

**Prof. Dr. Rolf Rosenbrock**

## **Entwicklungskonzept**

**für die Prävention von HIV/Aids,  
sexuell übertragbaren Infektionen  
und Hepatitiden in Berlin**

**Oktober 2010**

**Expertise  
erstellt im Auftrag der  
Senatsverwaltung für Gesundheit,  
Umwelt und Verbraucherschutz Berlin**

## Inhaltsverzeichnis

1.	Aufgabenverständnis und Vorgehen	3
2.	Epidemiologie	7
2.1	HIV	7
2.2	STI	9
2.3	Hepatitiden	10
2.4	Fazit	11
3.	Strukturelle Prävention	12
4.	Alte und neue Herausforderungen der HIV-Prävention	18
5.	Befunde und Empfehlungen	23
5.1	Sexual Health Bildung und Drogenprävention	23
5.2	Toleranz, Respekt und Gewaltprävention	27
5.3	Primärprävention für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)	27
5.4	Primärprävention für Migrantinnen und Migranten	37
5.5	Primärprävention für Frauen in der Prostitution (FSW)	41
5.6	Gesundheitsarbeit mit Menschen, die intravenös Drogen gebrauchen	43
5.7	Primärprävention und Betreuung für Menschen im Gefängnis	45
5.8	Sekundärprävention	47
5.9	Tertiärprävention	47
5.10	Fazit	54
6.	Verfahrensvorschlag	56
7.	Liste der interviewten Experten	60
8.	Liste der verwendeten Abkürzungen	61

## 1. Aufgabenverständnis und Vorgehen

Mit dem vorliegenden Papier soll ein Beitrag zur Verbesserung und Effektivierung der Prävention von HIV/Aids, sexuell übertragbaren Infektionen (STI) und Hepatitis-Infektionen in Berlin geleistet werden. Auf Basis vorliegender Dokumente und eigener Erhebungen werden vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Befunde aus dem In- und Ausland Empfehlungen für die Weiterentwicklung der sozialen, strukturell verstandenen Prävention sowie der Schnittstellen zu anderen Versorgungssystemen entwickelt. Die Empfehlungen richten sich sowohl an die im Rahmen des bis zum 31. 12. 2010 laufenden Integrierten Gesundheitsvertrages (IGV) geförderten Projekte als auch an die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (SenGUV) und andere beteiligte Senatsverwaltungen. Für die Umsetzung der Empfehlungen wird ein strukturiertes Verfahren empfohlen. Im Ergebnis sollen damit die eingesetzten Fördermittel effizienter eingesetzt und ein Beitrag zur Verwaltungsmodernisierung geleistet werden.

Mit der Annahme des Antrages der Fraktion der SPD und der Linksfraktion im Abgeordnetenhaus von Berlin vom 19. 11. 2008 ‚Anstieg der HIV-Neuinfektionen und sexuell übertragbaren Krankheiten stoppen – gezielt in Prävention investieren‘ (DS 16/1930) wurde der Senat beauftragt, ein ‚Rahmenkonzept für die HIV/Aids-Prävention‘ vorzulegen.

Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (im Folgenden SenGUV) hat diesem Auftrag entsprochen mit dem

- ‚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‘) vom Oktober 2010 entsprochen (im Folgenden: Rahmenkonzept SenGUV).

Dabei konnte sich SenGUV neben ihren eigenen Erfahrungen v. a. auf zwei Expertisen stützen:

- ‚Das Handlungsfeld ‚HIV/Aids, sexuell übertragbare Erkrankungen und Hepatitiden‘ in Berlin‘, Beschreibung von Zielen, Zielgruppen und Maßnahmen, erstellt von delphi Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung im Auftrag des Deutschen PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverbandes, Landesverband Berlin, September 2009 (im Folgenden: delphi-Papier),

- „Abschlussbericht ‚Evaluation der Projekte im Handlungsfeld HIV/Aids, sexuell übertragbare Erkrankungen und Hepatitiden des Integrierten Gesundheitsvertrages (IGV) des Landes Berlin“ von FOGS, Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich, Köln. Juni 2008 (im Folgenden: FOGS-Papier).

Das vorliegende Papier baut auf diesen Arbeiten auf und versteht sich als Präzisierung und Weiterführung des Rahmenkonzepts SenGUV sowie als Beitrag zur Operationalisierung der Ziele. Im Hinblick auf Aufgaben, Leistungen, Strukturen, Finanzierung und Steuerung der freien Träger im Untersuchungsbereich wird insbesondere auf das FOGS-Papier, im Hinblick auf die Einzelziele<sup>1</sup> im Handlungsfeld auf das delphi-Papier verwiesen, das auch in das Rahmenkonzept SenGUV Eingang gefunden hat.

Ausgangspunkt des vorliegenden Papiers ist insbesondere Kap. 4.2 (Zielgruppenspezifische Handlungsansätze) des Rahmenkonzepts SenGUV, in dem Stand und Perspektiven der Prävention für die – in ihrer Summe und in ihrer Priorisierung unstrittigen – Zielgruppen der Prävention aus Sicht von SenGUV dargestellt werden. Der dortigen Gliederung wird gefolgt.

Zu Evaluierung, Weiterentwicklung und Operationalisierung der in Kap. 4.2 (Zielgruppenspezifische Handlungsansätze) des Rahmenkonzepts SenGUV getroffenen Aussagen wurden mit ca. 25 Repräsentanten der bis zum 31. 12. 2010 im Integrierten Gesundheitsvertrag (IGV) geförderten Freien Träger sowie ausgewählten Experten des damit definierten Handlungs- und Politikfeldes ausführliche Interviews (zwischen 90 und 210 Minuten Dauer, zum Teil mit telefonischen Rückfragen) geführt, zum Teil mehrfach (Liste siehe Anhang). Ausgewertet wurden auch dabei übergebene vertiefende Unterlagen zu Leistungen, Strukturen und Qualitätssicherung sowie die Netzauftritte der Institutionen. Damit wurde versucht, die Sicht der Akteure auf Probleme und Lösungsmöglichkeiten einzufangen und mit eigenen und internationalen Erfahrungen abzugleichen. Allen InterviewpartnerInnen, die dem Anliegen dieser Expertise sämtlich mit großer Offenheit und konstruktivem Engagement begegnet sind, sei an dieser Stelle ausdrücklich gedankt. Die überwiegend ‚vor Ort‘ geführten Interviews haben dem Autor ein durchweg positiv beeindruckendes Bild eines

---

<sup>1</sup> Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht wirft die Gliederung des Zielsystems im delphi-Papier in acht Oberziele eine Reihe kritischer Fragen auf. Da jedoch die Summe der 32 Unterziele sowie die ihnen zugeordneten Maßnahmen das Handlungsfeld insgesamt gut abdecken, wird auf eine eigene Zielentwicklung an dieser Stelle verzichtet. Hinzugefügt wurde ‚lediglich‘ das Ziel ‚Verankerung von Sexual Health Erziehung im Schulunterricht‘, da dies als notwendige Voraussetzung der Zielerreichung in anderen zentralen Zielbereichen gesehen wird (und nicht zum Gegenstandsbereich des delphi-Papiers gehörte). Im Übrigen folgen die Erörterungen in diesem Papier nicht der Reihenfolge des Zielsystems im delphi-Papier, sondern der Gliederung des Rahmenkonzepts SenGUV, Kapitel 4.2: Zielgruppenspezifische Handlungsansätze.

differenzierten, professionell und engagiert arbeitenden, sowohl untereinander als auch mit der Krankenversorgung, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und anderen Sozialsystemen gut vernetzten Systems der v. a. nicht-medizinischen Gesundheitssicherung vermittelt. Hinsichtlich des Zugangs, der Klientenorientierung, der Integration und der Qualität der Leistungen braucht es den Vergleich mit den Leistungen des medizinischen Systems nicht zu scheuen. Dieser Befund gilt trotz der auch festgestellten Fragmentierungen, Lücken, Doppelbearbeitungen, der Defizite der Koordination und Qualitätssicherung sowie des zum Teil extremen Ressourcenmangels. Sollten bei diesen Interviews Missverständnisse entstanden sein, gehen diese selbstverständlich zu Lasten des Autors.

Anregungen sowohl zu den Interviewthemen und –fragen als auch zu den Interviews stammten dabei nicht nur aus den ca. 25-jährigen Forschungen und Erfahrungen des Autors zur Aids-Prävention und Aids-Politik sowie einschlägigen Forschungsbefunden aus der von ihm geleiteten Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) sondern auch aus aktuellen Politik-Dokumenten anderer Länder mit ähnlichem Problemhintergrund, v. a.:

- Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports (ed.): France Lert, Gilles Pialoux: HIV and STI Prevention and Risk Reduction among high-risk populations. Report and Recommendations about new preventive methods for HIV and STI. Mission for the French Ministry of Health, 25 September to 20 November 2009
- Syntagma Politikanalyse, Evaluation und Beratung (CH): Beurteilung der Schweizer HIV-Politik durch ein internationales Expertenpanel (Rolf Rosenbrock, Calle Almedal, Jonathan Elford, Daniel Kübler, France Lert, Srdan Matic, unter Mitarbeit von Larissa Plüss, Kathrin Frey und Axel J. Schmidt). Studie zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit, September 2009
- Making it Count: A Collaborative Planning Framework to Minimise the Incidence of HIV Infection during Sex between Men. Sigma Research, London, October 2010

Im Hinblick auf die Konzeptbildung für sexual health wurde v. a. herangezogen:

- Bundesamt für Gesundheit, Sektion Aids (CH): Vision sexuelle und reproduktive Gesundheit 2010, Bern, Oktober 2006.

Für die Primärprävention mit MigrantInnen erwies sich als besonders ergiebig:

- Sigma Research, African HIV Policy Network, NAHIP (UK): The Knowledge, the Will and the Power. A Plan for Action to meet the HIV prevention needs of Africans living in England, London, March 2008

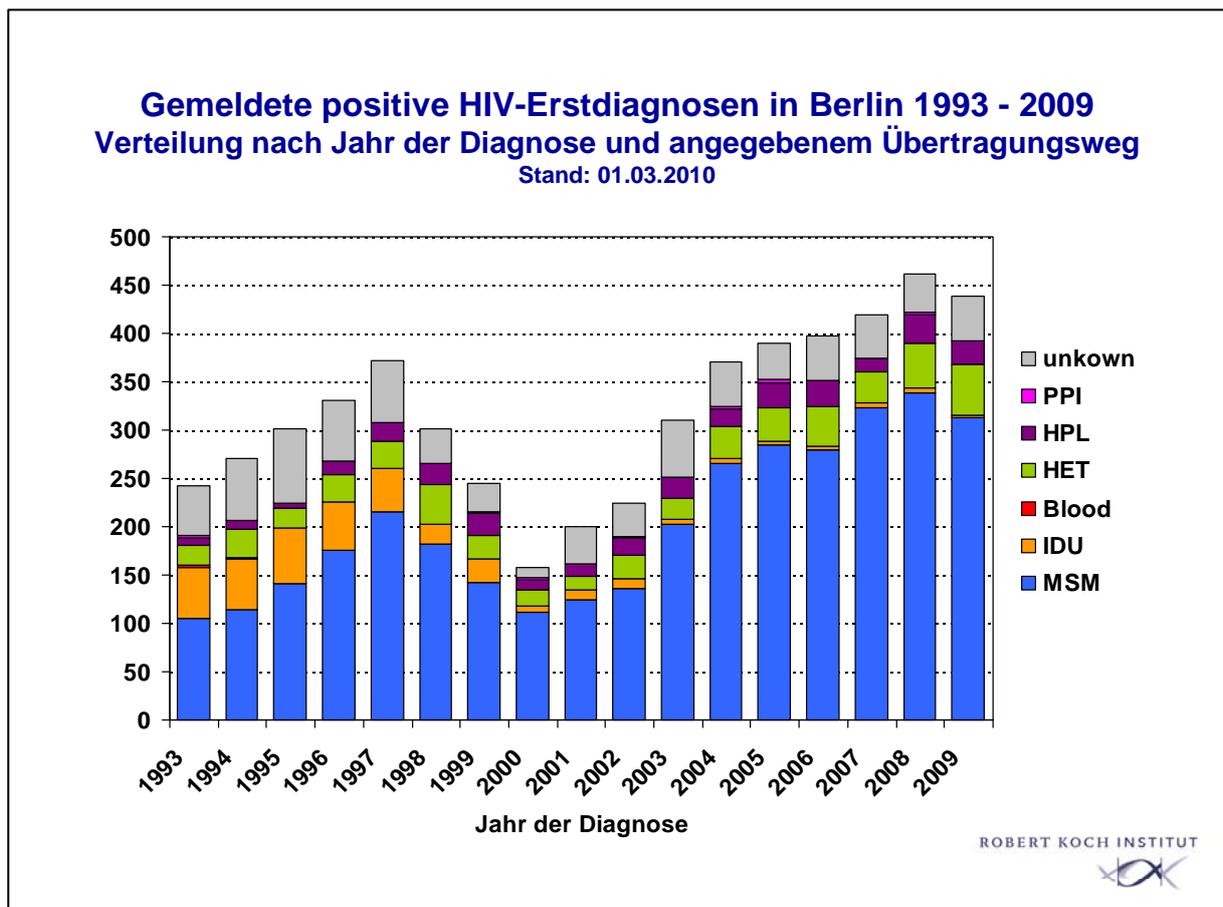
Im Folgenden wird noch einmal sehr kurz und unter ausdrücklicher Bezugnahme auf die Ausführungen des Rahmenplans SenGUV auf die epidemiologische Lage im Hinblick auf HIV, STI und Hepatitis C in Berlin eingegangen (2.). Es folgt eine Skizze zur Entstehung und Logik der ‚strukturellen Prävention‘ als von allen Akteuren geteilte Handlungsgrundlage (3). Im Kapitel 4. werden – alte und neue – Herausforderungen benannt, die im Rahmen dieses Modells in Berlin zu bewältigen sind. Im Kapitel 5 finden sich dann – gegliedert nach den einzelnen Zielgruppen – Untersuchungsbefunde und Empfehlungen zur Weiterentwicklung sowie – in Kap. 6 – ein Verfahrensvorschlag zur – gemeinsam mit den Akteuren zu leistenden – Diskussion, Konsentierung und Realisierung von Entwicklungszielen.

## 2. Epidemiologie

### 2.1 HIV

Abb. 1 zeigt die Entwicklung der gemeldeten positiven HIV-Diagnosen im Zeitverlauf sowie nach Gruppen getrennt nach den Daten des RKI.

**Abb. 1: Gemeldete positive HIV-Erstdiagnosen in Berlin 1993-2009**



(Robert-Koch-Institut 2010)

Es muss darauf hingewiesen werden, dass diese Daten stets ein nur ungefähres Bild vermitteln können. Zum einen gibt es – vor allem in zurückliegenden Jahren – Probleme der Doppelmeldungen, deren korrekte Eliminierung nicht immer möglich war bzw. ist. Den Anstieg zwischen den Jahren 2001 und 2004 z. B. erklären Experten mindestens zum Teil mit Umstellungen des Meldeverfahrens. Andererseits gab es in diesen Jahren (vor Aufnahme der Arbeit durch ManCheck) auch keine organisierte Vor-Ort-Prävention in der MSM-Szene in Berlin. Auch dies kann die Entwicklung beeinflusst haben. Zudem geben diese Zahlen nicht das Infektions-, sondern das Diagnosegeschehen wieder: Eine Steigerung der (in Deutschland ohnehin hohen) Testbereitschaft kann ebenso zu Erhöhung der Werte führen

wie ein Anstieg der Neuinfektionen. Die Unterschiede in den Neudiagnosen bei MSM zwischen 2005 (284) und 2009 (315) könnten durchaus das – gesundheitspolitisch erwünschte – Ergebnis der verstärkten Testkampagnen für MSM in den letzten Jahren sein. Eine steigende Anzahl von Neuinfektionen lässt zudem nicht zwingend auf nachlassendes Schutzverhalten schließen: Bei Vorliegen einer STI erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung um den Faktor 2-5 (s. u. 2.1).

Die Anzahl der Neudiagnosen bei Drogenbenutzern (IDU) ist seit ca. 10 Jahren im Trend stark rückläufig (im Jahr 2009 vier HIV-Neudiagnosen in dieser Gruppe). Ebenso spielen Infektionen im medizinischen Bereich (im Umkreis der Geburt (PPI) sowie über Blut- und Blutprodukte (Blood)) epidemiologisch praktisch keine Rolle mehr. Welchen Anteil kommerzielle Sexarbeit (FSW) an den in der Tendenz eher steigenden Infektionen bei heterosexuellen Menschen hat, kann nicht ermittelt werden. Die ermittelten Infektionen aus Hochprävalenz-Ländern (Subsahara-Afrika, Karibik, einige südostasiatische Länder) sind im Trend relativ stabil. Nach Expertenansicht hat sich ein großer, wahrscheinlich der größere Teil der in diesen Gruppen festgestellten Infektionen vor der Einreise nach Deutschland ereignet.

Insgesamt also zeigt sich für Berlin das Bild einer HIV-Epidemie unter Kontrolle mit den stabil weitaus höchsten Anteilen bei MSM – und damit die gleiche Herausforderung, vor der alle vergleichbaren europäischen Metropolen (Paris, London, Amsterdam, Madrid, Barcelona etc.) stehen. Beunruhigend erscheint gegenwärtig nicht primär der Trend, sondern das Niveau: Da deutlich mehr als die Hälfte der HIV-infizierten Menschen unter antiretroviraler Therapie (ART) stehen, durch die bekanntlich die Übertragungswahrscheinlichkeit (Risikoladung pro Risikosituation) erheblich sinkt, sollte die Anzahl der Neuinfektionen ‚eigentlich‘ eher sinken. Die Wirkung dieses Faktors wird allerdings durch den enormen Erfolg von ART auch wieder eingeschränkt: Mit der Zunahme der gewonnenen Lebensjahre steigt auch die Anzahl der (potenziellen) Risikosituationen. Die befragten Experten sehen dabei den unter Nutzung aller auch in diesem Bericht empfohlenen Maßnahmen der Primärprävention zu erzielenden Ertrag als begrenzt ein, die meisten der spontan abgefragten Schätzungen („best guess“) liegen bei einem Potenzial von ca. 20% Senkung der Anzahl der Neu-Infektionen. Die Mehrzahl der befragten Experten würde aber andererseits beim Ausbleiben von Verbesserungen oder gar einem Fortfall der Präventionsanstrengungen eine erhebliche Steigerung der Neuinfektionen, zum Teil auf ein Mehrfaches der heutigen Werte befürchten.

## 2.2 STI

**Abb. 2: Anzahl der gemeldeten Syphilis-Fälle in Berlin**

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: 01.07.10, entnommen aus: Rahmenkonzept SenGUV, September 2010)

Ähnlich wie bei den Zahlen zur HIV-Infektion unterliegen auch die Angaben zur Epidemiologie der Syphilis einigen, nur schwer quantifizierbaren Möglichkeiten der Ungenauigkeit der Erfassung und Meldung. Gleichwohl ist ein Trend erkennbar: seit Beginn des Jahrzehnts steigen die Zahlen zunächst relativ steil an, sinken seit ca. 2004 und zeigen im Jahr 2008 einen nicht sicher zu interpretierenden Peak, bevor sich im Jahr 2009 der Abwärtstrend fortzusetzen scheint. Der Anstieg erklärt sich in der Hauptsache durch einen Anstieg der Anzahl und des Anteils der Fälle, bei denen Sex zwischen Männern als wahrscheinlicher Ansteckungsweg angegeben wird. Da Syphilis auch bei Oralverkehr und selbst bei nicht penetrierendem Geschlechtsverkehr (und also auch bei Kondombenutzung) übertragen werden kann, bieten die Zahlen keinen Beleg für ein Nachlassen des Schutzverhaltens. Wahrscheinlich aber spiegelt sich im (Wieder-)Anstieg der Inzidenz seit den 90er Jahren speziell bei MSM das Nachlassen des Aids-Schocks in dieser Gruppe, der jahrelang zu einer insgesamt zu beobachteten Reduktion sexueller Aktivitäten und Partnerzahlen geführt hatte (,Normalisierung'). Bis in die 80er Jahre hatten Mediziner, die mit der Lebensweise von MSM vertraut sind, in dieser Gruppe für mindestens jährliche Tests auf Syphilis und andere STI aufgerufen (u. a. mit einer sporadisch in der Szene verteilten Broschüre ,Sumpffieber'), bevor die HIV-Epidemie das gesamte Feld überlagerte. Das Vorliegen einer Syphilis oder auch anderer STI erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass in einer Risikosituation HIV übertragen wird. Infiziert sich ein unbehandelter HIV-Infizierter mit einer STI, steigt die Viruslast sowohl im Blut als auch in den genitalen Sekreten, wodurch sich die Wahrscheinlichkeit einer Weitergabe von HIV erhöht. HIV-infizierte Menschen unter ART, die sich (zusätzlich) mit anderen sexuell übertragbaren Erregern infizieren, müssen mit einem schwer berechenbaren, oft schwereren, dramatischeren und schwieriger zu therapierenden Verlauf rechnen. Ob davon auch die Wirksamkeit der ART betroffen ist, ist unklar.

Aufgrund dieser Interferenzen zwischen HIV-Infektionen und STI kann HIV-Prävention heute nicht mehr ohne gleichzeitige Bemühungen um eine Reduktion aller sexuell übertragbaren Infektionen verantwortet werden.

### 2.3 Hepatitiden

Während gegen Hepatitis A und B in den meisten Fällen wirksam geimpft werden kann (und dies deshalb auch für alle Gruppen mit erhöhtem HIV- und STI-Risiko propagiert werden sollte), besteht eine solche Möglichkeit für Hepatitis C nicht. Hepatitis C wird durch Blut übertragen. Die Therapiemöglichkeiten haben sich in den letzten Jahren verbessert, schlagen aber nur bei einem Teil der Betroffenen an.

**Abb. 3: Anzahl der gemeldeten Hepatitis C Fälle in Berlin**

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: 01.07.10, entnommen aus: Rahmenkonzept SenGUV, September 2010)

Auch hier kann die Anzahl der Meldungen nur als ungefähres Bild des Infektionsgeschehens gewertet werden. Wie bei der Syphilis zeigt sich ein steiler Anstieg der Meldungen bis etwa zur Mitte des Jahrzehnt und seither ein leichtes Absinken. Ein großer, wahrscheinlich der überwiegende Teil der Infektionen findet sich in der Gruppe der intravenös Drogen Gebrauchenden (injecting drug users, IDU) . Nach Expertenschätzungen liegt der Anteil der mit Hepatitis C infizierten IDU in Berlin bei 60 und darüber. Das würde bei – ebenfalls geschätzten - ca. 8.000 IDU's in Berlin auf eine beträchtliche Untererfassung hinauslaufen und markiert in jedem Falle ein prioritäres Feld der Prävention. Dabei geht es v. a. um die strikt individuelle Nutzung aller mit dem Drogengebrauch zusammenhängenden oder sonst wie mit Blut in Berührung kommenden (Alltags-)Utensilien in der Gruppe der IDU. Ein deutlich geringerer, aber keineswegs irrelevanter Teil des Anstieges findet nach Expertenmeinung seine Erklärung in einer Zunahme von Hepatitis C unter MSM, namentlich unter HIV-positiven

Männern, deren Suszeptibilität für das Hepatitis-C-Virus durch die HIV-Infektion deutlich heraufgesetzt ist. Nur ein (allerdings relevanter) Teil dieser Übertragungen wäre durch konsequente Kondom-Nutzung bei penetrierendem Sex zwischen HIV-positiven Männern zu verhüten, die aber in vielen sexuellen Netzwerken HIV-positiver Männer – ungeachtet der medizinisch nach wie vor strittigen Hyper- bzw. Superinfektion mit anderen als dem bereits erworbenen HIV-Subtypus – häufig unterbleibt. Weitere Präventionsmöglichkeiten bestehen bei allen Praktiken (v. a. beim Sex und beim Drogengebrauch), bei denen es zu Blutungen und Blutaufnahme kommen kann. Die heute bekannten Infektionswege erklären nach Expertenangaben mehr als 80% der beobachteten Infektionen. Nosokomiale Übertragungen von Hepatitis C spielen gegenüber diesen Transmissionswegen heute eine geringere Rolle.

#### **2.4 Fazit**

Berlin ist – wie alle vergleichbaren europäischen Metropolen – mit einer anhaltend hohen, aber auch nicht als dramatisch zu bezeichnenden – Inzidenz von HIV- Infektionen und STI mit einem deutlichen Schwerpunkt in der Gruppe der MSM konfrontiert. Im internationalen Vergleich weist Deutschland mit die geringste Inzidenz und Prävalenz von HIV und Aids auf. Die Zunahme der Inzidenz von Hepatitis C hat ihren Schwerpunkt vermutlich in der Gruppe der IDU. Durch verstärkte und innovative nicht-medizinische Primärprävention in Verbund mit den gewachsenen Möglichkeiten der medizinischen Primärprävention kann - auch nach Einschätzung der befragten Experten – zumindest eine Dynamisierung dieser Entwicklung verhindert werden, eine moderate Senkung der Inzidenz liegt im Bereich des Möglichen. Die verschiedenen wechselseitigen medizinischen Interferenzen zwischen den Epidemien sowie auch ihre Konzentration auf die bekannten Transmissionswege und Zielgruppen lassen es zwingend erscheinen, die Prävention der HIV- und Hepatitis-Infektionen sowie der STI in integrierter Weise zu betreiben. Dazu bietet das Modell der ‚strukturellen Prävention‘, dem Berlin seit Beginn der HIV-Epidemie folgt, die vergleichsweise besten Voraussetzungen.

### 3. Strukturelle Prävention

Um die Funktionsweise und die Entwicklungsmöglichkeiten der heute im HIV-Bereich tätigen Projekte und Organisationen abzuschätzen und um insbesondere die Frage zu beantworten, ob und wie diese gewachsene Struktur in der Lage ist, auch den neuen Herausforderungen (s. u. 4.) zu begegnen, erscheint es notwendig, zunächst noch einmal die in der Literatur vielfältig beschriebene und analysierte Entstehungsgeschichte und ‚Philosophie‘ dieses Versorgungssystems zu skizzieren.

Das heutige System der nicht-medizinischen Gesundheitssicherung im Bereich HIV hat seine historischen Wurzeln in der Selbsthilfe schwuler Männer<sup>2</sup>, die sich angesichts des Auftauchens von Aids mit einer doppelten Bedrohung konfrontiert sahen: zum einen organisierten sie – lange vor den ersten staatlichen Bemühungen - innerhalb ihrer Community die Kommunikation über das damals unbedingt tödliche HIV-Risiko und definierten pragmatische safer sex-Regeln (geteilte und gleiche Verantwortung aller Beteiligten in jeder Risikosituation; Analverkehr immer mit Kondom, kein Sperma in den Mund). Von vorn herein wurde dabei nicht auf alte Konzepte der edukativen Verhaltensbeeinflussung oder gar Zwang, sondern auf die Förderung der Selbstbestimmung, die Entwicklung von Kommunikationsfähigkeit und Handlungsressourcen sowie die Schaffung von Voraussetzungen für die Nutzung dieser Ressourcen gesetzt, also dem (damals noch neuen) Konzept der Gesundheitsförderung gefolgt (Primärprävention als Gesundheitsförderung und verhältnisgestützte Verhaltensmodifikation).

Zum anderen musste die schwule Community sich gegen Versuche zur Wehr setzen, die Krankheit Aids zum Vorwand massiver Einschränkungen ihrer gerade erst errungenen Bürgerrechte zu nutzen. Den medizinpolitischen Mittelpunkt dieses Konflikts bildeten die Bedingungen der Verwendung des seit 1984 verfügbaren Tests auf HIV-Antikörper. Damit rückte auch die (damals therapeutisch weitgehend folgenlose) Früherkennung (Sekundärprävention) ins Zentrum des Interessenbereichs.

---

<sup>2</sup> Die existenzielle Herausforderung der HIV-Epidemie traf in Deutschland auf eine – im internationalen Vergleich – eher schwache und wenig institutionalisierte Schwulenbewegung. Von den IGV-geförderten Projekten im Bereich ist lediglich die Schwulenberatung (gegründet als Lesben- und Schwulenberatung) älter als die Epidemie. Alle anderen Projekte und Institutionen wurden wegen HIV/Aids gegründet. Die größte Organisation der politischen Interessenvertretung von Lesben und Schwulen, der LSVD (ursprünglich SVD) wurde später gegründet und ist nur marginal im expliziten Aids-Bereich tätig, leistet aber durch seine Anti-Diskriminierungsarbeit ebenso wie die anderen Schwulenorganisationen wichtige Beiträge zur strukturellen Prävention.

Hinzu kam die Aufgabe, Menschen mit HIV, an Aids Erkrankte und Sterbende psychosozial zu unterstützen und innerhalb des Systems der – ambulanten und stationären - Krankenversorgung und Pflege zu begleiten, ihnen oftmals erst den Weg in die – damals noch sehr stark von Vorurteilen und Ängsten durchdrungene – medizinische Versorgung zu öffnen (Tertiärprävention).

Aids-Hilfen, zunächst als Selbsthilfegruppen, später als Selbsthilfe-Organisationen und mittlerweile als ausdifferenziertes Netzwerk von NGO's Partner des Staates und der Krankenversorgung, waren deshalb von Anfang an für Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention zuständig. Zwar implizieren die drei Stufen der Prävention jeweils unterschiedliche Handlungstypen und –strategien und haben sich zum Teil auch institutionell ausdifferenziert (als Beispiel für den großen Abstand der dabei innerhalb des gleichen Ansatzes zu bearbeitenden Handlungsfelder vgl. in Berlin z. B. manCheck und ZiK gGmbH), jedoch wurden von vornherein der unauflösbare innere Zusammenhang und die wechselseitigen Bedingtheiten gesehen und in Strategien und Organisationsformen umgesetzt. Im Verlaufe der wissenschaftlich gestützten Systematisierung der Primärprävention wurde zudem deutlich, dass die – zum Teil bis heute anhaltende – Diskriminierung und Ausgrenzung der hauptsächlich betroffenen Gruppen und ihrer Lebensweisen ein massives psychosoziales Hindernis für präventives Verhalten darstellt, der politische Kampf um Toleranz, Respekt und Gleichberechtigung demnach integraler Teil der auf HIV bezogenen Gesundheitspolitik ist. Diese Einheit der drei Präventionsebenen sowie die Verbindung von unmittelbar HIV-bezogener Arbeit mit den Bemühungen um die Erhaltung und Entwicklung von Toleranz, Respekt und Bürgerrechten bilden das Kernkonzept dessen, was die Deutsche Aids-Hilfe (als Dachverband der heute weit über 100 lokalen und regionalen Aids-Organisationen) seit Ende der 90er Jahre als ‚strukturelle Prävention‘ bezeichnet und betreibt.

Von Beginn der Epidemie an war deutlich, dass neben den MSM auch IDU zu den hauptsächlich betroffenen Gruppen gehören. Da die Fähigkeit dieser Gruppe zu stabiler Selbstorganisation aufgrund ihrer Lebensweise eingeschränkt ist, wurden sie von den ursprünglich auf MSM konzentrierten Aids-Hilfen gewissermaßen ‚adoptiert‘. Mehr aufgrund von Vorurteilen und Ängsten als auf Basis epidemiologischer Daten galten zu Beginn auch die weiblichen Prostituierten (female sex workers, FSW) als hauptsächlich betroffene Gruppe, ihre zum Teil schon vor Aids existierenden Ansätze übergreifender Selbstorganisation (in Berlin v. a. Hydra) gewannen angesichts von HIV zunehmende Bedeutung und kooperierten dann auch enger mit den Aids-Hilfen, zum Teil wurde die Arbeit mit dieser Gruppe auch von Aids-Hilfen aus geleistet. Aus der überwiegend heterosexuellen Welt kamen schließlich noch

die von HIV besonders betroffenen Gruppen von MigrantInnen (v. a. aus dem südlichen Afrika) in den – zunächst nicht formalisierten – Zuständigkeitsbereich der Primärprävention der Aids-Hilfen.

Während es in den ersten Jahren der Epidemie (bis ca. 1990) noch keine im Hinblick auf HIV wirksamen Medikamente gab und sich die Aufgaben der Tertiärprävention v. a. auf den Zugang zur und die menschenwürdige Behandlung in der Krankenversorgung (hieraus entstand in Berlin das bis heute vorbildliche ‚Schöneberger Modell‘) sowie die Schaffung bzw. Unterstützung eigener Pflegedienste ging, entstand mit der Verlängerung der Überlebenszeiten ein größer werdender Bedarf nach sozialen Dienstleistungen (Selbsthilfegruppen für HIV-positive Menschen, Unterstützung beim Zugang zu Sozialsystemen der Regelversorgung, in den Arbeitsmarkt, zu Wohnraum etc.). Für die Projekte im HIV-Bereich ist es eine Daueraufgabe im Rahmen der strukturellen Prävention, diese Dienstleistungen politisch durchzusetzen und ihre NutzerInnen in ihren Bürgerrechten gegen Diskriminierung und Benachteiligung zu schützen bzw. dazu zu befähigen (Empowerment, Gesundheitsförderung). Für die politische Steuerung ist es eine Daueraufgabe, dafür zu sorgen, dass HIV-spezifische Strukturen dort und nur dort erhalten und ausgebaut werden, wo die Integration der Leistungen in das allgemeine (horizontale) Versorgungssystem erhebliche Verschlechterungen im Hinblick auf Zugang (Auffindbarkeit, Barrierefreiheit) und Qualität mit sich bringen würde.

Mit der Etablierung der seither in ihren Grundzügen unveränderten staatlichen Antwort auf Aids in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre wurde dieses System auf neuartige Weise mit staatlichen Institutionen und staatlicher Förderung verbunden. Während die – v. a. massenkommunikative – Aufklärung der ‚Allgemeinbevölkerung‘ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) übertragen wurde, erhielten Aids-Hilfen staatliche Ressourcen für die Erfüllung der Aufgaben der Prävention<sup>3</sup> in den hauptsächlich betroffenen Gruppen. Dahinter stand und steht der bis heute zutreffende Gedanke, dass diese Gruppen auf diesem Wege besser und wirksamer zu erreichen sind als vom Staat, und dass auch die dafür notwendigen Leistungen sich nicht in jedem Falle nach den Regeln staatlichen Handelns erbringen lassen. Zur Finanzierung insbesondere der Deutschen Aids Hilfe durch den Bund traten lokale, regionale und bundeslandspezifische Förderungen.

---

<sup>3</sup> Viele Missverständnisse und Konflikte zwischen Geldgebern und Zuwendungsempfängern lassen sich auf unterschiedliche Konzepte und Vorstellungen von Prävention zurückführen – je nachdem, ob darunter primäre Prävention im Sinne der unmittelbaren Bemühungen um Infektionsverhütung oder strukturelle Prävention im hier skizzierten Zusammenhang verstanden wird. Die Logik des IGV in Berlin vermeidet diesen Konflikt, indem ihm ein wissenschaftlich fundiertes und zwischen den Akteuren konsensfähiges Konzept der strukturellen Prävention zugrunde liegt.

Hierbei wies (das damalige West-)Berlin gegenüber anderen Bundesländern bzw. Städten zwei Besonderheiten auf, die das Tempo und die Richtung der Strukturentwicklung stark beeinflussten: zum einen waren von vornherein die Infektions-, Erkrankungs- und Sterbeziffern in Berlin höher als in jeder anderen deutschen Stadt, und zum anderen hatte sich der Senat von Berlin in den frühen 80er Jahren sowohl konzeptionell als auch materiell als führend bei der Unterstützung und Förderung von Selbsthilfestrukturen gezeigt. Die Entwicklung der Förderung im HIV-Bereich setzte auf dieser Entwicklung auf. Als eine Folge dessen ist die Anzahl der mit staatlichen Mitteln geförderten Aids-Projekte wohl in keiner deutschen Stadt höher als in Berlin.

Im Ergebnis ist als Antwort zunächst der schwulen und dann auch der durch die gemeinsame Betroffenheit verbundenen Communitys und mit Unterstützung staatlicher Stellen und Gelder auf Gemeinde-, Landes und Bundesebene ein vertikales (d.h. auf eine Krankheit spezialisiertes) Versorgungssystem nach dem Kriterium ‚überproportional stark von HIV betroffene Gruppen‘ entstanden. Es ist keine andere Konfiguration vorstellbar, die die übernommenen Aufgaben effektiver bearbeiten könnte, als die Beauftragung und finanzielle Unterstützung jener Organisationen, die aus den Gedanken der Selbsthilfe und der Selbstorganisation zur Bearbeitung dieser Aufgaben aus den betroffenen Gruppen heraus entstanden sind. Freilich führt dies für die politische Steuerung, deren Interesse auf die Erzielung optimaler bedarfsgerechter Leistungen bei sparsamer Mittelbewirtschaftung gerichtet sein muss, zu einigen Problemen, die nicht immer perfekt gelöst, deren mögliche unerwünschte Wirkungen jedoch durch reflektiertes Handeln minimiert werden können:

- Die Logik der strukturellen Prävention schließt es aus, Aufmerksamkeit, Aktivitäten und Ressourcen ausschließlich auf das ‚Risiko HIV‘ zu konzentrieren. Die daraus folgende Integration auch weiterer gesundheitlicher und sozialer Probleme in den Aufgabenbereich der Projekte und Institutionen führt notwendig zu weiteren Ausdifferenzierungen, zum Teil in bereits auch von anderen Programmen, Finanziers und Leistungserbringern bearbeitete Bereiche. Z.B. finden sich im Bereich des IGV daher etliche Ko-Finanzierungen zwischen HIV- und Drogen- sowie den Programmen für Chronisch Erkrankte. In den einzelnen Interventionsbereichen finden sich Überschneidungen, zum Teil auch Kofinanzierungen mit Programmen und Zuständigkeitsbereichen von SenGUV, mit dem ÖGD und anderen Senats-Ressorts (v. a. Schule, Integration, Inneres), und natürlich geht es auch um Schnittstellen mit der Krankenversorgung. Es kann in solchen Strukturen, in denen Institutionen mit sehr unterschiedlichen Wahrnehmungsstrukturen und Handlungslogiken an einem gemeinsamen Problemcluster (gesundheitliche und soziale Probleme der

hauptsächlich von HIV und Aids betroffenen Gruppen') arbeiten, stets zu Doppelstrukturen und Koordinationsproblemen, aber auch zu Versorgungslücken kommen. Zugrunde liegt das politisch zu lösende Problem der Definition und der Gestaltung der Schnittstellen zwischen dem horizontal zur Population gedachten System der Regelversorgung und einem vertikalen System wie der notwendig zielgruppenorientierten und partizipativ gestalteten Gesundheitssicherung im Umkreis von HIV<sup>4</sup>. Da in einer modernen, auf die Verringerung sozial bedingter Ungleichheit bedachten Gesundheitspolitik zielgruppenorientierte, d.h. zunächst einmal vertikale Ansätze zunehmen werden, ist die bedarfsgerechte Steuerung im Bereich des heutigen IGV nicht nur – alles in allem – ein Erfolgsbeispiel für diese Art der Steuerung, sondern auch ein exemplarisches Lern- und Entwicklungsfeld moderner, problemorientierter Gesundheitspolitik

- Die Gefahr von Doppelstrukturen und Koordinationsproblemen besteht nicht nur im Hinblick auf die Umwelten des HIV-bezogenen Versorgungssystems, sondern auch in seinem Innern. Schließlich ist dieses System nicht auf dem Reißbrett entstanden, sondern die Summe zahlreicher Basisinitiativen und Selbsthilfegruppen, die den Anschluss an öffentliche (Teil-)Finanzierung gefunden haben und deren Leistungs- und Strukturentwicklung zunächst der jeweiligen Eigendynamik der Arbeit und der Eigenlogik der Institution folgt. Die Orientierung an gemeinsamen Zielen und die gegebenen Koordinierungsmechanismen (früher im LABAS, bis 31. 12. 2010 beim DPWV) haben trotz unbezweifelbarer Erfolge im Hinblick auf bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung die Entstehung von einzelnen, eher unplausiblen Projektprofilen wie auch das Entstehen wichtiger Versorgungslücken nicht verhindern können (s. u., Kapitel 5). Die politische Herausforderung besteht darin, die Projekte in partnerschaftlicher Partizipation in ein an Leistungen und Versorgungszielen orientiertes Verfahren der Organisationsentwicklung zu führen, ohne ihre Identität zu verletzen.
- Im Zuge der Entwicklung von Selbsthilfeorganisationen zu NGO's in de facto finanzieller Abhängigkeit vom Staat hat sich auch der Charakter der Organisationen selbst verändert. Sie beziehen ihre Problemdefinitionen und Lösungsstrategien nicht

---

<sup>4</sup> Vertikale Systeme wie die HIV-Versorgung werden von der Regelversorgung auch als ‚irgendwie nicht dazu gehörig‘ angesehen. So kann sich der Autor nicht daran erinnern, dass jemals eine (Teil-)Finanzierung der HIV-Prävention und -Selbsthilfe nach dem §20 SGB V diskutiert worden wäre, obgleich hier sehr wohl ein ‚Beitrag zur Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen‘ zu erwarten wäre. Ironischerweise ist die sonst diesbezüglich hoch abstinente PKV – freiwillig, als Teil eines politischen Tauschgeschäfts – mit einer relativ geringen Summe über die BZgA an der Aids-Aufklärung beteiligt

mehr (nur) aus ihrer Bezugs-Community, sondern sie haben sich professionalisiert und in die Logik staatlicher Leistungsanforderungen und Zuwendungsbedingungen hinein gefunden. Zudem können sie im Zuge der Normalisierung auch nicht mehr wie in der Anfangszeit der Epidemie auf großes persönliches Engagement ihrer Bezugsgruppen zurückgreifen (,volunteering'), sondern auf die dafür entwickelten Mechanismen der Gewinnung, Qualifizierung, Führung und Pflege von ,Ehrenamtlern' im Rahmen der Zivilgesellschaft zurückgreifen, insofern sie überhaupt noch mit diesem Potenzial arbeiten (wollen).

## **Fazit**

Das inhaltliche Paradigma der strukturellen Prävention zur Primärprävention und v. a. nicht-medizinischen Versorgung im Bereich HIV/Aids hat sich bewährt und wird weder von den Projekten noch von den Zuwendungsgebern noch von der Wissenschaft in Frage gestellt. Das Gleiche gilt sowohl für die Übertragung der damit verbundenen Aufgaben an Projekte und Institutionen, die aus den hauptsächlich betroffenen Gruppen hervorgegangen sind, als auch für den Grundsatz partizipativer Aushandlung der Weiterentwicklung des Leistungsspektrums, der Akteure sowie ihrer Kooperation. Beide Aspekte sind in der Perspektive auch auf andere Gesundheitsprobleme oder Betroffenenengruppen übertragbar.

Diese Grundstruktur erscheint auch geeignet, bei entsprechender Steuerung nicht nur in der Vergangenheit in Erscheinung getretene Defizite zu mindern, sondern auch neue (s. u. 4.) Herausforderungen zu bewältigen.

Die funktional notwendige Partizipation in einem solchen Verfahren schließt es aus, diese Entwicklung ausschließlich mit dem Instrumentarium des Vertrags- und Zuwendungsrechts, also top-down zu betreiben. Vielmehr sollte der Umstand genutzt werden, dass - wie in den Experteninterviews deutlich geworden ist - auch in den Projekten selbst ein Bewusstsein für die Defizite und Herausforderungen gewachsen ist. Es ist unter diesen Umständen Aufgabe des Staates, die Beteiligten in einen ziel- und ergebnisorientierten Prozess der Leistungs- und Strukturentwicklung zu führen. Dessen Gelingen wird nicht zuletzt davon abhängen, dass die Projekte sicher sein können, dass ihnen durch einen solchen Prozess keine Ressourcen verloren gehen können, Organisationsentwicklung also nicht Vorwand für Mittelkürzung ist. Diese Voraussetzung ist durch die Verpflichtungsermächtigung, die die Summe der bisher über den IGV vorausgabten Mittel für zunächst fünf Jahre festschreibt, gegeben. Der Wechsel in der Programmführung vom DPWV in den Bereich der SenGUV zum 1. 1. 2011 erscheint als günstiger Zeitpunkt, diesen - im Grund seit längerer Zeit fälligen - Prozess einzuleiten.

#### 4. Alte und neue Herausforderungen der HIV-Prävention

Im Folgenden werden alte und neue Herausforderungen der HIV-Prävention nur stichwortartig benannt. Damit soll das Spektrum notwendiger Leistungen skizziert werden. Präzise Operationalisierungen sollen sich aus dem vorgeschlagenen Verfahren (s. u. 6.) ergeben.

- Um auch nur den heutigen Stand an Neuinfektionen zu halten, ist nach übereinstimmender Einschätzung der Experten der dauerhafte und kreative Einsatz von Erinnerungs- und Auffrischungsimpulsen für safer sex und safe use erforderlich.
- Dabei spielen neben den alten (persönliche Kommunikation, print-Medien) v. a. auch neue Medien (Internet inkl. neue Kommunikationsformen wie twitter, facebook) eine bei Weitem noch nicht voll entwickelte Rolle. Da die Reichweite des Internet nicht lokal bzw. regional begrenzt ist, bedarf es einer stärkeren Verknüpfung mit bundesweiten (Kontakt-)Portalen sowie mit nationalen Kampagnen (v. a. mit der MSM-Kampagne der DAH ‚Ich weiß, was ich tu‘ (IWWIT)).
- Die bisherigen Bemühungen und Leistungen haben auch in der Vergangenheit nur eingeschränkt Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status sowie mit Migrationshintergrund erreicht.
- Dabei muss auch der Wandel vom ‚alten‘ zum ‚neuen‘ Aids angemessen berücksichtigt werden:

Die Wandlung der HIV-Infektion von einer tödlichen Bedrohung zu einer unter antiretroviraler Therapie (ART) medizinisch gut zu beherrschenden chronischen Krankheit hat das Präventionsziel von der Verhinderung des Todes zur Erhaltung der Gesundheit verschoben.

- Durch erfolgreiche ART wird die Viruslast (zumindest im Blut) in den meisten Fällen unter die Nachweisgrenze gebracht und kann dort dauerhaft gehalten werden. Das bedeutet eine erhebliche Senkung der Risikoladung je Risikosituation, die die Eidgenössische Kommission zu Aids-Fragen (EKAF, Schweiz) im Jahre 2008 zu ihrem statement veranlasste, nach dem (heterosexuelle) HIV-infizierte unter stabiler und erfolgreicher ART ohne sonstige STI sexuell nicht infektiös sind. Zwar wird dieses Statement unter MSM – wegen Unsicherheiten im Hinblick auf die Virusladung im Sperma, wegen möglicher Unterschiede in der Effektivität der Transmissionswege zwischen Vaginal- und Anal-Verkehr sowie wegen der Interferenzen der HIV-Infektion mit STI und Hepatitis C – (noch) nicht als Signal zur Aufgabe der Kondom-Strategie

verstanden. Im Hinblick auf die Minimierung der Neuinfektionen gilt es aber die durch ART ermöglichte Verringerung des Infektionsrisikos zu nutzen – und das heißt, dafür zu werben, dass möglichst alle HIV-Infizierten mit weniger als 350 Helferzellen pro Milliliter Eingang in die ART-Therapie und kontinuierliche Versorgung erhalten. Da der Anteil der HIV-Infizierten, die später als medizinisch indiziert in die medizinische Therapie (mit ihren primärpräventiven ‚Nebenwirkungen‘) kommen, immer noch hoch ist – die Schätzungen der Experten schwanken bei insgesamt nicht sicherer Studienlage zwischen ca. 15% und ca. 50% ‚late presenters‘ - gewinnt der HIV-Antikörpertest primär medizinisch aber auch primärpräventiv einen neuen Stellenwert. Deshalb rufen auch frühere Test-Skeptiker und –Kritiker (wie der Verfasser) sexuell aktive Menschen (v. a. MSM) seit einiger Zeit zu einem jährlichen HIV-Test sowie weiterhin zum bislang schon propagierten ‚Verlobungstest‘ auf. Die im ‚Schnelltest‘ liegende Möglichkeit, den HIV-Status innerhalb einer Stunde zu erfahren, kann die Testbereitschaft erhöhen und die (in Deutschland vergleichsweise geringe) Quote derer, die sich testen lassen, das Testergebnis aber nicht abfragen, senken. Der (wegen seiner geringeren Spezifität im Falle eines positiven Befundes stets von einem Western Blot zu bestätigende) Schnelltest sollte deshalb Bestandteil von Präventionsstrategien sein.

- Die Zunahme sexuell übertragbarer Infektionen (STI) (sowie ihre wechselseitigen Interferenzen mit HIV) v. a. bei MSM (und ihrer Interferenzen mit HIV) sowie die Zunahme von Hepatitis C-Infektionen v. a. bei IDU und HIV-positiven MSM erfordert die Umstellung und Erweiterung der Präventionsbotschaften über die safer sex- und safe use-Botschaften hinaus (in Hinblick auf Hepatitis C zum Beispiel die strikte Vermeidung von Utensilien und Substanzen, die mit Blut in Berührung gekommen sein können). Eine solche Strategie der Risikoreduktion sollte von der Aufforderung zu einem (mindestens) jährlichen Test auf STI und Hepatitis C begleitet sein.
- Damit verändert sich das Verhältnis zwischen sozialer und medizinischer Prävention. Auch unter der neuen Lage gibt es keinen vernünftigen Grund für eine Rückkehr zu Strategien, in denen die Ermittlung von Infektionsquellen Priorität vor den anderen Zielen der Prävention hat (‚Suchstrategie‘, Old Public Health) Dies wäre der bürgerrechtlich und gesundheitspolitisch falsche Weg. Deshalb geht es darum, die medizinischen Komponenten in das Paradigma der ‚gesellschaftlichen Lernstrategie‘ (New Public Health) zu integrieren.

Durch die Verfügbarkeit von und den Zugang zu ART in der heutigen Qualität soll auch der HIV-Test als Früherkennung propagiert und angeboten werden, für Menschen mit realem Risiko jährlich, ggf. in Kombination mit Untersuchungen auf STI und Hepatitis C. Nach einer Konsensus-Konferenz mit Repräsentanten der stakeholder (HIV-Betroffene, Medizin, Public Health und Ethik unter Teilnahme von Beobachtern von UNAIDS, WHO-Europa sowie der European Centers for Prevention an Disease Control (ECDC)) im Herbst 2009 an der Medizinischen Hochschule Hannover bleiben die Konditionen unverändert: es geht um freiwillige, vertrauliche (auf Wunsch anonyme) Tests auf der Basis von informed consent. Die von den US-amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention (CDC) vorgeschlagene opt-out-Regelung, nach der ein HIV-Test ohne Ankündigung vorgenommen werden kann, wenn der/die Betroffene nicht widerspricht, wird abgelehnt. Da die Vornahme des Tests allein keine nachhaltigen Verhaltensänderungen bewirkt, soll – wo immer möglich – eine ausführliche Prä- und Post-Test-Beratung inkl. Risikoanamnese und Erörterung möglicher Hinderungsgründe für präventives Verhalten angeboten werden. Die DAH hat dazu mit der Zielrichtung der Verbesserung der Primärprävention das Beratungskonzept vom ‚HIV-Test als strukturierter Lernsituation‘ entwickelt. Auch in Zeiten von ART und bei – im Vergleich zu den 80er Jahren – entspannterer Bürgerrechtssituation bleibt ein HIV-Test ein oft dramatisch erlebtes ‚life-event‘. Deshalb muss es für Menschen mit positivem Test sofortigen Zugang zu psychosozialer Unterstützung bei der Bewältigung der Diagnose geben. Für die breitere Annahme des HIV-Tests – der nur Menschen mit realem Risiko angeboten werden sollte – sind die in Berlin gut eingeführten, anonym und ohne sichtbare Zuordnung zu einer ‚Risikogruppe‘ und insbesondere auch von MigrantInnen zu nutzenden vier Zentren für sexuelle Gesundheit bei den Gesundheitsämtern unverzichtbar. Sie erreichen – auch bei nicht professionalisierten Sex-ArbeiterInnen – Menschen, die kein anderes Angebot in Berlin annehmen würden und dort auch gut beraten werden. Die Optimierung der Einbeziehung niedergelassener Ärzte in das Test- und damit Präventionsgeschehen ist Gegenstand einer laufenden Untersuchung der DAH.

- Zu den medizinischen Komponenten der Prävention<sup>5</sup> gehört auch die Möglichkeit der Post-Expositionsprophylaxe (PEP): innerhalb von 48 Stunden nach einer Infektionssituation erhalten HIV-negative Menschen eine ART, die sie dann ca.

---

<sup>5</sup> Genau genommen ist PEP Sekundärprävention ‚auf Verdacht‘.

vier Wochen durchzuhalten haben – einschließlich der oft nicht unerheblichen unerwünschten Wirkungen. Angesichts der Studienlage, die auf einen relativ starken Schutz hindeuten, sollte PEP in die Präventionsstrategie integriert und auch breiter zugänglich gemacht werden. Eine Zunahme von ‚Leichtsinn‘ ist angesichts der Prozedur und ihrer Risiken kaum zu befürchten.

- Zum Teil im Selbstlauf, zum Teil auch infolge dieser Veränderungen haben sich zudem Änderungen im Verhalten der Zielgruppen ergeben, auf welche die Bemühungen der Prävention ebenfalls einzugehen haben: Die ursprünglich simplen Präventionsregeln beim Sex (‚Ficken nur mit Kondom, kein Sperma in den Mund‘) sind zwar in weiten Teilen der Zielgruppen der MSM Konsens und Norm, sie werden aber von differenzierteren, individuellen Strategien der Risikominderung überlagert und zum Teil abgelöst. Dabei gibt es hoch irrtumsanfällige und deshalb hoch riskante Varianten (z. B. ‚sero-guessing‘, Risikoverteilung zwischen ‚aktivem‘ und ‚passivem‘ Partner beim Analverkehr) sowie auch Strategien, die bei entwickelter Kommunikationsfähigkeit beider Partner, eine den Ursprungsregeln von safer sex ähnliche Risikosenkung bewirken können (z. B. ‚sero-sorting‘, ‚negotiated safety‘).
- Hinzu kommen weiter oben bereits angedeutete Veränderungen, die das Verhaltensspektrum der Akteure und Projekte beeinflussen:
  - Durch den gesellschaftlichen Prozess der ‚Normalisierung‘ von Aids ist die ‚Aids-Community‘, die in den 80er Jahren ein großes Reservoir formeller und informeller ‚volunteers‘ bot, weitgehend zerfallen. Gleichzeitig haben sich die Projekte und Institutionen im HIV-Feld von Selbsthilfeorganisationen der betroffenen Gruppen zu professionalisierten Trägern öffentlicher und öffentlich finanzierter Gesundheitssicherung entwickelt, die aber zu ihrer Funktionsfähigkeit nach wie vor auf personelle Verankerung in und auf praktische Unterstützung durch Mitglieder dieser Community angewiesen sind. Dies erfordert eine planvolle Strategie der Gewinnung, Qualifizierung, Führung und Pflege von ‚volunteers‘, um den alten und neuen Herausforderungen begegnen zu können.
  - Im Gegensatz zu den Jahren vor 2000 (breite Einführung von ART) lebt die große Mehrheit der Menschen mit HIV und Aids heute ein Leben, in dessen Mittelpunkt eben nicht mehr die Krankheit steht. Für diese Menschen sind Aids-Hilfen und – Organisationen nicht mehr besonders wichtig. Auf der anderen Seite gibt es eine nicht eben kleine Gruppe von Menschen mit HIV und Aids, bei denen die Infektion

bzw. die daraus folgenden Erkrankungen zu anhaltenden gesundheitlichen und sozialen Notlagen führen. Aids-Organisationen – nicht nur in Berlin – sehen sich deshalb in ihrer täglichen Arbeit zunehmend mit einer Konzentration sozialer Notlagen konfrontiert, während gleichzeitig die Unterstützung durch sozial und materiell handlungsfähigere Mitglieder der Community abnimmt. Diese Entwicklung erhöht den Druck auf Projekte im HIV-Bereich, v. a. im Bereich der tertiären Etage der strukturellen Prävention.

## **Fazit**

An alten und neuen Entwicklungsaufgaben, die von den Akteuren der strukturellen Prävention und der politischen Steuerung angegangen werden sollten, mangelt es nicht. Sie beziehen sich sowohl auf die Erreichung von Zielgruppen mit alten und neuen Medien, auf Veränderungen, die sich aus der Behandelbarkeit der HIV-Infektion ergeben (insbesondere ein neues Verhältnis zwischen sozialer und medizinischer Prävention) sowie auf Veränderungen individueller Präventionsstrategien und Verschiebungen im Handlungsspektrum der Projekte der strukturellen HIV-Prävention.

Dies wird im folgenden Kapitel nach Problemfeldern und Zielgruppen skizzenhaft konkretisiert.

## 5. Befunde und Empfehlungen

### 5.1 *Sexual Health Bildung und Drogenprävention*

Das Ziel der Prävention von Infektionen mit HIV und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen sowie auch des gefährlichen Gebrauchs von Drogen kann mit dem Konzept der ‚Gesundheitskompetenz‘ (‚health literacy‘) umschrieben werden. Grob gesprochen handelt es sich um die Fähigkeit eines Individuums,

- Situationen zu erkennen, in denen eigene Entscheidungen für oder gegen seine Gesundheit zu treffen sind,
- inhaltlich korrekte Entscheidungen zu treffen und
- diese Entscheidungen in Verhalten – sich und der Umwelt gegenüber - umzusetzen und durchzuhalten.

Wesentliche Voraussetzungen für Gesundheitskompetenz sind Selbstwertgefühl, Vertrauen in die Selbstwirksamkeit, die Einbindung in reziproke soziale Netze, Informationszugang sowie die Verfügbarkeit über materielle Ressourcen, die zum Risiko meidenden Verhalten erforderlich sind. Dieser salutogenetische Ansatz (Gesundheitsförderung) ist theoretisch und praktisch älteren, auf die Minderung oder Eliminierung einzelner Risiken durch Information, Erziehung oder Zwangsmittel auf nahezu allen Gebieten der Prävention überlegen und bildet auch die Grundlage der strukturellen Prävention. Im Mittelpunkt aller Bemühungen um Gesundheitsförderung als unspezifische Prävention stehen deshalb Strategien der Befähigung.

Die Grundlagen für Gesundheitskompetenz werden am effektivsten in der Kindheit und frühen Jugend gelegt. Biografisch später einsetzende Interventionen sind meist aufwändiger, erreichen nicht die gesamten Zielgruppen und haben oft hohe Streuverluste. Damit ist das öffentliche Bildungswesen (einschließlich der Vorschulerziehung in KiTas etc.) – neben der Familie – primärer und prioritärer Ort der Prävention und Gesundheitsförderung – auch im Bereich von Sexual Health und der Drogenprävention.

Kompetenzentwicklung braucht mehr als Informationsvermittlung, schließt diese aber ein. Im Drogenbereich geht es dabei um die Unterstützung der Entwicklung der Kinder und Jugendlichen zu selbstbewussten und an für sie positiven Zielen orientierten Persönlichkeiten mit Kenntnissen, Kriterien und Kompetenzen für ein möglichst selbstbestimmtes Leben ohne Drogengefährdung. Im Hinblick auf Sexual Health geht es – so das Konzept ‚Sexual Health‘ des Schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit - unter dem Oberziel des sexuellen Wohlbefindens um die darauf bezogene Bearbeitung der Arbeitsfelder (1) psychosexuelle Entwicklung (einschließlich der Pluralisierung von Lebensstilen und der sexuellen Vielfalt), (2)

Reproduktion sowie (3) Prävention von sexuell übertragbaren Erkrankungen und (4) sexueller Gewalt.

Die geltenden Normen bieten in Berlin einen guten Rahmen für die Bearbeitung der damit verbundenen Aufgaben in der Schule: Bis auf unbedeutende Ausnahmen sind alle Kinder im schulpflichtigen Alter in Berlin ‚Bildungsinländer‘, d.h. sie besuchen die Schule und unterliegen damit den Rechten und Pflichten des Berliner Schulgesetzes (in seiner Neufassung vom 26. 01.2004), den Rahmenplänen und der öffentlichen Aufsicht; dies gilt auch für ‚freie‘ Schulen. Das Berliner Schulgesetz regelt in seinen §§ 1, 2, und 3 eindeutig das Recht auf schulische Bildung im Hinblick auf sexuelle Identität und Sexualerziehung. Die Konkretisierung findet sich im allgemeinen Teil (A V 27) der ‚Rahmenpläne für Unterricht und Erziehung in der Berliner Schule“: Sexualerziehung (Neufassung September 2001).

Im Zuge der Umstellung der Rahmenpläne von Inhaltskatalogen auf Kompetenzdefinitionen sind zahlreiche Unterrichtseinheiten zum Thema Sexual Health und Drogen (in den Fach-Rahmenplänen für Biologie, Deutsch, Gesellschaftswissenschaften/Sozialkunde/Geschichte, Sachkunde, Ethik, Fremdsprachen) nicht mehr Gegenstand der Rahmenpläne. Die Umsetzung der Rahmenpläne im Hinblick auf Sexualität und Drogen hängt nunmehr v. a. von der Motivation und der Qualifikation der LehrerInnen ab.

Diese Kompetenz ist nicht durchgängig gewährleistet, da weder in der ersten noch in der zweiten Phase der Lehrerausbildung eine Auseinandersetzung mit der Sexualpädagogik und der Drogenproblematik sowie den zu ihrer Vermittlung notwendigen Kompetenzen (die immer auch Selbsterfahrung einschließen) erfolgt. Eine solche Ausbildung für alle LehrerInnen oder bestimmte Gruppen von Fachlehrern und ErzieherInnen ist deshalb eine offene Forderung.

Auf Grund einer zeitlichen Häufung von Gewalt gegen Lesben und Schwule beschloss das Abgeordnetenhaus von Berlin im März 2009 den ‚Berliner Aktionsplan gegen Homophobie‘: Dieser beinhaltet in Punkt 1 die Verpflichtung der für die Schulen verantwortlichen Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung, die Praxis fächerübergreifender Unterrichtung des Themas Sexualerziehung zu evaluieren. Die Ergebnisse dieser Evaluation liegen bislang nicht vor. Ihre Ergebnisse sollten Anlass sein, diesen Bereich gründlich zu optimieren. Denn es handelt sich dabei – unter dem Blickwinkel der vorliegenden Expertise - um nichts Geringeres als die einzige bevölkerungsbezogene Grundlage der Prävention von HIV-Infektionen, STI und einem Großteil der Hepatitiden. Besonderes Augenmerk sollte bei der Weiterentwicklung auf Basis der Evaluation auf Schulen in sozial schwierigen Bezirken und Stadtteilen bzw. mit hohen Anteilen von SchülerInnen mit Migrationshintergrund gerichtet sein. Hat es doch die in ihrer Summe so erfolgreiche Aids-Prävention in Deutschland bislang

nicht vermocht, den sozialen Gradienten zu kompensieren: aufgetreten als Krankheit etablierter schwuler Männer in San Francisco steigt sie, wie alle Infektionskrankheiten, auch in den reichen Ländern die soziale Stufenleiter hinunter (global war sie da schon immer), und auch HIV-Neuinfektionen in Deutschland ereignen sich häufiger bei Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status und geringer Bildung. Da liegt es nahe, auf ungehobene Potenziale der Schule zu hoffen.

Auf Basis der gegebenen Informationslage zur Praxis der Sexualpädagogik gibt es auch weder einen Überblick über die reiche Palette von positiven Erfahrungen (z. B. Projektwochen), noch genauere Informationen zu Konflikten und Verweigerung bei der Sexualaufklärung (z. B. in Klassen mit hohem Anteil an MigrantInnen aus der Türkei, arabischen Ländern und auch Russland). Die wenigen Berichte zeigen Probleme v. a. im Umkreis des Verhältnisses zwischen Männern und Frauen (Gleichberechtigung) sowie im Hinblick auf Toleranz mit und – mehr noch - Respekt vor sexueller Vielfalt, insbesondere der Homosexualität. Die Schule hat hier einen unterschiedslosen Erziehungsauftrag gegenüber allen SchülerInnen und darf deshalb kulturell begründeten Widerständen nicht nachgeben.

Aufbauend auf der bereits im Vorschulbereich einsetzenden Unterstützung zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz sollte der Unterricht im Bereich Sexual Health spätestens in der siebten Klasse beginnen – für Mädchen und Jungen getrennt. Als fachlicher Rahmen bietet sich dabei Ethik sicherlich stärker an als z. B. Biologie. Auf die Debatte, ob sich LehrerInnen, die ja immer auch Teil des beurteilenden und selektierenden Systems ‚Schule‘ sind, generell zur Kompetenzvermittlung in derart ‚heiklen‘ Feldern wie sexual health eignen, wird hier nicht eingegangen. Analoges wie zu sexual health gilt auch für die Drogenprävention.

Handlungsbedarf besteht dabei auch im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit außerschulischen Trägern, denn auf diesem Gebiet leisten auch die Berliner Aids-Hilfe (BAH), der LSVD sowie die Zentren für sexuelle Gesundheit an den Gesundheitsämtern Charlottenburg-Wilmersdorf, Kreuzberg-Friedrichshain, Mitte (Außenstelle Schöneberg) und Marzahn-Hellersdorf wichtige, aber unsystematische Beiträge. Schulen können bei den Gesundheitsämtern den Unterrichtsbesuch von ausgebildeten SozialarbeiterInnen anfordern, die – für Jungen und Mädchen getrennt – Unterrichtseinheiten zur psychosexuellen Gesundheit sowie zur HIV/STI-Prävention durchführen. Der Umfang dieser offenbar beliebten Angebote kann die Nachfrage bei Weitem nicht abdecken, es kommt zu Wartezeiten von mehr als einem halben Jahr. Die BAH wird im Durchschnitt pro Woche von zwei Klassen besucht, auch hier besteht mehr Bedarf als die Kapazität hergibt. Außerdem bietet Mann-O-Meter Unterstützung bei Projekten der HIV- und STI-bezogenen peer education an. Zugleich

ist die Nachfrage der Schulen nicht systematisch, sondern hängt von der Motivation, bisherigen Erfahrungen und den Präferenzen der initiiierenden PädagogInnen ab.

Es wird deshalb empfohlen, die Ergebnisse der laufenden Evaluation (s.o.) zum Anlass zu nehmen, in Zusammenarbeit zwischen der Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung, der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, der BAH und VertreterInnen der Praxis aus den Gesundheitsämtern sowie Akteuren aus den anderen genannten Arbeitsfeldern von sexual health mit wissenschaftlicher Unterstützung ein Konzept zu entwickeln, mit dem Kompetenzentwicklung, Information und Erziehung für Sexual Health für alle SchülerInnen in Berlin gewährleistet und in dem die Kooperation zwischen schulischen und außerschulischen Trägern organisatorisch und inhaltlich am Bedarf ausgerichtet werden kann. Angesichts der Zusammensetzung der Schülerschaft kann diese Aufgabe wohl nicht unabhängig von der interkulturellen Öffnung der Schulen (und der entsprechenden Motivation und Qualifikation des Personals) bearbeitet werden.

Die Ergebnisse dieser Arbeit werden dann auch absehbar Konsequenzen in Form konkreter Anforderungen an die Ausbildung von LehrerInnen und ErzieherInnen sowie auch die Gestaltung der Jugendarbeit anderer Träger haben.

In eine sowohl psychosozial wie auch unter Infektionsgesichtspunkten vulnerable Situation geraten (meist junge) Menschen, die entdecken, dass ihre erotischen Bedürfnisse vom heterosexuellen Mainstream abweichen. Für diese Menschen braucht es gut ausgeschilderte und nutzerfreundliche Anlaufstellen für Beratung und Unterstützung, die sie vorurteilsfrei in ihrer Entwicklung unterstützen, sie in die offenen und verdeckten Regeln und Normen der homosexuellen bzw. queeren Lebenswelten einführen und ggf. bei ihren ersten Schritten begleiten. Solche ‚coming-out-Gruppen‘ werden im IGV-Bereich in Berlin sowohl von Mann-O-Meter als auch von der Schwulenberatung sowie von verschiedenen schwulen Initiativen (Sonntagsclub, jugendnetzwerk lambda Berlin Brandenburg u.a.) sowie an manchen Hochschulen vom AStA angeboten. Es besteht kein Überblick, ob dieses Angebot (reine Komm-Strukturen) hinreichend leicht auffindbar ist (zum Beispiel über eine Verweisungsstruktur mit Erziehungsberatungsstellen, pro familia, Psychotherapeuten und MedizinerIn) und in Qualität und Quantität ausreicht. Die Träger von coming-out-Gruppen sollten angeregt werden, in einen Erfahrungsaustausch mit dem Ziel der landesweiten Optimierung dieser wichtigen Angebote einzutreten.

## **5.2 Toleranz, Respekt und Gewaltprävention**

Sozialwissenschaftliche Untersuchungen kommen übereinstimmend zu dem Befund, dass die individuelle Fähigkeit und Motivation zu einem Verhalten, das Infektionsrisiken bei sexuellen Begegnungen meidet, dass also die Entwicklung und Nutzung gesundheitlicher Kompetenz im Hinblick auf sexuelle Gesundheit ganz direkt und mit erheblichem Anteil vom gesellschaftlichen Klima der Toleranz und der Akzeptanz der gelebten Sexualität und der gewählten Lebensweise abhängt. Erlebte Diskriminierung erhöht die Infektionsgefährdung. Besonders relevant ist dies für MSM als einer – trotz kräftiger Verbesserungen in den letzten Jahrzehnten – immer noch (sozial und regional unterschiedlich) diskriminierten und deshalb auch aggressiver Gewalt ausgesetzten Gruppe. Ob und wie die von der Landesregierung geförderten Kampagnen für Vielfalt, Respekt und Solidarität oder auch jährliche Veranstaltungen wie die Respect Gaymes tatsächlich und auf welche Gruppen wirken, ist schwierig zu beurteilen. Festzuhalten ist jedoch, dass die Botschaften, die dadurch vermittelt werden sollen, Bestandteil der strukturellen Prävention sind. Das gilt auch für den Umgang mit verbaler und physischer Gewalt gegen MSM. Hier folgt das bei Mann-O-Meter angesiedelte Anti-Gewalt-Projekt maneo durch die Kombination der Unterstützung der Opfer in guter Zusammenarbeit mit der Berliner Polizei mit massenmedialer Öffentlichkeitsarbeit innerhalb und außerhalb der schwulen Lebenswelten dem richtigen Ansatz.

Empfohlen wird, die Wirkung der laufenden Kampagnen der Landesregierung speziell auf potenziell diskriminierungs- und gewaltbereite Bevölkerungsgruppen zu evaluieren und ggf. neu zu justieren. Es sollte weiter geprüft werden, wie die Bekanntheit und Betroffenennutzung der Anti-Gewalt-Arbeit des Projekts maneo weiter gesteigert und effektiviert werden kann.

## **5.3 Primärprävention für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)**

Die Anzahl der in Berlin lebenden Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) ist unbekannt. Qualifizierte Schätzungen, die auch die seit Jahrzehnten hohe Attraktivität Berlins für diese Gruppe berücksichtigen, liegen zwischen 80.000 und 140.000. Wie viele davon selbst identifiziert schwul leben (,out', ,gay') und wie viele ihrer Lust und Neigung verdeckt und anonym nachgehen (,closeted'), ist ebenfalls unbekannt. Für die HIV/STI-Prävention ist dies auch weniger relevant, da sich die Verteilung des Risikoverhaltens – im Durchschnitt<sup>6</sup> - zwischen diesen beiden Gruppen nach den verfügbaren Daten nicht signifikant unterscheidet.

---

<sup>6</sup> Das schließt nicht aus, dass es bei den ,closeted' MSM z.B. sozial oder ethnisch zu definierende Gruppen mit erhöhtem Risikoverhalten gibt. Darüber gibt es keine verlässlichen Daten.

Die HIV-Prävalenz unter den MSM in Berlin wird auf bis zu 10% - und damit wesentlich höher als im Bundesdurchschnitt - geschätzt.

Berlin ist darüber hinaus das beliebteste Reiseziel in Deutschland für Männer, die Sex mit Männern haben oder suchen. Das liegt neben der schieren, Anonymität versprechenden Größe und den bekannten kulturellen und sonst wie touristischen Attraktionen der Stadt daran, dass die ‚Szene‘ in Berlin größer, offener und differenzierter ist als in jeder anderen deutschen Stadt. Nach einer Übersicht von manCheck finden in Berlin jede Woche ca. 70 Sex-Parties sowie (am Wochenende) größere Sex-Events für MSM statt. Es gibt ca. 120 schwule Bars bzw. Cafés und knapp 50 scene-bekannte Orte sexueller Begegnungen, darunter etliche cruising-areas für outdoor-Sex. Hinzu kommen mehrere Stadtfeste und der große Christopher Street Umzug mit jeweils mehreren hunderttausend (allerdings nur zum Teil MSM-) Teilnehmern.

Der MSM-Tourismus in Berlin ist für die Stadt mittlerweile auch ein wirtschaftlich interessanter Faktor, mit dem auch die Berlin Tourismus Marketing GmbH wirbt. Ob der Slogan ‚schwul-lesbische Hauptstadt Europas‘ zutrifft, wird von Vertretern dieses Segments in London, Paris, Amsterdam und Barcelona zwar eher in Zweifel gezogen; nicht aber, dass Berlin zur kleinen Spitzengruppe dieses Genres auf dem Globus gehört. Genauere Aufschlüsse dürfte eine derzeit laufende, aber noch nicht vorliegende Studie der Berlin Tourismus Marketing GmbH ergeben. Die – politisch und wirtschaftlich gewollte und geförderte – Attraktivität Berlins für MSM aus aller Welt bringt auch die Verpflichtung mit sich, für eine gute Infrastruktur und bedarfsgerechte Leistungen der Prävention von HIV-Infektionen und STI zu sorgen. Deren Sichtbarkeit und Nutzerfreundlichkeit sollte Bestandteil des Images der Stadt sein.

Nach den vorliegenden Untersuchungen gehen ca. 70% der sexuell aktiven MSM kein HIV-Risiko ein, bei 20% kommt es pro Jahr zu maximal zehn Risikosituationen, und 10% haben häufiger ungeschützten Analverkehr mit Partnern, deren Serostatus ihnen unbekannt ist oder vom eigenen abweicht.<sup>7</sup> Mehrheitlich handelt es sich dabei um HIV-positive Männer, die mit anderen HIV-positiven Männern Sex haben. Sie gehen damit zwar (vom hypothetischen Risiko der Infektion mit einem anderen HIV-Typus abgesehen) kein Aids-Risiko ein,

---

<sup>7</sup> Nach derzeitigem Wissen (Jin F et al., AIDS. 2010; 24) liegt die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung bei einem ungeschützten rezeptiven Analverkehr mit Ejakulation bei 1,43% (Konfidenzintervall 0,48 – 2,85%), ohne Ejakulation bei 0,65% (Konfidenzintervall 0,15 – 1,53%). Der insertive Partner hat bei unbeschnittenem Penis ein Risiko von 0,62% (Konfidenzintervall 0,07 – 1,68%), ist der Penis beschnitten, reduziert sich das Risiko auf 0,12% (Konfidenzintervall 0,02 – 0,24%). Durch Kondombenutzung reduziert sich das Risiko für den rezeptiven Partner auf 0,18% (Konfidenzintervall 0,10 – 0,28%), für den insertiven Partner auf 0,04% (Konfidenzintervall 0,01 – 0,11%). Das Risiko der HIV-Übertragung beim Oralverkehr mit Ejakulation in den Mund wird auf 0,04% (Konfidenzintervall 0,01 bis 0,11%) angegeben.

verzichten aber auch auf den (begrenzten) Schutz, den das Kondom auch gegen andere STI und Hepatitis C bietet (s. o. Kapitel 2: Epidemiologie).

Die Bemühungen um Primärprävention unter MSM in Berlin profitieren von den bundesweiten Kampagnen ‚Gib Aids keine Chance‘ der BZgA mit ihren bevölkerungsweiten, jährlich wechselnden Erinnerungsimpulsen über Plakate und (seltener) Radio-, TV- und Kino-Spots sowie Telefon-Hotline und online-Information und -Beratung. Höher für MSM ist die Wirkung der Aktivitäten der vom Bund über die BZgA finanzierten DAH einzuschätzen, die neben bundesweit benutzten Druckschriften (in zahlreichen Sprachen) ebenfalls online-Information und -Beratung anbietet, aktuell vor allem Trägerin der Kampagne „Ich weiß, was ich tu‘ (IWWIT)“ ist. Diese Kampagne ist nach modernen gesundheitswissenschaftlichen Kampagnenkonzepten strukturiert und arbeitet v. a. mit dem Internet. Sie bestärkt risikomeidendes Verhalten und versucht, mit zahlreichen (realen und im chat zu erreichenden) ‚role models‘ verschiedene schwule Lebenswelten anzusprechen. Zudem organisiert und initiiert sie ‚Testwochen‘ in Kooperation mit lokalen Aids-Hilfen. IWWIT ist eine viel versprechende Aktivität, und es wäre sicherlich nützlich auch für Berlin, wenn sie – möglicherweise mit wechselnden Inhalten und Aufmachungen - auf Dauer gestellt werden könnte (die derzeitige Finanzierung endet im Jahr 2011). Bei Neuauflagen könnte die Kritik von Experten aufgegriffen werden, nach der die Sprache durchaus noch expliziter sein sollte und ‚role models‘ noch ‚zu brav‘ sind, um in die Szenen mit dem höchsten Risiko hinein zu wirken. Auch erscheint der Bezug zu STI und Hepatitis C ausbaufähig. Zudem wäre es wünschenswert, wenn die Verbindung zwischen nationaler Kampagne und lokalen Aktivitäten über die heutigen ‚Testwochen‘ hinaus – in gegenseitiger Abstimmung und vorausschauender Planung - gestärkt wird. Kampagnen leben davon, dass sich lokale und bundesweite Aktivitäten erkennbar auf einander beziehen und damit gegenseitig in ihrer Wirkung verstärken.

Unter diesem bundesweiten Dach arbeiten in Berlin zahlreiche Institutionen und Projekte an der HIV- und STI-Prävention für MSM: Online-Beratung gibt es von der BAH und von manCheck (zusammen mit der DAH beim schwulen Portal gayromeo.com). Persönliche bzw. e-mail-Beratungen für MSM bieten BAH, Schwulenberatung, Pluspunkt und Mann-O-Meter an. Info-Material findet sich an allen diesen Stellen und in den meisten Bars und an anderen Szene-Treffpunkten. Den HIV-Test bieten neben niedergelassenen Ärzten und Gesundheitsämtern die BAH und Mann-O-Meter an, zum Teil auch als Schnelltest. Zugehende Präventionsarbeit, also kommunikative Vor-Ort-Arbeit in schwulen Treffpunkten einschließlich der cruising areas und auf schwulen Parties und Straßenfesten wird in Berlin im IGV-Bereich lediglich von manCheck betrieben – mit Professionalität, Engagement und Entwicklungsperspektiven, aber sehr wenig Ressourcen. manCheck kann seinen gut

durchdachten und je nach Zielort bzw. –gruppe differenzierten Dienst in schwulen Treffpunkten, auf MSM-Parties sowie auf Straßenfesten etc. trotz des systematischen Einsatzes von Ehrenamtlichen nicht vollständig leisten. Für die Umsetzung aussichtsreich erscheinender Zusatzprojekte der zugehenden Prävention fehlt erst recht die Kapazität. manCheck betreibt über das von der DAH organisierte Projekt P5 einen regelmäßigen und ertragreichen Erfahrungsaustausch mit den Akteuren der Primärprävention für MSM in vier weiteren deutschen Gay-Metropolen (Frankfurt, Hamburg, Köln, München). Ein Vergleich zwischen der Bevölkerungsanzahl und der Anzahl der schwulen Treffpunkte einerseits und dem für die Primärprävention bei MSM eingesetzten hauptamtlichen Personal ergab für das Jahr 2008, dass Berlin in dieser Hinsicht schlechter ausgestattet ist als alle vier anderen Metropolen. Neben manCheck zeigen auch die ‚Schwestern der Perpetuellen Indulgenz‘, eine ehrenamtliche Basis-Initiative, deren Mitglieder allein durch ihr auffälliges Nonnen-Outfit die Botschaften von fair play und safer sex vermitteln, Szene-Präsenz. manCheck betreibt mit dem online-club ‚Dark Angels‘, dessen Mitglieder ausschließlich Sex-Partner für safer sex suchen, eine weitere Form der szenenahen Prävention, die auch durch (gesponsorte) Events auf sich aufmerksam macht und als viel versprechende Verbindung von ‚real life‘ und ‚online‘ angesehen werden kann. Darüber hinaus hat manCheck mit Betreibern bzw. Wirten schwuler Treffpunkte (45 von ihnen sind im Regenbogenfonds e. V. organisiert) die Initiative safety4free initiiert. Auf Basis eines Vertrages verpflichten sich die Wirte zu Achtsamkeit im Hinblick auf Prävention, zur Schulung des Personals sowie Bereitstellung einer gut auffindbaren Infrastruktur für kostenloses Präventionsmaterial (v. a. Kondome und Gleitcreme, Druckschriften), die von manCheck betreut beliefert wird. Der Initiative sind bislang allerdings die Betreiber von lediglich 18 schwulen Treffpunkten beigetreten. Durch die Medienpartnerschaft mit der (kostenlos angegebenen) Szene-Zeitschrift ‚Siegessäule‘ kann diese Initiative in Zukunft mehr Gewicht gewinnen. Es wird empfohlen, den Wirten, Betreibern bzw. von Veranstaltern auch aus Sicht von SenGUV deutlich zu signalisieren, dass eine aktive Mitarbeit in der Initiative safety4free gesundheitspolitisch geboten ist und politisch erwartet wird.

Trotz dieser Bemühungen werden pro Jahr in Berlin ca. 300 HIV-Infektionen unter MSM neu diagnostiziert. Es ist schwierig, von der Anzahl der Diagnosen auf das reale Infektionsgeschehen zu schließen. Einerseits ist die Testbereitschaft hoch: insgesamt ca. 70% der MSM haben sich mindestens einmal auf HIV testen lassen. Allerdings kommen – nach Einschätzung niedergelassener Ärzte aus HIV-Schwerpunktpraxen in Berlin – nach wie vor 15 – 30% der HIV-Patienten später in die Therapie als medizinisch optimal ist. Meistens fallen dann HIV-Diagnose und Beginn der ART zeitlich zusammen. Das verweist auf die Wahrscheinlichkeit, dass sich tatsächlich mehr als die registrierten ca. 300 Infektionen unter

MSM in Berlin pro Jahr ereignen. Hinzu kommt eine unbekannte, aber nicht gering zu veranschlagende Anzahl von HIV-Infektionen bei MSM-Touristen, die sich zwar in Berlin ereignen, aber am Heimatort der Touristen diagnostiziert werden. Mehr als 70 % der in Berlin neu mit HIV diagnostizierten Männer stammen aus Deutschland, bei weiteren 10% ist das Herkunftsland nicht gemeldet, mehr als 10% stammen aus (ganz überwiegend West-)Europa. Die größte außereuropäische Gruppe sind Männer aus Mittel- und Süd-Amerika mit deutlich weniger als 5% der Neu-Diagnosen. Eine Notwendigkeit, die Primärprävention für MSM nach Herkunftsländern zu differenzieren, besteht damit nicht. Notwendig und (durch die DAH) auch vorhanden ist die Beschickung der Szene mit Informationen in vielen Sprachen (Erinnerungsimpulse, ‚Grundrauschen‘). Bei den Neu-Diagnosen dominieren die Altersgruppen von 25 bis 39 Jahren: die Inzidenz in diesen Gruppen liegt drei- bis sechsmal höher als bei den älteren (50+) sowie den MSM unter 20 Jahren. Dazwischen liegt die Altersgruppe der 40-49jährigen, bis zum Jahr 2008 etwa auf gleicher Höhe wie die 21-25jährigen. Bei dieser letzteren Altersgruppe ist allerdings in den letzten beiden Jahren (Werte für das Jahr 2010 aus dem ersten Halbjahr 2010 extrapoliert) ein Anstieg zu beobachten (von ca. 7 auf ca. 11 Neuinfektionen pro 100.000). Hauptsächlich erklärt sich dieser – für ganz Deutschland gemessene - Zuwachs aus Entwicklungen in Hamburg und Berlin. Er korrespondiert allerdings nicht mit einem vergleichbaren Anstieg der Syphilis-Diagnosen. Von derart kurzfristigen Veränderungen in der Anzahl der Diagnosen (und damit auch des Testverhaltens) auf Trends in der Veränderung des Risikoverhaltens zu schließen, ist immer problematisch. In der Vergangenheit haben sich alle Diagnosen und Prognosen zum Anstieg des Risikoverhaltens insbesondere bei jungen MSM (‚Leichtsinn‘) als nicht oder sehr wenig begründet erwiesen. Trotzdem sollten diese Zahlen Anlass sein, erneut die Eignung der Medien, Botschaften und Aktionsformen für die in das schwule Leben hinein wachsende Generation zu prüfen. Unabhängig von Altersgruppen und sowohl für in Berlin ansässige MSM als auch für MSM Touristen erscheint auch ein anderer, bislang wenig bearbeiteter Schwerpunkt wichtig: die verfügbaren Daten für Berlin machen deutlich, dass es Szenen, Treffpunkte, Sex-Parties und sexuelle Netzwerke von überwiegend HIV-positiven Männern gibt, in bzw. bei denen unsafe sex eher die Regel als die Ausnahme ist. Es wird vermutet (und wird durch anekdotische Evidenz belegt), dass dies bei MSM, die neu auf diese Szenen stoßen, zu Missverständnissen bzw. zur Verdrängung des Risikos führen kann. Diese Gefahr kann durch die relativ starke Drogenaffinität in diesen Szenen steigen. Diesem Missverständnis und dieser Gefahr kann nur durch Benennung des Sachverhalts und Erinnerung an die (auch und besonders) in diesen Szenen wichtigen Präventionsregeln (s. o.) begegnet werden.

Es besteht also zweifelsfrei Handlungsbedarf – sowohl im Hinblick auf ungelöste alte Probleme als auch auf die neuen Herausforderungen (s. o. Kap. 4).

Im Folgenden werden die Leistungen benannt, die aus Sicht des Verfassers zur Bewältigung der alten und neuen Herausforderungen der Primärprävention von Aids, STI und Hepatitiden im Bereich der MSM in Berlin notwendig sind. Eine Zuordnung zu den bestehenden oder neu zu komponierenden Projekten bzw. Akteuren in Berlin ist damit zunächst nicht verbunden. Zuvor sei außerdem noch einmal darauf hingewiesen, dass eine ressourcenorientierte Orientierung in Sexual Health in der Schule (bzw. Integrationskursen, s. u.) und eine gute coming-out-Unterstützung die beste Basis aller im Folgenden genannten Leistungen darstellen. Bereits auf diesen Stufen sollte die Impfung gegen Hepatitis A und B erfolgreich angeregt worden sein.

Die Grundbotschaften der Prävention sollten in der Szene und insbesondere an Orten sexueller Begegnungen in einer lebens- und lustfreundlichen Weise präsent oder zumindest verfügbar sein:

- Bei sexuellen Begegnungen mit dem Partner über den Umgang mit den Risiken reden und sich verständigen („negotiated safety“). Alle Partner einer sexuellen Begegnung tragen die gleiche Verantwortung.
- Nicht auf der Basis von Vermutungen oder Annahmen agieren („Don’t assume nothing!“ ,Sero-guessing“ ist unannehmbar irrtumsanfällig.)
- Die klassischen safer-sex-Regeln (Offene Kommunikation über die Risiken, geteilte und gleiche Verantwortung der Beteiligten, „Ficken nur mit Kondom, kein Sperma in den Mund“) bieten immer noch einen sicheren Schutz gegen HIV und mindert das Risiko einer Infektion mit STI und Hepatitis C. (Sero-positioning bietet keinen akzeptablen Schutz).
- Auch für Sex zwischen HIV-positiven Männern bietet die Einhaltung der safer-sex-Regeln Schutz – vor STI und Hepatitis C.
- Das Risiko einer Infektion mit Hepatitis C wird zusätzlich durch Vermeidung aller Kontakte mit fremdem Blut (Handschuhe und Gleitcreme beim Fisten, Inhalationsgerät beim Koksen) sehr erheblich gesenkt.
- Drogen schränken Kommunikations-, Urteils- und Handlungsfähigkeit ein.
- Für sexuell aktive MSM wird ein jährlicher Test auf HIV, STI und Hepatitis C empfohlen.

Diese Botschaften sind nicht nur als dauernder Erinnerungsimpuls („Grundrauschen“) erforderlich, sondern auch insbesondere für Menschen, die mit der jeweiligen Sex-Szene (z. B. als Newcomer oder Tourist) (noch) nicht vertraut sind. Prävention ist eine

Daueraufgabe – und eine Bringeschuld: Wenn eine maximale Reduktion der Neu-Infektionen angestrebt wird, müssen die Botschaften so nah an die Adressaten heran getragen werden, wie es möglich ist, ohne als lächerlich und peinlich wahrgenommen zu werden (weil Lächerlichkeit und Peinlichkeit die Annahme der Botschaft eher verhindern).

In den letzten Jahren gibt es auch in der internationalen Diskussion eine zunehmende Einigkeit über den Nutzen zugehender Präventionsarbeit. In Berlin wird dies ausschließlich von manCheck betrieben. Die Arbeit erfolgt nach professionellen Kriterien. Die Ansprache in Bars etc. der durch ihr Outfit zu identifizierenden Präventionisten erfolgt situativ sensibel unter Nutzung von Präventionsmaterial (Kondom, Gleitcreme, Karten, Flyer etc.). Ggf. wird sie durch eine nicht störende, aber Aufmerksamkeit herstellende Aktion eingeleitet. Jeweils ca. fünf ausgebildete, ehrenamtliche Präventionisten arbeiten unter Anleitung eines Hauptamtlichen. Die Arbeit erfolgt qualitätsgesichert.

Der richtige Ansatz sozialräumlicher Prävention, wie ihn manCheck (im Erfahrungsaustausch mit den Aids-Hilfen der anderen großen Städte in Deutschland) in Berlin betreibt, stößt derzeit an zwei Grenzen:

- Bislang ist nur eine Minderheit der Wirte bzw. Veranstalter der Selbstverpflichtung safety4free beigetreten. Ordnungsrechtliche Schritte zur Änderung dieses Zustandes würden das Ziel einer engagierten und ergebnisorientierten Kooperation unterminieren und werden nicht empfohlen<sup>8</sup>. Empfohlen wird aber, dass die SenGUV deutlich macht, dass im Interesse der öffentlichen Gesundheit diese Kooperation von den Wirten erwartet wird. Im Selbstverpflichtungsvertrag der Wirte etc. könnten auch unterschiedliche Formen der Kooperation vereinbart werden. Der Normalfall besteht im freien Zugang der Präventionisten und der Verpflichtung der Wirte, die Verfügbarkeit von Präventionsmaterial im Lokal an gut auffindbarer Stelle zu gewährleisten. Für primär auf sexuelle Begegnungen vor Ort angelegte Lokale bzw. Veranstaltungen können die Veranstalter die Prävention auch in Absprache mit manCheck selber regeln. Minimum sollte ein klares Signal am Eingang (Play fair, play safe, ggf. Übergabe von Kondom(en)) sowie barrierefreie Verfügbarkeit geeigneter Materialien unmittelbar an den Orten des Geschehens sein. Blutabnahmen und Tests in der Szene werden nicht empfohlen.
- Die derzeitigen Kapazitäten von manCheck reichen nicht aus, um die gesamte Szene (Bars, Saunen, Sex-Parties, Cruising Areas) zu bearbeiten. Zum Teil beschränkt sie sich darauf, die Lokale regelmäßig mit Präventionsmaterial zu beschicken, auf personalkommunikative Vor-Ort-Arbeit aber zu verzichten. Zahlreiche Sex-Parties bleiben unbearbeitet. Es wird empfohlen, bei der Weiterentwicklung der

---

<sup>8</sup> Ansätze und Überlegungen dazu gibt es aber z.B. in Köln und in der Schweiz.

Präventionsleistungen besonderes Gewicht auf hinreichende Ressourcen und Kapazitäten für die zugehende sozialräumlich organisierte Prävention zu legen.

### **Checkpoints – ein Strukturvorschlag für die Primärprävention mit MSM**

Der sozialräumliche Ansatz der Primärprävention für MSM könnte darüber hinaus auch in einem übergeordneten Sinne realisiert werden: Derzeit werden die Leistungen der primären Prävention in einer eher unübersichtlichen Struktur zu nicht immer leicht ermittelbaren Zeiten an verschiedenen Orten von verschiedenen Trägern – zum Teil mit Doppelbearbeitung, aber auch mit Lücken – erbracht. Unter Bezugnahme auf die positiven Erfahrungen, die in Genf und Zürich mit der Zusammenführung dieser Dienstleistungen unter dem Dach von ‚Checkpoints‘ gesammelt wurden, wird empfohlen, die Möglichkeit einer solchen Lösung auch für Berlin zu prüfen. Checkpoints folgen der ursprünglich in den USA entwickelten Idee der ‚community clinics‘<sup>9</sup>. Es handelt sich um selbstverwaltete und auch in ihrer inneren Funktionsweise partizipativ gestaltete Selbsthilfeeinrichtungen, mit denen eine sozial definierte Gruppe (Community) ihre gesundheitlichen und sozialen Probleme angeht.

Entsprechend der sozialräumlichen Verteilung der Orte für schwule Begegnungen und schwulen Sex sollten für Berlin entsprechend den spontan entstandenen drei Clustern drei Standorte ins Auge gefasst werden: Wilmersdorf/Schöneberg (‚Bermuda-Dreieck‘), Prenzlauer Berg und Kreuzberg-Friedrichshain.

Pluspunkt im Prenzlauer Berg hat für eine solche Einrichtung eine gute Lage (Adresse), jedoch sind die derzeit angemieteten Räume zu klein für den gedachten Zweck. Das Lokal von Mann-O-Meter hingegen wäre hingegen hinreichend groß und liegt auch im bzw. am Zentrum des Geschehens (nach Ansicht einiger Experten jedoch auf der ‚falschen Straßenseite‘). Für Friedrichshain-Kreuzberg müsste ein geeigneter Standort noch identifiziert werden.

In den Checkpoints sollten folgende Dienstleistungen bzw. Funktionen der Prävention ihre logistische Basis haben bzw. angeboten werden: Vor-Ort-Arbeit in der Szene und an Sex-Treffpunkten, (auf Wunsch anonyme) Test- und Testberatungs-Angebote für HIV, STI und Hepatitis C (einschl. Schnelltest auf HIV), aktuelle Informationen über die Szene und Veranstaltungen, Hilfe bei Gewalt, Postexpositionsprophylaxe (PEP), Beratung und Verweisung an andere Hilfs- und Unterstützungssysteme einschl. Sozialarbeit, Psychotherapie und Krankenversorgung. Je nach räumlichen Möglichkeiten und Kombinationsmöglichkeiten mit den Leistungen der Primärprävention könnten dort auch Räume für coming-out-Gruppen sowie für Selbsthilfe-Gruppen HIV-positiver MSM angeboten

---

<sup>9</sup> Die Vokabel ‚clinics‘ legt das Missverständnis einer primär medizinischen Veranstaltung nahe. Ob zu einer solchen ‚clinic‘ auch Medizin gehört, entscheidet sich nach der Bedarfslage.

werden. Die Öffnungszeiten sollten dem Lebensrhythmus der Szene angepasst sein, also insbesondere auch nachts und an Wochenenden. Für die Vornahme von Tests sowie für PEP ist zumindest zeitweise die Mitarbeit von MedizinerInnen in den Check Points erforderlich.

Ein solches Angebot bzw. Programm bzw. Projekt dürfte auch für die und in der Szene relativ schnell populär sein und könnte einen Beitrag zur (Wieder-)Belebung der brüchig gewordenen ‚gay community‘ leisten. Es ist anzunehmen, dass dafür auch ehrenamtliche Mitarbeiter gewonnen werden können. Dies könnte auch die Finanzierung erleichtern.

### **Callboys, Escorts, Stricher**

Die Anzahl der in Berlin tätigen männlichen Prostituierten für MSM (male sex worker, MSW) ist naturgemäß unbekannt. Unterschieden werden zwei Gruppen:

- Escorts bzw. Callboys leben i. d. R. legal in Berlin, sind in die hiesigen Sozialsysteme (Krankenversicherung etc) integriert, haben eine eigene Wohnung und in aller Regel Internet-Zugang, über die sie die Mehrzahl ihrer Kontakte anbahnen. Ihre Anzahl wird auf bis zu 1.500 in Berlin geschätzt. Für viele von ihnen ist die Prostitution Nebenerwerb. Im Rahmen des IGV werden sie vom Projekt querstrich betreut und beraten, einem Projekt im Rahmen von SUB/WAY<sup>10</sup>. Die Arbeit von querstrich wird nach Experteneinschätzung gut angenommen und entspricht mit ihrer Mischung aus professioneller Unterstützung und Beratung, der Vermittlung in andere Sozialsysteme sowie dem Angebot von Selbsthilfegruppen dem Bedarf. Die Gruppe der Escorts bzw. Callboys gilt als safer-sex-bewusst und –orientiert. Das Problem sind eher – wie in der gesamten Prostitution – die Freier.
- Stricher, deren Anzahl saisonal stark schwankt und bis auf 1.000 in Berlin geschätzt wird, sind in der Regel junge Männer aus dem (überwiegend östlichen europäischen) Ausland ohne festen Wohnsitz und ohne soziale Integration in Berlin, die ihre Dienste überwiegend in Bars, Sexkinos und Saunen, seltener auf der Straße anbieten. Sie verfügen meist über keine bis schlechte Sprachkenntnisse, die Grenzen zur Elendsprostitution sind fließend. Die Gruppe der Stricher muss als hoch vulnerabel und aus ökonomischen Gründen anfällig für Freier-Wünsche nach unsafem Sex angesehen werden. Oft scheint die kommerzielle Sex-Arbeit mit anderen ‚Saisontätigkeiten‘ in anderen Ländern (Obsternte etc.) kombiniert zu werden.

---

<sup>10</sup> SUB/WAY ist wiederum Teil des ‚hilfe für jungs e.V.‘. Der Verein betreibt außer SUB/WAY noch die Projekte ‚berliner jungs‘ (Prävention von pädosexuellen Übergriffen auf Jungen) sowie ‚tag und nacht‘ (Einzelfallhilfen und Wohnen für Jungen), die zum Teil aus anderen Senatsverwaltungen und aus Spenden finanziert werden.

Diese Jugendlichen und Männer werden im Rahmen des IGV vom Projekt SUB/WAY betreut. SUB/WAY nutzt die Räume einer ehemaligen Polizeiwache in einem Szenegebiet und kann seinen Klienten dort gegen Selbstkostenentgelt Notschlafplätze, Verpflegung, Gelegenheit zur Körperhygiene und zum Wäschewaschen sowie Freizeitmöglichkeiten (Spiele, Internet-Zugang) bieten. Außerdem werden durch eine Ärztin des Gesundheitsamtes Friedrichshain-Kreuzberg regelmäßige medizinische Sprechstunden (sowohl in den eigenen Räumen als auch im Arztmobil) inkl. Erstbehandlung bei Akutfällen sowie STI-Tests angeboten. Im Zentrum der Präventionsarbeit steht der regelmäßige Besuch bekannter Kontakt-Bars (45 Einsatzstunden pro Woche), wo die Klienten auf Wunsch beraten und mit Präventionsmaterial versorgt werden. Das Angebot wird nach Experteneinschätzung sehr gut angenommen, entspricht dem Bedarf und ist in der Szene durchweg bekannt (oft schon vor der Einreise nach Deutschland). SUB/WAY erreicht mit ca. 6.000 Kontakten pro Jahr ca. 90% seiner Zielgruppe persönlich. Dieser Erfolg verdankt sich auch der personellen Kontinuität der Betreuung, die durch die Vergrößerung und Differenzierung der Klientel immer brüchiger wird. Das von SUB/WAY ausgehende Projekt ‚Sastimos‘ für Romanes aus Rumänien, das nach den Grundsätzen der Selbsthilfe und peer education arbeitet, erhielt im Jahre 2009 den Aids-Bundespräventionspreis der BZgA.

Angesichts der steigenden Anzahl sowohl der Herkunftsländer als auch der Anzahl der Stricher reicht die personelle Kapazität von SUB/WAY nicht aus, um die als notwendig angesehenen Leistungen zu erbringen; es fehlt an Sprachmittlern. Die bisherigen Versuche, die personellen Defizite beim Betrieb der Anlaufstelle auch durch den Einsatz von Zivildienstleistenden zu beheben, stoßen auf das Problem, dass das Tätigkeitsfeld eine lange Einarbeitungszeit verlangt, die den Einsatz von Menschen, die nur sechs Monate zur Verfügung stehen, als wenig lohnenswert erscheinen lässt.

Obwohl erfolgreich mit neuen Medien in der Prävention gearbeitet wird (z. B. kurze Präventionsfilme - bislang auf deutsch, türkisch und rumänisch verfügbar - zum Laden auf das Mobilfon. ‚Handy goes Health‘), fehlt es an einfachen, dem Bildungsstand der Zielgruppe entsprechenden Präventionsmedien.

Das größte Problem im Hinblick auf die HIV-Prävention liegt nach Experteneinschätzung im Fehlen eines Zugang zu ART im Falle einer HIV-Infektion: die meisten Stricher kommen aus neuen EU-Ländern im früheren Südost- und Osteuropa. Damit verfügen sie über die Internationale Krankenversicherungskarte, die ihnen Zugang zu kurzfristiger Akutversorgung, nicht aber zu ART und zur Versorgung chronischer Erkrankungen gewährt. Dies führt zu einer nachvollziehbaren Hemmung,

sich auf HIV oder Hepatitis C testen zu lassen, da eine medizinisch ordnungsgemäße Versorgung dieser Erkrankungen in Deutschland nicht, und auch in ihren Heimatländern oft nicht real verfügbar ist. Nach Angaben der mit SUB/WAY kooperierenden Ärztin aus dem Gesundheitsamt Friedrichshain-Kreuzberg wurden im Jahr 2009 bei ca. 10 Strichern eine HIV-Infektion diagnostiziert. In vielen Einzelfällen konnte SUB/WAY dank ausgezeichneter Vernetzung eines (inzwischen ausgeschiedenen) Mitarbeiters für betroffene Stricher den Weg in die Versorgung im Heimatland bahnen, in anderen Fällen aber nicht. Wegen ihres Rechtsstatus als EU-Bürger werden sie auch von zivilgesellschaftlichen Hilfssystemen (z. B. Malteser Migranten Medizin) nicht akzeptiert, da diese sich als ‚zuständig‘ für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus verstehen und die jahrelange Behandlung mit ART oder von Hepatitis C auch ihre materiellen Möglichkeiten übersteigen würde. Auch bei den – bislang weitgehend ergebnislosen – Beratungen über einen ‚anonymen Krankenschein‘ sowie am ‚Runden Tisch Flüchtlingsmedizin‘ spielt die Versorgungssituation von EU-Bürgern mit chronischen Erkrankungen ohne reale Versorgungsmöglichkeiten in ihren Heimatländern bislang kaum eine Rolle. SUB/WAY legt den Strichern aus diesem Grunde den HIV-Test auch nicht nachdrücklich nahe, mit den entsprechenden Risiken für die Stricher und ihre Freier. Es wird empfohlen, mit Nachdruck und zügig verwaltungsübergreifend und ggf. unter Einbeziehung möglicher weiterer Träger und Institutionen der GKV nach Lösungen dieses Problems innerhalb der Regelversorgung zu suchen. Die jetzige Situation ist weder humanitär noch gesundheitspolitisch akzeptabel.

Es wird weiter empfohlen, die Möglichkeiten intensiverer Präventionsarbeit mit den Freiern der Stricher zu prüfen. Hierbei kann auf Material der DAH zurück gegriffen werde; die Möglichkeiten Berlin-spezifischer und auch sozialräumlicher (Kontakt-Bars und –Orte) sollte geprüft werden.

Es wird weiterhin empfohlen zu prüfen, ob die ärztlichen Sprechstunden bei SUB/WAY nicht als Außenstelle des Gesundheitsamtes betrieben werden können. Die Interventionsmöglichkeiten und die Rechtssicherheit würden sich dadurch verbessern. Ein Vertrauensverlust der Klientel ist nicht zu befürchten, da das Gesundheitsamt in dieser Gruppe einen sehr guten Ruf genießt und auch jetzt schon in die Kooperation mit SUB/WAY einbezogen ist.

#### **5.4 Primärprävention für Migrantinnen und Migranten**

In der Weltstadt Berlin leben Angehörige von mehr als 200 Nationen und ethnischen Gruppen. Die meisten dieser Menschen leben ebenso fern von HIV- und STI-Risiken wie die

heterosexuelle deutsche Allgemeinbevölkerung. Besonderer Präventionsanstrengungen, die über die Vermittlung der Botschaften der BZgA-Kampagne ‚Gib Aids keine Chance‘ hinaus gehen, bedarf es nicht. Neu ankommenden MigrantInnen sollten hingegen die hiesigen Risiken und die Grundlagen der deutschen Aids-Strategie nahe gebracht werden, am besten eingebettet in eine kulturell sensible, aber in den Botschaften eindeutige Einführung in sexual health (wozu auch die Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern, das Gewaltverbot und die sexuelle Vielfalt gehört). Potenziell geeignete, aber weder theoretisch noch praktisch hinreichend erschlossene Settings einer solchen Aufklärung wären Integrationskurse sowie die mehr als 25 Migrationsberatungsstellen der Wohlfahrtsverbände. Es ist nicht bekannt, ob und welche Inhalte von sexual health und HIV/STI-Prävention bei diesen Gelegenheiten vermittelt werden. Wichtige Aufgaben auf diesem Handlungsfeld übernehmen auch die Zentren für sexuelle Gesundheit der Gesundheitsämter.

Nur die wenigsten nach Nationalität oder Ethnie definierten Gruppen in Berlin sind als solche organisiert, am weitesten fortgeschritten scheint dieser Prozess bei Türken und Polen (unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit) – beides Gruppen ohne sonderlich erhöhtes HIV- und STI-Risiko. Im Zuge des Aufbaus und der Ausdifferenzierung solcher Selbstorganisationen bilden sich – so die Hoffnung, Erfahrung und Prognose - dann auch Formen der gruppenspezifischen Sozialberatung heraus, die auch mit Problemen von HIV und STI in Berührung kommen und dann eine wichtige Funktion in der Verweisung an das in diesem Konzept skizzierte Versorgungssystem erhalten.

Die MSM wie auch die IDU aus anderen Ländern sind in aller Regel mit den entsprechenden Szenen in Berlin verbunden und kommen über deren Kanäle mit den vorhandenen Präventions- und Versorgungsangeboten in Kontakt. Die Präventionsbemühungen arbeiten schon heute – noch ausbaufähig – vielsprachig. Einige selbst definiert ethnische bzw. nationale Gruppen haben inzwischen auch eigene Schwulenorganisationen hervorgebracht, z. B. Yachad (als Gruppe für jüdische Schwule, Lesben und Bisexuelle) oder Gay und Lesbians aus der Türkei (GLadT), die größte unter ihnen, die ihren Wirkungskreis inzwischen über die türkische Community hinaus erweitert.

Probleme treten dann auf, wenn in einer national oder ethnisch oder nach einer Herkunftsregion definierten Gruppe gehäuft HIV-Infektionen gefunden werden und diese Gruppe nicht gut in die hiesige Gesellschaft integriert ist. Dies trifft vor allem auf Gruppen aus Hochprävalenzländern (HPL) zu, namentlich aus der weltweit am härtesten von der Epidemie betroffenen Region Subsahara-Afrika (s.o. Bild 1). Experten gehen davon aus, dass die Mehrzahl der Infektionen bei Menschen aus HPL sich vor der Einreise nach Deutschland

ereignet haben. Das aber ändert nichts an der Notwendigkeit verstärkter und gezielter Präventionsanstrengungen. Denn sowohl die sexuellen Netzwerke innerhalb dieser Gruppen, die Gefährdung durch neue Infektionen bei Reisen in die Heimatregion als auch entstehende sexuelle Beziehungen in Berlin bilden ein epidemiologisch relevantes Risiko. Bisherige Erfahrungen haben gezeigt, dass die bloße Vermittlung von Präventionsbotschaften, z. B. durch Aids-Hilfen, wenig Effekt haben. Das hat verschiedene Gründe: Zum einen bilden Menschen aus Subsahara-Afrika nur aus einer eher bornierten Außensicht eine einzige Gruppe: diese Menschen kommen aus verschiedenen Sprach- und Kulturräumen sowie Ländern und definieren sich darüber, nicht über die – von ihnen oft als diskriminierend empfundene - Sammelbezeichnung HPL. Zum zweiten sind HIV und STI für diese Gruppe nur ein Gesundheitsproblem unter vielen, das zudem – insbesondere in besonders hoch betroffenen Teilgruppen - häufig stark tabuisiert wird und dessen Betroffene bei Bekanntwerden mit starker Binnendiskriminierung rechnen müssen. Gesundheitsprobleme stehen – zum Dritten - durchweg nicht oben auf der Agenda: Aufenthaltsstatus, Wohnungs- und Arbeitssuche, ggf. die Organisation von Transferzahlungen, Integrationsprobleme in der eigenen Gruppe sowie die von der Umwelt erfahrene Diskriminierung durch die Konfrontation mit gelebten Vorurteilen im Hinblick auf Kriminalität, Sozialschmarotzertum etc. und mit blankem Rassismus stehen im Vordergrund. In einer dadurch geprägten Sicht auf die Welt werden auch Aids-Hilfen nicht spontan als wichtig oder unterstützend wahrgenommen.

Im Hinblick auf die Primärprävention setzt sich angesichts dieser komplexen Problemlage auch international eine neue Herangehensweise durch: Es geht nicht mehr um das Hineintragen von Präventionsbotschaften von außen, sondern um die Förderung von allgemeiner, sexuelle Gesundheit einschließender Gesundheitskompetenz. Nach diesem Grundgedanken geht es für das Präventionssystem im Kern darum, dass interkulturell geöffnete Initiatoren aus dem Präventionssystem geeignete Mediatoren aus den jeweiligen Gruppen gewinnen und sie für die Gesundheitsarbeit in ihrer Gruppe zu motivieren, zu qualifizieren und auszustatten – sowohl mit kulturell geeignetem Material als ggf. auch mit Geld. Im Hamburg z. B. werden Mediatoren in einem Projekt hauptamtlich bezahlt, in Berlin liegt die Höchstgrenze bei 25 € pro Monat für Fahrtkosten. In vielen Fällen haben Mediatoren eine Gratwanderung zwischen ihrer Gruppe und ihren Partnern im Präventionssystem zu bewältigen, um der Gefahr zu entgehen, als ‚Agenten im fremden Auftrag‘ angesehen zu werden und dadurch mit der Legitimation auch ihre Handlungsgrundlage zu verlieren.

Eine solche Arbeit braucht aus zwei Gründen Geduld: zum einen bedarf es häufig erst langwieriger Vernetzungen und Vertrauen stiftender Vorbereitungen mit Meinungsführern und oft auch religiösen Autoritäten, bis ein Mediator in seiner Gruppe als kompetent für (sexuelle)

Gesundheit angesehen wird und genügend Interesse für ‚sein‘ Thema geweckt hat. Das Zustandekommen einer Veranstaltung z. B. zum Thema ‚Gesundheit von Männern und Frauen‘ muss dann schon als wichtiger Meilenstein des Erfolges angesehen werden. Zum anderen weisen die Zielgruppen keineswegs immer eine Binnenstruktur bzw. Vernetzung auf, an die Gesundheitsthemen ohne weiteres ‚angeschlossen‘ werden könnten. In solchen Fällen muss der Mediator auch noch Funktionen des community building bzw. community organizing übernehmen. Erfordern die Voraussetzungen diesen Weg, ist die Beschränkung auf Gesundheitsthemen nicht mehr plausibel, und was als HIV- und STI-Prävention gedacht war, wird zur Unterstützung der Selbstorganisation von MigrantInnen, und damit Teil einer modernen Integrationspolitik.

Eine solche Arbeit braucht aber nicht nur interkulturelle Öffnung und Geduld, essentiell ist auch ihre strikte Orientierung an gleichberechtigter Zusammenarbeit zwischen den Projektpartnern und am Vorrang der Partizipation von Mediatoren und Zielgruppen als Voraussetzung für letztlich selbstbestimmtes Handeln. Dieser Ansatz hat seinen Ursprung in der Bildungsarbeit in armen Ländern (z. B. Paolo Freire) und wird seit Jahrzehnten in den USA z.B. unter dem Rubrum ‚community based participatory health research‘ (CBPHR) weiterentwickelt. Er ist im westeuropäischen Raum bereits wesentlich weiter verbreitet als in Deutschland. In der Praxis vieler Länder finden sich auch ohne die Anbindung an die Wissenschaft spontane Versuche, nach diesem Grundgedanken vorzugehen – als Antwort der Praxis auf sonstwie nicht lösbare Probleme. Einen Versuch der systematischen Adaptation des internationalen Standes an Gegebenheiten in Deutschland unternimmt gegenwärtig das WZB-Projekt Partizipative Entwicklung der HIV-Prävention mit Migrantinnen und Migranten (PaKoMi), das in Berlin drei Fallstudien in Zusammenarbeit mit der LaBAS-Netzwerkstelle für Prävention mit MigrantInnen durchführt. Einen ähnlichen Ansatz verfolgt auch das von der DAH in Zusammenarbeit mit dem Ethnomedizinischen Zentrum an der Medizinischen Hochschule Hannover – unter anderem in Düsseldorf, München und Berlin - betriebenen Projekt ‚Transkulturelle Aids-Mediatoren mit Migrationshintergrund‘.

Es wird empfohlen, sich bei der Weiterentwicklung der Primärprävention mit MigrantInnen weiterhin auf epidemiologisch auffällige Gruppen der Bevölkerung zu konzentrieren und den Schwerpunkt auf partizipative Ansätze des community building und der Orientierung auf breit verstandene Gesundheitskompetenz zu legen. Die LABAS-Netzwerkstelle versucht mit ihren geringen Mitteln (halbe Stelle) schon heute diesem Weg zu folgen. Dabei wird deutlich, dass der notwendigerweise breite und langfristige Ansatz solcher Projekte regelmäßig sowohl gesundheitspolitische als auch integrationspolitische Anteile bzw. Aspekte hat. Deshalb ist

eine enge Zusammenarbeit mit und zwischen den dafür zuständigen Senatsverwaltungen unerlässlich.

Neben Menschen aus Subsahara-Afrika werden – wenngleich bei weitem nicht so häufig – MigrantInnen aus Mittel- und Südamerika, v. a. aus der Karibik überproportional oft HIV positiv diagnostiziert. Spezifische Präventionsbemühungen für diese – und möglicher Weise neu sichtbar werdende – Zielgruppen sollten ins Auge gefasst werden.

HIV und zum Teil auch STI-spezifisch ist das Problem der Tabuisierung von Aids, v. a. in Form der Binnendiskriminierung von Betroffenen. Es ist deshalb eine eigenständige Aufgabe im Rahmen dieser Arbeit, tatsächlich oder vermeintlich Betroffenen diskret, z. B. über Flyer oder Aufkleber, aber auch im persönlichen Gespräch den individuellen Weg zum Test bzw. zur Unterstützung durch Selbsthilfegruppen (v. a. in der BAH) zu weisen. Die stößt wiederum bei einem Teil dieser Zielgruppe (insbesondere, aber nicht nur bei den ‚sans papiers‘) auf die Problematik eines unsicheren Aufenthaltsstatus, der ihnen in etlichen Fällen auch den Weg in die Krankenversorgung versperrt. Es ist deshalb folgerichtig, wenn die EU-Guidance zum HIV-Test (liegt im Entwurf vor, wird voraussichtlich Anfang Dezember 2010 veröffentlicht) einerseits gezielte Testangebote in überdurchschnittlich betroffenen Gruppen empfiehlt und andererseits (in Anwendung medizinischer Ethik), den Test aber nur beim Zugang zu Krankenversorgung und insbesondere zu ART vertretbar hält. Erfolge der in Berlin an diesem Problem arbeitenden Akteure (Stichworte ‚anonymer Krankenschein‘, Runder Tisch Flüchtlingsmedizin) sind deshalb auch eine unerlässliche Voraussetzung für nachhaltige Erfolge in der Primärprävention.

### **5.5 Primärprävention für Frauen in der Prostitution (FSW)**

In diesem Bereich arbeiten mit IGV- (und anderen) Geldern die vielfältig in ihre jeweiligen Szenen (Sex Work sowie Drogen) und Verbandswelten vernetzten Organisationen Hydra e.V. und das Projekt Olga sowie die Zentren für sexuelle Gesundheit der Gesundheitsämter.

Die Anzahl der Frauen, die in Berlin ‚anschaffen‘ geht, ist unbekannt. Schätzungen liegen zwischen 8.000 und bis zu 10.000. Nach Expertenschätzung haben 70% einen Migrationshintergrund. Beim Zugang dominieren aktuell bulgarische und rumänische FSW, von denen viele schon in ihrer Heimat diese Arbeit ausgeübt haben. Die Fluktuation gerade in dieser Gruppe ist erheblich, beträgt aber wohl jährlich unter 50%. 20% der FSW gelten als drogengefährdet bzw. -abhängig. Ein neu aufgetauchtes Problem scheinen Hepatitis C Infektionen zu sein (z. B. beim gemeinsamen Kokain-Konsum mit dem Freier).

Nach der Auflösung der Sperrbezirke und dem Inkrafttreten des Prostitutionsgesetzes (2002) hat sich die Sexarbeit weiter professionalisiert, was gesundheitspolitisch positiv zu bewerten ist. Die ca. 700 Betriebsstätten (einschl. Wohnungsbordelle) verteilen sich über die ganze Stadt. Zu den allermeisten haben die Mitarbeiterinnen von Hydra Zutritt. Das Verhältnis zwischen den FSW und den BetreiberInnen ist auf Basis gemeinsamer Interessenlagen durchweg kooperativ. Die Bordelle unterliegen außerdem einer relativ dichten Kontrolle durch Polizei, Zoll (v.a. Fahndung wg. Sozialbetrugs) und Steuerfahndung. Hydra möchte jedes Bordell mindestens einmal pro Jahr aufsuchen. Da auch outdoor-Arbeit geleistet wird, reichen die Kapazitäten hierfür nicht aus.

Im Hinblick auf die wenigen unkooperativen Bordelle, die Hydra keinen Zugang gewähren (darunter befindet sich auch ein überdurchschnittlich großer Betrieb in Halensee) werden (wie bei den ‚schwulen Wirten‘, s.o.) keine ordnungsrechtlichen Schritte empfohlen, sondern eher die öffentliche Klarstellung, dass SenGUV die Kooperation der Betriebe erwarten muss und erwartet.

Die sozial unterste Stufe der Sexarbeit von FSW ist der Straßenstrich, der in den letzten Jahren insgesamt abgenommen hat und jetzt auf ca. 250 FSW geschätzt wird, bei Überschneidungen mit der Beschaffungsprostitution.

Motivation und Fertigkeiten in Sachen safer sex bei den FSW werden als nach wie vor hoch eingeschätzt. Probleme liegen regelmäßig auf Seiten der Freier. Diese gelten aber immer schon als sehr schwer zu erreichende Zielgruppe.

Hydra setzt auf Professionalisierung der FSW und leistet Einstiegs-, Berufs- und Ausstiegsberatung, berät – wöchentlich 16 Stunden – zu Gesundheit, Steuern, Krisenbewältigung, Ausländerrecht, zum Teil unterstützt von Sprach-/KulturmittlerInnen. Es gibt eine ‚Gesundheitsmappe‘ (in neun Sprachen) sowie auch CD’s dazu zum Anhören. Zusätzlich werden alle drei Monate workshops zur Professionalisierung, zur Selbstachtsamkeit, zum Grenzsetzen sowie zum sicheren Umgang mit sex toys angeboten. Dieses Angebot ist relativ hochschwierig. Hydra bietet selbst keine Tests auf HIV und andere STI an, verweist aber mit Erfolg an die Gesundheitsämter. Im Hinblick auf die Bordelle wird ein Ansatz der ‚betrieblichen Gesundheitsförderung‘ verfolgt, der auf Kundenfreundlichkeit, Kooperation mit den zuständigen Behörden, Gesundheit inkl. Schutz vor Gewalt, abzielt.

Das größte Problem stellt die Verschärfung der Konkurrenz zwischen den FSW, v. a. auf Grund der Zunahme von FSW aus neuen EU-Ländern in Ost- und Südost-Europa dar. Die Armutsprostitution – mit den ihr eigenen Gefahren der Ausbeutung, der Entstehung

krimineller Strukturen und auch der Zunahme von unsafe sex - nimmt zu. Die früher informell übliche gegenseitige Unterstützung und ‚Schulung‘ der FSW im Hinblick auf Sicherheit und Gesundheit hat stark an Bedeutung verloren. Im Hinblick auf medizinische Therapie bzw. Krankenversorgung bestehen – v. a. im Hinblick auf FSW aus neuen EU-Beitrittsländern – die gleichen Probleme, die weiter oben schon bei den MSW (5.3. im Abschnitt Callboys, Escorts. Stricher) sowie den MigrantInnen (5. 4) skizziert wurden.

Das Unterstützungs- und Beratungsangebot für FSW erscheint – bei insgesamt sehr knappen Kapazitäten – gut entwickelt und ausreichend differenziert, auch die Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern und dem Drogenbereich wird als gut bezeichnet. Insgesamt scheint ein größer werdendes Defizit v. a. im Hinblick auf niedrigschwellige Angebote insbesondere für FSW mit Migrationshintergrund zu bestehen. Es wird empfohlen zu prüfen, ob und wie dieses Defizit unter Rückgriff auf bewährte Interventionsformen wie Kontaktläden etc. angegangen werden kann. Angesichts der stadtweiten Verbreitung der Prostitution sollte nach geeigneten Wegen und Medien der Bekanntmachung der (bestehenden und ggf. neuen) Angebote gesucht werden. Es sollte auch geprüft werden, ob regionale Schwerpunktbildungen wie die verwaltungs- und bereichsübergreifende ‚Fachgruppe Kurfürstenstraße‘ heute noch der Problemlage entsprechen.

## **5.6 Gesundheitsarbeit mit Menschen, die intravenös Drogen gebrauchen**

Nach Expertenangaben leben in Berlin ca. 8.000 Menschen (ca. 30% Frauen, ca. 70% Männer), die sich intravenös Drogen applizieren (injecting drug user, IDU) und als abhängig gelten. Aktuell unklar ist das Ausmaß, in der sich die Drogeninjektion in Gruppen von Migranten aus Osteuropa und unter Aussiedlern verbreitet (hat). Dank der zügigen, auch von der Bundestagsenquete-Kommission zu Aids in ihrem ersten Zwischenbericht 1988 nachdrücklich empfohlene Umstellung der Drogenpolitik in der BRD vom Abstinenz-Gebot auf Strategien der harm reduction konnte die Rate der HIV-Neuinfektionen auf ein niedriges Niveau gebracht werden. Die HIV-Prävalenz unter den IDU in Berlin liegt zwischen 4% und 8%. Im Jahr 2009 wurden bei IDU vier HIV-Infektionen in Berlin neu diagnostiziert. Die HIV-Dunkelziffer in dieser Gruppe gilt als niedrig. Die HIV-Situation bei IDU ist einer der großen Erfolge der strukturellen Prävention und bedarf – wie bei den MSM – beständiger Stabilisierung durch Erinnerung („Grundrauschen“). Zunächst nicht hinreichend beachtet hat sich über den – beim gemeinsamen Drogengebrauch auch ohne ‚Spritzentausch‘ - sehr effizienten Transmissionsweg ‚Blut‘ eine Hepatitis C-Epidemie entwickelt. Experten schätzen die Prävalenz auf bis zu 60% und mehr („die Lage könnte schlimmer fast nicht sein“). Zudem verlieren IDU regelmäßig den Anschluss an Ausbildung, Arbeit und soziale Netze außerhalb ihrer Szene. Sie sind deshalb von sozialer und gesundheitlicher Verelendung sowie von

Straffälligkeit bedroht. Ca. 50% der IDU werden mit Methadon substituiert (relativ mehr Frauen als Männer), nach der Schätzung behandelnder Ärzte haben davon ca. 30% ‚Beikonsum‘ mit Injektionsdrogen. Hinzu kommt starker Alkoholkonsum mit entsprechender Abhängigkeit. Einen scheinbaren Ausweg bietet für ca. 300 Frauen (und weniger, aber unbekannt viele Männer) die Beschaffungsprostitution. Wegen der schärfer werdenden Konkurrenz auf diesem Markt haben sie dort aber oft nur temporäre oder geringe Chancen und sind zudem aus ökonomischen Gründen für Freier-Wünsche nach unsafe sex anfällig.

Der Gruppe der IDU widmet sich das Projekt Fixpunkt, das zum Teil aus dem IGV finanziert wird und seine Arbeit als Entwicklung und Umsetzung innovativer Ideen in der Gesundheitsförderung und Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Qualifizierung für intravenös Drogen Gebrauchende in Berlin versteht. Als Ergänzung zu den Anlaufstellen und Institutionen der Suchthilfe verfolgt Fixpunkt einen maximal niedrigschwelligen Ansatz und gibt (im Rahmen der vom IGV geförderten Arbeit) dem Infektionsschutz Priorität. Fixpunkt ist in der Szene mit streetwork und Fahrzeugen („Mobilix“) präsent. Die Arbeit ist in der Szene bekannt, gut verankert und akzeptiert. Es werden in den Kontaktläden, den beiden mobilen Stationen, den Drogenkonsumräumen sowie durch zugehende Arbeit und mithilfe der Spritzenautomaten auf professionelle Weise notwendige Leistungen der Prävention und Überlebenshilfe erbracht. Fixpunkt ist nach eigener Einschätzung bei 95% der Menschen in den Zielgruppen bekannt. Die Kooperation mit dem ÖGD, der Regelversorgung, der Wohnungs- und Sozialdienste von ZiK sowie anderen Sozialsystemen funktioniert in der Regel gut. Zunächst wird die Lösung von Gesundheits- und Sozialproblemen der Klientel in der bestehenden Regelversorgung gesucht, nachrangig in den Strukturen der Suchthilfe und der HIV-bezogenen Strukturen (z.B. ZiK).

Entwicklungsbedarf zur Effektivierung der Gesundheitsarbeit wird in diesem Bereich v. a. an folgenden Punkten gesehen, deren Bearbeitung empfohlen wird:

- Vorrang hat für Fixpunkt die Hepatitis C-Prävention. Die strikte ‚Individualisierung‘ der Nutzung aller potenziell mit Blut in Berührung kommenden Utensilien (nicht nur beim Drogenkonsum) ist eine große Herausforderung für die Prävention. Sie wird zwar heute bereits durch Arbeit in den Kontaktläden und Konsumräumen sowie auch durch Verteilung von Material und einem Lehrfilm angegangen. Es ist aber keineswegs sicher, ob diese Bemühungen ausreichen, um die weitere Verbreitung dieser unheilbaren und schweren Infektionskrankheit einzudämmen. Über der Hepatitis C-Prävention darf die HIV-Prävention (Drogen und Sex) nicht vernachlässigt werden.
- Im Hinblick auf die Entstehung bzw. Existenz neuer Drogenszenen in Berlin (aus Gruppen der Migranten bzw. Aussiedler) bedarf es neuer - sprachkundiger und für die

Kultur der Herkunftsländer (Drogen- und Infektions-Tabus) sensibler – Kräfte und Zugangswege.

- Die seit 2003 bestehenden Konsumräume stellen einen wesentlichen Bestandteil der Gesundheitsarbeit mit IDU dar. Derzeit betreibt Fixpunkt zwei Konsumräume und ein Konsummobil. Ob diese Kapazität und die Standorte ausreichen bzw. erreichbar sind, müsste geprüft werden. Jährlich werden derzeit ca. 700 ‚Neuverträge‘ mit Nutzern der Konsumräume geschlossen, es besteht Ausweispflicht. Durch deren Aufhebung könnten mehrere hundert zusätzliche Nutzer in dieses auch unter Präventionsgesichtspunkten günstige Setting integriert werden. Würde auch das Verbot für Menschen unter Methadon-Substitution aufgehoben, die Konsumräume zu benutzen, würde also die ohnehin bekannte Tatsache des sehr verbreiteten ‚Beikonsums‘ gewissermaßen ‚legalisiert‘, kämen noch einmal ca. 1.000 Betroffene für dieses Setting infrage. Ein ‚Sogeffekt‘ auf Substituierte, die bislang keinen ‚Beikonsum‘ betreiben, wäre kaum zu befürchten.
- IDU brauchen Treffpunkte, die auch für zugehende präventive Gesundheitsarbeit notwendig sind. Dem steht das Bestreben staatlicher Stellen entgegen, im Interesse der Lebensqualität der anderen Bewohner solcher Orte die Entstehung offener Drogenszenen zu vermeiden. Im Widerstreit zwischen diesen beiden Polen kommt es de facto zu beständigen polizeilichen Bemühungen, die Drogenszene durch ‚Wegdrücken‘ unsichtbar zu halten. Es wäre zu prüfen, ob im Bereich der ohnehin seit Jahren stabilen Schwerpunkte des i.v. Drogenkonsums (z.B. Kottbusser Platz) Treffpunkte gefunden und zugelassen werden können, die nicht im Blickwinkel der Öffentlichkeit liegen und für IDU benutzbar sind.
- Das politische Projekt der Einrichtung von Behandlungsräumen für Schwerstabhängige sollte weiter betrieben werden. Dies würde die Zielgruppe von weiterer Straffälligkeit und völliger Verelendung bewahren, in manchen Fällen sicher auch Resozialisierung ermöglichen.

### **5.7 Primärprävention und Betreuung für Menschen im Gefängnis**

In den Berliner Justizvollzugsanstalten befinden sich mehr als 4.000 Strafgefangene und Untersuchungshäftlinge. Dem Selbstverständnis nach gibt es im Gefängnis keinen Drogenkonsum, aber jeder mit der Sachlage Vertraute innerhalb und außerhalb des Justizvollzuges weiß, dass trotz aller Unterbindungsversuche dort u. a. auch Drogen injiziert werden. Die Prävention der damit verbundenen Risiken der Übertragung von HIV und Hepatitis C stellt die Verwaltung immer wieder vor schwierige Entscheidungen: Soll die Realität anerkannt werden, wie sie ist, oder soll das unerfüllbare Postulat der Drogenfreiheit

zum Maßstab des Handelns genommen werden? Wie hoch ist tatsächlich das zusätzliche Risiko, das von – möglicherweise virusbehafteten - Injektionsspritzen für das Gefängnispersonal und andere Häftlinge ausgehen kann? Nachdem in den ersten Jahren der Aids-Epidemie in zahlreichen Gefängnissen sterile Spritzbestecke – unter unterschiedlichen Konditionen - zugänglich gemacht worden waren (und damit safe use in den Haftanstalten möglich war), ist dies in Berlin gegenwärtig offenbar nur noch im Frauengefängnis Berlin-Lichtenberg der Fall. Es wird empfohlen, erneut zu prüfen, wie effektive Prävention von HIV und Hepatitis C im Justizvollzug möglich gemacht werden kann. Dabei kann auch auf positive internationale Erfahrungen (zum Beispiel in der Schweiz aktuelles Projekt des Bundesamtes für Gesundheit zur Ausweitung der Spritzenvergabe: BIG ‚Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Gefängnis‘) zurückgegriffen werden. Es war und ist gesundheitspolitisch nicht vertretbar, auf wirksame und verfügbare Prävention schwererer chronischer Erkrankungen zu verzichten, ‚weil nicht sein kann, was nicht sein darf‘.

Zu Sex kommt es in Haftanstalten auch zwischen sonst heterosexuellen Männern. Bei ungeschütztem Analverkehr besteht das Risiko der Übertragung von HIV, STI und Hepatitiden. Kondome und Gleitmittel sind deshalb offenbar in allen Justizvollzugsanstalten im Grundsatz verfügbar. Es wird aber von Kennern der Szene berichtet, dass die Zugangsbedingungen (z.B. nur über den Gefängnisarzt, zum Teil nach peinlichen Befragungen, zum Teil nicht ohne Beobachtung von Mitgefangenen) immer noch von zum Teil hohen, die Prävention verhindernden Hürden gekennzeichnet sind. Es wird empfohlen, den Zugang zu Kondomen und Gleitmittel in Gefängnissen möglichst barrierefrei zu gestalten.

Geht man von der Verteilung in der Gesamtbevölkerung aus, dürften sich unter den Gefangenen in Berlin deutlich mehr als 150 Männer befinden, die auch im Leben in Freiheit Sex mit Männern haben. Zu diesem Thema läuft derzeit ein Forschungsvorhaben der DAH in Kooperation mit der Charité. Ca. 50 von ihnen werden von Mann-O-Meter aufgrund von Selbstmeldungen durch Besuche betreut, wofür im Jahr 2009 ca. 130 Arbeitsstunden zur Verfügung standen. Für die oft komplexen Problemlagen dieser Männer (einschließlich zuweilen heftiger und gewalttätiger Diskriminierung in der JVA) reicht diese Kapazität offensichtlich nicht aus. Besuchsdienst in den Jugend-JVA wird nicht angeboten, da dort die mit dem ‚outing‘ verbundenen Diskriminierungs- und Gewaltgefahren für die Betroffenen als zu hoch eingeschätzt werden. Die Besuchskapazität könnte besser genutzt werden, wenn die Koordination mit den anderen, v. a. sozialarbeiterischen Diensten der JVA sowie den dort tätigen freien Trägern (sbh, Freie Hilfe, Stadtmission, carpe diem etc) besser funktionieren und insbesondere ein strukturiertes case management realisiert wäre.

HIV-positive Gefangene (Männer und Frauen) werden von der BAH besucht und betreut, Davon werden offenbar alle Gefangenen erreicht, die dies wünschen. Dabei werden auch Therapieprobleme im Umkreis von ART bearbeitet. Diese Leistung ist notwendig (vgl. unten 5. 9).

### **5.8 Sekundärprävention**

Unter Sekundärprävention wird der Beginn indizierter medizinischer Therapie in dem Zeitraum verstanden, in dem das Individuum noch keine Symptome erlebt, aber schon eindeutige medizinische Befunde zeigt. Das zentrale Instrument hierfür sind Früherkennungsuntersuchungen. Frühbehandlung und damit auch Früherkennung ist angesichts der heute verfügbaren Therapien sowohl für Aids als auch für STI und Hepatitis C indiziert. Es wird deshalb empfohlen, dass sich Menschen mit diesbezüglichen Risiken mindestens einmal jährlich auf diese Krankheiten untersuchen lassen. Verglichen mit Früherkennungsuntersuchungen (Screening) auf andere Krankheiten, bei denen die Teilnahmeraten der Männer – mit großen schichtenspezifischen Unterschieden – bei ca. 20% liegen, ist die Testbereitschaft bei den hauptsächlich betroffenen Gruppen mit über 90% bei IDU und ca. 70% bei MSM sehr hoch, könnte aber wohl noch weiter gesteigert werden. Da die wirksame Behandlung mit ART bei HIV bzw. Antibiotika bei STI auch die Wahrscheinlichkeit der Weitergabe der Infektion senkt bzw. ausschließt, hat Sekundärprävention auch primärpräventive Effekte. Deshalb wurden die anstehenden Fragen zur Früherkennung in diesem Papier bereits in den entsprechenden Abschnitten zur Primärprävention (s.o.) behandelt. Gestaltung, Steuerung und Finanzierung der Krankenversorgung (medizinische Therapie) sind nicht Gegenstand des vorliegenden Konzepts.

### **5.9 Tertiärprävention**

Tertiärprävention zielt darauf ab, medizinische, psychische, berufliche und soziale Folgeschäden einer bereits eingetretenen Erkrankung (Einschränkungen und Funktionsverluste) zu vermeiden, zu verzögern oder zu lindern. Im hier behandelten nicht-medizinischen Bereich sind die wichtigsten Instrumente soziale Unterstützung in Form von Beratung, der Verschaffung von Zugang (ggf. Begleitung) zu anderen Hilssystemen (Geld- und Unterstützungsleistungen nach den Sozialgesetzbüchern einschl. Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Psychotherapie), Unterstützung beim Zugang zu Arbeit und Wohnraum, angeleiteten und Selbsthilfe-Gruppen, psychischer und physischer Aktivierung, Krisenintervention, Unterstützung von Angehörigen, sozialer Vernetzung sowie Hilfen bei der Tages- und Lebensstrukturierung. Mit der Stärkung von Bewältigungsressourcen soll Tertiärprävention zur Eigenständigkeit und Unabhängigkeit und zum Gelingen sozialer

Bezüge beitragen. Nicht-medizinische Leistungen der Tertiärprävention sind sowohl bei einer HIV-Erkrankung als auch bei Drogenproblemen essenziell und spezifisch. Ihre Erbringung im ‚vertikalen System‘ der strukturellen HIV-Prävention ist deshalb zielführend. Die Wirksamkeit ist vielfach belegt, insbesondere bei Menschen aus sozial benachteiligten Gruppen, die zugleich auch häufig höhere individuelle Hürden vor einer Inanspruchnahme zu überwinden haben. Die Benachteiligung kann in materieller Armut, geringer Bildung, unzureichenden Sprachkenntnissen, körperlichen und seelischen Behinderungen, gesellschaftlicher Diskriminierung oder im rechtlichen Status liegen. Zum Teil in Kombination mit solchen Faktoren, zum Teil unabhängig davon können Scham oder die Angst vor Entdeckung (z. B. des HIV-Status, der Homosexualität, des Drogenproblems, der Erkrankung, der Armut) durch die Umwelt die Nutzung von Angeboten der Tertiärprävention behindern. Das Gesamt-Angebot an tertiärpräventiven Leistungen sollte möglichst so gestaltet sein, dass keiner dieser Faktoren die Nutzung dieser Leistungen (Finden, Zugang, Inanspruchnahme) behindert, d.h. maximal niedrige physische und soziale Schwellen. Zugänge zur Tertiärprävention sollten in allen settings auffindbar sein, in denen sich potenzielle Nutzer aufhalten. Das sind häufig dieselben Orte, an denen auch Primärprävention betrieben wird (‚Szene‘), ebenso aber auch Orte der Krankenversorgung (HIV-Schwerpunktpraxen, Krankenhaus).

Dem Grundgedanken der strukturellen Prävention entspricht es, nicht nur den hauptsächlich betroffenen Gruppen, sondern insbesondere auch HIV-infizierten Menschen direkte Partizipation (im Sinne von Entscheidungsteilhabe und Mitwirkung) an der Entwicklung, Durchführung und Qualitätssicherung einzuräumen. Diese Forderung findet sich auch in zahlreichen nationalen und internationalen (EU, WHO, UNAIDS) Konventionen und Deklarationen. Im Kern beruhen darauf gegründete Verfahren auf dem vielfach bewährten Grundgedanken ‚Betroffene zu Beteiligten machen‘ und versuchen, die spezifische Kompetenz unmittelbar Betroffener für die Qualität der strukturellen Prävention nutzbar zu machen. In Berlin gibt es dazu das von der BAH betreute Positive-Plenum, das mindestens einmal pro Jahr zusammentritt und zu aktuellen Fragen des HIV-Geschehens berät und dessen (zwei) SprecherInnen auch in der Satzung der BAH eine starke Stellung eingeräumt wird (z.B. aufschiebendes Veto gegen Vorstandsbeschlüsse). Dies kann zu dysfunktionalen Blockierungen und Konflikten führen. Andere Institutionen im IGV-Bereich haben keine vergleichbaren Regelungen. Es wird deshalb empfohlen, das Positive-Plenum als Bestandteil (nicht nur der BAH, sondern) des gesamten Aids-politischen Geschehens in Berlin zu institutionalisieren (mit organisatorischer Unterstützung der SenGUV oder des LABAS) und ihm das Recht einzuräumen, in den Vorstand aller im Rahmen des IGV geförderten Projekte und Institutionen eine/n Delegierte/n mit beratender Stimme zu entsenden. Die Delegierten sind dem Positiveplenum rechenschaftspflichtig.

Zur tertiären Prävention – als Teil der strukturellen Prävention (s.o. Kapitel 3) - gehört auch die (moralische, organisatorische und materielle) Unterstützung der Selbstorganisation von Betroffenen sowie die politische Interessenvertretung in Fragen sozialer Leistungen, gesellschaftlicher Akzeptanz (z.B. HIV/Aids in der Öffentlichkeit, am Arbeitsplatz<sup>11</sup>) etc. (advocacy).

Im Bereich HIV bieten hierzu in Berlin v. a. die Berliner Aids-Hilfe (BAH), die Schwulenberatung, Pluspunkt, Fixpunkt, Mann-O-Meter und ZiK zahlreiche und differenzierte Leistungen zu allen genannten Problemlagen und in allen bekannten Formen an. Die verschiedenen Angebote berücksichtigen dabei auch die Unterschiedlichkeit der betroffenen Gruppen (HIV-Status, offen und verdeckt lebende MSM, Heterosexuelle, MigrantInnen, IDU, Gesundheitszustand bzw. Behinderungen, Familienstatus, Angehörige von Betroffenen, verschiedene Altersstufen, Menschen im Gefängnis) sowie ihre Überschneidungen. Traditionell widmet die Schwulenberatung im Schwerpunkt der Bearbeitung psychosozialer Probleme von MSM (und betreibt damit zum Teil auch Gesundheitsförderung als Teil der Primärprävention; ‚Gesundheitsamt für den 13. Bezirk‘), während die BAH v. a. Angebote für Menschen mit HIV organisiert (aber z.B. über die online-Beratung auch an der Primärprävention beteiligt ist). V. a. über die von ihr betriebenen Projekte manCheck und Pluspunkt ist die Schwulenberatung aber auch sowohl an der HIV-Primärprävention für MSM als auch an der Tertiärprävention für Menschen mit HIV beteiligt. In ihrer Summe erscheinen die Angebote flächen-, populations- und problemdeckend zu sein. Auf die Darstellung des beeindruckenden Leistungsspektrums dieser Institutionen wird an dieser Stelle verzichtet. Ob die Leistungen andererseits dem tatsächlichen Bedarf entsprechen, ob es vermeidbaren Aufwand durch Doppelangebote und auch ob es Angebotslücken gibt, konnte im Rahmen dieser Expertise nicht festgestellt werden. Objektiv ist dies ohnehin nicht völlig schlüssig zu ermitteln, da eine qualitative oder quantitative Bedarfsanalyse nicht vorliegt - und aus methodischen Gründen auch kaum befriedigend zu leisten wäre.

Es wird daher empfohlen, dass die beteiligten Projekte in gemeinsamer Arbeit ihre Angebote systematisch miteinander abgleichen und auf Basis von plausiblen Annahmen über ihre Zielgruppen und deren Bedarfe im Hinblick auf Lücken, Doppelangebote und Möglichkeiten

---

<sup>11</sup> (Wieder-)Eingliederung von Menschen mit HIV in die Arbeitswelt sowie auch der Schutz vor Diskriminierung von Menschen mit HIV und Aids am Arbeitsplatz und in der Öffentlichkeit sind wichtige Themen. Deutlich mehr als die Hälfte der Menschen mit HIV sind beruflich aktiv, viele weitere wären es gerne. Viele haben – oft berechtigte – Hemmungen, über ihren Status bzw. ihre Erkrankung am Arbeitsplatz zu reden. Freilich sind diese Probleme nicht HIV-spezifisch, sondern betreffen Menschen mit einer ganzen Reihe von chronischen Erkrankungen, die aus verschiedenen Gründen Gegenstand von Diskriminierungen durch die Umwelt sein können bzw. sind. Es ist deshalb zu überlegen, ob im Zuge der ‚Normalisierung‘ von Aids Initiativen zu diesen Themen künftig gemeinsam zu verschiedenen diskriminierungsanfälligen Erkrankungen und in Kooperation mit Selbsthilfegruppen aus diesen Bereichen unternommen werden sollten.

der Synergie durch Kooperation und Zusammenlegung prüfen (vgl. unten Kapitel 6). Kriterien für die Neuaufnahme, Ausdehnung, Weiterentwicklung, Reduktion, Zusammenlegung oder den Wegfall von Leistungen sollten neben der Inanspruchnahme durch die Zielgruppe ein gesundheitlich begründbarer Bedarf sowie eine angemessene sozialräumliche Verteilung der Angebote über die Stadt sein. Dies betrifft vor allem Beratungen, Gruppenangebote, öffentliche Veranstaltungen und Hilfen beim Zugang zu weiteren Leistungen (v. a. BAH, Schwulenberatung, Pluspunkt und Mann-O-Meter). In diesem Bereich gibt es die meisten Angebote der tertiären Prävention, hier finden sich auch die meisten ehrenamtlich Tätigen.

Eine Sonderrolle spielen in der Tertiärprävention das Pflorgeteam Felix, ZiK und die Schwulenberatung, die wesentlich stärker als die anderen Projekte auch selbst Leistungen nach SGB V, VIII, IX, XI und XII erbringen. Mit diesen Leistungen befinden sie sich – metaphorisch gesprochen – am oberen Ende des Leistungsspektrums der strukturellen Prävention. In der Erbringung sozialrechtlich garantierter Leistungen wird das vertikale Sonder-System, das sich um HIV und die davon hauptsächlich betroffenen Gruppen gebildet hat, von ihnen initiiert wurde und immer noch weithin getragen wird, zunehmend Teil der horizontalen, für die gesamte Bevölkerung bestehenden Versorgung. Während die Schwulenberatung diese Leistungen so gut wie ausschließlich für Schwule und andere MSM erbringt, verwischt sich diese Zuordnung bei Felix und ZiK zunehmend, ohne ihren festen Kern zu verlieren.

Die Felix Pflorgeteam gGmbH ist der letzte HIV-spezifische Pflegedienst in Berlin, nach dem HIV e.V. aufgelöst worden ist und Ad-hoc-Pflege in Konkurs gegangen ist. Der Bedarf nach einem HIV-spezifischen Pflegedienst ist unbestreitbar. Felix Pflorgeteam ist eine Tochter der BAH und (mehrheitlich) von ZiK. Es werden ca. 65 Mitarbeiter beschäftigt und 220 bis 250 Klienten pflegerisch betreut, ca. 50% mit HIV. In Hinblick auf den Pflege- und Versorgungsbedarf von HIV-Patienten in Berlin gibt es keine Bedarfsanalyse. Felix pflegt auch im Bereich Onkologie und Psychiatrie, erhält aber nur für HIV Zuwendungen aus dem IGV. Die Zuwendungen wurden seit dem Jahr 2001 um 75% gekürzt und betragen heute noch ca. 100.000 EUR pro Jahr. Schon diese Kürzungen waren mit Qualitätsverschlechterungen verbunden, eine weitere Kürzung wird für nicht möglich gehalten. Die 24-h-Pflege wurde wegen der Kürzungen eingestellt, an ihre Stelle ist heute eine 24-h-Erreichbarkeit des Pflegedienstes getreten.

Felix ist gut mit den Schwerpunktpraxen und mit dem AVK vernetzt; Felix ist in diesem Kontext ein immer noch tragender Pfeiler des „Schöneberger Modells“, mit dem sich Berlin in den 80er Jahren als aids-politischer Vorreiter profilierte. Felix führt Pflege fast nur noch innerhalb des S-Bahn-Rings durch, da die längeren Fahrzeiten nicht mehr bezahlt werden.

Der Gesamtumsatz beträgt 1,4 Mio. EUR pro Jahr. Ein wesentliches – auch kostentreibendes – Problem der Pflege von Felix ist der große Anteil von IDU in der Klientel, die unzuverlässig, beim Pflegetermin nicht anwesend oder erreichbar sind und die kein familiäres Umfeld haben. Da es insgesamt keine geordnete und organische Versorgungsstruktur für IDU gibt, ist der Pflegedienst oftmals der einzig stabile Bezugspunkt im Leben schwer kranker IDU. Ohne einen für ihre Problematik sensiblen Pflegedienst könnten sie pflegerisch nicht ambulant versorgt werden, sondern würden – zu mutmaßlich höheren Kosten – in stationären Einrichtungen landen, die auf diese Fallgruppe nicht vorbereitet sind. Felix pflegt auch in ‚versifften‘ Wohnungen und nimmt in Kauf, dass viele Einsätze bzw. Einsatzfahrten wegen der Unzuverlässigkeit nicht abrechenbar sind. Felix verweist im Bedarfsfall auch an andere Pflegedienste und erhält auch Klienten von dort. Dabei werden immer wieder längst überwunden geglaubte Ängste (Infektionsgefahr etc.) vorgefunden. Das zeigt, dass die Vermittlung der Grundbotschaften der Aids-Prävention - Wie kann ich mich nicht infizieren? Wie kann ich mich infizieren? Was kann ich dagegen tun? Was kann ich zur solidarischen Bewältigung beitragen? – beständig vermittelt werden müssen („Grunddrauschen“).

ZiK wurde im Jahr 1989 als Wohnprojekt für Menschen mit Aids gegründet und hat sich seither zu einem in der Szene anerkannten Sozialkonzern entwickelt. Der Gesamtumsatz beträgt heute über 6 Mio. EUR pro Jahr, es werden Leistungen nach dem SGB V, XI und XII erbracht. Schwerpunkt liegt auf den Eingliederungsleistungen nach §53 SGB XII und §67 SGB XII (Verhinderung von Wohnungslosigkeit). Zielgruppen sind Menschen mit HIV sowie mit Hepatitis C. Über 30% der KlientInnen haben ausschließlich eine Hepatitis-C-Infektion (Hepatitis C gehört seit 2002 zum im IGV vereinbarten Aufgabenbereich von ZIK), ein erheblicher Teil der KlientInnen hat eine psychiatrische Problematik. 27% der Klienten sind MSM, 6% heterosexuell und 67% Drogenbenutzer. Der Anteil von MigrantInnen beträgt ca. 15% der BewohnerInnen, der Frauenanteil beträgt 19%. Typisch sind Multiprobleme (arbeitslos, Schulden, juristische Probleme, Aufenthaltsprobleme (MigrantInnen) etc.).

Die Leistungen liegen schwerpunktmäßig beim betreuten Einzelwohnen (BEW) sowie bei therapeutischen Wohngemeinschaften (TWG). Die KlientInnen kommen zu über 50% als „Selbstmelder“, weil ZIK in den entsprechenden Szenen sehr bekannt ist. Über die Hälfte der einmal Beratenen kehrt nicht wieder, für die anderen – ca. 600 im Jahr 2009 – gibt es dann Wohnungsvermittlungen, Wohnungen und die damit zusammenhängenden Beratungs- und Betreuungsleistungen. Im Jahr 2009 hatte ZIK 457 Wohnplätze zur Verfügung, die Auslastungsquote beträgt ca. 90%. ZIK versteht sich als „Sozialmakler“. Und nur für diesen – relativ kleinen - Teil seiner Arbeit erhält ZIK Zuwendungen aus dem IGV.

Die Nachfrage ist nach wie vor höher als das Angebot. Im Bereich von MigrantInnen aus Subsahara-Afrika gibt es das Problem, dass ZiK keine Anonymität in der Betreuung garantieren kann und es in diesen Communitys ein starkes Tabu gibt, über HIV zu sprechen oder seinen HIV-Status in der Community zu offenbaren.

Ein wesentliches Problem der Wohnraumbeschaffung besteht in der Festlegung der Obergrenzen für Mieten, die die Jobcenter erstatten. Nachdem das Land Berlin hier zunächst großzügig war, besteht jetzt auch die Verwaltung in Berlin – auf massiven Druck der Bundesagentur für Arbeit - darauf, dass Menschen, die „zu hohe“ Mieten bezahlen, binnen sechs Monaten umziehen. Die Mietobergrenze, die die Jobcenter erstatten, liegt derzeit bei Bruttowarmmiete 378 EUR. Hausverwaltungen, die mit der Klientel nach SGB II und III nichts zu tun haben wollen, erhöhen einfach die Miete auf 380 EUR. Früher wurde die Nettokaltmiete als Anhaltspunkt genommen; seit der Umstellung auf Bruttowarmmiete häufen sich die Problemfälle, da die Nebenkosten schneller steigen als die Mieten. ZiK musste wegen dieser Regelung auch schon angemietete Wohnungen aufgeben. Im Falle von Mietausfällen haftet nicht mehr das Land, sondern ZiK.

Es gibt bei ZiK derzeit ca. 140 Bewohner im betreuten Wohnen und 8 Betreuungen ohne Wohnung. Betreuung heißt: ein face-to-face-Gespräch mit dem Sozialarbeiter pro Woche, Hilfe im Umgang mit Jobcenter und Schuldenberatung und – im Zentrum – Tagesstrukturierung unter Einsatz von Ergotherapeuten, Angebote für Gärtnern (eigener Garten) und Kochen.

Es gibt immer wieder massive Probleme mit Drogennutzern, von denen die Mehrheit im ZiK-Bereich substituiert sind, von denen aber mindestens 80% Beikonsum betreiben, vor allem mit Alkohol. Ein erheblicher Teil der substituierten Drogengebraucher muss als alkoholabhängig eingeschätzt werden. ZiK vermittelt auch an andere Hilfesysteme, die Basisphilosophie ist aber, dass ein gesicherter Wohnraum auf Dauer die Voraussetzung für Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung bietet. ZiK folgt dem Ansatz der Gemeindepsychiatrie, unterstützt also auch problematische Klienten, so lange es irgend geht. Allerdings kommt es auch zu Kündigungen und Rauswürfen.

Plätze für betreutes Wohnen (einzeln und Wohngemeinschaften) bietet auch die Schwulenberatung an (ca. 50 Plätze), jedoch wird in dieser „Konkurrenz“ keinerlei Problem gesehen. Die Verweildauer im ZiK-Wohnen liegt bei über 40% der Klienten bei bis zu zwölf Monaten, bis zwei Jahre sind es 21%, bis drei Jahre 18%.

Die Anzahl an Wohnungslosen und von Wohnungslosigkeit Bedrohten in Berlin steigt in den letzten Jahren wieder stark an, vor allem wegen der genannten Mietobergrenze. Trotz der offiziellen Zahlen, nach denen es ca. 80.000 leer stehende Wohnungen in Berlin gibt, ist es extrem schwierig, zumindest innerhalb des S-Bahn-Rings Wohnungen für 378 Euro brutto warm zu bekommen. Hilfreich, aber schwierig durchzusetzen, wäre eine Landesbürgschaft für Wohnungssuchende mit schlechten Einkommensverhältnissen. Die steigende Wohnungsnot in Berlin wird jedoch bislang politisch kaum zur Kenntnis genommen.

Der Betreuungsbedarf sowohl beim BEW als auch in den TWG wird auf Grund eines Assessments auf einer zwölfstufigen Skala festgelegt. Zum Teil werden Menschen in der Betreuung gehalten, obwohl dies sachlich nicht mehr geboten ist. Hintergrund ist, dass nur so die (vom Bezirk zu tragenden) Zuschüsse (Kostenübernahme) zu halten sind. Die zwölfstufige Skala wird als viel zu fein angesehen, drei Stufen würden genügen. Eine pragmatische Regelung für Menschen, die keine andere Wohnung finden können (häufig wegen negativer ‚Schufa‘-Eintragung), aber eigentlich keine oder nur noch eine sehr geringe Betreuung brauchen, steht aus.

Die Arbeit von ZiK könnte durch folgende, zum Teil nur bundesrechtlich, zum Teil aber auch durch Senats- und Bezirksverwaltungen zu bewirkenden Veränderungen erheblich effektiviert werden:

- Die Mietobergrenzen sollten wieder auf netto kalt umgestellt werden. Da dies nur bundesgesetzlich möglich ist, sollte zumindest bei den Mietobergrenzen ein gewisser Pragmatismus eintreten, der einen Auszug nicht von Mietüberschreitungen von wenigen Euro pro Monat erzwingt.
- Das Land Berlin sollte für schwierige Fälle auch eine Mietbürgschaft übernehmen, die auch für die Renovierung bei Auszug greift.
- Die bezirkliche Bewilligungs- und Zahlpraxis sollte vereinheitlicht und verbessert werden. Manche Bezirke bezahlen bei Verhinderung von Wohnungslosigkeit (§ 67 SGB XII) ab dem ersten Tag (also ggf. rückwirkend ab Einzug), andere erst ab Bewilligung. Dann entsteht das Problem, wer die ersten drei Monatsmieten bezahlt. Zudem ist die Zahlungsmoral der Bezirksämter unterschiedlich und zum Teil schlecht.

- 30-50% der Arbeitskraft der Sozialarbeiter werden für den Verkehr mit Ämtern aufgewendet. Hier könnten Pragmatismus und Vertrauen sowohl Kosten als auch Arbeitskraft sparen.
- Die zwölfstufige Betreuungsskala ist zu differenziert und deshalb aufwendig. Eine Vereinfachung wäre hilfreich. Zudem sollte eine Betreuungsstufe 0 eingeführt werden, die keine spezifischen Betreuungsleistungen mehr erfordert, aber es den KlientInnen erlaubt, zumindest auf Zeit in ihren Wohnungen zu verbleiben.

## **5.10 Fazit**

Berlin verfügt über eine gut ausgebaute, ausdifferenzierte und leistungsstarke Infrastruktur im Bereich der strukturellen Prävention von HIV/Aids, STI und Hepatitis C. Sie ist entstanden aus einer Vielzahl von Basis-Initiativen vor allem aus der Gay Community. Diese Vielzahl von Ansätzen (und damit Partnern im IGV) unterscheidet Berlin z. B. von Frankfurt/Main, wo die Aids-Hilfe Frankfurt nahezu alle in diesem Kapitel skizzierten Funktionen – von der Primärprävention über Testangebote, Beratung, Selbsthilfegruppen bis hin zum eigenen Pflegedienst ‚Regenbogen‘ – unter einem organisatorischen Dach vereinigt. Die aus zivilgesellschaftlichem Engagement in Berlin entstandene vielgestaltige Struktur hat sich durch frühzeitige öffentliche Förderung weiter entwickelt und differenziert. Sie ist gut vernetzt sowohl mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst als auch mit der medizinischen Versorgung, die beide dadurch wesentliche Impulse zu Innovationen empfangen haben. Zusammengehalten wird diese Struktur durch das gemeinsam getragene und gelebte Konzept der strukturellen Prävention sowie durch die materielle Förderung. Eine solche Strukturentwicklung führt freilich auch zu Problemen: Die geförderten Projekte entwickeln sich zunächst einmal jedes für sich, das Augenmerk ist sowohl auf die Qualität der eigenen Leistungen als auch auf die Möglichkeiten der Förderung gerichtet. Neben das Interesse an guten Leistungen tritt das Interesse an ‚Besitzstandswahrung‘ und Wachstum der Projekte. Die Frage, ob die Gesamtheit der Leistungen die Gesamtheit des Bedarfs abdeckt, rückt demgegenüber manchmal in den Hintergrund. Auf der anderen Seite ist die Förderung über den IGV (der ja bereits die Bereiche HIV/STI, Drogen und chronische Krankheiten umfasst) nicht die einzige Finanzierung der Projekte: hinzu kommen, in unterschiedlichem Ausmaß, z. B. bei der BAH ca. die Hälfte der Einnahmen ausmachende Spenden, Zuwendungen von Stiftungen sowie Finanzierungen aus anderen Senatsverwaltungen (v. a. Integration, Arbeit und Soziales) sowie aus Bundes- und EU-Programmen. Das führt zu Unübersichtlichkeiten und ist auf allen Seiten mit beträchtlichem bürokratischen Aufwand verbunden. Die bisherigen Versuche, diese Defizite durch die koordinierende Funktion des LABAS oder mithilfe der Steuerung durch den DPWV zu beheben, waren nur in Grenzen erfolgreich. So ist es zu

erklären, dass auf allen Stufen und im Hinblick auf alle Zielgruppen der Prävention sowohl beachtliche und innovative Leistungen zu finden sind, aber eben auch Lücken und Überschneidungen. Es wird deshalb der SenGUV, die ab 1. Januar 2011 die Steuerungsverantwortung im IGV-Bereich übernimmt, empfohlen, so bald wie möglich (d. h. nach Bewältigung der administrativen Umstellung) einen mit allen beteiligten Projekten, Behörden und Senatsverwaltungen partizipativ gestalteten Entwicklungsprozess im Bereich der strukturellen Prävention von HIV/STI und Hepatitis C einzuleiten und durch die Vorgabe von Rahmenbedingungen auch zu gestalten.

In diesem Prozess sollten die im vorliegenden Konzept präsentierten Befunde zu Stärken und Defiziten der Prävention unter Bezugnahme auf die im Rahmenkonzept der SenGUV (September 2010) genannten Ziele zum Ausgangspunkt eines gemeinsamen Suchprozesses nach Möglichkeiten der Verbesserung und Effektivierung sowohl des Leistungsspektrums als auch der Finanzierung bzw. Verwaltung sowie der Qualitätssicherung genommen werden. Themen und Eckpunkte eines solchen Prozesses werden im nächsten Kapitel skizziert.

## 6. Verfahrensvorschlag

Es wird vorgeschlagen, zu den zentralen, in Kapitel 5. identifizierten Problemen, Engpässen und Defiziten, projekt- und verwaltungsübergreifende Themengruppen einzurichten, um einen Prozess der partizipativen Organisationsentwicklung unter der Regie von SenGUV mit allen beteiligten Institutionen und Projekten durchzuführen. Die Übernahme der politischen Steuerung des IGV ab 01. 01. 2011 durch SenGUV bietet eine gute Gelegenheit für eine nicht nur inkrementale Weiterentwicklung.

Die Arbeit in den Gruppen sollte sich grob an ZiWi- Leitfragen (Entwicklung lokaler Ziele und Wirkungswege) orientieren: Wer ist unsere Zielgruppe? Wie wissen wir, was unsere Zielgruppe braucht? Was ist das Ziel? Welche Wege führen zum Ziel? Welche Interventionen brauchen wir, welche können wir (professionell und materiell)? Wie erzielen wir unter gegebenen Bedingungen ein Optimum? In welcher Arbeitsteilung (Organisation)? Welche Rahmenbedingungen ließen sich verbessern? Welche Ressourcen wären für wesentliche Verbesserungen der Zielerreichung notwendig? Wie finden wir heraus, ob und wie unsere Interventionen wirken (Qualität)?

**Themengruppe 1: Sexual Health und Drogenprävention im Unterricht** (Stichworte: verbindliche Verankerung der Lehrinhalte im Unterricht sowie in Integrationskursen, Zusammenarbeit zwischen Schulen, Bildungsträgern und außerschulischen Institutionen, s. o. 5. 1 und 5. 2). Teilnehmer: SenGUV, SenBWF, SenIAS, BAH, Zentren für sexuelle Gesundheit des ÖGD; LSVD (als Gast)

**Themengruppe 2: Primärprävention mit MSM** (Stichworte: Orientierung der Prävention auf das ‚neue‘ Aids, Verstärkung und Weiterentwicklung sozialräumlicher Prävention, Zusammenarbeit mit schwulen Wirten, HIV-Test-Beratung und -Angebote einschl. HIV-Schnelltest, PEP, Bildung von Checkpoints, Prävention mit MSW. S.o., 5. 3). Teilnehmer: SenGUV, manCheck, BAH, Mann-O-Meter, Pluspunkt, SUB/WAY, DAH (als Gast)

**Themengruppe 3: Prävention mit MigrantInnen** (Stichworte: Informationen zu HIV und Hilfen bei HIV in Migranten-communities, Ausbau des Ansatzes KulturmittlerInnen für Sexual Health, Diskriminierungsschutz, s.o. 5. 4) Teilnehmer SenGUV, SenIAS, SenInnSport, Bildungsträger Integrationskurse, VIA, BAH, DAH (als Gast)

**Themengruppe 4: Prävention mit Frauen in der Prostitution** (Stichworte: Auf- bzw. Ausbau niedrigschwelliger Angebote, Zusammenarbeit mit BordellbetreiberInnen, s.o. 5. 5). Teilnehmer: SenGUV, SenFin, SenInnSport, Hydra, Olga, Fixpunkt, DAH (als Gast)

**Themengruppe 5: Prävention mit Menschen, die intravenös Drogen gebrauchen** (Stichworte: DrogenbenutzerInnen im öffentlichen Raum, Herausforderung Hepatitis C-Prävention, s.o. 5. 6). Teilnehmer: SenGUV, SenInnSport, Quartiersmanagement, Fixpunkt, Olga, ZiK

**Themengruppe 6: Prävention im Gefängnis** (Stichworte: Zugang zu Präventionsmaterial im Gefängnis, Diskriminierungsschutz für MSM und Menschen mit HIV; s.o., 5. 7) Teilnehmer: SenGUV, SenJustiz, BAH, Mann-O-Meter

**Themengruppe 7: Tertiärprävention I: Beratung und Unterstützung für Menschen mit HIV** (Stichworte: Überprüfung der Leistungen im Hinblick auf Auffindbarkeit, schwellenlosen Zugang, Vollständigkeit, Leistungsspektrum und Zielgruppenerreichung, Positivenplenum, s.o. 5. 8). Teilnehmer: SenGUV, Schwulenberatung, BAH, Mann-O-Meter, Pluspunkt, VIA

**Themengruppe 8: Tertiärprävention II: Soziale Versorgung für Menschen mit HIV und Drogenproblemen** (Stichworte: Zugang, Kapazitäten, Finanzierung, s. o., 5. 8). Teilnehmer: SenGUV, SenFin, PflVers, Arbeitsagentur, ZiK, Schwulenberatung, BAH, Felix Pflegedienst)

Es wird empfohlen, darüber hinaus vier Gruppen zu Themen einzurichten, die die Arbeit aller im Rahmen des IGV geförderten Projekte betreffen und bei denen Defizite und Verbesserungspotenziale gesehen werden:

**Querschnittsgruppe 1: Ehrenamt** In nahezu allen Projekten arbeiten Menschen im Ehrenamt. Dieser Sektor sollte zur stärkeren Verankerung der Projekte in den Bezugsgruppen (als Beitrag zum community building) sowie zum Ausbau und zur Qualitätsverbesserung der Leistungen kräftig wachsen. Die Anwendung professioneller Methoden zur Gewinnung, Qualifizierung und nachhaltigen Motivierung sowie auch der Klärung von Fragen der Aufwandsentschädigung ist dazu notwendig. (Teilnehmer: SenGUV und alle interessierten IGV-Projekte)

**Querschnittsgruppe 2: Qualitätssicherung** Überkommene Methoden der bürokratischen Qualitätssicherung durch Leistungsberichte und Dokumentationen entsprechen nicht immer den – in aller Regel nicht standardisierbaren – Anforderungen der Praxis. Andererseits gilt das Erfordernis der sparsamen Bewirtschaftung öffentlicher Mittel. Es wird empfohlen, in den Projekten Prozesse der partizipativen Qualitätsentwicklung einzuleiten und neue Formen der Dokumentation und auch der Kontrolle (z.B. hidden clients) zu erproben. Angeknüpft werden könnte an den Beschluss des LABAS (Oktober 2010), eine Qualitätsgemeinschaft zu bilden (Teilnehmer: SenGUV und alle interessierten IGV-Projekte)

**Querschnittsgruppe 3: Internet** Die immer weiter zunehmende Bedeutung des Internet zum Auffinden von Leistungen und Hilfe, zur Beratung und generell zur Prävention ist unbestritten. Die Umsetzung dieses Gedankens z.B. in die Qualität der Netzangebote (Gestaltung, Links, Beratung) ist noch auf dem Wege. Es sollte nach Möglichkeiten der (gemeinsamen?) Verbesserung gesucht werden.

**Querschnittsgruppe 4: Finanzierung** Diese Gruppe hätte zwei Aufgaben: 1. Es ist absehbar, dass auch durch Mobilisierung aller Produktivitätsreserven aus Rationalisierung und Synergie die verfügbaren Mittel nicht ausreichen, um die Ziele des Rahmenkonzepts (SenGUV, Sept. 2010) zu erreichen. Es sollte deshalb auch nach zusätzlichen Geldquellen ((gemeinsames?) Fundraising, Stiftungen, Sozialversicherungen etc.) gesucht werden. 2. Etliche der Projekte werden sowohl von SenGUV und SenIAS als auch zum Teil aus anderen Budgets finanziert. Der für die Beantragung von Geld und die Rechenschaftslegung über seine Verwendung notwendige zeitliche Aufwand wird als sehr hoch eingeschätzt. Diese Zeit geht von der ‚eigentlichen‘ Gesundheitsarbeit ab. Hier sollte nach Möglichkeiten der Verwaltungsvereinfachung gesucht werden. Zwischen diesem Thema und der Thematik der Querschnittsgruppe 2 (‚Qualitätssicherung‘) gibt es starke Überschneidungen. Teilnehmer: SenGUV, SenIAS und alle interessierten IGV-Projekte.

Ein weiteres Querschnittsproblem, das zumindest die Arbeit von BAH, Via, SUB/WAY, Hydra, Olga, Fixpunkt sowie die Gesundheitsämter betrifft, ist der reale **Zugang zu ART** für alle Menschen mit HIV. Es wird empfohlen, den Aspekt des Zugangs zu ART für Migranten ohne hinreichende Dokumentation und aus neuen EU-Ländern ohne realen Zugang zu ART in ihrer Heimat in die Beratungen am ‚Runden Tisch Flüchtlingsmedizin‘ sowie zum ‚anonymen Krankenschein‘ einzubringen und auf eine Beschleunigung der Arbeit an diesem in einer Weltstadt wirklich dringenden Problem zu dringen.

Das hier vorgeschlagene **Verfahren ist komplex**. Voraussetzung seines Gelingens ist nicht nur die Bereitschaft aller Akteure zu einer an guten Ergebnissen orientierten Weiterentwicklung, sondern auch ein verbindlicher Rahmen. Dieser wird von SenGUV gesetzt. Er besteht aus folgenden Komponenten:

1. Der Entwicklungsprozess zielt nicht auf eine Mittelkürzung für den IGV-Bereich. Dies manifestiert sich in der von SenGUV verbindlich gegebenen Zusage, die Mittel mindestens in den nächsten fünf Jahren nicht geringer werden zu lassen.
2. In den vorgeschlagenen Themengruppen arbeiten neben den geförderten Projekten auch die beteiligten Behörden und Senatsverwaltungen zusammen.

3. Teilnehmer der Themengruppen sind primär die jeweils Projektverantwortlichen der geförderten Institutionen (also nicht primär Geschäftsführung und Vorstand) sowie die Vertreter der Arbeitsebene der jeweiligen Senatsverwaltungen.
4. Die Themengruppen werden durch externe Kräfte professionell moderiert.
5. Die Themengruppen können fallweise bei Bedarf externe Experten zu ihren Beratungen hinzuziehen.
6. Die Moderation hat neben den üblichen (Einhaltung der Kommunikationsregeln und des Zeitplans) auch die Aufgabe, Vorschläge zur Verbesserung und Veränderung im Hinblick auf ihre monetären Implikationen transparent zu machen.
7. Der Prozess sollte – vom Kick-off bis zur synthetisierenden Ergebniszusammenfassung einschl. Implementationsplanung durch SenGUV - nicht länger als 18 Monate dauern. Wird dieser Zeitplan nicht eingehalten, kann SenGUV mit Veränderungen der projektspezifischen Zuwendungen darauf reagieren, ohne freilich die Gesamtsumme zu kürzen (s.o., 1.)

Das vorgeschlagene **Verfahren ist arbeitsintensiv**. Weil es von den Beteiligten aus den Projekten und den Verwaltungen zur üblichen – oft schon sehr hohen – Arbeitsbelastung hinzu kommt, die Gesundheitsarbeit aber Vorrang haben muss, ist es wohl (leider) unrealistisch, alle acht Themengruppen und die vier Querschnittsgruppen zum gleichen Zeitpunkt starten zu lassen. Das gilt auch unter Berücksichtigung der Erwartung, dass einige Themen- und Querschnittsgruppen nur wenige, gut vorbereitete Sitzungen benötigen werden, um ihr Ziel zu erreichen. Wenn es hart zu entscheiden gilt, den Veränderungsprozess mit nur wenigen Gruppen zu beginnen, wird empfohlen, mit den **Themengruppen 2: Primärprävention mit MSM** und **7: Tertiärprävention I: Beratung und Unterstützung für Menschen mit HIV** zu beginnen. In diesem Rahmen könnten auch Vorarbeiten zu allen vier Querschnittsgruppen geleistet werden. Vertretbar erscheint ein solch iteratives Vorgehen nur dann, wenn die politische Absicht besteht und bekundet wird, die Gesamtheit der Themen zu bearbeiten, wenn also ‚aufgeschoben‘ nicht ‚aufgehoben‘ bedeutet.

## 7. Liste der interviewten Experten

Axel J. Schmidt, Sozialepid., MedVersorgung	08.03.2010/26.08.2010
Marcel de Groot (GF Schwulenberatung)	25.03.2010
Sen GUV	07.04.2010/20.08.2010
Dr. Dirk Sander, DAH	08.04.2010
Carsten Schatz, DAH	06.07.2010
Dieter Telge, früher LABAS-GF	02.07.2010/19.08.2010
Armin Traute, früher BAH-GF	02.08.2010
Stefan Jaekel, PL pluspunkt	03.08.2010
Dr. Michael Bochow, Soz Wiss Aids-Forscher	06.08.2010
Uli Meurer, Vorstand BAH	11.08.2010
Dr. Stefan Etgeton, früher DAH-GF	13.08.2010
Prof. Dr. Michael T. Wright, SozWiss, früher DAH	16.08.2010
Ralf Roetten, GF Hilfe für Jungs	16.08.2010
Rolf de Witt, GF manCheck	18.08.2010
Sergiu Grimalschi, derzeit BAH und DAH, früher Sub/Way	19.08.2010
Dr. Bernhard Bieniek, AK Niedergel. Aids-Ärzte, BAH-Vostand	19.08.2010
Rudolf Hampel, Vorstand Mann-O-Meter	23.08.2010
Astrid Leicht, geschäftsführende Projektleiterin Fixpunkt e. V.	26.08.2010
Nozomi Spennemann, Netzwerkstelle Migration	27.08.2010
Marianne Rademacher, DAH, vorher GA Tiergarten	02.09.2010
Dr. Hella von Unger, Soz.-Wiss. Aids-Forscherin	03.09.2010
Christian Thomes u.a., GF ZiK und Felix Pflegedienst	06.09.2010
Renate Harder, GA Kreuzberg-Friedrichshain	07.09.2010
Detlef Mücke, GEW ‚Schwule Lehrer‘	10.09.2010
Simone Kellerhoff, Petra Kolb, Hydra	10.09.2010
Marcus Behrens, Mann-O-Meter	30.09.2010

## 8. Liste der verwendeten Abkürzungen

Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ART	Antiretrovirale Therapie
AStA	Allgemeiner Studierendenausschuss
BAH	Berliner Aids-Hilfe
BEW	Betreutes Einzelwohnen
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (US-Behörde)
DAH	Deutsche AIDS-Hilfe e. V.
DPWV	Der Paritätische Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control / Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (EU Institution in Stockholm)
EU	Europäische Union
FSW	Female Sex Worker(s) / Prostituierte
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HPL	Hochprävalenz-Länder
IDU	Injecting drug user / Menschen, die intravenös Drogen benutzen
IGV	Integrierter Gesundheitsvertrag
IWWIT	ICH WEISS WAS ICH TU (Kampagne der DAH)
KiTa	Kindertagesstätte
LABAS	Landesverband der Berliner AIDS-Selbsthilfegruppen e. V.
LSVD	Lesben- und Schwulenverband in Deutschland e. V.
MSM	Men who have sex with men / Männer, die Sex mit Männern haben
MSW	Male Sex Worker(s) / Callboy(s), Stricher
NGO	Non-Governmental Organization / Nichtregierungsorganisation
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PEP	Postexpositionsprophylaxe
Pfl.Vers.	Pflegeversicherung
PKV	Private Krankenversicherung
sbh	Straffälligen- und Bewährungshilfe Berlin e. V.
SenBWF	Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung
SenFin	Senatsverwaltung für Finanzen
SenGUV	Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
SenIAS	Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales
SenInnSport	Senatsverwaltung für Inneres und Sport

SenJustiz	Senatsverwaltung für Justiz
STI	sexually transmitted infections / sexuell übertragbare Erkrankungen
TWG	Therapeutische Wohngemeinschaft
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS / Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS
VIA	VIA Verbund für Integrative Angebote Berlin gGmbH
WHO	World Health Organization / Weltgesundheitsorganisation
WZB	Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH
ZiK	ZiK – zuhause im Kiez gGmbH