliederungsmaßnahmen in die Arbeitswelt bedarf es einer verstärkten Aufklärung und Information von Job-Centern und Arbeitsagenturen bezüglich eines aktuellen und realitätsgetreuen Bildes von Aids als chronischer Krankheit. Denn erwiesenermaßen leistet die langfristige Sicherung der gesellschaftlichen Teilhabe durch Arbeit und Beschäftigung einen bedeutenden Beitrag zur Gesundheitsförderung und -erhaltung.

Freie Träger mit Beratungsangeboten zu HIV und Aids sollten daher als kompetente Ansprechpartner für Fragen rund um den Arbeitsmarkt für die Betroffenen agieren, auch um bei der Diagnose Aids zu verhindern, dass Mutlosigkeit und Depressionen nach krankheitsbedingten Ausfallzeiten einen Wiedereinstieg ins Berufsleben verhindern. Grundsätzlich sollte HIV-/Aidsberatung möglichst alle Facetten abdecken, die Berufstätigkeit und Beschäftigung bei HIV-Infektion betreffen, d. h. von persönlichen Krisen nach der Diagnose bis hin zu konkreten arbeitsrechtlichen Fragen.

Bei Langzeitarbeitslosen mit einer bereits länger bekannten Diagnose bietet eine gezielte Förderung und diskriminierungsfreie Haltung in Form von Qualifizierungsmaßnahmen sowie Beratung und Coaching eine Möglichkeit der Reintegration ins Arbeitsleben. Hierbei sollten individuelle Vermittlungsschwierigkeiten und gesundheitliche Einschränkungen der Betroffenen natürlich berücksichtigt werden und eine Vernetzung mit anderen Akteuren der Arbeitsförderung betrieben werden.

Anzustreben ist außerdem das Wiederaufleben eines Informations- und Aufklärungsangebots für Arbeitgebende, Gewerkschaften und Interessenverbände am Arbeitsmarkt analog der *LINK-UP Arbeitgeberinitiative*, die als Teil der europäischen Gemeinschaftsinitiative *EQUAL* und Teilprojekt der deutschlandweiten Entwicklungspartnerschaft *LINK-UP* bis 2007 von der Schwulenberatung Berlin betrieben und aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds gefördert wurde.

Im Mittelpunkt der *LINK-UP Arbeitgeber-initiative* standen die Information und Beratung von Arbeitgeber(inne)n, Personal-verantwortlichen sowie Arbeitsvermittler(inne)n und -berater(inne)n zum Thema „HIV in der Arbeitswelt“; des weiteren wurden bundesweit kostenlose, in Zusammenhang mit dem Thema HIV/Aids stehende Fortbildungsveranstaltungen und Einzelberatungen angeboten.

5. Literaturangaben

- Bochow M, Schmidt A.J., Grote S.: Ergebnisse der 8. Wiederholungsbefragung im Auftrag der BZgA, mimeo, Berlin: WZB 2008
- Dressler, S./ Wienold, AIDS Taschenwörterbuch, 7. Auflage
- Robert-Koch-Institut, Epidemiologisches Bulletin Nr. 22/2010
- Rose G., "Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease", *British Medical Journal* 1981; 282: 1847-51
- Rosenbrock, R., Das ‚alte‘ und das ‚neue‘ Aids – Folgerungen für die Prävention, WZB 2008

6. Abkürzungsverzeichnis

Aids	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i> (erworbenes Immundefektsyndrom)
ALG	Arbeitslosengeld
AOK	Allgemeine Orts-Krankenkassen
AVK	Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum
BAH	Berliner Aids-Hilfe e.V.
BEW	betreutes Einzelwohnen
BfB	Beratungsstellen für behinderte Menschen, chronisch Kranke sowie Krebs- und Aidskranke
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DAH	Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
ELISA	<i>Enzyme Linked Immunoabsorbent Assay</i> (Enzymgekoppelter Immunadsorptionstest)
GDG	Gesundheitsdienst-Gesetz (Berlin)
GDZustVO	Verordnung über die Neuregelung der Zuständigkeiten im Gesundheitsdienst (Berlin)
HCV	Hepatitis-C-Virus
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IGV	Integrierter Gesundheitsvertrag
IGP	Integriertes Gesundheitsprogramm
IWWIT	„Ich weiß, was ich tu“ (Kampagne der Deutschen Aids-Hilfe e.V.)
JVA	Justizvollzugsanstalt
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MSM	Männer, die Sex mit Männern haben
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
STD	<i>Sexually Transmitted Disease</i> (Sexuell übertragbare Erkrankung)
STI	<i>Sexually Transmitted Infection</i> (Sexuell übertragbare Infektion)

7. Erläuterungen

Inzidenz: Angabe über die Häufigkeit eines Ereignisses (z. B. Neuerkrankungen) während eines bestimmten Zeitraums (z. B. innerhalb eines Jahres) in einem bestimmten Gebiet (z. B. Land) oder in einer bestimmten Gruppe (z.B. Frauen)

Multimorbidität: gleichzeitiges Bestehen mehrerer Krankheiten bei einer einzelnen Person

Polytoxikomanie: gleichzeitig oder nacheinander bestehende Abhängigkeit von mehreren Suchtmitteln (z. B. Alkohol, Schlafmittel und Heroin)

Prävalenz: Beschreibung des Krankheitsgeschehens in einer bestimmten Bevölkerung; Zahl der Erkrankten bzw. Häufigkeit eines bestimmten Merkmals im Verhältnis zur Zahl der untersuchten Personen zum Zeitpunkt der Untersuchung

Serodiskordanz: ungleicher Serostatus z. B. zwischen zwei Partnern, von denen einer HIV-positiv und der andere HIV-negativ ist

Setting: Umgebung/Umfeld → **safer setting:** Umfeld, in dem safer sex und/oder safer use praktiziert wird

Substitution: Vergabe von Drogensatzstoffen bei Opiatabhängigkeit

Surveillance: systematische und kontinuierliche Überwachung von Erkrankungen bzw. Todesfällen (vor allem bei Infektionskrankheiten)

Vulnerabilität: Verletzlichkeit, Anfälligkeit