



Bundesministerium
für Gesundheit

Bericht zum Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung

www.bundesgesundheitsministerium.de



**Bericht
zum Aktionsplan zur Umsetzung
der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie
der Bundesregierung**

Juni 2011

Liebe Bürgerinnen und Bürger,

seit mehr als zwei Jahrzehnten setzt sich die Bundesregierung für die Bekämpfung von HIV und AIDS ein. Zwei zentrale Anliegen tragen unsere Strategie gleichermaßen: die Verhinderung von HIV-Infektionen und die Solidarität und Unterstützung der von HIV betroffenen Menschen.

Diese Anliegen sind auch Leitbild und Ziele des 2007 veröffentlichten „Aktionsplans zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung“. Entsprechend der Vielschichtigkeit und Komplexität von HIV und AIDS benennt er die für ihre Bekämpfung notwendigen Handlungsfelder.

In diesem Bericht zum Aktionsplan werden beispielhaft Maßnahmen vorgestellt, die die Bundesregierung in Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft und weiteren Partnern als gemeinsame Antwort auf die HIV/AIDS-Epidemie ergriffen hat.

In den vergangenen Jahren sind Aufklärung und Prävention in Deutschland weiter ausgebaut und angepasst worden. Unsere Präventionsstrategien sind qualitätsgesichert und auf Nachhaltigkeit angelegt, sie werden ständig weiter optimiert und ergänzt durch die Erprobung innovativer Ansätze. Der Erfolg gibt uns Recht: Seit 2007 hat sich die Zahl der HIV-Neuinfektionen bei rund 3.000 pro Jahr stabilisiert. Auch im internationalen Vergleich gilt unser Ansatz als vorbildlich.

Trotzdem bleibt noch viel zu tun. Bisher ist es nicht gelungen, die Zahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland zu senken. Die Zahl der mit HIV lebenden Menschen wird dadurch weiter steigen. Gleichzeitig verändert AIDS in Deutschland auch sein Gesicht. Dank besserer Behandlungsmöglichkeiten und hochwertiger Versorgungsstrukturen können Menschen mit HIV heute sehr viel länger und mit deutlich besserer Lebensqualität als früher leben. Dies gibt ihnen die Möglichkeit, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Es ist Aufgabe unserer gesamten Gesellschaft, dass die Solidarität mit Menschen mit HIV ein selbstverständlicher Bestandteil des Alltags wird – in der Familie und dem Freundeskreis, am Arbeitsplatz und in der Freizeit. Dafür müssen auch die notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen werden.

All diese Aufgaben werden auch in Zukunft nur durch die weiterhin enge und erfolgreiche Zusammenarbeit der vielen Partner und das Engagement der zahlreichen, ehrenamtlich tätigen Unterstützerinnen und Unterstützer möglich sein. Wir dürfen daher nicht in unseren gemeinsamen Anstrengungen nachlassen, damit wir unser Ziel, die weitere Verbreitung von HIV zu verhindern, erreichen.

Ihr

Daniel Bahr
Bundesminister für Gesundheit



Zusammenfassung und Ausblick

Dreißig Jahre nach der Entdeckung des HI-Virus kann Deutschland bezüglich der Ausbreitung der Epidemie eine positive Bilanz ziehen. Die Zahl der neu gemeldeten HIV-Diagnosen hat sich seit drei Jahren mit knapp 3.000 pro Jahr stabilisiert. Damit hat Deutschland im europäischen Vergleich eine der niedrigsten Neuinfektionsraten.

In den vergangenen Jahren wurde die Reichweite der HIV-Präventionskampagne „Gib AIDS keine Chance“ noch weiter erhöht und zielgruppenspezifische Präventionsaktivitäten zusätzlich ausgebaut. Das Wissen zu Übertragungsrisiken und Schutzverhalten in der Bevölkerung ist stabil auf einem sehr hohen Niveau, die Kondomverkaufszahlen haben einen neuen Höchststand erreicht. Dies ist der Beleg für den Erfolg einer umfassenden und wirksamen Präventionsstrategie, deren hohes Niveau durch eine nachhaltige finanzielle Förderung seit über 25 Jahren gesichert wird und die zugleich durch ein erhebliches ehrenamtliches Engagement geprägt ist.

Die hochwertige medizinische Versorgung in Deutschland hat dazu geführt, dass immer weniger Menschen an den Folgen der Immunschwächekrankheit AIDS sterben. Insgesamt leben in Deutschland ca. 70.000 Menschen mit HIV und AIDS, darunter 57.000 Männer und 13.000 Frauen.

Referenzrahmen für die Maßnahmen der beteiligten Akteure auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene ist die nationale HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie mit den zentralen Zielen:

- die Zahl der HIV-Neuinfektionen zu minimieren
- die Hilfen für Betroffene zu optimieren
- einen von Solidarität geprägten Umgang mit Betroffenen sicherzustellen.

Die deutsche HIV/AIDS-Strategie ist in sieben, sich gegenseitig ergänzende und verstärkende Aktionsfelder gegliedert (Aufklärung und Prävention, Zugang zu HIV-Testung und Behandlung, Solidarität und Antidiskriminierung, Koordinierung und Kooperation, Epidemiologie, biomedizinische und sozialwissenschaftliche Forschung, Evaluierung und Qualitätssicherung). Im Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung werden die Aktionsfelder näher beschrieben.

Dieser kohärente strategische Ansatz hat sich insbesondere im internationalen Vergleich bewährt. Die Bundesregierung wird die erfolgreiche Strategie mit unverändert hohem Engagement fortsetzen und wie bisher neue Erkenntnisse bei der Weiterentwicklung von konkreten Maßnahmen berücksichtigen.

Wesentlich für den weiteren Erfolg wird dabei die Bereitstellung der notwendigen finanziellen Mittel auf Bundes-, aber auch auf Landes- und kommunaler Ebene sein. Nur mit einem breiten, nachhaltigen und flächendeckenden Angebot können die bisher erreichten Präventionsfolge fortgesetzt und das gemeinsame Ziel erreicht werden, die HIV-Neuinfektionen in Deutschland zu verringern.

Aufklärung und Prävention

Die Aufrechterhaltung eines konsequenten Schutzverhaltens in Risikosituationen erfordert eine gleichbleibend hohe Aufmerksamkeit für das Thema HIV/AIDS. Ebenso muss dem Trend einzelner Bevölkerungsgruppen, sich angesichts guter Behandlungsmöglichkeiten und abnehmender Angst vor HIV und AIDS weniger konsequent zu schützen, entschieden entgegengewirkt werden. Desweiteren benötigen von HIV besonders gefährdete Gruppen Informationen und Aufklärung, die exakt auf ihre jeweilige Lebenswirklichkeit zugeschnitten sind.

Die kontinuierliche Aufklärung und Prävention steht im Zentrum der deutschen HIV/AIDS-Strategie. Die bestehenden Präventionsangebote werden ständig überprüft und an den sich wandelnden Bedarf angepasst. So gewinnen interaktive Internetangebote und soziale Netzwerke zunehmend an Bedeutung und werden kontinuierlich erweitert. Die Reichweite der HIV-Präventionskampagne für besonders gefährdete Menschen wurde weiter erhöht. Beispiel hierfür ist die zielgruppenspezifische Präventionskampagne der Deutschen AIDS-Hilfe „ICH WEISS WAS ICH TU“, die Männer, die Sex mit Männern haben,

durch ihre passgenauen Angebote überzeugt, sowie gemeinsam mit Migrantinnen und Migranten entwickelte und umgesetzte Modellprojekte. Es zeichnet sich ab, dass diese differenzierte, auf die jeweiligen Zielgruppen zugeschnittene und von einer konsequenten und kooperativen Einbindung gefährdeter und betroffener Menschen gekennzeichnete Aufklärung und Prävention besonders glaubwürdig und gut akzeptiert ist. Sie wird in den nächsten Jahren daher fortgesetzt.

Angesichts der engen epidemiologischen Verknüpfung von HIV mit anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) wurde die STI-Aufklärung in den letzten Jahren verstärkt in die HIV- und AIDS-Prävention integriert. Ein Beispiel hierfür ist die Neuausrichtung der bewährten Dachkampagne der BZgA „Gib AIDS keine Chance“, die gegenwärtig in Vorbereitung ist.

Universeller Zugang zu HIV-Testung und Therapie

Der universelle Zugang zu HIV-Testung und Therapie ist der wichtigste Eckpfeiler für die Vermeidung weiterer HIV-Infektionen und die möglichst langfristige Sicherung von Gesundheit und Lebensqualität im Falle einer Infektion. Deutschland zeichnet sich durch ein kompetentes und effizientes Netzwerk an Beratungs-, Test-, Behandlungs- und Pflegeeinrichtungen aus. Dennoch werden bis zu einem Drittel aller HIV-Infektionen erst jenseits des optimalen Therapiezeitpunkts diagnostiziert.

Der Zugang zu niedrighwelligen und flächendeckenden HIV-Testangeboten wurde in den vergangenen Jahren auf mehreren Ebenen verbessert. Die Deutsche AIDS-Hilfe hat in Kooperation mit Gesundheitsämtern und regionalen AIDS-Hilfen im Rahmen der IWWIT-Testwochen kommunale Testangebote für Männer, die Sex mit Männern haben, ausgeweitet. Der Einsatz von HIV-Schnelltests erleichtert u.a. Drogenkonsumenten den Zugang zum HIV-Test und aktualisierte Mutterschaftsrichtlinien stellen sicher, dass jeder Schwangeren bei ihrer Erstuntersuchung ein Angebot für einen HIV-Test gemacht werden soll.

In vielen Einrichtungen wird der HIV-Test bereits in Kombination mit einem Syphilis-Test angeboten, aber bisher kaum für andere Infektionen wie Herpes oder Gonorrhö. Hier wird die Bundesregierung auch zukünftig darauf hinwirken, dass die hierfür zuständigen Länder und Kommunen die bestehenden Angebote für besonders gefährdete Gruppen gezielt anpassen und ggf. ausweiten. Bei den Organen der ärztlichen Selbstverwaltung und den medizinischen Fachgesellschaften wird sie sich dafür einsetzen, dass diese Ärztinnen und Ärzten in ihren Fortbildungsangeboten für HIV-Testungsmöglichkeiten und -indikationen sensibilisieren.

Die Behandlung von HIV und AIDS befindet sich in Deutschland auf einem sehr hohen Niveau. Durch die Verabschiedung einer „Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/AIDS“ von Kassenärztlichem Bundesverband, Deutscher Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte (DAGNÄ) und Krankenkassen wurde ein wichtiger Schritt getan, auch in Zukunft diese hohe Behandlungsqualität zu gewährleisten. Hinsichtlich des Zugangs zur Behandlung von Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus hat die Allgemeine Verwaltungsvorschrift (VV) zum Aufenthaltsgesetz 2009 klargestellt, dass sie sich in öffentlichen Krankenhäusern in ärztliche Behandlung begeben können, ohne die Datenweitergabe an Ausländerbehörden befürchten zu müssen. Durch diese Klarstellung wurde die Rechtssicherheit für die betroffenen Menschen und ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte erhöht.

Solidarität und Anti-Diskriminierung

Menschen, die mit HIV infiziert oder an AIDS erkrankt sind, befürchten oder erfahren in ihrem Alltag auch heutzutage noch Diskriminierungen und Stigmatisierungen. Die Bundesregierung arbeitet daher kontinuierlich an der Förderung eines für Menschen mit HIV oder AIDS akzeptierenden und unterstützenden gesellschaftlichen Klimas, das ihnen Solidarität bietet und sie vor Diskriminierung schützt. Sie setzt sich zusammen mit der Zivilgesellschaft im Rahmen einer gezielten „Welt-AIDS-Tag-Kampagne“ für die Solidarität mit und gegen die

Diskriminierung von Menschen ein, die mit HIV und AIDS leben. Über 12.000 Menschen engagieren sich als Botschafterinnen und Botschafter für diese Ziele. Seit 2010 wirken HIV-positive Menschen aktiv an der Kampagne mit, geben ihr ein Gesicht und zugleich Einblick in das Leben mit HIV und AIDS.

Mit Inkrafttreten des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) wurde ein umfassender gesetzlicher Rahmen gegen Diskriminierung aufgrund von Behinderungen und der sexuellen Identität geschaffen. Dieser Diskriminierungsschutz bezieht sich auch auf Behinderungen, die durch die Folgen einer HIV-Infektion entstanden sind. Desweiteren hat die Bundesregierung mit der Neuausrichtung der arbeitsmarktpolitischen Instrumente die Gestaltungsspielräume für eine bedarfsgerechte und flexible Wiedereingliederung für behinderte Menschen in die Welt der Arbeit stark erweitert. Sie finden auch auf Menschen mit HIV Anwendung. Sie unterstützt zudem Integrationsmodelle für Menschen mit HIV in die Arbeitswelt. Die Deutsche AIDS-Hilfe hat bereits konkrete Maßnahmen zum Abbau von Diskriminierungen am Arbeitsplatz ergriffen. Daran anknüpfend werden in den kommenden Jahren weitere Interventionskonzepte entwickelt werden.

Koordination und Kooperation

Auch in Zukunft ist angesichts der Vielzahl von Akteuren und Aktionsfeldern die Minimierung von Überschneidungen oder Doppelungen oberstes Gebot und setzt eine effektive Koordination und Kooperation von staatlichen und nicht staatlichen Organen voraus. In Deutschland besteht auf vielen verschiedenen Ebenen eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteuren, die eine gute Abstimmung und Arbeitsteilung gewährleistet. Eine zentrale und bewährte Achse in der Planung und Durchführung von Präventions- und Behandlungsmaßnahmen war auch in den letzten Jahren die Kooperation zwischen Bund und Ländern. Auf Bundesebene wird ein abgestimmter sektorübergreifender Ansatz über die Zusammenarbeit der beteiligten Fachressorts sichergestellt. Intensive, langjährige Kooperationen bestehen auch mit der Zivilgesellschaft und dem Privat-

sektor. Diese bewährten Vernetzungsstrukturen werden auch in den kommenden Jahren fortgesetzt.

Auf europäischer Ebene hat Deutschland mit den Erklärungen von Dublin, Vilnius und Bremen die gemeinsamen Ausgestaltung der europäischen HIV/AIDS-Politik voran gebracht und sich dabei für einen menschenrechtsbasierten Ansatz eingesetzt. Gemeinsam mit den EU-Mitgliedstaaten hat sich die Bundesregierung zur Unterstützung der osteuropäischen Nachbarstaaten verpflichtet. International fördert Deutschland die HIV/AIDS-Bekämpfung im Rahmen der bilateralen und multilateralen Entwicklungszusammenarbeit und setzt sich auch im UN-Kontext für eine umfassende Strategie zur Bekämpfung von HIV und AIDS ein.

Epidemiologie der Neuinfektionen

Deutschland verfügt mit seinen bewährten Surveillance-Instrumenten wie z.B. der Meldepflicht und Forschungsvorhaben über eine gute Datenlage bei HIV-Neudiagnosen, Übertragungswegen und regionalen Unterschieden. Gleichzeitig erfordert die verstärkte Ausrichtung der Prävention auf besonders gefährdete Gruppen sowie andere Fragestellungen im Zusammenhang mit HIV zusätzliche epidemiologische Daten.

Unter der Hauptverantwortung des Robert Koch-Instituts (RKI) wurde die deutsche Surveillance zu HIV, AIDS und anderen sexuell übertragbaren Infektionen fortgeführt und mithilfe neuer epidemiologischer und klinischer Studien zu Infektionsverteilung, Krankheitsverlauf und Resistenzen ausgebaut. Desweiteren hat das RKI mit der Organisation und Umsetzung der europaweit durchgeführten Studie „EMIS“ für die Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben, im internationalen Raum eine Vorreiterrolle eingenommen.

Die regelmäßig durchgeführten Verhaltenstudien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu Wissen, Einstellungen, Risiko- und Schutzverhalten in der Bevölkerung sowie in besonders gefährdeten Gruppen ergänzen die Daten des RKI.

Aktuell wird eine Gesamtstrategie für eine Surveillance der zweiten Generation („second generation surveillance“) erarbeitet, in der diese beiden Surveillancebereiche einfließen. Dadurch sollen die Verknüpfung von medizinisch-biologischen Daten mit Verhaltensdaten und die Vergleichbarkeit epidemiologischer Trends zwischen den verschiedenen Gruppen mit Risikoverhalten erleichtert werden. Eine hierfür möglicherweise notwendige Anpassung des Meldewesens wird derzeit geprüft.

Biomedizinische und sozialwissenschaftliche Forschung

Im Bereich der biomedizinischen HIV- und AIDS-Forschung fördert die Bundesregierung Vorhaben in der Grundlagenforschung, klinischen Forschung und Versorgungsforschung. Ein besonderer Forschungsschwerpunkt lag auf dem Aufbau und Unterhalt einer für Deutschland repräsentativen HIV-Patientenkohorte und der dazugehörigen Biomaterialbanken. Durch sie konnten unterschiedlichste Forschungsfragen beantwortet werden.

Auf der europäischen Ebene beteiligt sich das BMBF im ERA-Net für HIV- und AIDS-Forschung (HIVERA; Harmonising Integrating and Vitalising European Research on AIDS/HIV). Ziel des von der Europäischen Kommission unterstützten Netzwerks ist es, die nationalen Forschungsaktivitäten besser aufeinander abzustimmen und zu ergänzen, und somit einen Startpunkt von länderübergreifenden Forschungsaktivitäten zu HIV und AIDS zu bilden. Desweiteren beteiligt sich Deutschland am Forschungsnetzwerk European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP). Aktuell werden darin zwei Forschungskonsortien zur Impfstoffentwicklung unterstützt.

Ein Eckpfeiler sozialwissenschaftlicher Forschung zu HIV und AIDS in Deutschland sind die Wirksamkeitsuntersuchungen von Präventionsmaßnahmen. Daneben hat die Bundesregierung Modellvorhaben gefördert, in denen für individuelle Zielgruppen die verstärkte Ausrichtung von Präventionsstrategien erprobt und wissenschaftlich begleitet wurde. Durch das Projekt GEMO (Gesundheit für

Menschen aus Osteuropa) konnten beispielsweise wertvolle Hinweise für ein verbessertes Angebot von Migrantinnen und Migranten aus Osteuropa gewonnen werden. Auch zukünftig muss sich die HIV/AIDS- und STI-Präventionsstrategie an die Besonderheiten jeder Zielgruppe anpassen. Modellhafte Präventionsprojekte mit begleitender Forschungskomponente werden daher hierzu auch weiterhin einen wichtigen Beitrag leisten.

Evaluierung und Qualitätssicherung

Die Wirksamkeit von Kampagnen und Maßnahmen kann nur durch eine kontinuierliche Evaluierung und Qualitätssicherung sichergestellt werden. Über die Wirksamkeit der HIV- und AIDS-Prävention in Deutschland liegen umfangreiche Daten für die Allgemeinbevölkerung, Jugendliche, die Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben sowie injizierende Drogenkonsumenten vor. Forschungsbedarf besteht noch bei den Präventionsangeboten für Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter. Die Ergebnisse und Empfehlungen der wissenschaftlichen Begleitungen der Modellvorhaben für die Gruppe der Migrantinnen und Migranten mit einem erhöhten HIV-Risiko werden derzeit ausgewertet und teilweise auf regionaler Ebene bereits umgesetzt.

Darüber hinaus haben in den letzten Jahren begleitende Qualitätssicherungsverfahren an Bedeutung gewonnen. Hierfür haben BZgA und DAH jeweils geeignete Instrumente entwickelt und als festen Baustein in ihre Präventionsmaßnahmen integriert.

Auf europäischer Ebene ist die BZgA in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (WHO/EURO) führendes Mitglied eines europäischen Expertennetzwerks für die Qualitätssicherung der HIV-Prävention. Ihr Ziel ist es, bewährte Qualitätssicherungsverfahren auf die HIV-Prävention und unterschiedliche Länder anzupassen und zu erproben. Die Arbeit des Netzwerks wird durch die Bundesregierung bis 2012 finanziell unterstützt. Damit leistet Deutschland einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der HIV-Prävention in Europa.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung und Ausblick.....	4
Abkürzungen.....	10
Glossar.....	12
Einleitung.....	14
Aktion 1: Aufklärung und Prävention.....	22
1.1. Ziele.....	23
1.2. Was erreicht wurde.....	24
1.2.1. Wissen zum Schutz vor HIV und AIDS.....	26
1.2.2. Wissen zum Schutz vor weiteren sexuell übertragbaren Infektionen.....	28
1.2.3. Aufklärung von Jugendlichen über HIV- und STI-Risiken.....	30
1.2.4. HIV und STI-Aufklärung und Prävention in besonders gefährdeten Gruppen.....	32
1.2.5. Osteuropa.....	39
1.3. Neue Entwicklungen und künftige Herausforderungen.....	43
Aktion 2: Universeller Zugang zu HIV-Testung und Therapie.....	44
2.1. Ziele.....	45
2.2. Was erreicht wurde.....	45
2.2.1. HIV-Testung.....	45
2.2.2. Behandlung.....	48
2.3. Neue Entwicklungen und künftige Herausforderungen.....	49
Aktion 3: Solidarität und Anti-Diskriminierung.....	51
3.1. Ziele.....	52
3.2. Was erreicht wurde.....	52
3.2.1. Aktivitäten für die Solidarität mit Menschen mit HIV und AIDS.....	52
3.2.2. Aktivitäten gegen Diskriminierung und Stigmatisierung von Menschen mit HIV und AIDS.....	55
3.3. Neue Entwicklungen und künftige Herausforderungen.....	56
Aktion 4: Koordination und Kooperation.....	57
4.1. Ziele.....	58
4.2. Was erreicht wurde.....	58
4.2.1. Zusammenarbeit auf Bund-, Länder- und Gemeindeebene.....	58
4.2.2. Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft und dem Privatsektor.....	59
4.2.3. Zusammenarbeit innerhalb der Europäischen Union.....	60
4.2.4. Kooperation im deutschsprachigen Europa.....	62
4.2.5. Kooperation auf internationaler Ebene.....	62
4.3. Neue Entwicklungen und künftige Herausforderungen.....	63

Aktion 5: Epidemiologie der Neuinfektionen	64
5.1. Ziele	65
5.2. Was erreicht wurde.....	65
5.2.1. Instrumente der Surveillance	65
5.2.2. Meldung positiver HIV-Testergebnisse.....	66
5.2.3. Surveillance und Monitoring resistenter HIV-Viren.....	66
5.2.4. Klinische Surveillance der HIV-Krankheit	68
5.2.5. Erfassung kürzlich erworbener HIV-Infektionen unter den Neudiagnosen	68
5.2.6. Surveillance von Risiko- und Schutzverhalten.....	68
5.2.7. Verknüpfung von Labor- und Verhaltensmerkmalen	69
5.3. Neue Entwicklungen und künftige Herausforderungen	70
Aktion 6: Biomedizinische und sozialwissenschaftliche Forschung	71
6.1. Ziele	72
6.2. Was erreicht wurde.....	72
6.2.1. Biomedizinische Forschung.....	72
6.2.2. Sozialwissenschaftliche Forschung.....	74
6.3. Neue Entwicklungen und künftige Herausforderungen	76
Aktion 7: Evaluierung und Qualitätssicherung	77
7.1. Ziel	78
7.2. Was erreicht wurde.....	78
7.2.1. Repräsentative Wiederholungsbefragung.....	78
7.2.2. Partizipative Qualitätsentwicklung in der HIV-Prävention.....	79
7.2.3. Qualitätssicherung der HIV-Prävention europaweit.....	80
7.3. Neue Entwicklungen und zukünftige Herausforderungen	81

Abkürzungen

A	
AA	Auswärtiges Amt
AAE	AIDS Action Europe
AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome; Erworbenes Immunschwäche Syndrom
ART	Antiretrovirale Therapie
AVV	Allgemeine Verwaltungsvorschrift
B	
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Frauen, Senioren, Familie und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMVg	Bundesministerium der Verteidigung
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
C	
CDC	Center for Disease Control
D	
DAGNÄ	Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelasse- ner Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter
DAH	Deutsche AIDS-Hilfe
DAIG	Deutsche AIDS-Gesellschaft
DAS	Deutsche AIDS-Stiftung
DNS	Desoxy-Ribonukleinsäure
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
DZI	Deutsches Zentrum für Infektionsforschung
E	
EATG	European AIDS Treatment Group
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EDCTP	European and Developing Countries Clinical Trials Partnership
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
EMIS	European MSM Internet Survey
ENP	Europäische Nachbarschaftspolitik
EU	Europäische Union
EZ	Entwicklungszusammenarbeit
F	
FU	Freie Universität Berlin
G	
GEMO	Gesundheitsförderung und HIV/AIDS-Präven- tion für Menschen aus Osteuropa in Baden- Württemberg
GFATM	Global Fund to fight AIDS, TB and Malaria
GTZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
H	
HIV	Human Immunodeficiency Virus; Humanes Immundefizienz Virus
HIVERA	Harmonising Integrating and Vitalising European Research
I	
IDU	Injecting drug user; Injizierender Drogenkonsument
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IMAK	Interministerieller Arbeitskreis zu HIV/AIDS
IQWIG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IWWIT	ICH WEISS WAS ICH TU
J	
JFT	Jugend-Film-Tage
JVA	Justizvollzugsanstalt

K		W	
KBV	Kassenärztlicher Bundesverband	WHO	World Health Organization
		WIAD	Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands
M		WZB	Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
MDG	Millennium Development Goals		
MSM	Männer, die Sex mit Männern haben		
P			
PaKoMi	Partizipation und Kooperation in der HIV-Prävention mit Migrantinnen und Migranten		
PCB	Programme Coordinating Board		
PKV	Verband privater Krankenkassen		
PQE	Partizipative Qualitätsentwicklung in der HIV-Prävention		
Q			
QIP	Qualitätssicherung der HIV-Prävention		
QM	Qualitätsmanagementansatz		
R			
RKI	Robert Koch-Institut		
S			
SGB	Sozialgesetzbuch		
STD	Sexually transmitted disease; sexuell übertragbare Krankheit,		
STI	Sexually transmitted infection; sexuell übertragbare Infektion		
STIKO	Ständige Impfkommission		
U			
UN	United Nations; Vereinte Nationen		
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV and AIDS; Gemeinsames Programm zur AIDS-Bekämpfung		

Glossar

Adhärenz

Grad, mit dem ein Individuum oder eine Gruppe einer empfohlenen Behandlung folgt; z. B. regelmäßige Einnahme von Medikamenten zum richtigen Zeitpunkt und in der richtigen Dosierung.

Aufsuchende Sozialarbeit

Aufsuchende Sozialarbeit orientiert sich an der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte. Kennzeichnend für diesen Ansatz ist ein unmittelbarer Zugang zu Zielgruppen, deren Situation durch Krisen und/oder Schwierigkeiten geprägt ist.

Best practice

Maßnahmen und Methoden die sich bewährt haben bzw. deren Erfolg durch wissenschaftliche Überprüfung (Evaluation) nachgewiesen ist.

CD4-Wert

Zahl der Immunzellen, die einen CD4-Rezeptor auf ihrer Oberfläche tragen. Ihre Anzahl gibt Auskunft über den Zustand des Immunsystems bei bestehender HIV-Infektion.

Community

Sozialwissenschaftlicher Fachbegriff für eine Gruppe von Menschen mit gleichem sozialen Hintergrund oder verbindenden Merkmalen.

ENP-Länder

ENP steht für Europäische Nachbarschaftspolitik, ein Programm der Europäischen Union mit dem Ziel, einen Kreis stabiler befreundeter Staaten um die EU herum zu etablieren.

Harm Reduction

Wörtlich: Schadensminderung. Ein Ansatz für Drogenkonsumenten, bei dem die Übertragung von HIV durch gemeinsamen Spritzengebrauch verhindert werden soll. Dabei werden unter anderem Einwegspritzen zur Verfügung gestellt.

Hochprävalenzland

Land mit hohem Vorkommen von HIV in der Bevölkerung.

Inzidenz von HIV

Neue Fälle von HIV-Infektionen pro Zeiteinheit in der Bevölkerung.

Kohortenuntersuchung

Form einer Längsschnittuntersuchung, die sich auf eine definierte Gruppe bezieht, z. B. alle HIV-infizierten Personen, die in einem definierten Jahr mit der Therapie begonnen haben.

Kombinationstherapie

Hier: Kombination verschiedener Medikamente bei der Bekämpfung einer HIV-Infektion.

Massenkommunikative Maßnahmen

Maßnahmen, die sich über Massenmedien wie Fernsehen und Rundfunk, aber auch über Plakate im öffentlichen Raum und Anzeigen in großen Publikumszeitschriften an eine große, wenig differenzierte Gruppe von Menschen richten.

Millennium Development Goals

Millennium-Entwicklungsziele. Dies sind acht in der Millennium-Erklärung im Jahr 2000 von allen Ländern gesetzte Ziele, die bis 2015 erfüllt sein sollen.

Männer, die Sex mit Männern haben

Der Begriff umfasst homosexuelle Männer, sowie Männer, die Sex mit Männern haben, sich aber nicht als homosexuell betrachten.

Morbidität

Rate/Häufigkeit des Auftretens einer Erkrankung in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe über einen definierten Zeitraum.

Mortalität

Sterberate oder Anzahl der Todesfälle an einer Erkrankung in einer Bevölkerungsgruppe, in der Regel über einen definierten Zeitraum.

Multiplikatoren, Multiplikatoreffekt

Der Begriff beschreibt, wie oder durch wen sich Botschaften und Maßnahmen und ihre Wirkungen verbreiten.

Niedrigschwelligkeit, niedrigschwellige Angebote

Angebote, die für die betreffenden Menschen in jeder Hinsicht leicht auffindbar, einfach erreichbar, mühelos zugänglich und gut akzeptierbar sind.

Pariser Deklaration

Die Erklärung von Paris ist ein internationales Konsenspapier, das 2005 in Paris verabschiedet wurde. Es legt wesentliche Grundvoraussetzungen für eine wirksame Entwicklungszusammenarbeit fest.

Peer-Education

Aufklärung, Bildung und Information durch Angehörige derselben sozialen Gruppe (Peer-Gruppe).

Personalkommunikative Maßnahmen

Im Unterschied zur Massenkommunikation individuelle, persönliche und an Einzelpersonen gerichtete Maßnahmen, insbesondere Gesprächsangebote.

Personenjahre

Zeitraum in Jahren, die ein Individuum z. B. in einer Studie unter dem zu beobachtenden Risiko stand bzw. in die Untersuchung einbezogen war.

Prävalenz von HIV

Vorkommen von HIV in der Bevölkerung (Angabe oft in Prozent oder pro 100.000 Einwohner).

Public Health

Fachbegriff, der sich auf die öffentliche Gesundheit bezieht, gleichzeitig aber auch die Gesundheitswissenschaft und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung insbesondere durch den öffentlichen Gesundheitsdienst einschließt.

Regelversorgung

Versorgung mit medizinischen und therapeutischen Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Resistenz

Widerstand/Widerstandsfähigkeit. Im Zusammenhang mit HIV und AIDS bedeutet Resistenz, dass bestimmte Medikamente gegen HIV nicht wirken.

Risikomanagement

Hier: Eingehen von Risiken bei sexuellen Kontakten, weil diese für kalkulierbar gehalten werden; beispielsweise der Verzicht auf Safer Sex-Maßnahmen bei einer geringen Viruszahl im Blut.

Roadmap

Wörtlich: Straßenkarte; Begriff aus Forschung und Politik für Strategie oder Projektplan.

Safer Environment

Umgebung, die ein Safer Sex-Verhalten begünstigt; gemeint sind besonders Sexklubs und Saunas, die ihren Gästen Präventionsmittel zur Verfügung stellen.

Safer Sex

Maßnahmen bei sexuellen Kontakten, die das Risiko einer HIV-Infektion deutlich vermindern und den Austausch von Körperflüssigkeiten hemmen, insbesondere das Benutzen von Kondomen.

Substitution

Hier: Medizinische Behandlung Heroinabhängiger mit einem Ersatzstoff (Methadon), mit der der Drogenkonsum und die damit verbundenen gesundheitlichen Risiken (z. B. Gebrauch von Spritzen und verunreinigten Substanzen) schrittweise verringert werden sollen (bis zur Abstinenz).

Surveillance

Fachbegriff, der sowohl die Beobachtung als auch die Überwachung eines Geschehens bedeuten kann.

Twinning

Wörtlich: Zwillingsbildung. Hier: Begriff eines Partnerschaftsprogramms zwischen EU-Ländern und EU-Kandidaten.

Einleitung

Der vorliegende Bericht gibt einen Überblick über die Maßnahmen der Bundesregierung zur Bekämpfung von HIV (HIV: Human Immunodeficiency Virus) und AIDS (AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome) seit 2007. Grundlage der nationalen Antwort auf die HIV- und AIDS-Epidemie ist die „HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung“ aus dem Jahr 2005. Sie wird ergänzt durch den im März 2007 erschienenen „Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung“, der für den Zeitraum 2007 bis 2010 konkrete Maßnahmen und Aufgaben benennt. Der Aktionsplan wurde gemeinsam von drei Bundesministerien erarbeitet: Gesundheit (BMG), wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) und Bildung und Forschung (BMBF).

Die zentralen Ziele der deutschen HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie sind:

- Die Zahl der HIV-Neuinfektionen zu minimieren
- Die Hilfen für Betroffene zu optimieren
- Den Umgang mit Betroffenen solidarisch zu gestalten

Dem Gedanken eines gemeinsamen Engagements gegen HIV und AIDS ist Deutschland auch international verpflichtet. Dies gilt ganz besonders für den europäischen Raum, der weiter zusammenwächst und damit die Mobilität zwischen den Ländern erleichtert. Besondere Aufmerksamkeit gilt den zentral- und osteuropäischen Nachbarländern, in denen die hohe Ausbreitung von HIV und AIDS ein drängendes Problem ist. Deutschland unterstützt daher diese Länder bei der Bekämpfung von HIV und AIDS und hat dies nicht nur in den Erklärungen von Dublin, Vilnius und Bremen zum Ausdruck gebracht, sondern während der EU Ratspräsidentschaft 2007 auch dafür Sorge getragen, dass die Zusammenarbeit mit osteuropäischen Ländern sowie die Notwendigkeit politischer Verantwortung in den Vordergrund gestellt werden.

Der hier vorliegende Bericht orientiert sich an den sieben Säulen der deutschen HIV- und AIDS-Strategie. Die im Folgenden aufgelisteten Säulen bilden nicht nur die Grundlage der nationalen Bekämpfungsstrategie, sondern finden sich auch in den Unterstützungsmaßnahmen Deutschlands auf europäischer und internationaler Ebene wieder:

1. Aufklärung und Prävention
2. Universeller Zugang zu HIV-Testung und Therapie
3. Solidarität und Antidiskriminierung
4. Koordination und Kooperation
5. Epidemiologie der Neuinfektionen
6. Biomedizinische und sozialwissenschaftliche Forschung
7. Evaluierung und Qualitätssicherung.

In Anlehnung an diese Säulen gliedert sich der Bericht in sieben Aktionsfelder. Jedes von ihnen beschreibt die Zielsetzungen und die seit 2007 erreichten Ergebnisse, und weist abschließend auf sich abzeichnende, neue Entwicklungen und künftige Herausforderungen hin. Dabei werden die im Aktionsplan genannten Ziele und Bausteine thematisch gebündelt. Die Einleitung gibt auch einen Überblick über den deutschen Beitrag im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit¹. Das Engagement der Bundesregierung in Osteuropa wird maßgeblich in einem Unterkapitel der Aktion 1 behandelt.

¹ Zu Entwicklungszusammenarbeit siehe Einleitung Textbox 1 „HIV und AIDS in der Entwicklungszusammenarbeit“

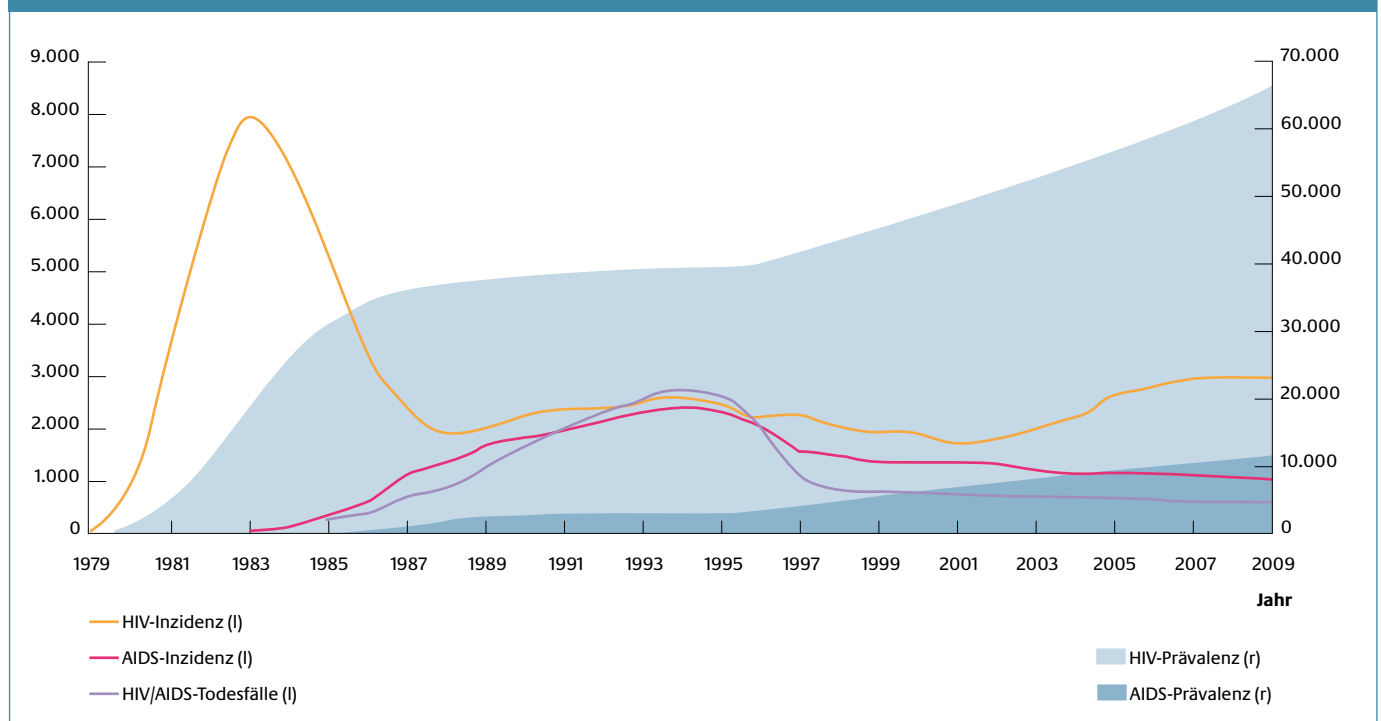
HIV- und AIDS-Epidemiologie

Deutschland

Die Zahl der in Deutschland neu gemeldeten HIV-Diagnosen hat sich nach einer Periode mit ansteigenden HIV-Neudiagnosen (2001 bis 2007) seit 2008 stabilisiert². Im Jahr 2009 wurden 2.858 neu diagnostizierte HIV-Infektionen gemeldet. Darunter bilden Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), mit knapp 66 Prozent die größte Gruppe. Personen, die sich auf heterosexuellem Weg mit dem Virus infiziert hatten (ohne Personen, die aus einem Hochprävalenzland stammen), haben einen Anteil von 17 Prozent; dabei waren mit 58 Prozent Männer in dieser

Gruppe etwas häufiger betroffen als Frauen. Personen aus Hochprävalenzländern, also Ländern mit einer hohen Verbreitung von HIV in der allgemeinen Bevölkerung, bilden einen Anteil von 11 Prozent an den HIV-Neudiagnosen in Deutschland; diese Menschen haben sich vermutlich überwiegend in ihren Heimatländern über heterosexuelle Kontakte infiziert. Aufgrund der seit vielen Jahren konstanten und umfassenden HIV-Prävention bei injizierenden Drogenkonsumenten gibt es weiterhin vergleichsweise wenige neue HIV-Diagnosen in dieser Gruppe (100 in 2009). Dies entspricht einem Anteil von 5 Prozent an den HIV-Neudiagnosen in Deutschland. Der Anteil der Frauen unter den neu gemeldeten Infektionen blieb mit rund 16 Prozent konstant.

Abb. 1 Geschätzte HIV- und AIDS-Inzidenz, Prävalenz und Todesfälle in Deutschland, Ende 2009



Quelle: RKI

² Zu HIV und AIDS Epidemiologie siehe Einleitung Abbildung 1 „Geschätzte HIV- und AIDS-Inzidenz, Prävalenz und Todesfälle in Deutschland, Ende 2009“

In der Altersverteilung ist bei Männern und Frauen die Gruppe der 25- bis 29-Jährigen am stärksten betroffen, gefolgt von den 30- bis 39-Jährigen.

Neben dem Blick auf die hier vorgestellten Übersichtsdaten ergeben weitere Analysen auch detaillierte Informationen, z. B. zur Verteilung geographisch oder innerhalb der Gruppen mit Risikoverhalten. So ist beispielsweise festzustellen, dass die Zahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen unter Männern in der Altersgruppe 20-29 Jahre zugenommen hat. Der Großteil dieser Infektionen wurde in Deutschland erworben und es gibt Hinweise dafür, dass viele von ihnen in dieser Altersgruppe recht früh diagnostiziert werden. Im Gegensatz dazu scheinen neue HIV-Infektionen in höheren Altersgruppen erst etwas später diagnostiziert zu werden.

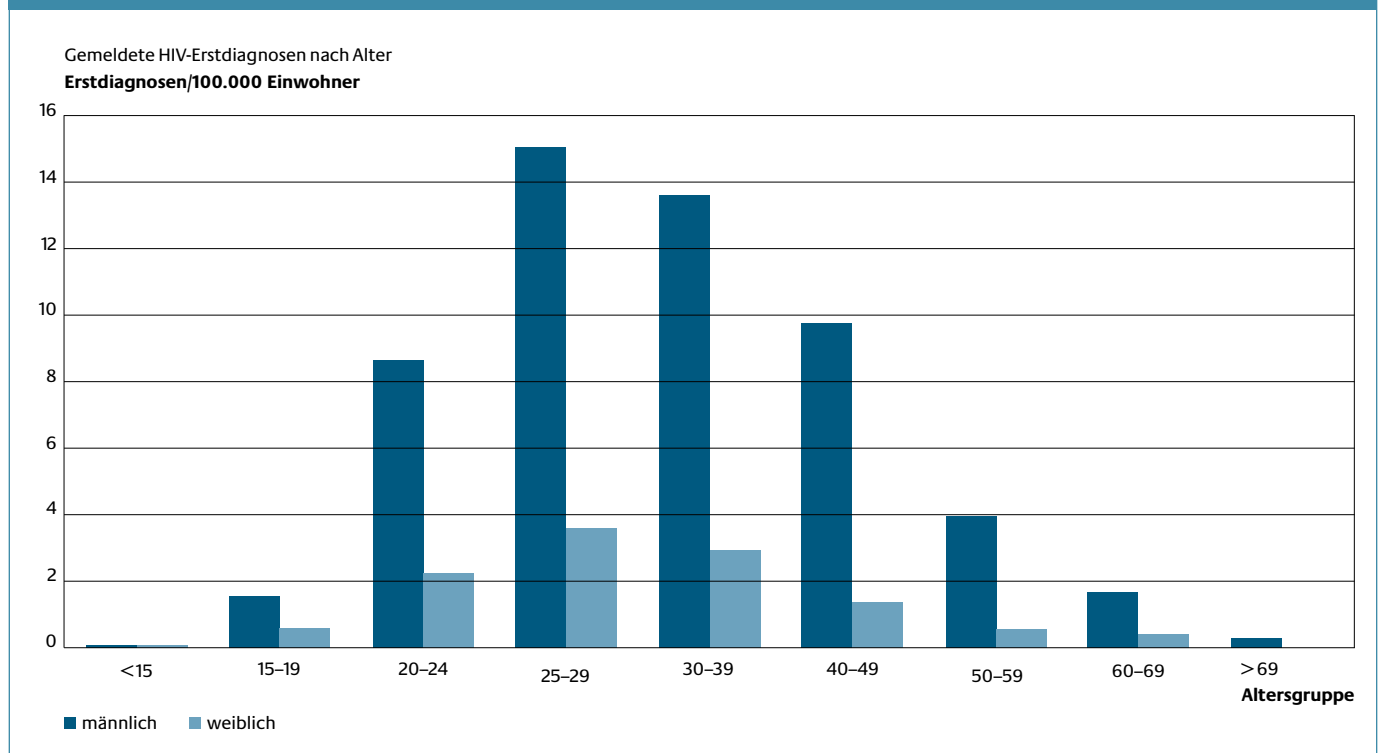
www.rki.de/nn_196658/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/hiv_node.html?__nnn=true

Europa

Im Jahr 2008 wurden insgesamt 51.600 neu diagnostizierte HIV-Infektionen aus der WHO-Europa-Region gemeldet³ (ohne Russland, wo nach Angaben des nationalen AIDS-Zentrums alleine 55.000 HIV-Infektionen gemeldet wurden). Eingeteilt in die Unterregionen West-, Zentral und Osteuropa variiert die epidemiologische HIV-Situation innerhalb Europas erheblich. Als Übertragungsweg dominiert in Osteuropa noch der injizierende Drogengebrauch. In Zentral- und Westeuropa überwiegt dagegen – in wechselnder Ausprägung – die Übertragung zwischen MSM vor der heterosexuellen Übertragung.

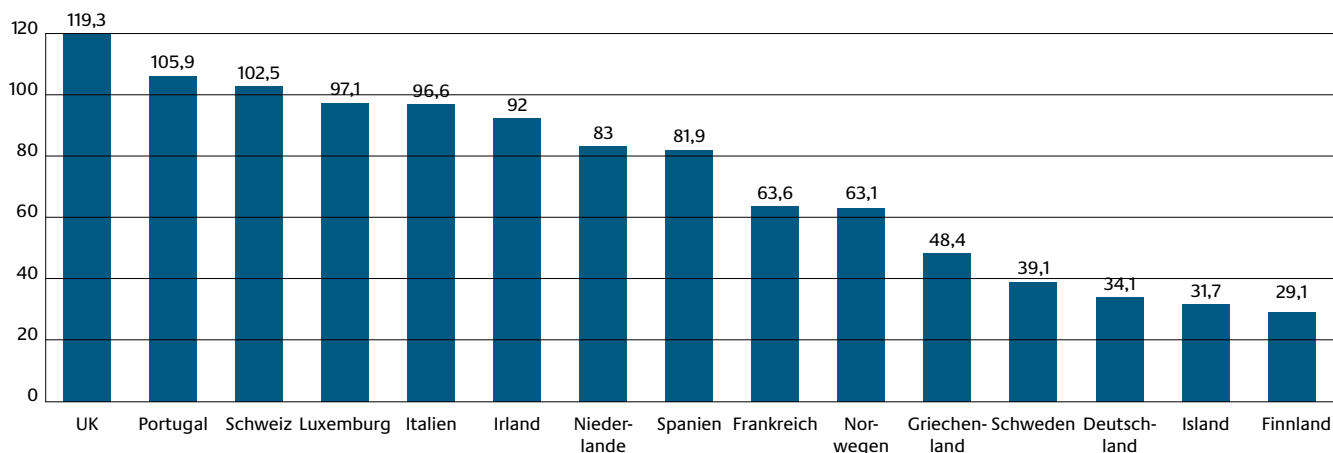
³ ECDC, HIV Surveillance Report 2008

Abb. 2 HIV-Erstdiagnosen in Deutschland nach Alter und Geschlecht



Quelle: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten 2009, RKI

Abb. 3 Neu diagnostizierte HIV-Fälle pro 1. Mio. Population in Westeuropa



Quelle: Adaptiert auf der Basis von Daten aus HIV/AIDS Surveillance Report 2008, ECDC 2009

Tab. 1 Charakteristika von neu diagnostizierten HIV-Infektionen in der WHO Europa-Region

	WHO EURO-Region	West*	Zentral*	Ost*
Anzahl HIV-Fälle	51.600	24.296	1.762	2.5542
Rate pro Mio. Population	87	72	15	179
Prozentzahl der Fälle**				
Alter 15–24 Jahre	13%	10%	19%	15%
Weiblich	35%	30%	22%	41%
Übertragungswege***				
Heterosexuell	37%	30%	19%	44%
MSM	19%	43%	27%	0,5%
IDU	27%	5%	7%	45%
Unbekannt	15%	21%	46%	8%

Quelle: HIV/AIDS Surveillance Report 2008, ECDC 2009

* Keine Daten von West: Österreich, Dänemark, Liechtenstein, Monaco; Zentral: Türkei; Ost: Russland

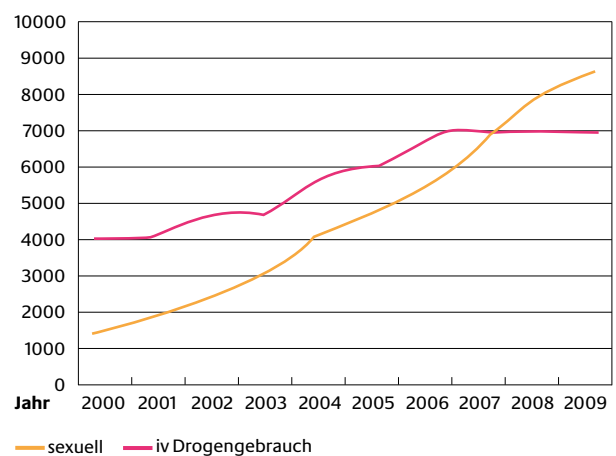
** Fälle mit unbekanntem Alter/Geschlecht sind von den Prozentzahlen ausgeschlossen

*** Individuen, die aus Länder mit einer generalisierten Epidemie stammen, wurden ausgeschlossen

Im europäischen Vergleich hat Deutschland insgesamt eine der niedrigsten Raten an neu diagnostizierten HIV-Infektionen. Dies gilt auch für den Anteil der HIV-Übertragungen, die durch heterosexuelle Kontakte und durch injizierenden Drogengebrauch übertragen werden.

Besonders von der HIV-Epidemie betroffen sind die Ukraine, Russland und einige weitere osteuropäische Staaten, die derzeit auch im weltweiten Vergleich die höchsten Steigerungsraten bei den Neuinfektionen aufweisen. Für sie besteht die Gefahr, dass sich die vormals konzentrierten Epidemien – das sind solche Epidemien, bei denen sich die Infektion in der Regel auf Gruppen mit besonderem Risikoverhalten beschränkt wie z. B. injizierende Drogenkonsumenten oder MSM – zu generalisierten Epidemien entwickeln. Dieser Punkt ist in den erwähnten Ländern in etwa erreicht. So überstieg in Osteuropa in den Jahren 2008 und 2009 die Zahl der auf heterosexuellem Wege übertragenen Neuinfektionen die Zahl der Übertragungen durch Drogengebrauch. Damit zeigt sich die Tendenz, dass HIV sich über die besonders gefährdeten Gruppen hinaus in die allgemeine Bevölkerung verbreitet.

Abb. 4 Veränderung der HIV-Übertragung in der Ukraine



Quelle: Nationaler Bericht zur Umsetzung der Verpflichtungserklärung zu HIV und AIDS im Berichtszeitraum Januar 2008–Dezember 2008, Ukraine, Kiew 2010

HIV und AIDS in der Entwicklungszusammenarbeit

Finanzierung

Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) stellt für Gesundheitsförderung aktuell weit über 500 Mio. € pro Jahr zur Verfügung (2008: 738 Mio. €). Deutschland trägt damit wesentlich zur Erreichung der G8-Verpflichtung beim Heiligendamm-Gipfel 2007 bei, bis 2012 insgesamt 60 Mrd. USD für die Bekämpfung von Infektionskrankheiten und für die Stärkung von Gesundheitssystemen bereitzustellen.

Die Summe beinhaltet Maßnahmen für die globale Bekämpfung von AIDS, Malaria und Tuberkulose und für die Stärkung der Gesundheitssysteme und setzt sich zusammen aus Zusagen der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit und den Beiträgen zum Globalen Fonds zur Bekämpfung von

AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM). Deutschland ist das drittstärkste Geberland des GFATM. Zwischen 2002 und 2010 wurden insgesamt 927,5 Mio. € eingezahlt und für 2010 weitere 204 Mio. € zugesagt. Des Weiteren umfasst der Beitrag den deutschen Anteil an HIV-Bekämpfungsmaßnahmen der Europäischen Union und der Weltbank, sowie Beiträge für andere internationale Organisationen. Bilateral unterstützt die deutsche Entwicklungspolitik länderspezifisch ausgerichtete Programme zur HIV-Bekämpfung in mehr als 40 Ländern. Angesichts der Entwicklung der HIV-Epidemie hat die Bundesregierung ihren Beitrag zur Bekämpfung von AIDS, Malaria und Tuberkulose in den letzten sieben Jahren von 300 Mio. € auf über 400 Mio. € jährlich gesteigert. Bis zum Jahr 2015 sollen insgesamt über 4 Mrd. € bereitgestellt werden.

Zu HIV und AIDS in der Entwicklungszusammenarbeit siehe auch BMZ, Die Millenniums-Entwicklungsziele, August 2010, http://www.bmz.de/de/publikationen/reihen/infobroschueren_flyer/infobroschueren/BMZ_Informationsbroschuere_04_2010.pdf

HIV und AIDS in der Entwicklungszusammenarbeit (Fortsetzung)

Der internationale politische Rahmen

Im Jahr 2000 hat sich die internationale Gemeinschaft mit den Millennium-Entwicklungszielen (Millennium Development Goals, MDGs) verpflichtet, bis zum Jahr 2015 die Zahl der Menschen, die weniger als einen US-Dollar am Tag zur Verfügung haben, zu halbieren. Unter den acht gesetzten Zielen wurde ein eigenständiges MDG 6 festgelegt, das einen Stillstand und Trendumkehr bei der Ausbreitung von HIV (zusammen mit Malaria und anderen übertragbaren Krankheiten) bis 2015 vorsieht. Auch die anderen sieben MDGs haben indirekte Bezüge zur AIDS-Bekämpfung.

In der Verpflichtungserklärung der UN-Sondervollversammlung 2001 hat sich die internationale Gemeinschaft auch dem Ziel einen allgemeinen Zugang zu HIV-Prävention, Behandlung und Versorgung bis zum Jahr 2010 zu gewährleisten, verschrieben (Universal Access Initiative). UNAIDS hat die führende Rolle in der Koordination und Stärkung der weltweiten Anstrengungen inne.

Der deutsche Beitrag an der globalen HIV-Bekämpfung

Auf der Grundlage der internationalen Abkommen stellt sich auch die deutsche Entwicklungspolitik den globalen Herausforderungen der HIV-Epidemie. Neben dem Aktionsplan erscheint die deutsche HIV- und AIDS-Bekämpfungsstrategie in der Entwicklungszusammenarbeit als Schwerpunktbereich im „Aktionsprogramm 2015 zur weltweiten Halbierung extremer Armut“. Dabei orientiert sich die deutsche Entwicklungspolitik an den Prinzipien der Erklärung von Paris über die Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit.

In der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit konzentriert sich die Bundesregierung auf die Prävention von HIV-Infektionen. Über die Beiträge zum GFATM finanziert sie auch in großem Maßstab Medikamente für antiretrovirale Therapien.

Profil der deutschen Entwicklungszusammenarbeit (EZ) im Bereich HIV

- Die deutsche EZ konzentriert ihre Maßnahmen auf die Prävention von HIV.
- HIV wird als Querschnittsthema der EZ in allen relevanten Sektoren bekämpft.
- Die HIV-Bekämpfung erfolgt integriert unter der Nutzung von Synergien:
 - HIV-Bekämpfung wird mit Maßnahmen zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit verbunden.
 - HIV-Bekämpfung geht mit Gesundheitssystemstärkung und Förderung der Bluttransfusionssicherheit einher.
 - Multilaterale Finanzmittel und bilaterale EZ wirken bei der HIV-Bekämpfung zusammen.
 - Das Engagement des Privatsektors in Afrika bei der Gesundheitsförderung und Bekämpfung von HIV wird durch regionale Organisationen und Arbeitsplatzprogramme gefördert.
- Geschlechterungleichheiten werden bei der Planung, Durchführung und Evaluierung von Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV berücksichtigt.
- Die Nutzung von Harm Reduction-Ansätzen als wirksames Mittel zur Bekämpfung von HIV bei Drogenkonsumenten wird gefördert.
- Die sozialen Folgen von AIDS werden durch Unterstützungsangebote für arme Haushalte und für AIDS-Waisen und andere schutzbedürftige Kinder gemindert.

Finanzierung

Gesamtförderung

Das Gesamtfördervolumen der Bundesregierung für Aufklärung und Forschung in Deutschland im Bereich HIV und AIDS beläuft sich für den Zeitraum von 1988 bis 2009 auf rund 464 Mio. €. Zusätzlich fördert das BMG Maßnahmen zur HIV- und AIDS-Bekämpfung in Osteuropa in einer Höhe von 4,1 Mio. €.

Förderung im Berichtszeitraum 2007 bis 2010

Zwischen 2007 bis 2010 hat das BMG 50,8 Mio. € für die HIV und AIDS-Prävention und Aufklärung zur Verfügung gestellt, sowie 4,1 Mio. € für die Zusammenarbeit mit Osteuropa und 7,6 Mio. € für die HIV/AIDS-Forschung.

Das BMBF hat in diesem Zeitraum HIV und AIDS-Forschungsvorhaben mit rund 22 Mio. € (rund 5,6 Mio. € jährlich) gefördert.

Das BMZ stellt für die bilaterale Entwicklungszusammenarbeit zur Bekämpfung von HIV/ AIDS und Tuberkulose sowie für Beiträge zum Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM) aktuell über 400 Mio. € pro Jahr zur Verfügung.

Hinzu kommen Ausgaben der Bundesländer, Zuwendungen auf kommunaler Ebene und Spenden aus dem privaten Sektor.

Tab. 2 Haushaltsmittel BMG 2007–2010 für HIV und AIDS

Thema	2007	2008	2009	2010	Gesamt
Prävention und Aufklärung	12,2 Mio. €	12,2 Mio. €	13,2 Mio. €	13,2 Mio. €	50,8 Mio. €
Forschung	1,6 Mio. €	2,0 Mio. €	2,0 Mio. €	2,0 Mio. €	7,6 Mio. €
Osteuropa	-	1,5 Mio. €	1,5 Mio. €	1,1 Mio. €	4,1 Mio. €
Gesamt	13,8 Mio. €	15,7 Mio. €	16,7 Mio. €	16,3 Mio. €	62,5 Mio. €

Quelle: BMG

Die Aktionen



Aktion 1: Aufklärung und Prävention



Aktion 1: Aufklärung und Prävention

1.1. Ziele

Aufklärung und Prävention sind die zentralen Instrumente, um die Ziele der HIV- und AIDS-Bekämpfung zu erreichen. Im Fokus stehen dabei Maßnahmen, die die Bevölkerung und gefährdete Gruppen motivieren und befähigen, sich in Risikosituationen vor HIV und AIDS und anderen sexuell übertragbaren Infektionen zu schützen. Neben der Aufklärung der Allgemeinbevölkerung fördert die Bundesregierung themen- und zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen, wie z. B. für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), Migrantinnen und Migranten mit einem erhöhten HIV-Risiko, injizierende Drogenkonsumenten, Gefängnisinsassen, Jugendliche und Schwangere.¹

Ein weiteres zentrales Präventionsziel ist der Abbau von Stigmatisierung, Diskriminierung und Kriminalisierung von Menschen mit HIV. Das Erleben oder die Befürchtung von Ausgrenzung und Diskriminierung können dazu führen, dass sich Menschen mit HIV oder einem höheren Infektionsrisiko sozial isoliert fühlen und mit Präventions- und Unterstützungsangeboten nicht erreicht werden.

Die HIV- und AIDS-Prävention der Bundesregierung in Deutschland ist nicht auf den deutschen Raum begrenzt. Sie versteht die Bekämpfung von HIV und AIDS als eine gemeinsame europäische Aufgabe und arbeitet daher eng und partnerschaftlich mit West-, Zentral- und Osteuropa zusammen.

¹Zu Schwangeren siehe Aktion 2, 2.2.1 „HIV-Testung“

Das AIDS-Paradox

Bilder von HIV-Infizierten mit deutlich sichtbaren Krankheitszeichen oder von sterbenden AIDS-Patienten sind in den vergangenen Jahren nach und nach aus der öffentlichen Wahrnehmung und den Medien verschwunden – gleichzeitig leben immer mehr Menschen in Deutschland verhältnismäßig unauffällig mit der Infektion.

Die Behandelbarkeit der HIV-Infektion hat sich seit 1996 – zumindest in den reicheren Ländern der Welt – durch die antiretroviralen Therapie und die Entwicklung immer wirksamerer und besser verträglicher Medikamente rasant verbessert. Sowohl Lebenserwartung als auch Lebensqualität sind dadurch deutlich gestiegen. Da die Zahl der Menschen mit sichtbaren Zeichen der HIV-Erkrankung stark zurückgegangen ist, nimmt AIDS in Deutschlands Öffentlichkeit nur noch eine Randposition ein.

Gleichzeitig entscheiden sich aber viele Menschen mit HIV gegen ein öffentliches Bekenntnis als Positive, weil sie soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung oder den Verlust des Arbeitsplatzes befürchten. Oft erfährt davon nur der engste Freundeskreis oder nur die Partnerin oder der Partner. Die HIV-Infektion und ihre Auswirkungen für die Betroffenen sind daher für die meisten Menschen kaum noch sichtbar und erlebbar, die Erkrankung und die Infektionsrisiken sind zu etwas Abstraktem geworden. Die HIV-Prävention begegnet dieser Entwicklung, indem sie die mit HIV lebenden Menschen z. B. anlässlich des Welt-AIDS-Tages selbst zu Wort kommen lässt. Auf diese Weise können Schutz- und Solidaritätsbotschaften besonders glaubhaft vermittelt werden.

1.2. Was erreicht wurde

Im Berichtszeitraum wurde die bewährte Zusammenarbeit und Arbeitsteilung zwischen den beiden Hauptakteuren in der deutschen HIV- und AIDS-Prävention, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der von ihr geförderten und fachlich begleiteten Deutsche AIDS-Hilfe (DAH), fortgesetzt. Dies gilt auch für den auf zwei Ebenen angelegten Aufklärungs- und Präventionsansatz.

Zentrales Instrument für die Aufklärung der Allgemeinbevölkerung mit einem durchschnittlichen HIV-Risiko war die nationale Präventionskampagne der BZgA „GIB AIDS KEINE CHANCE“. Sie wurde kontinuierlich neuen Trends und Entwicklungen angepasst. Dazu gehörte der Ausbau interaktiver Internetplattformen, aber auch die Stärkung und Qualifizierung örtlicher Netzwerke und der Aufklärungsarbeit vor Ort. Aufklärungsangebote zu anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) wurden in die Kampagne eingebunden und kontinuierlich erweitert. Mit der neuen Staffel „Liebesorte“ der Teilkampagne „mach's mit“ wird seit 2009 ein neues Kommunikationskonzept umgesetzt. Teilgruppen wie Jugendliche, Frauen (einschließlich schwangere Frauen) und Soldatinnen und Soldaten wurden darüber hinaus mit spezifischen Maßnahmen und Materialien angesprochen.

Die Aufklärung und Prävention der epidemiologisch zentralen, von HIV besonders gefährdeten Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), Menschen aus Hochprävalenzländern, injizierende Drogenkonsumenten, Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter sowie Gefängnisinsassen wurde ausgebaut und intensiviert. Damit wurde der Konzentration von Neuinfektionen in dieser Gruppe Rechnung getragen. Beispiele hierfür sind die 2008 begonnene Kampagne für MSM „ICH WEISS WAS ICH TU“ der DAH und verschiedene Projekte für Migrantinnen und Migranten von BZgA und DAH, die eine verbesserte HIV- und STI-Aufklärung über kultursensible und ihr heterogenes Lebensumfeld berücksichtigende Präventionsansätze erreichen wollen. Die Bundesregierung versteht die Bekämpfung von HIV und AIDS als eine gemeinsame internationale Aufgabe und hat sich auch im Berichtszeitraum international in vielen Regionen und auf unterschiedlichen Ebenen zu HIV und AIDS engagiert. Im Einklang mit den Erklärungen von Dublin, Vilnius und Bremen bildete der europäische Raum eine Schwerpunktregion. Eine Reihe von bilateralen Projekten, Förderungen und Maßnahmen mit osteuropäischen Partnern zeugen von der praktischen Umsetzung der in den Erklärungen eingegangenen Verpflichtungen. Beispiele hierfür sind die 2008 begonnene Deutsch-Ukrainische Partnerschaftsinitiative und die kontinuierliche Förderung des grenzübergreifenden Vorhabens BORDERNETWORK.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Die BZgA ist eine nachgeordnete Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und auf Bundesebene die zentrale Umsetzungs- und Koordinierungsstelle für die AIDS-Prävention.

Oberste Zielsetzung der HIV-Prävention ist es, die Zahl der HIV-Infektionen so gering wie möglich zu halten. Dies bedeutet, die Ursachen für die Neuinfektionen in Deutschland zu identifizieren und ihnen wirksame, moderne und zielgruppengerechte Präventionsangebote entgegenzusetzen. Hieraus ergeben sich folgende Ziele:

(1) Aufrechterhaltung eines hohen und stabilen Informationsstandes über Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten bezüglich HIV und AIDS und anderen sexuell übertragbaren Infektionen, (2) Förderung der Motivation und der Befähigung, sich in Risikosituationen zu schützen, (3) Förderung der Verantwortung gegenüber der eigenen Gesundheit und der von Sexualpartnerinnen und Sexualpartnern, (4) Erzeugung und Stärkung eines gesellschaftlichen Klimas gegen Stigmatisierung und Ausgrenzung von Menschen mit HIV und AIDS.

www.bzga.de

Schlaglichter aus der repräsentativen Jahresbefragung „AIDS im öffentlichen Bewusstsein“²

AIDS wird in Deutschland inzwischen deutlich seltener als zu Beginn der Aufklärungskampagne als große Bedrohung eingeschätzt. Während 1993 noch 61 Prozent der Bevölkerung AIDS für eine der gefährlichsten Krankheiten überhaupt hielten, waren es im Jahre 2009 nur noch 23 Prozent (37 Prozent der 16- bis 20-Jährigen). Gründe für diese Entwicklung sind die verbesserte Behandelbarkeit von AIDS, das nachlassende Medieninteresse, aber auch das zunehmende Wissen über die Gefahren einer HIV-Infektion und das damit verbundene Schutzverhalten in der Bevölkerung.

Die jährlichen Repräsentativumfragen zu „AIDS im öffentlichen Bewusstsein“ der BZgA belegen, dass die Einstellungen zu Menschen mit HIV und AIDS auf hohem Niveau stabil und von Solidarität gekennzeichnet sind. 96 Prozent (2009) würden es nicht für richtig halten, wenn AIDS-Kranke mit niemandem außer dem medizinischen Personal und den Angehörigen in Berührung kämen.

Nahezu die gesamte Bevölkerung (99 Prozent) in Deutschland verfügt über das zum Schutz vor HIV und AIDS notwendige Basiswissen, dass bei ungeschützten Sexualkontakten, bei „Nadeltausch“ und Blut-zu-Blut-Kontakten Infektionsgefahr besteht. Dieses Wissen ist auch bei der nachwachsenden Generation (16- bis 20-Jährige) in diesem hohen Ausmaß (98 Prozent) vorhanden.

Nahezu die gesamte Bevölkerung weiß, dass keine Infektionsgefahr bei sozialen Alltagskontakten mit HIV-infizierten Menschen besteht (98 Prozent) und kein gesundheitliches Risiko darin liegt, mit HIV-Infizierten am selben Arbeitsplatz zusammen zu arbeiten (97 Prozent). Dass Küssen medizinisch als Übertragungsmöglichkeit praktisch ausgeschlossen wird, ist eher den jüngeren (89 Prozent) als den älteren Befragten (78 Prozent) bekannt.

Das Bewusstsein für STI in der Bevölkerung wächst. Etwas mehr als ein Viertel der 16- bis 65-Jährigen gibt im Jahr 2009 an, sich bereits wegen einer möglichen STI gesorgt zu haben (29 Prozent der Männer und 26 Prozent der Frauen). Im Jahr 2002 waren es 19 Prozent bei den Männern und 15 Prozent bei den Frauen. Entsprechend steigt auch der Informationsbedarf zu STI an. In der 16- bis 65-jährigen Allgemeinbevölkerung wird 2009 von 42 Prozent der weiblichen und 37 Prozent der männlichen Befragten weiterer Informationsbedarf zu STI geäußert.

Mit zunehmender Akzeptanz von Kondomen nahm auch die Bereitschaft zu, sich mit Kondomen zu schützen. 70 Prozent der 16- bis 20-Jährigen haben heute Kondome verfügbar, bei den sexuell Aktiven in dieser Gruppe sind es 83 Prozent. Damit ist gerade der nachwachsenden Generation eine wesentliche Voraussetzung gegeben, sich vor HIV und anderen STI zu schützen. Nicht nur die Absicht, sondern auch die tatsächliche Kondomanwendung ist in dieser Altersgruppe weiter angestiegen. Allein von 2004 bis 2009 stieg der Anteil derer, die immer oder häufig Kondome verwenden, von 61 Prozent auf 70 Prozent an.

In der sexuell aktiven Gruppe der Alleinlebenden unter 45 Jahren wurden von insgesamt 61 Prozent der Befragten immer oder häufig Kondome benutzt; dies ist der bislang höchste Anteil seit Beginn der Befragungen 1987. Von den 16- bis 44-Jährigen mit neuen Beziehungen nutzen 85 Prozent der Männer und 86 Prozent der Frauen Kondome. Der Kondomabsatz lag im Jahr 2009 – wie bereits 2008 – laut Deutscher Latexforschungsgemeinschaft Kondome bei einer Rekordverkaufsrate von 215 Mio. Stück.

Quelle: BZgA – Repräsentativerhebung „AIDS im öffentlichen Bewusstsein 2009“

² Zu AIDS im öffentlichen Bewusstsein siehe Aktion 7, 7.2.1. „Repräsentative Wiederholungsbefragung“

Arbeitsteilung und Zusammenarbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH)

Bereits Mitte der 1980er Jahre vereinbarten BZgA und DAH eine enge Zusammenarbeit. Dieses Modell der fachlich-strategischen Arbeitsteilung und Zusammenarbeit ist international beispielhaft und wird heute von immer mehr Ländern übernommen.

Die BZgA ist in Deutschland für die bundesweite AIDS-Präventionskampagne GIB AIDS KEINE CHANCE mit der Ansprache der gesamten Bevölkerung sowie zentraler Zielgruppen darin verantwortlich. Die Aktivitäten der DAH richten sich in erster Linie an die besonders von HIV betroffenen und gefährdeten Gruppen. Da die DAH aus ihren Zielgruppen entstanden ist und mit ihnen intensiv zusammenarbeitet, ist sie bei der Vermittlung von Präventions-

botschaften besonders glaubwürdig. Einen großen Anteil ihrer staatlichen Mittel für die AIDS-Prävention stellt die BZgA deshalb der DAH für die Präventionsarbeit in diesen Gruppen zur Verfügung. Außerdem arbeitet die BZgA bei der Entwicklung und Konzeption von Maßnahmen der DAH mit und unterstützt deren umfassende Qualitätssicherung. Im Jahre 2010 wurden zum Beispiel mehr als 400 Projekte mit einem Gesamtvolumen von 5,2 Mio. € von der BZgA begleitet und finanziert.

Auf der stabilen Basis dieses koordinierten und sich gegenseitig unterstützenden Zusammenspiels von staatlichen und nicht-staatlichen Institutionen sind die Erfolge der AIDS-Prävention in Deutschland möglich geworden.

1.2.1. Wissen zum Schutz vor HIV und AIDS

Ein gutes Wissen über Risikosituationen und Übertragungswege ist die Voraussetzung für einen ausreichenden Schutz vor HIV und einem vorurteilsfreien Zusammenleben mit HIV-infizierten Menschen. Fast die gesamte Bevölkerung in Deutschland einschließlich der nachwachsenden Generation ist gut über HIV und AIDS informiert, und die Benutzung von Kondomen in Risikosituationen hat sich seit Beginn der HIV/AIDS-Aufklärung erheblich ausgeweitet. Dies belegt die Wirksamkeit der langfristig angelegten Präventions- und Aufklärungsarbeit in Deutschland.

HIV-Aufklärung und Prävention in der Allgemeinbevölkerung

Die bundesweite Kampagne: „GIB AIDS KEINE CHANCE“
Die Kampagne „GIB AIDS KEINE CHANCE“ ist die größte und umfassendste Kampagne zur gesundheitlichen Aufklärung in Deutschland. Sie besteht seit 1987, ihr Logo ist heute mehr als 90 Prozent der Bevölkerung bekannt. „GIB AIDS KEINE CHANCE“ ist modellhaft für eine erfolgreiche Präventionsstrategie. Ihr Erfolgsrezept ist, dass sie sowohl

die breite Öffentlichkeit als auch gefährdete Gruppen anspricht, die nicht über definierte Communities erreicht werden und deshalb nur über eine bevölkerungsbezogene Kampagne angesprochen werden können. Dies sind zum Beispiel Freier, Reisende, die in Hochprävalenzländern Sexualekontakte suchen, heterosexuelle Männer mit homosexuellen Kontakten und Menschen mit spontanen Sexualekontakten mit wechselnden Partnern. Jugendliche sind ebenfalls eine wichtige Zielgruppe – nicht weil sie besonders von HIV betroffen sind, sondern weil sie bei der Entwicklung ihres Sexuallebens in besonderem Ausmaß über HIV und AIDS und die Schutzmöglichkeiten aufgeklärt sein müssen.³

Die Kampagne ist auf drei Ebenen angelegt. Sie kombiniert massenmediale Ansätze wie Poster, Postkarten, TV-, Radio- und Kinospots mit Methoden der persönlichen Kommunikation (Online- und Telefonberatung, Angebote für Schulen, interaktive Aktionen und Veranstaltungen), mit denen Menschen mit einem spezifischen Risikoverhalten angesprochen werden. Unter dem Dach der Kampa-

³ Zu Jugendlichen siehe Aktion 1, 1.2.3. „Aufklärung von Jugendlichen über HIV- und STI-Risiken“

gne werden die Kernbotschaften und Maßnahmen der einzelnen Komponenten eng miteinander verknüpft; sie verfolgen das gleiche Ziel und verstärken sich gegenseitig. Der Bevölkerung werden so grundlegende Informationen zu Risiken, Schutzmöglichkeiten und Situationen ohne Ansteckungsrisiko vermittelt und auch ihre Kommunikationsfähigkeiten geschult.

Auch in den letzten Jahren wurden die Kommunikationsstrategien, -maßnahmen und -technologien kontinuierlich an die wechselnden Erfordernisse angepasst, beispielsweise durch den Ausbau interaktiver Internetplattformen und Einbeziehung der sozialen Online-Netzwerke. www.gib-aids-keine-chance.de

Die Kampagne „mach's mit“: „Liebesorte“-Staffel

Als zentraler Bestandteil der Kampagne GIB AIDS KEINE CHANCE spricht die Schutzkampagne „mach's mit“ unterschiedliche Zielgruppen an. Seit dem Frühjahr 2009 stehen „Liebesorte“ im Mittelpunkt dieser Kampagne – authentische Orte, an denen Sex stattfinden kann: vom lauschigen Plätzchen am See oder im Park, bis zum Hotelzimmer, Auto oder Bordellbett.

Die Kampagne beruht auf einem umfassenden Kommunikationskonzept: Neben den besonders sichtbaren bundesweiten Großplakatserie erscheinen die „Liebesorte“ auch in auf die Zielgruppen zugeschnittenen Anzeigen, als TV-, Kino- und Radiospots, auf Szene-Postkarten, Innenraumplakaten, einem Messestand und insbesondere dem interaktiven Internetportal www.machsmit.de.

Aufklärung für Soldatinnen und Soldaten

In der HIV und AIDS-Aufklärung arbeitet die Bundeswehr im Verbund mit Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens, z. B. der BZgA, deren umfassendes Informationsangebot sie nutzt. Dabei berücksichtigt das Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) in der Ausrichtung seiner Präventionsarbeit die Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirates für das Sanitäts- und Gesundheitswesen der Bundeswehr beim Bundesministerium der Verteidigung sowie des Nationalen AIDS-Beirates der Bundesregierung.



sommernachtsträumen

Aids riskieren

GIB AIDS KEINE CHANCE

Rund ein Fünftel aller Menschen in Deutschland hat sich bereits einmal Sorgen gemacht, dass er oder sie sich mit HIV infiziert haben könnte. Nur ein HIV-Test bringt Gewissheit. Beratung dazu wird anonym und kostenlos in Aids-Beratungsteilen und Gesundheitsämtern angeboten.

Kondome schützen. Nicht nur vor einer HIV-Infektion, sondern auch vor möglichen Sorgen um ein positives Testergebnis.
Telefonberatung: 021 892031.

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

PKV Paritätischer Versicherungsverband

mach's mit.
www.machsmit.de

Bild: Liebesorte „Sommernachtsträumen“

Neben Maßnahmen beim Zugang zur Testung, Beratung und Behandlung umfasst die HIV-Prävention in der Bundeswehr eine umfassende und zielgerichtete Information bzw. Aufklärung für Soldatinnen und Soldaten sowie Zivilbedienstete. Dafür wurde die Broschüre „Safer Sex...soldatensicher – Kompendium der AIDS-Prävention in der Bundeswehr“ entwickelt. Außerdem wird HIV-Prävention im Intranet und Internet angeboten. Hierbei stehen streitkräftespezifische Themenfelder (z. B. Dienstrecht) im Vordergrund.

Trotz zunehmender Einsätze in Hochprävalenzländern gibt es derzeit innerhalb der Bundeswehr keinen Hinweis für einen Anstieg bei der Anzahl von Neuinfektionen. Im Jahr 2000 wurden beispielsweise 36 deutsche Soldaten in Bundeswehrkrankenhäusern wegen einer HIV-Infektion

stationär behandelt. In den Jahren 2008 und 2009 wurden drei bzw. sechs deutsche Soldaten mit einer Neuinfektion gemeldet.

Im Februar 2010 hat das BMVg eine Studie zur „Evaluation der AIDS-Prävention in der Bundeswehr“ durch das Sozialwissenschaftliche Institut der Bundeswehr in Auftrag gegeben. Ein Abschlussbericht, der die Ergebnisse zusammenführt und Empfehlungen für eine weitere Optimierung der AIDS-Prävention in der Bundeswehr geben soll, wird für Ende 2010 erwartet.

Aufklärung von Frauen

Frauen sind je nach Lebensumständen und Lebensumfeld unterschiedlich stark von HIV und STI betroffen oder gefährdet und bilden somit eine sehr heterogene Zielgruppe. Entsprechend differenziert gestaltet sind die Präventionsbotschaften, die jeweils Bestandteil der BZgA-Kampagne und damit der Aufklärungsmaßnahmen für die Allgemeinbevölkerung bzw. für besonders gefährdete Gruppen sind. Zusätzlich gibt es spezielle Informationsangebote für Frauen wie z. B. im Internetportal der BZgA, oder die Ansprache von Mädchen mit speziellen Medien.

www.frauengesundheitsportal.de

www.bzga.de

Auch die DAH richtet sich in der HIV- und STI-Aufklärung speziell an Frauen. Die Angebote reichen von Informationen rund um den HIV-Test für Schwangere bis hin zu Botschaften, die Mädchen in gefährdenden Situationen zu einem selbstbewussten Eintreten für ihre Gesundheit motivieren wollen. Für Sexarbeiterinnen steht ein Mediapaket mit den wichtigsten Präventionsbotschaften zur Verfügung, sowie für Frauen, die Sex mit Frauen haben, eine Broschüre zu sexuell übertragbaren Infektionen. Neben den Aufklärungsmaterialien gibt die DAH ein Handbuch für die Schulung und Fortbildung von Multiplikatorinnen, die mit besonders vulnerablen Mädchen und Frauen arbeiten, heraus. Das Handbuch bietet neben einer Fülle von Hintergrundinformationen zu HIV-Prävention für Mädchen und Frauen auch didaktische Hinweise.

Mit HIV lebende Frauen haben spezifische Bedürfnisse. Sie brauchen beispielsweise besondere Unterstützung während der Schwangerschaft und als (alleinerziehende) Mutter, Beziehungspartnerin oder Erkrankte.⁴

1.2.2. Wissen zum Schutz vor weiteren sexuell übertragbaren Infektionen

Sexuell übertragbare Infektionen (STI) wie z. B. Syphilis und Gonorrhö können das Übertragungsrisiko von HIV stark erhöhen. Im Gegenzug erhöht eine zusätzliche STI-Infektion bei HIV-positiven Personen die Übertragungswahrscheinlichkeit dieser STI. Seit 2001 wird in Westeuropa ein Anstieg von STI, insbesondere Syphilis, beobachtet.

Dieser Entwicklung wirken BZgA, DAH und die Länder mit themenspezifischen Präventionsangeboten entgegen mit dem Ziel, das Wissen zu STI in der Allgemeinbevölkerung, in den Hauptrisikogruppen sowie bei Jugendlichen (siehe auch nachfolgendes Kapitel „Jugendliche“) zu verbessern. Dazu wurden zunehmend STI-Präventionsmaßnahmen entwickelt, die in die bestehenden HIV-Aufklärungsangebote integriert sind. Ausführliche Informationen zu STI sind z. B. interaktiv auf www.check-dein-risiko.de und www.stdinfo.de zu finden.

Seitens BZgA und DAH wurden die Kampagnen verstärkt, die für die Nutzung von Kondomen werben und zur Durchführung von HIV- und STI-Tests motivieren. Die BZgA hat für Menschen mit Migrationshintergrund eine „Präventionsmappe“ entwickelt und auch ins Internet eingestellt, die in einfachster Sprache und mit Bildern auf sexuell übertragbare Infektionen eingeht und in der Beratung sowie Gruppenarbeit eingesetzt werden kann.

www.sexualaufklaerung.de

Darüber hinaus wurden insbesondere für MSM eigenständige Medien und Kommunikationsangebote zur Prävention der dort relevanten STI entwickelt. und in die DAH-Kampagne „ICH WEISS WAS ICH TU“ (IWWIT) integriert.

www.iwwit.de

⁴ Zu Schwangeren siehe Aktion 1, 1.2.1. „HIV-Testung“ und zu Frauen Allgemein siehe Aktion 3, 3.2.1. „Aktivitäten für die Solidarität mit Menschen mit HIV und AIDS“

www.check-dein-risiko.de

Willkommen bei Check-Dein-Risiko! – dem interaktiven Selbst-Test

Ein entscheidender Schlüssel für die Prävention von HIV/STI ist zu wissen, wie man sich anstecken und in Risikosituationen schützen kann. Mit www.check-dein-risiko.de wurde von der BZgA ein interaktiver, sehr individueller Online-Test entwickelt, der jedem die Möglichkeit gibt, sein persönliches Risiko abzuschätzen. Der Test ist anonym, es werden keine persönlichen Daten gespeichert. So können individuelle, unterstützende Antworten auf die sehr persönlichen Fragen gegeben und ein hoher Selbstbezug gesichert werden. Der Test unterstützt bei der realistischen Ein-

schätzung des eigenen Risikos und hilft so, verantwortungsvoll und selbstbestimmt zu handeln. Test und persönliche Auswertung bestehen aus mehreren Teilen: (1) Check Dein Wissen: Was weiß ich über HIV und andere STI? Dieser Teil ist einzeln nutzbar. (2) Check Dein Risiko: Dieser Teil besteht aus zwei Abschnitten und beantwortet die Fragen: Welcher Risikotyp bin ich? Welches Risiko liegt in meinem Sexualverhalten? Ergänzend gibt es unter www.machsmitt.de einen weiteren Selbsttest, bei dem – je nach Geschlecht und sexueller Orientierung – noch konkretere sexuelle Risiken überprüft werden können.

Strategien der Jugendaufklärung

Jugendliche sind eine zentrale Zielgruppe für die HIV- und STI-Prävention, denn sie müssen lernen, ihr Sexualleben in einer Welt mit HIV und anderen STI ohne Risiken für ihre Gesundheit zu entdecken. Die Bundesregierung unterstützt die Jugendlichen dabei mit folgenden Strategien:

- Jede nachwachsende Generation wird erreicht.
- Im Jugendbereich sind die Themen HIV und AIDS in ein kultursensibles, sexualpädagogisches Angebot eingebettet.
- Jugendliche werden für das Thema Solidarität mit Menschen mit HIV und AIDS sensibilisiert.
- Jugendliche erfahren, dass offen über den Schutz der eigenen Gesundheit und den der Sexualpartnerin und des Sexualpartners gesprochen werden kann und dass Schutzverhalten gesellschaftlich gewünscht ist.
- Die Wirkung von illegalen und legalen Drogen, insbesondere von Alkohol, auf das Schutzverhalten wird thematisiert.
- Sozial benachteiligte Jugendliche werden mit spezifischen Maßnahmen erreicht.

1.2.3. Aufklärung von Jugendlichen über HIV- und STI-Risiken

Gerade zu Beginn ihrer sexuellen Aktivitäten haben Jugendliche einen besonders hohen Bedarf an Aufklärung über HIV- und STI-Risiken. Sie stellen als nachwachsende Generation eine zentrale Zielgruppe der Prävention dar. Die in den jüngeren Altersgruppen noch häufigen Partnerwechsel führen zu potenziell höheren Risiken für STI. Inzwischen haben 70 Prozent der 16 bis 20-Jährigen Kondome zu Hause oder bei sich (2009). Bei sexuell aktiven Jugendlichen dieser Altersgruppe trifft dies auf 83 Prozent zu. Dies sind die bislang höchste Werte seit Beginn der Befragungen „AIDS im öffentlichen Bewusstsein“ (1999 beispielsweise waren es noch 60 bzw. 74 Prozent).

Für die umfassende und nachhaltige Aufklärung von Jugendlichen werden verschiedene Methoden genutzt: von schnell zunehmender Bedeutung ist vor allem das Internet mit seinen vielfältigen interaktiven Möglichkeiten. Gleichzeitig werden auch personalkommunikative Angebote eingesetzt, oft eingebettet in die Sexualaufklärung junger Menschen, sowie Peer-Education Angebote v. a. für schwer erreichbare Jugendliche.

Personalkommunikative Angebote für Jugendliche

Personalkommunikative Angebote ermöglichen eine besonders intensive und individuelle Auseinandersetzung mit einem Thema. Im Bereich HIV und AIDS zählen hierzu vor allem der Mitmach-Parcours und die JugendFilmTage der BZgA. Durch den Mitmach-Parcours zu AIDS, Liebe & Sexualität werden jährlich rund 20.000 Jugendliche und junge Erwachsene in ca. 50–60 Städten erreicht. Die wichtigsten Zielgruppen sind Schulklassen, Auszubildende, aber auch Bundeswehrangehörige und Krankenpflegepersonal. Die Teilnehmenden lernen spielerisch, mit ihren Fragen und Ängsten zu Sexualität, Verhütung und HIV umzugehen. Jeder Einsatz des Mitmach-Parcours ist ein Kooperationsprojekt: Partnerinnen und Partner arbeiten vor Ort zusammen mit geschulten Präventionskräften, die im Auftrag der BZgA das dafür notwendige, auch langfristig nutzbare Know-how vermitteln.

Der Mitmach-Parcours wird im Auftrag der Bundesregierung seit 2004 auch gemeinsam mit der Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit eingesetzt und wurde bisher in mehr als 25 Ländern weltweit adaptiert.

JugendFilmTage

Das Konzept der JugendFilmTage (JFT) wurde in Hamburg entwickelt und von der BZgA für den bundesweiten Einsatz weiter entwickelt. Die JFT bieten Schulklassen und ihren Lehrkräften die Auseinandersetzung mit den Themen Freundschaft, Liebe, Sexualität und HIV und AIDS über emotional berührende Filme sowie Aktionen in großen Kinos an. Kern des Konzepts ist, dass die Lehrkräfte im Vorfeld einbezogen, bei der Durchführung unterstützt und zur inhaltlichen Nachbereitung im Unterricht angeregt werden. Auch werden die FilmTage eng mit den örtlichen Trägern von Prävention für Jugendliche verzahnt. Die kommunalen und regionalen Kooperationspartner können das Angebotspaket JFT über das Internet bestellen und erhalten auch Unterstützung bei der Realisierung der Mitmach-Aktionen. Die JFT

sind außerdem ein Beispiel der erfolgreichen Kooperation mit privaten Partnern: Zahlreiche Kinobetreiber stellen ihre Kinos für diesen Anlass kostenlos zur Verfügung. Vor allem mit der Kinokette Cinemaxx konnte zu Beginn der JFT ein besonders engagierter Partner gewonnen werden.

Aufgrund der hohen Nachfrage und der positiven Erfahrungen wurden die JFT konzeptionell weiter entwickelt. Heute können teilnehmende Städte dieses Angebot eigenständig umsetzen und stärkere inhaltliche oder Zielgruppen-Fokussierungen setzen. In vielen Städten sind die JFT heute ein regelmäßiges Angebot. Auch in benachbarten Ländern wie z. B. Polen werden inzwischen JFT veranstaltet.

www.jugend-film-tage.de

Eine BZgA Handbuchreihe zur AIDS-Prävention in der Jugendarbeit ist ein weiterer Teil der Unterstützungsmaßnahmen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Als neuer Baustein wurde hierzu 2009 eine praxisorientierte Handreichung mit Bewegungsspielen zu HIV und STI, sowie zu Wissen, Kooperation, Kommunikation, Verantwortung und Körperwahrnehmung entwickelt.

HIV/AIDS als Teil der Sexualaufklärung für junge Menschen

Untersuchungen der BZgA zeigen, dass rund zwei Drittel der Jungen und Mädchen bis zum vollendeten 17. Lebensjahr Geschlechtsverkehr hatten. Entsprechend hoch ist der Bedarf an frühzeitiger sexueller Aufklärung. So äußern Jugendliche den Wunsch, vor allem über Zärtlichkeit, körperliche Liebe, Verhütung und STI verlässliche Informationen zu erhalten.

Das Bundesministerium für Frauen, Senioren, Familie und Jugend (BMFSFJ) fördert daher unter dem Motto „sex 'n´ tips“ Angebote für Jugendliche zur Sexualaufklärung (Sexualität, HIV/AIDS und STI). Das Angebot richtet sich gezielt an 13 bis 17-Jährige und steht als Broschüre auch

zum Herunterladen unter www.loveline.de zur Verfügung. Diese Internetseite bietet umfangreiche Informationen zu den Themen Liebe, Sex und Partnerschaft. Außerdem können Jugendliche über ihre Erfahrungen berichten und sich mit Experten über verschiedene Fragen zu Sexualität und Verhütung austauschen.

Daneben verfügt die BZgA über multimediale Angebote für die pädagogische Arbeit. So hat die BZgA 2009 eine DVD zu „Sexuell übertragbare Krankheiten inkl. HIV/AIDS“ herausgegeben, und die neue Schriftenreihe „selbstbestimmt, aufgeklärt und fair“ soll 2010 mit Bausteinen für den Unterricht zur Sexual- und AIDS-Aufklärung erscheinen. Das Konzept wurde gemeinsam von Bund und Ländern entwickelt.

Peer-Education Programme für schwer erreichbare Jugendliche

Die BZgA fördert in Zusammenarbeit mit den Ländern Peer-Education Programme für schwer erreichbare Gruppen von Jugendlichen. Geeignete Projekte werden unter anderem über den „Bundeswettbewerb AIDS-Prävention“ der BZgA identifiziert und unterstützt.

Bundeswettbewerb AIDS-Prävention

Der Bundeswettbewerb AIDS-Prävention wurde 2008 erstmals von BZgA, dem Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) und dem Bundesministerium für Gesundheit ausgeschrieben. Das Motto des Bundeswettbewerbs lautet „Neue Wege sehen – neue Wege gehen“. Ziel ist es, Projekte zu identifizieren und auszuzeichnen, die innovativ sind, nachhaltige Ansätze entwickeln und umsetzen, und die neuen Herausforderungen wirksam begegnen. Die Grundannahme ist, dass innovative Projekte, die schwer erreichbare Gruppen ansprechen, oft mit den Zielgruppen vor Ort entstehen und dort auch unterstützt werden müssen. 2008 wählte die Fachjury aus rund 100 eingereichten Projekten sieben Preisträger und zwei Träger von Sonderpreisen aus, beim zweiten Wettbewerb 2010 wurden aus 66 eingereichten Projekten 6 Preise und zwei Anerkennungen

vergeben. Die jeweils prämierten Projekte zeichnen sich durch ihren Fokus auf besonders von HIV und AIDS gefährdete oder betroffene Zielgruppen aus. Unter den nominierten Projekten richten sich viele an Jugendliche, einige sprechen spezifisch Menschen mit Migrationshintergrund an. Den Projekten ist gemeinsam, dass sie mit Menschen aus den Zielgruppen entwickelt und umgesetzt wurden und dadurch eine hohe Glaubwürdigkeit haben. Die prämierten Projekte erhalten Preisgelder, die die nachhaltige Projektentwicklung fördern sollen. Zusätzlich werden sie fachlich unterstützt.

www.gib-aids-keine-chance.de/aktionen/bundeswettbewerb

1.2.4. HIV und STI-Aufklärung und Prävention in besonders gefährdeten Gruppen

Neben den Ansätzen, die sich an die Allgemeinbevölkerung richten, gibt es von BZgA und DAH eine Reihe von Maßnahmen für Menschen mit einem höheren HIV-Risikoverhalten. Sie richten sich vor allem an Männer, die Sex mit Männern haben, Menschen mit Migrationshintergrund mit einem erhöhten HIV-Risiko, aber auch Drogenkonsumenten, Gefängnisinsassen sowie Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter.

Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)

Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), sind die am stärksten von HIV gefährdete und betroffene Gruppe in Deutschland. Im Zeitraum zwischen 2002 und 2006 hat sich bei MSM die Zahl der HIV-Neudiagnosen von 757 auf 1.412 verdoppelt. Sie haben somit auch wesentlich zum beobachteten allgemeinen Anstieg der in Deutschland neu diagnostizierten HIV-Infektionen beigetragen. Seit 2007 hat sich der Anstieg der HIV-Neudiagnosen bei MSM deutlich verlangsamt. Ihre Zahl lag 2009 noch bei 1.629.

Die Zunahme der HIV-Neudiagnosen bei MSM ist durch ein komplexes Bedingungsgeflecht zu erklären.

- Die Gesamtpopulation der MSM, die mit HIV leben, ist in den vergangenen Jahren aufgrund besserer Therapiemöglichkeiten und Überlebenszeiten kontinuierlich um mehrere Prozent pro Jahr gestiegen.
- Die Schutzmotivation bei MSM ist unverändert hoch. Allerdings stellen empirische Untersuchungen auch fest, dass sich die Zahl der Sexualpartner in den letzten Jahren erhöht hat, der Analverkehr früher praktiziert wird und auch die Zahl der Sexualkontakte insgesamt zugenommen hat. Diese Veränderung ist ein normaler Anpassungsprozess an ein sich veränderndes, oft weniger dramatisch wahrgenommenes Krankheitsbild.

- Syphilis und andere sexuell übertragbare Infektionen traten vermehrt auf und haben dadurch die Übertragungswahrscheinlichkeit auch von HIV pro Sexualkontakt erhöht.
- Die Bereitschaft von MSM, einen HIV-Test durchführen zu lassen, steigt an. Die Anzahl derjenigen, die noch nie einen HIV-Test hatten, nahm von einem Drittel auf ein Fünftel ab. So werden vermehrt bereits langjährig bestehende Infektionen aufgedeckt.

Präventionsmaßnahmen vor Ort

Die DAH hat eine bundesweite, innovative Kommunikationskampagne entwickelt, die MSM zielgruppengerecht über HIV und andere STI informiert: „ICH WEISS WAS ICH TU“. Sie wendet sich an schwule, bisexuelle und andere Männer, die Sex mit Männern haben und will sie darin zu bestärken, sich vor HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) zu schützen. Im Vordergrund stehen differenzierte Informationen zum Präventions- und Risikoverhalten. Teil der Strategie ist auch, zusätzliche HIV- und STI-Testmöglichkeiten im Rahmen von lokalen Testwochen anzubieten.⁵ Das Kampagnenkonzept wurde in enger Zusammenarbeit mit der BZgA und gemeinsam mit den Mitgliedsorganisationen der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) und weiteren Organisationen entwickelt.

Die „ICH WEISS WAS ICH TU“-Kampagne verfolgt unter anderem folgende Teilziele:

- **Von der einfachen Risikokommunikation zu differenzierten Botschaften:** Die bewährten Grundbotschaften zum Safer Sex werden durch spezifische, an die veränderte Lebenswirklichkeit von MSM angepasste, Botschaften ergänzt.
- **Von der HIV- zur STI-Prävention:** STI und HIV erhöhen wechselseitig das Risiko für eine Übertragung des Erregers. Deshalb werden die Schutzbotschaften entsprechend erweitert.

⁵ Zu HIV-Testung siehe Aktion 2, 2.1. „HIV-Testung“

- **Stärkung des Testverhaltens:** Die Bereitschaft von MSM zu einem HIV-Test soll sich erhöhen. Dank moderner Therapieoptionen wird es zunehmend wichtiger zu wissen, ob man HIV-negativ oder HIV-positiv ist; auch kann ein positives Testergebnis ein verantwortungsvolles Verhalten gegenüber dem Sexpartner fördern.
- **Aufbau einer Kampagnenplattform im Internet:** Auch MSM, die szenefern und in kleinen Orten leben, sollen von der Kampagne erreicht werden. Die Basis dazu bildet eine Internetplattform. Sie ist mit den Printmedien und anderen regionalen Kampagnen-

aktivitäten gekoppelt und ergänzt mit weiterführenden Informationen deren Botschaften.

- **Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation:** Die Wirksamkeit der Kampagne soll zeitnah überprüft werden. Deshalb werden die Inhalte der Kampagne laufend durch ein wissenschaftliches Gremium und Personen aus der Zielgruppe begleitet; zusätzlich führt die Freie Universität Berlin eine Prozess- und Ergebnisevaluation durch und gewährleistet so ein zeitnahes Nachsteuern.

www.iwwit.de

„ICH WEISS WAS ICH TU“-Box/Rollenmodelle „Unsere Jungs“

Es sind Männer „wie du und ich“, die sich als Rollenmodelle für „ICH WEISS WAS ICH TU“ zur Verfügung gestellt haben. Es wurden ganz unterschiedliche Typen mit vielfältigen Lebensläufen und Botschaften ausgewählt. Ohne Beschönigungen und Kompromisse erzählen sie von ihren Erfahrungen, um anderen Männern Mut zu machen oder ihnen

als Vorbild zu dienen. Der Nutzer hat die Möglichkeit, alle Rollenmodelle anzusehen oder sie nach Themen zu sortieren, die ihm wichtig sind.

www.iwwit.de/rollenmodelle.html?seite=2

„ICH WEISS WAS ICH TU“ – Präventionsprojekte vor Ort

Über 30 lokale Projekte sind bereits Kooperationspartner. Hier einige Beispiele:

Herzenslust

Herzenslust ist das Markenzeichen für Lebensstil akzeptierende und lustvolle Präventionsarbeit für schwule und bisexuelle Männer in Nordrhein-Westfalen. Als landesweite Kampagne der AIDS-Hilfe NRW verbindet und verstärkt es die Aktivitäten von rund 20 regionalen Präventionsgruppen und motiviert kontinuierlich, sorgsam mit Risiken beim Sex und verantwortungsvoll gegenüber Sexpartnern umzugehen. Seit 1995 unterstützt Herzenslust landesweit schwule Männer und ihre Strukturen, ihr Selbstbewusstsein und ihre gesellschaftliche Akzeptanz. Die Präventionskampagnen fin-

den dort statt, wo sich schwule und bisexuelle Männer treffen und ermöglichen ihnen ihre Beteiligung daran. Herzenslust nutzt und verstärkt die Kampagnenbotschaften von „ICH WEISS WAS ICH TU“, z. B. durch die Verwendung gemeinsam gestalteter Giveaways und Anzeigenmotive. Die IWWIT Cruising-Packs mit aufgedruckten frechen Sprüchen sind der Renner unter den Giveaways auch bei den Herzenslust-Teams. Einige der schwulen Rollenmodelle sind aus Nordrhein-Westfalen und auch in lokalen Herzenslust-Zusammenhängen aktiv. Die gemeinsamen Aktionen unter dem Motto „Fairplay“ auf dem Christopher-Street Day und den Gay Games Cologne mit bis zu 150 ehrenamtlichen Präventionsmitarbeitern sind ein Zeichen dieser fruchtbaren Zusammenarbeit.

www.herzenslust.de

„ICH WEISS WAS ICH TU“ – Präventionsprojekte vor Ort (Fortsetzung)

Gentle Man

In Baden-Württemberg beteiligen sich elf AIDS-Hilfen und L*A*S*H, ein Projekt der Psychologischen Lesben- und Schwulenberatung Rhein-Neckar in Mannheim, am landesweiten Präventionsprojekt Gentle Man. Im Vordergrund stehen die Aufklärung zu HIV und AIDS und anderen sexuell übertragbaren Infektionen bei männlichen Jugendlichen und Männern, die Sex mit Männern haben, sowie die Antidiskriminierung von Menschen mit HIV. Mit aufsuchender niedrigschwelliger Arbeit in der Szene werden eine größtmögliche Nähe zu den Lebenswelten von MSM und die kontinuierliche Präsenz in der Zielgruppe gewährleistet. Die besonderen Bedürfnisse der unterschiedlichen Zielgruppen und Regionen werden so berücksichtigt. Das Projekt Gentle Man arbeitet eng mit „ICH WEISS WAS ICH TU“ zusammen und ist auch Teil seines Initiativkreises. Gemeinsam veranstalten sie Aktionen und Auftritte auf den Christopher-Street Days in Baden-Württemberg und nutzen und verstärken ihre positiven Wirkungen auch bei anderen Aktivitäten, wie beispielsweise den HIV-Schnelltestangeboten für MSM.

www.gentle-man.eu

Hin und wech

Das seit März 2006 existierende Internetportal www.hin-und-wech.de wurde mit ehrenamtlichem Engagement aufgebaut. Hauptziel ist es, MSM, vor allem junge schwule Männer, in allen Teilen des Flächenlandes Niedersachsen mit Informationen, Beratung und eigenen Präventionskampagnen zu erreichen. Gleichzeitig wird mit attraktiven Veranstaltungen und User-Stammtischen, Kontaktbörsen, Foren, Newslettern und Mitmach-Aktionen eine regionale Community im Netz geschaffen, die anspricht und einen hohen Nutzwert bietet.

Die monatlichen Zugriffszahlen liegen seit Oktober 2009 bei über 5.000. Hin und wech informiert über die verschiedenen „ICH WEISS WAS ICH TU“ –Aktionen, gibt Hinweise auf Beratungen vor Ort, am Telefon und im Internet und veranstaltet gemeinsame Vor-Ort Aktionen mit den AIDS-Hilfen.

Die Projekte werden von den jeweiligen Landesregierungen gefördert und in enger Zusammenarbeit mit ihnen durchgeführt.

Szenelokale und Szeneveranstalter beteiligen sich an der Präventionsarbeit

Der „Safe-Environment-Ansatz“ in schwulen Bars, Partys oder Saunen wird zunehmend umgesetzt. Er soll eine Umgebung schaffen, die das Schutzverhalten fördert.

Bereits im Jahr 2003 hat die DAH in Zusammenarbeit mit Wirten und Saunabetreibern eine Selbstverpflichtung für Präventionsmaßnahmen (sog. Safe-Environment-Ansatz) für kommerzielle Einrichtungen wie Gaststätten, Saunen und Diskotheken, in denen in abgetrennten Räumlichkeiten Sex zwischen Männern ermöglicht wird, ausgearbeitet. Die Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen ist seitdem kontinuierlich angestiegen und liegt heute bei über 150. Die Einhaltung von Präventionsstandards beinhaltet u. a. die Verpflichtung, kostenlos Kondome bereitzustellen, Mitarbeiter zum Thema HIV und STI-Prävention fort-

zubilden sowie Informationsmaterialien zur Verfügung zu stellen. Einzelne Szeneveranstalter werben bereits mit der Bereitstellung von kostenlosen Kondomen.

Die Präventionsmaßnahmen werden in den Ländern jedoch noch uneinheitlich umgesetzt. Während sich in manchen Ländern bereits zahlreiche Einrichtungsbetreiber zur Teilnahme an freiwilligen Präventionsvereinbarungen verpflichtet haben, konnten sie in anderen noch nicht in ausreichendem Maße zur Teilnahme motiviert werden.

In Köln hat die AIDS-Koordination des dortigen Gesundheitsamtes erreicht, dass sich die überwiegende Zahl der von MSM besuchten Gaststätten und Saunen der regionalen Präventionsvereinbarung angeschlossen haben und diese konstant umsetzen. Die Einhaltung dieser Vereinba-

rung wird einmal jährlich durch die AIDS-Koordinatoren überprüft. Zur Vereinbarung gehören u. a. die kostenlose Bereitstellung von Kondomen sowie die Auslage von Informationsmaterialien. Die erzielten Erfolge belegen, dass im intensiven Dialog mit den Einrichtungsbetreibern eine Umsetzung von Präventionsstandards möglich ist.

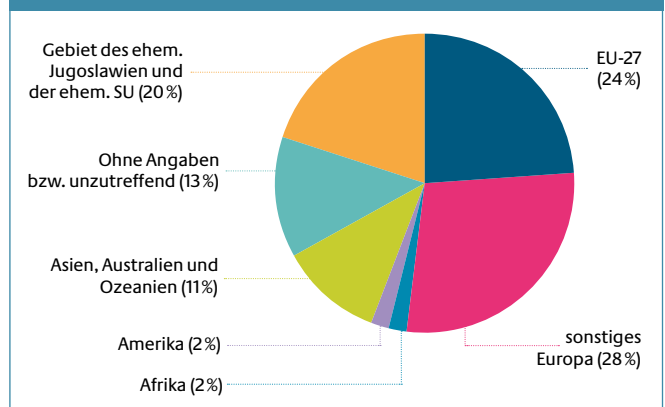
Migrantinnen und Migranten

Der Zugang zu bestimmten Migrantengruppen ist immer noch begrenzt, wobei eine der größten Herausforderungen die starke Heterogenität von Migrantinnen und Migranten ist. Sie unterscheiden sich nach Herkunftskultur, Staatsangehörigkeit, Aufenthaltsstatus, sozialer Lage und Migrationserfahrung (eigene Zuwanderung oder Migration der Eltern). Ebenso unterschiedlich sind ihre HIV-Risiken: bei Personen aus Hochprävalenzregionen wie Subsahara-Afrika und Süd-/Südostasien bestimmt vor allem die HIV-Rate im Herkunftsland das eigene HIV-Risiko. Infektionsrisiken gibt es für Migrantinnen und Migranten jedoch zunehmend auch in Deutschland. Bei den injizierenden Drogenkonsumenten sind mittlerweile fast 30 Prozent der Neuinfizierten Menschen mit Migrationshintergrund; bei Personen mit heterosexuellem Risiko sind dies 20 Prozent und bei MSM rund 10 Prozent. Hierbei handelt es sich um Menschen aus verschiedenen Weltregionen, besonders aber aus Ost-, Zentral- und Westeuropa.

Deshalb gilt es, Menschen mit Migrationshintergrund intensiver und zielgruppengerecht über ihre Risiken und Schutzmöglichkeiten zu informieren. Dies erfordert besondere Kommunikationsangebote, die der Lebenssituation der unterschiedlichen Migrantengruppen, ihrer sozial und kulturell bedingten Verwundbarkeit und ihren Bedürfnissen Rechnung tragen. Die konsequente Einbeziehung von Migrantinnen und Migranten und damit auch die Nutzung ihres sprachlichen, lebensweltlichen und kulturellen Wissens ist dabei der Schlüssel zur Entwicklung angemessener, erfolgreicher und nachhaltiger Präventionsansätze.

Die Bundesregierung unterstützt HIV- und AIDS-Präventionsmaßnahmen für alle Menschen, die in Deutschland leben, unabhängig von ihrem kulturellen Hintergrund. Bedingung dafür ist der gleiche Zugang zu Information, Prävention, Beratung und Versorgung. Angebote müssen sich auch speziell an Menschen mit Migrationshinter-

Abb. 5 Herkunftsländer von Migrantinnen und Migranten



Quelle: Adaptiert nach: Statistisches Bundesamt 2009. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2009.

grund richten und dabei jeweils an die Bedürfnisse der verschiedenen kulturellen Gruppen angepasst sein.

Die BZgA hat im Rahmen ihrer Kampagne „GIB AIDS KEINE CHANCE“ zunehmend Aufklärungs- und Informationsangebote für Menschen mit Migrationshintergrund integriert. Dazu gehören unter anderem z. B. Faltblätter und Spots in verschiedenen Sprachen für Zielgruppen mit einem erhöhten Infektionsrisiko.

Die DAH spricht mit einer breiten Palette an mehrsprachigen Print- und audiovisuellen Materialien spezifische Migrantengruppen an. Ein Beispiel ist der mehrsprachige Präventionsclip „Leben, Liebe, Schutz“, der 2009 gemeinsam mit Vertretern verschiedener Migrantengruppen entwickelt und unter anderem in öffentlichen Verkehrsmitteln gezeigt wurde.

www.bzga.de, www.aidshilfe.de

Modellvorhaben zur Entwicklung von Präventionsansätzen für Menschen mit Migrationshintergrund

Im Rahmen zweier Modellvorhaben (2008-2011) fördert das BMG die Entwicklung von Ansätzen zur HIV- und AIDS-Prävention für Migrantinnen und Migranten. Die Angebote richten sich insbesondere an Menschen aus Gebieten, in denen HIV besonders häufig ist, z. B. Subsahara-Afrika und Osteuropa.

Das Modellprojekt GEMO ist ein Projekt zur „Gesundheitsförderung und HIV/AIDS-Prävention für Menschen aus Osteuropa in Baden-Württemberg“. Es wird vom DRK-Landesverband Badisches Rotes Kreuz e. V. in Zusammenarbeit mit der Freiburger AIDS-Hilfe geleitet und von der Katholischen Fachhochschule Freiburg wissenschaftlich begleitet. Durch GEMO ist es gelungen, in den teilnehmenden Landkreisen die gesundheitliche Prävention mit

dem Schwerpunkt der HIV- und AIDS-Prävention für Menschen aus Osteuropa zu verbessern. Grundlage dafür war der Aufbau eines differenzierten Repertoires nachhaltiger Zugangswege zur Zielgruppe, z. B. über Integrationskurse oder über die JVA-Untersuchungshaft.

Ein Schlüssel für wirksame Prävention ist die Einbeziehung von Migrantinnen und Migranten in der Entwicklung spezifischer Ansätze für diese Gruppe. Die DAH hat

Interview mit einem Mitarbeiter der AIDS-Hilfe Freiburg zu aufsuchender Sozialarbeit (GEMO)

GEMO – Gesundheitsförderung und HIV- und AIDS-Prävention für Menschen aus Osteuropa in Baden-Württemberg. Interview mit Robert Sandermann, Mitarbeiter der AIDS-Hilfe Freiburg

Fragende (F): Was ist das Anliegen aufsuchender Sozialarbeit im Rahmen von GEMO?

Robert Sandermann (RS): Mit dieser Arbeit wollen wir Menschen erreichen, die besonders gefährdet sind. Wir wollen ihnen Themen der Gesundheitsförderung näherbringen; HIV-Prävention ist ein Teil davon.

F: Wo, und in welchen Einrichtungen arbeiten Sie mit aufsuchender Sozialarbeit?

RS: Das kann im Rahmen von Streetwork sein, wo wir Plätze aufsuchen, an denen sich besonders gefährdete Personen oder Gruppen aufhalten. Das kann im privaten Bereich sein, bei Hausbesuchen, in Kliniken oder Szenelokalen. Und dann gibt es noch die Institutionen wie Gefängnisse (JVA), Flüchtlingsheime oder Schulen, in denen aufsuchende Sozialarbeit möglich ist.

F: Wie kann man sich das konkret vorstellen? Können Sie uns ein Beispiel geben?

RS: Die Arbeit in der JVA zum Beispiel ist erfolgreich. Dort haben wir seit Ende 2008 bereits vier Mal Informationsveranstaltungen mit Neuankömmlingen der Untersuchungshaft durchgeführt. Sie sind durchschnittlich 15 bis 20 Jahre; auch Osteuropäer sind darunter. Die Veranstaltung ist verpflichtend und wird von der JVA organisiert, findet aber ohne Personal der JVA statt. Das Ange-

bot wird gut angenommen. Die Teilnehmer stellen viele Fragen und haken in Einzelgesprächen dann auch zu Themen wie Sexualität, Impfungen und Drogengebrauch nach. Ein anderer erfolgreicher Ansatz ist die Arbeit mit Peer-Gruppen. In Freiburg gibt es zum Beispiel eine russische Diskothek und einen russischen Lebensmittelladen. In diesen Lokalitäten führt eine von der AIDS-Hilfe Freiburg ausgebildete Peer-Gruppe Infoaktionen durch. Die Gruppe besteht aus jungen Migrantinnen und Migranten aus Russland, Bulgarien, Rumänien, Kasachstan, Ukraine, sowie Deutschen. Die meisten von ihnen sind Studierende.

F: Wo sehen Sie die Chancen und Herausforderungen der aufsuchenden Sozialarbeit für osteuropäische Migrantinnen und Migranten?

RS: Im Rahmen dieses Projektes haben wir innovative Ansätze entwickelt und konnten spezifische Gruppen sensibilisieren. Außerdem haben wir einen kontinuierlichen Dialog mit Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes aufgebaut. Herausforderungen sehe ich vor allem, weil es schwierig ist, die Osteuropäer isoliert zu erreichen. Ein Arbeiten in gemischten Gruppen ist daher empfehlenswert. Außerdem ist es viel schwieriger mit Osteuropäern als mit Afrikanern über HIV oder Sexualität zu sprechen, da diese Themen in den osteuropäischen Herkunftsländern extrem tabuisiert sind. Das Thema ist vergleichsweise neu und auch politisch sehr brisant. Es berührt gleich drei Tabuthemen auf einmal: Drogen, Schwulsein und Sexualität. Deshalb arbeiten wir stark zu Gesundheitsthemen im Allgemeinen.

F: Ich danke Ihnen für das Gespräch.

PaKoMi – Fallstudie Dortmund

Die Fallstudie in Dortmund wird durch die AIDS-Hilfe Dortmund (Projekt „Neonlicht“) und die Kommunikations- und Beratungsstelle für Prostituierte des Sozialdienstes katholischer Frauen koordiniert und vom Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) wissenschaftlich begleitet. Die Zielgruppe sind bulgarische Frauen und Männer, die in Dortmund in der Sexarbeit tätig sind: Frauen auf dem Straßenstrich auf der Ravensberger Straße, Männer als Stricher in der lokalen Kneipenszene. Für die Mitarbeit an der

Fallstudie konnten neben Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Beratungsstelle und der AIDS-Hilfe auch Personen aus der Zielgruppe sowie der weiter gefassten bulgarischen Gemeinschaft gewonnen werden. Eine partizipativ durchgeführte Bestandsaufnahme hat ergeben, dass für beide Gruppen (weibliche und männliche bulgarische Prostituierte) jeweils angepasste, zielgruppenspezifische Maßnahmen der strukturellen Prävention entwickelt werden müssen.

2009 zusammen mit dem Wissenschaftszentrum für Sozialforschung in Berlin (WZB) das Modellprojekt PaKoMi („Partizipation und Kooperation in der HIV-Prävention mit Migrantinnen und Migranten“) gestartet. Im PaKoMi-Projekt arbeiten die DAH, Vertreterinnen und Vertreter von Migrantengruppen, ausgewählte regionale AIDS-Hilfen und weitere Partner des Gesundheits- und Sozialwesens (z. B. Gesundheitsämter) bei der Erprobung von beispielhaften Präventionsansätzen für Migrantinnen und Migranten vor Ort zusammen. Die wissenschaftliche Begleitung des Projekts wird vom BMG gefördert.

Zu den Projektbausteinen gehört, die für eine Beteiligung von Migrantinnen und Migranten förderlichen und hemmenden Bedingungen besser zu verstehen. Ein Weiterbildungskonzept stellt sicher, dass die Partner vor Ort die notwendigen methodischen und fachlichen Kompetenzen für eine Beteiligung und Zusammenarbeit mit Migrantinnen und Migranten in der HIV-Prävention erhalten. Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass durch die so unterstützten lokalen Projekte besonders gefährdete Migranten erreicht werden können.

Bewertung von Präventionsmaßnahmen für Menschen aus Hochprävalenzländern und für andere Gruppen mit Migrationshintergrund

Im Rahmen der Präventionsforschung fördert das BMBF seit 2008 das so genannte Afrika-Projekt. Das Projekt ist beim Gesundheitsamt Bremen angesiedelt. Es will herausfinden, welche kulturspezifischen Zugangsbarrieren

Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika daran hindern, HIV- und AIDS-bezogene Präventionsmaßnahmen zu nutzen und in einem zweiten Schritt den Zugang für diese Gruppe verbessern. Abschließend sollen auf der Grundlage einer begleitenden Evaluation auch allgemeine Handlungsempfehlungen für die HIV- und AIDS-Präventionsarbeit mit dieser besonders stark betroffenen und schwer zu erreichende Zielgruppe ausgesprochen werden.

Drogenkonsumenten

Durch gemeinsamen Gebrauch von Spritzen können sich injizierende Drogenkonsumenten leicht mit HIV anstecken. Auch die mit dem Drogengebrauch häufig verbundene Prostitution trägt zu einem erhöhten HIV-Infektionsrisiko bei. Derzeit sind ca. 5 Prozent der HIV-Positiven Drogenkonsumenten. Allerdings ist dank des hervorragenden AIDS- und Drogenhilfesystems in Deutschland die Infektionsrate bei Drogenkonsumenten in den letzten Jahren stetig gesunken und mit 100 neu diagnostizierten Infektionen (2009) insgesamt sehr niedrig. Flächendeckende Angebote zum Spritzentausch und zur Spritzenvergabe sowie Drogenkonsumräume, Kontaktläden und Substitutionsbehandlung sind in Deutschland etablierte Maßnahmen und tragen in hohem Maße zu einer verminderten HIV-Übertragung durch verunreinigte Nadeln bei. Derzeit werden rund 50 Prozent der Heroinkonsumenten mit einer Substitutionstherapie erreicht. Zu beachten ist bei der Prävention, dass Ansteckungen in und aus dieser Gruppe auch auf sexuellem Weg geschehen.

Eine weitaus stärkere Gefährdung geht für Heroinkonsumenten von den im Vergleich zu HIV viel leichter übertragbaren Hepatitisviren aus. Je nach untersuchter Population sind 50–90 Prozent der injizierenden Drogenkonsumenten mit Hepatitis C und etwa 50 Prozent mit Hepatitis B infiziert. Eine gleichzeitige Infektion mit HIV und Hepatitis stellt ein besonderes Gesundheitsrisiko dar.

Die DAH hat hierzu eine Reihe von Aufklärungsmaterialien entwickelt. Beispiele hierfür sind Informationen zum Safer Use, also Maßnahmen, die Drogenkonsumenten vor einer HIV-Infektion schützen, und zum HIV- und Hepatitis-test. Mit den Materialien werden neben den AIDS- und Drogenhilfen auch rund 800 in der Suchtmedizin tätige Arztpraxen und Klinikambulanzen versorgt.

Seit Oktober 2008 führt die in der Drogenhilfe tätige Berliner Organisation Fixpunkt ein Pilotprojekt zur Hepatitis-C-Prävention durch. Ziel ist es, insbesondere junge, noch nicht intravenös konsumierende, Drogenkonsumenten zu erreichen, sie über die Risiken einer Infektion aufzuklären und den intravenösen Konsum möglichst zu verhindern. Das Projekt wird vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) in Hamburg wissenschaftlich begleitet. Die finanzielle Förderung erfolgt durch das BMG und das Land Berlin.

www.fixpunkt.org

Die HIV-Prävention von Beschaffungsprostituierten ist jeweils Bestandteil der Aufklärungsangebote für Drogenkonsumenten und für Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter.

Gefängnisinsassen

Die Kombination von injizierendem Drogenkonsum und Infektionskrankheiten ist besonders in Justizvollzugsanstalten (JVA) ein häufiges Gesundheitsproblem. Nach einer 2007 vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Studie des RKI und des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzte Deutschlands (WIAD) sind Risikoverhaltensweisen wie injizierender Drogengebrauch mit gemeinsam benutzten Spritzen oder unsteriles Tätowieren und Piercen unter erwachsenen Gefängnisinsassen in Deutschland weit verbreitet. So gaben 30 Prozent der Insassen an, sie hätten sich in der Haft tätowieren lassen. Es konnte gezeigt werden, dass ein Zusammenhang zwischen diesen Tätowierungen und vermehrten Hepatitis C-Infektionen besteht. Insgesamt sind Infektionskrankheiten wie Hepatitis B, Hepatitis C oder HIV in JVAs in entsprechend höherem Maße, und wesentlich häufiger als in der so genannten „Allgemeinbevölkerung“ anzutreffen.

Die Bundesregierung sieht im Strafvollzug ein Umfeld, das besondere Maßnahmen der Gesundheitsförderung erfordert. Die Deutsche AIDS-Hilfe unterstützt die Präventionsarbeit ihrer Mitgliedsorganisationen und anderer Einrichtungen in Haftanstalten. So stand 2007 die Durchführung und Evaluation von zwei innovativen und beispielhaften Projekten im Mittelpunkt, die das Bewusstsein der Gefangenen für Infektionsrisiken schärfen sollten.

Darüber hinaus vergibt die DAH seit 2009 so genannte Präventionsurkunden an JVAs für die Erfüllung und Einhaltung von Mindeststandards in der Gesundheitsversor-

„Dauerhaft? – Tattoo und Piercing in Haft“

„Dauerhaft? – Tattoo und Piercing in Haft“: Dieses in Kooperation mit der Berliner AIDS-Hilfe in sieben Berliner Haftanstalten durchgeführte DAH-Projekt richtete sich an Gefangene allgemein. An den insgesamt 15 Veranstaltungen, die unter anderem von professionellen Tätowierern begleitet wurden, nahmen 127 Häftlinge teil. Ziel war es, ihnen Wissen über die Infektionsrisiken beim Tätowieren und Piercen sowie über die Schutzmöglichkeiten angesichts des in Haft eingeschränkten Zugangs zu Desinfekti-

onsmitteln zu vermitteln. Der eher unverfängliche Gegenstand „Tätowieren und Piercen“ wurde zugleich als „Türöffner“ für das Gespräch über den Infektionsschutz beim Sex und beim Drogengebrauch genutzt. Die mündlichen Rückmeldungen der Teilnehmer wie auch die Auswertung der Fragebögen ließen einen deutlichen Wissenszuwachs erkennen. Die Durchführung dieses Projekts auch in anderen Haftanstalten wäre ein vielversprechender Ansatz.

gung. Zu den Mindeststandards zählen u. a. eine HIV-Testberatung, das Angebot von HIV- und Hepatitis-Tests und Impfangebote entsprechend der STIKO-Empfehlung.

Die Prävention, Beratung, Testung und Behandlung von HIV und Hepatitis in Haft werden in den zuständigen Bundesländern unterschiedlich gehandhabt. Dies zeigt die Notwendigkeit für die Etablierung eines bundesweit einheitlichen Standards in diesem Bereich.

Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter

Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter sind aufgrund häufig wechselnder Sexualpartner eine durch HIV und anderen STI besonders gefährdete Gruppe. Insbesondere STI treten bei Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern gehäuft auf. HIV-Infektionen sind dagegen in unterschiedlicher Ausprägung vorhanden. Während männliche Sexarbeiter ähnliche Infektionsraten wie andere MSM haben, entspricht sie bei den weiblichen Sexarbeitern eher der ihres Heimatlands. Die Mehrheit der in Deutschland in der Sexarbeit tätigen Menschen stammt mittlerweile aus Ost- und Zentraleuropa.

Daneben ist auch der Drogengebrauch eine wichtige Einflussgröße, und es bestehen große Überschneidungen zwischen beiden Gruppen. Drogenkonsumenten können sich aber nicht nur über die Prostitution, sondern auch über den Drogengebrauch mit HIV infizieren. Umgekehrt erfolgt die Sexarbeit bei Drogenkonsumenten oft als Straßenprostitution unter Bedingungen mit erhöhten Übertragungsrisiken.

Ein wesentlicher Aspekt ist außerdem, dass weibliche Sexarbeiter als „Brückenpopulation“ für die Ausbreitung von HIV und STI in die heterosexuelle Bevölkerung gelten.

Für die HIV- und STI-Präventionsarbeit sind Orte, an denen sexuelle Dienstleistungen angeboten werden, eine besondere Herausforderung. Gerade auch aufgrund der EU-Grenzöffnung nach Osteuropa sind in Bordellen und Clubs vermehrt Frauen und Männer anzutreffen, die nicht dem Bild der professionellen, sprich: gut informierten und selbstbewussten Sexarbeiterin und Sexarbeiters entsprechen. Der Bedarf an Informationen zu HIV, STI und anderen Gesundheitsthemen ist hoch. In ihrem Modell-

projekt „HIV/STI-Prävention in Clubs und Bordellen“ konnte die DAH zeigen, dass auch Migrantinnen, die sonst kaum oder gar keinen Zugang zu Präventionsangeboten haben, mit Schulungen erreicht werden können. Aufklärungsmaterialien vermitteln Sexarbeiterinnen Informationen, wie sie sich im Arbeitsalltag vor HIV und anderen STI schützen können. Auch Freier werden angesprochen und sollen so zum Kondomgebrauch motiviert werden.

Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von sozialen Einrichtungen wie AIDS- und Drogenhilfen, Treber- und Jugendhilfen bietet die DAH seit mehreren Jahren auch Fortbildungen zu Streetwork und Beratung von Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern an.

Die HIV- und STI-Prävention für und mit männlichen Sexarbeitern ist fester Bestandteil der Aufklärungsarbeit im Bereich MSM der DAH. So wurden in Zusammenarbeit mit Partnern vor Ort „Leitlinien für die Stricherarbeit“ erarbeitet, die kontinuierlich weiterentwickelt werden. Jährliche Treffen des „Arbeitskreises Stricherprojekte in Deutschland“ dienen dem Erfahrungsaustausch und der Weiterentwicklung der Stricherarbeit vor Ort.

1.2.5. Osteuropa

HIV und AIDS kennen keine Grenzen. Dem Gedanken eines gemeinsamen Engagements gegen HIV und AIDS ist Deutschland daher auch international verpflichtet. Dies gilt ganz besonders für den europäischen Raum, der ständig weiter zusammenwächst und damit die Mobilität zwischen den Ländern erleichtert und fördert. Besondere Aufmerksamkeit gilt den zentral- und osteuropäischen Nachbarn.

Nach aktuellen Schätzungen von UNAIDS leben in dieser Region etwa 1,5 Mio. Menschen mit HIV. Am stärksten betroffen sind die Ukraine und Russland, in denen die Zunahme der HIV-Neuinfektionen zu den weltweit stärksten gehört. Bei Prävalenzraten von über einem Prozent besteht in diesen Ländern die Gefahr, dass sich die Epidemie auf die Allgemeinbevölkerung (generalisierte HIV-Epidemie) ausbreitet. Das größte Infektionsrisiko besteht für injizierende Drogenkonsumenten, Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter, MSM sowie Menschen in Haft.

Gleichzeitig ist der Zugang zu Angeboten der HIV-Prävention, zu Behandlung und Pflege für diese stark stigmatisierten, oft kriminalisierten und an den Rand der Gesellschaft gedrängten Gruppen noch immer stark eingeschränkt.

Deutschland unterstützt andere europäische Länder bei der HIV- und AIDS-Bekämpfung und hat dies auch in den Erklärungen von Dublin, Vilnius und Bremen zum Ausdruck gebracht. Auf ihrer EU Rats-Konferenz „Verantwortung und Partnerschaft – Gemeinsam gegen AIDS“ im März 2007 in Bremen hat die Bundesregierung dafür Sorge getragen, dass die Zusammenarbeit mit osteuropäischen Ländern sowie die Notwendigkeit politischer Verantwortung in den Vordergrund gestellt werden.

Stärkung der HIV- und AIDS-Bekämpfung und der Gesundheitssysteme durch den Transfer von Wissen und Erfahrungen

Deutsch-Ukrainische Partnerschaftsinitiative

Ein gelungenes Beispiel für eine innereuropäische bilaterale Zusammenarbeit ist die Deutsch-Ukrainische Partnerschaftsinitiative zur Bekämpfung von HIV/AIDS, die zwischen den beiden Gesundheitsministerien vereinbart wurde. Sie fördert und unterstützt einzelne Projekte im HIV/AIDS-Bereich in der Ukraine. Der Fokus der Initiative liegt auf einem Erfahrungs- und Wissensaustausch zwischen deutschen und ukrainischen Expertinnen und Experten aus Verwaltung, Zivilgesellschaft sowie medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Einrichtungen. Diese sind als Multiplikatoren und Netzwerker tätig.

Auf nationaler Ebene wird das ukrainische Gesundheitsministerium bei der Entwicklung und Durchführung seiner ersten nationalen HIV/AIDS-Aufklärungskampagne unterstützt. Als Kampagnenmotto setzte sich nach einer ukraineweiten Umfrage der Slogan „Gib AIDS keine Chance“ durch. Die Kampagne stellte sich am Welt-AIDS-Tag 2009 der Öffentlichkeit vor und löste ein großes Interesse in den Medien und der Bevölkerung aus. Eine Reihe von Aufklärungsmaterialien wurde entwickelt und gedruckt. Für die Durchführung der Kampagne wurden allein im ersten Halbjahr 2010 rund 250.000 € an Sponsorengeldern in der Ukraine eingeworben.

Darüber hinaus werden von Nichtregierungsorganisationen umgesetzte Projekte in den Bereichen Prävention, Diagnostik, Behandlung und Surveillance gefördert. So werden z. B. Ärzte im Rahmen zweier Klinikpartnerschaften in HIV- und AIDS-relevanter Diagnostik und Therapie, und Pflegepersonal in speziellen Pflegeaspekten geschult. Die Einrichtung einer Telematikplattform ermöglicht darüber hinaus auch am Arbeitsplatz eine kontinuierliche fachliche Unterstützung und Weiterbildung. Schwerpunktregionen sind Donezk sowie die westukrainischen Oblasten Winnyzja, Ternopil, Chernovcy und Chmelnyzkyj.

Als besonders positiv – da ein Novum – wird von ukrainischer Seite die Tatsache bewertet, dass in diesem Projekt mit staatlichen und zivilgesellschaftlichen, lokalen Strukturen gleichzeitig zusammengearbeitet wird. Faktoren für ihren Erfolg sind vor allem das hohe fachliche Niveau der Partner und die Zusammenarbeit unter Fachkollegen aus Deutschland und der Ukraine auf gleicher Augenhöhe.

Das BMG hat die Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) mit der Projektdurchführung beauftragt und fördert das Projekt über einen Zeitraum von zunächst drei Jahren (2008–2010).

www.hiv-initiative-ukraine.org

Interview zu Deutsch-Ukrainischer Partnerschaft

Interview mit Tetyana Khimchenko

F: Was ist Ihre Beziehung zur Deutsch-Ukrainischen Partnerschaftsinitiative?

Tetyana Khimchenko (TK): Ich bin Expertin der nationalen Arbeitsgruppe „Nationale Informations- und HIV-Präventionskampagne“.

F: Können Sie uns diese Arbeitsgruppe und ihre Ziele beschreiben?

TK: Die Arbeitsgruppe besteht aus fünf Personen: drei ukrainische Expertinnen, die durch das BMG finanziert werden und zwei Personen vom ukrainischen Gesundheitsministerium. Eine erfahrene, deutsche Expertin steht beratend zur Seite. Das Ziel dieser Gruppe ist die Entwicklung und Umsetzung der ersten nationalen Informations- und Präventionskampagne zu HIV. Sie wird bislang maßgeblich durch den Privatsektor finanziert. Es beteiligen sich Firmen wie Werbeunternehmen, medizinische Firmen und Verbraucherfirmen daran. Außerdem finanziert sie sich über private Spenden. Die Kampagne wendet sich an die Allgemeinbevölkerung.

F: Was war bisher Ihr größter Erfolg?

TK: Im Dezember 2009 haben wir zum Kampagnenstart ein großes Konzert organisiert. Wir haben auch einen Wettbewerb zur Entwicklung des Informationsmaterials durchgeführt, an dem sich 60 Firmen beteiligt haben. Außerdem hat der Privatsektor 55.000 Poster gesponsort, die im ganzen Land verteilt wurden. Insgesamt hat der Privatsektor zusammen mit staatlichen und nicht-staatlichen Organisationen rund 250.000 € in diese Kampagne investiert.

F: Mit welchen Herausforderungen hatten Sie zu kämpfen?

TK: Die größte Herausforderung war die Finanzierung und die Frage, wie man den Privatsektor gewinnen kann. Es war auch sehr schwierig, Zugang zum Ministerium für Familie,

Jugend und Sport sowie zum staatlichen Sozialdienst zu bekommen und sie für die Kampagne zu gewinnen. Außerdem war es eine große Herausforderung, zwischen den verschiedenen beteiligten Ministerien zu vermitteln. Sie sind es nicht gewohnt, miteinander zu kooperieren.

F: Wie haben Sie diese Herausforderungen überwunden?

TK: Wir haben gute Öffentlichkeitsarbeit geleistet und waren stark im Netzwerken. Unsere Strategie war überzeugend. Wir haben die verschiedenen Beteiligten per E-Mail kontaktiert und einen runden Tisch eingerichtet. Wir haben die Beteiligten zu Sitzungen eingeladen und sie über die Kampagnenentwicklung auf dem Laufenden gehalten. Und wir haben sie besucht und kontinuierlich Kontakt gehalten. Inzwischen haben sich viele Partner der Kampagne angeschlossen; unter ihnen der staatliche Sozialdienst.

F: Was sind die zukünftigen Herausforderungen?

TK: Eine große Herausforderung ist es zu erreichen, dass sich das Gesundheitsministerium langfristig verpflichtet, die geschaffene Substruktur zu erhalten und die Kampagne weiterzuführen. Ein anderer wichtiger Schritt ist die weitere Durchführung der Kampagne. Aktuell müssen wir beispielsweise Videos und andere Informationsmaterialien entwickeln. Um eine kontinuierliche Finanzierung sicherzustellen, haben wir die Kosten für die Kampagne im Nationalen Aktionsplan 2010-2013 mit einer eigenen Budgetlinie aufgeführt.

F: Was ist Ihre Vision für diese Arbeitsgruppe?

TK: Eine nachhaltige Zusammenarbeit mit dem deutschen Gesundheitsministerium. Ich denke, dass es sehr wichtig ist diese Kampagne fortzusetzen, da sie in der Ukraine dringend notwendig ist; in einem Land, in dem die Epidemie trotz der Bemühungen vieler Organisationen wächst.

F: Vielen Dank für das Interview.

HIV-und STI-Prävention in grenznahen Regionen

In den östlichen Nachbarstaaten gelten Deutschlands Präventionserfolge als beispielhaft. Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der HIV- und AIDS- Bekämpfung begann als BORDERNET zwischen Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern und den anliegenden polnischen Regionen und hat mittlerweile eine langjährige Tradition.

Das aktuelle Projekt BORDERNETwork baut auf dieser Zusammenarbeit auf. Es werden jetzt 13 Partnerorganisationen aus sieben europäischen Ländern unterstützt: Deutschland, Polen, Ukraine, Bulgarien, Rumänien, Moldawien und Estland. Ein zentrales Merkmal dieses Netzwerks ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen mit Universitätskliniken, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, Beratungsdiensten, Privatpraxen und anderen Organisationen der Zivilgesellschaft.

Die in Deutschland bereits bewährten JugendFilmTage⁶ fanden 2008 und 2009 auch im BORDERNETwork immer weitere Verbreitung. Gemeinsame Fortbildungen zur Prävention von HIV, AIDS und STI, bilaterale Streetwork und Surveillance wurden ebenso durchgeführt wie grenzübergreifende Fachtagungen und Expertenrunden zu HIV-Test-Beratung und Qualitätssicherung. Diese Aktivitäten schaffen Synergien auch über die direkt betroffenen Regionen hinaus. Sie haben zu einer Verbesserung der Qualität der existierenden Präventionsstrategien geführt.

BORDERNETwork erhält derzeit eine Finanzierung durch die EU und wird durch das BMG kofinanziert.

Im Rahmen von Modellprojekten und Hospitationen leistet das BMG darüber hinaus in osteuropäischen Nachbarstaaten wie der Ukraine, in Estland, Lettland, Bulgarien, Rumänien und der Republik Moldau einen Beitrag zur Ausbildung der Ärzteschaft, des Pflegepersonals und von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern. Die Republik Moldau wurde zusätzlich beim Ausbau des nationalen HIV- und AIDS-Monitoring- und Evaluationssystems unterstützt.

Die DAH hat 2008 einen eigenen Fachbereich „Internationales“ aufgebaut, der sich in den Bereichen zielgruppenspezifisches Arbeiten, Einbeziehung der von HIV und AIDS betroffenen und gefährdeten Gruppen, Beteiligung zivilgesellschaftlicher Partner und Zusammenarbeit mit europäischen Akteuren engagiert. Unter dem Motto „Arbeit ohne Grenzen – Hilfe ohne Grenzen. Theorie- und Praxisaustausch zwischen Ost und West“ unterstützt sie u. a. ein Kooperationsprojekt zur HIV- und STI-Prävention mit Sexarbeiterinnen mit zwei Nichtregierungsorganisationen in Polen und der Ukraine. Daneben gibt es ein großes Interesse in Osteuropa an den erfolgreichen deutschen Präventionsansätzen in der Selbsthilfe, vor allem an der Kampagne „ICH WEISS WAS ICH TU“.

⁶ Zu Jugendfilmtage siehe unter Aktion 1, 2.3. „Aufklärung von Jugendlichen über HIV- und STI-Risiken“ und Aktion 1 Textbox 7 „Jugendfilmtage“

1.3. Neue Entwicklungen und künftige Herausforderungen

Die seit 2008 zu beobachtende Stabilisierung des Infektionsgeschehens bestätigt die Richtung, die die HIV- und AIDS-Aufklärung und Prävention mit einer zunehmenden Integration von STI und einer noch stärkeren Zielgruppenansprache genommen hat. Bisher aber konnte das Ziel, die Zahl der neuen HIV-Infektionen zu verringern, nicht erreicht werden. Die Präventionsmaßnahmen müssen daher nicht nur fortgeführt, sondern weiter intensiviert werden.

So müssen für besonders gefährdete Gruppen wie MSM und Migrantinnen und Migranten mit einem erhöhten HIV-Risiko weiterhin innovative, und auf den jeweiligen Kontext zugeschnittene Angebote entwickelt und möglichst flächendeckend eingesetzt werden. Dabei ist der begonnene Weg einer konsequenten und kooperativen Einbindung von gefährdeten bzw. betroffenen Menschen in die Entwicklung der Präventionsmaßnahmen von besonderer Relevanz, weil so die Glaubwürdigkeit der Angebote und damit auch Akzeptanz und Wirksamkeit bei den so angesprochenen Menschen erhöht wird.

Die in die HIV- und AIDS-Prävention integrierte STI-Aufklärung muss verstärkt werden und sich dabei noch mehr auf die sehr unterschiedlichen Bedarfe der einzelnen Zielgruppen ausrichten. Wichtig ist es auch, strukturelle Aspekte wie die Verfügbarkeit von HIV- und STI-Testangeboten⁷ und die Einbindung der Ärzteschaft stärker in die Prävention einzubeziehen.

Insgesamt gilt es, auch zukünftig die Aufmerksamkeit für das Thema HIV/AIDS und das Schutzverhalten in Deutschland auf einem hohen Niveau zu halten. Deswegen müssen Präventionsansätze, Präventionsmethoden und Informationsquellen ständig überprüft und an den sich wandelnden Bedarf angepasst werden. Hier ist insbesondere der weitere Ausbau von Internetangeboten (einschließlich Web 2.0 und der Einbeziehung sozialer Netzwerke) gefragt.

Wesentlich für diese Vielzahl von Aufgaben wird sein, zukünftig die notwendigen finanziellen Mittel in Bund, Ländern und Kommunen zu sichern. Nur mit einem breiten und flächendeckenden Angebot können die bisher erreichten Präventionserfolge fortgesetzt und das Ziel erreicht werden, die HIV-Neuinfektionen in Deutschland zu verringern.

⁷ Zu STI-Testung siehe Aktion 2, 2.1 „HIV-Testung“

**Aktion 2:
Universeller Zugang zu
HIV-Testung und Therapie**



Aktion 2: Universeller Zugang zu HIV-Testung und Therapie

2.1. Ziele

Die frühzeitige Diagnose einer HIV-Infektion benötigt einen guten Zugang zu HIV-Testungen. Voraussetzung dafür ist ein flächendeckendes Angebot für anonyme und kostenlose HIV-Beratungen und Tests. Ebenso sollen alle Menschen, die mit HIV und AIDS in Deutschland leben, Zugang zu einer bedarfsgerechten medizinischen und psychosozialen Versorgung haben, die dem aktuellen wissenschaftlichen Stand entspricht. Weder Herkunft, noch Geschlecht oder sexuelle Orientierung eines Menschen dürfen den Zugang zu Beratung, Testung und Behandlung einschränken.

2.2. Was erreicht wurde

In den letzten Jahren wurde der Zugang zu HIV-Testangeboten auf mehreren Ebenen verbessert. Kommunale HIV-Testangebote wurden teilweise ausgeweitet und neue Angebote unter Einsatz von Schnelltests geschaffen. Dies hat vor allem MSM und Drogenkonsumenten den Zugang zu diesen Diensten erleichtert. In der Gesundheitsversorgung wurden die Mutterschaftsrichtlinien aktualisiert und sehen nun vor, dass jeder Schwangeren bei ihrer Erstuntersuchung ein Angebot für einen HIV-Test gemacht werden soll. Expertenempfehlungen zur Anpassung des HIV-Testangebots aus dem Jahr 2009 zielen auf eine weitere Verminderung der spät diagnostizierten HIV-Infektionen ab. In Reaktion auf die im Internet angebotenen Heimtests hat im gleichen Jahr eine Neuregelung im Medizinproduktegesetz die Voraussetzung dafür geschaffen, dass HIV-Tests in Deutschland nur an Fachpersonal abgegeben werden dürfen. Auch für andere STI wurden teilweise die Testangebote ausgeweitet. Dazu gehört auch das nationale Chlamydien-Screening für Mädchen und Frauen unter 25, das 2008 eingeführt wurde.

Die Behandlung von HIV und AIDS befindet sich in Deutschland auf einem sehr hohen Niveau. Der größte Teil der Behandlungen findet in spezialisierten Klinikambulanzen oder Schwerpunktpraxen statt. Die Verabschiedung einer „Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/AIDS“ durch den Kassenärztlichen Bundesverband, die Deut-

sche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte (DAGNÄ) und die Krankenkassen ist ein wichtiger Schritt bei der Gewährleistung einer hohen Behandlungsqualität.

Für Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus ist mit Inkrafttreten der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift (VV) zum Aufenthaltsgesetz 2009 klargestellt, dass sie sich in öffentlichen Krankenhäusern („öffentliche Stellen“) in ärztliche Behandlung begeben können, ohne die Datenweitergabe an Ausländerbehörden befürchten zu müssen.

2.2.1. HIV-Testung

Nur wer von der eigenen HIV-Infektion weiß, kann frühzeitig von den modernen, wirksamen medizinischen Behandlungsangeboten Gebrauch machen. Die Voraussetzung für den Zugang zur Behandlung ist der HIV-Test. In den letzten Jahren haben Länder und Gemeinden im Rahmen ihrer Möglichkeiten versucht, kommunale Testangebote aufrechtzuerhalten und teilweise auszuweiten. Auch spezifische Testangebote für MSM und Drogenkonsumenten wurden in einzelnen Städten geschaffen. Gleichzeitig bewerben BZgA und DAH ein gemeindenahes Testangebot, das eine individuelle Beratung vor und nach dem eigentlichen Test vorsieht. In der Regel werden die HIV-Tests von den Testsuchenden selbst gewünscht.

Noch immer erhalten aber ca. 25 Prozent der Menschen mit HIV erst verspätet eine antiretrovirale Behandlung, weil ihnen ihre Infektion nicht bekannt ist oder sie nach der Übermittlung des Testergebnisses keinen Arzt aufsuchen. Im Jahr 2009 sprachen Experten auf einem Workshop Empfehlungen zur Anpassung des HIV-Testangebots in Deutschland aus. Sie stellten fest, dass Ärzte bisher zu selten die Möglichkeit nutzen einen HIV-Test vorzuschlagen, selbst wenn sogenannte Indikator-Erkrankungen auftreten, also Erkrankungen, die häufig mit HIV assoziiert sind. Hier besteht ein Sensibilisierungs- und Ausbildungsbedarf der Ärzteschaft. Ein Schritt in die richtige Richtung war die Änderung der Mutterschaftsrichtlinien. Diese sehen nun vor, dass allen Schwangeren nach vorheriger Beratung ein HIV-Test angeboten werden muss; zudem wird die Beratung im Mutterpass dokumentiert.

„ICH WEISS WAS ICH TU“ – HIV-Testwochen bei MSM

Männer, die mit Männern Sex haben (MSM) sind besonders von HIV gefährdet. Von den Menschen, die in Deutschland mit HIV infiziert sind, wissen nach Schätzungen rund 25-30 Prozent nichts von ihrer Infektion. Auch deshalb hat sich die für diese Zielgruppe konzipierte Kampagne „ICH WEISS WAS ICH TU“ (IWWIT) das Ziel gesetzt, MSM zu informieren und zu einem HIV-Test zu motivieren. Vor allem aber sollen MSM mit negativem Testergebnis bestärkt und unterstützt werden, HIV-negativ zu bleiben. Dabei setzt die Kampagne auf folgende Säulen: die Printmedien und Internetportale der MSM-Community, Beratungsangebote vor Ort, am Telefon oder über das Internet sowie Vor-Ort-Aktionen mit Präventionsteams, die bis Mitte 2010 bereits eine Million Kondome verteilt haben.

Zwischen September und November 2009 fanden erstmals IWWIT-Testwochen an verschiedenen Orten in Deutschland statt. In 51 Städten in allen 16 Bundesländern wurden niedrigschwellige Testmöglichkeiten angeboten, oft in Einrichtungen der Schwulenszene. Die Testangebote schlossen HIV-Labor- und Schnelltests sowie zum Teil Tests auf Syphilis, Hepatitis und Abstriche auf andere STI ein. Alle diese Angebote waren in eine Beratung vor und nach dem Test eingebunden. Insgesamt wurden 2.866 Beratungen durchgeführt und 2.535 HIV-Tests, davon rund 63 Prozent als Schnelltests; 2,6 Prozent der Getesteten waren mit HIV infiziert.

www.iwwit.de/ueber-iwwit/presse/pressemeldungen/deutsche-aids-hilfe-startet-ich-weiss-was-ich-tu-testwochen.html

Insbesondere den von HIV besonders gefährdeten Gruppen muss der Zugang zum HIV-Test wesentlich erleichtert werden. Für MSM wurde damit bereits im Rahmen der IWWIT-Testwochen begonnen, für die Gruppe der Drogenkonsumenten lieferte ein Modellprojekt in Dortmund wegweisende Ergebnisse. Andere Gruppen werden noch

nicht so gut erreicht. Das betrifft vor allem Heterosexuelle mit erhöhtem HIV-Infektionsrisiko und Migrantinnen und Migranten aus Hochprävalenzländern. Gleichzeitig ist es eine zentrale Aufgabe, auch zukünftig ein ausreichendes Testangebot auf kommunaler Ebene aufrechtzuerhalten.

Zusätzliche Tests zu sexuell übertragbaren Infektionen (STI)

Das seit 2001 europaweit zu beobachtende vermehrte Auftreten von sexuell übertragbaren Infektionen wie z. B. Syphilis und Gonorrhö hat auch das Risiko einer HIV-Übertragung bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr erheblich erhöht. Im Jahr 2007 hat sich unter dem Dach der Deutschen STD-Gesellschaft eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe zu sexueller Gesundheit mit Vertretern des RKI, der BZgA, Gesundheitsämter, Deutscher AIDS-Hilfe und der Ärzteschaft sowie weiterer Expertinnen und Experten gebildet, um bestehende Empfehlungen zu sexuell übertragbaren Infektionen (STI) an die neuen Anforderungen anzupassen und Standards für allgemeine und zielgruppengerechte Beratung, Diagnostik und Therapie zu STI, sowie für die Präventionsarbeit im Bereich sexuelle Gesundheit zu entwickeln.

Seit 2008 wurde ein nationales Chlamydien-Screening eingeführt. Einmal jährlich können sich Mädchen und junge Frauen unter 25, die sexuell aktiv sind, im Rahmen der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung kostenlos auf das Vorliegen einer Chlamydieninfektion untersuchen lassen.

In den Ländern und Gemeinden ist es teilweise gelungen, das Testangebot zu HIV auch auf andere STI auszuweiten. So bieten zahlreiche Gesundheitsämter und AIDS-Hilfen Tests auf Syphilis, Gonorrhö und Chlamydien an. Derzeit beobachtet die Bundesregierung aber auch mit Sorge, dass nicht mehr in allen Kommunen eine ausreichende Versorgungsstruktur zu HIV und STI vorhanden ist. Dies betrifft insbesondere einige ländliche Regionen.



Bild: „ICH WEISS WAS ICH TU“ – Testwochen



Bild: Logo der „ICH WEISS WAS ICH TU“-Kampagne

Kein Verkauf von HIV-Schnelltests (Heimtests) an Privatpersonen

Seit einiger Zeit werden HIV-Tests auch als Heimtests insbesondere im Internet angeboten. Mit einer Neuregelung im Medizinproduktegesetz wurde 2009 die Voraussetzung dafür geschaffen, dass HIV-Tests in Deutschland nur an Fachpersonal abgegeben werden dürfen. Dennoch kann hierdurch nicht verhindert werden, dass Heimtests über das Internet erworben werden. BZgA, DAH und RKI haben deshalb auf ihren Internetseiten Informationen eingestellt und warnen vor der Nutzung von Heimtests im Eigengebrauch, weil Anwenderfehler, aber auch gefälschte und fehlerhafte Tests zu falschen Ergebnissen führen können und die Tests ohne die notwendige unterstützende und präventiv wirkende Beratung durchgeführt werden.

Mutter-Kind-Übertragung

Weniger als ein Prozent aller HIV-Neuinfektionen in Deutschland geht auf Mutter-Kind-Übertragungen zurück. Von den infizierten Schwangeren übertragen 2008 rund zwei Prozent HIV auf ihr Kind. Dieser Anteil kann durch eine spezialisierte Behandlung der betroffenen Schwangeren noch weiter gesenkt werden, setzt aber eine vorherige HIV-Testung voraus. Rund 80 Prozent aller Schwangeren ließen sich 2007/2008 auf HIV testen. Es wird angestrebt, diesen Prozentsatz weiter zu erhöhen. Deshalb wurden im Januar 2008 die Mutterschaftsrichtlinien (MutterschaftsRL) aktualisiert. Schwangeren soll nun bei ihrer Erstuntersuchung stets ein Angebot für einen HIV-Test gemacht werden. Das Testangebot und die Beratung zu HIV werden im Mutterpass dokumentiert. Ein Merkblatt zur Schwangerenberatung steht in mehreren Sprachen zur Verfügung. Die deutsche Version des Merkblattes wurde vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit Unterstützung der BZgA herausgegeben. Zusätzlich gibt es von der DAH mehrsprachige Patientinnen-Kommunikationshilfen für die Gynäkologie.

2.2.2. Behandlung

Derzeitige Schätzungen gehen davon aus, dass in Deutschland etwa 80 Prozent der HIV-Patienten, die in Klinikambulanzen oder Schwerpunktpraxen medizinisch betreut werden, eine antiretrovirale Therapie (ART) erhalten. In Deutschland findet der größte Teil der Behandlungen in diesen auf HIV spezialisierten Klinikambulanzen oder Schwerpunktpraxen statt. Verlässliche Angaben darüber, wie viele HIV-positiv diagnostizierte Menschen ausschließlich in normalen Praxen oder gar nicht behandelt werden, sind derzeit nicht verfügbar.

Die Qualität des Behandlungsangebots in Deutschland wurde im Jahr 2009 durch eine „Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/AIDS“ zwischen dem Kassenärztlichen Bundesverband (KBV), der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte (DAGNÄ) und den Krankenkassen gestärkt. Die Vereinbarung regelt die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für das Erbringen und die Abrechnung spezialisierter Versorgungsleistungen für Menschen mit HIV.

Ferner unterstützt sie eine leitliniengerechte Behandlung indem sie darlegt, welche Untersuchungen zu einer optimalen Therapie gehören und welche Fortbildungen Ärztinnen und Ärzte notwendigerweise absolvieren müssen. Der Ausbau ärztlicher Kompetenz hinsichtlich HIV und AIDS ist ein wichtiger Schritt zur Qualitätssicherung der Behandlung.

In den vergangenen Jahren ist die antiretrovirale Behandlung ständig optimiert worden. Stellten früher Präparatkombinationen mit starken Nebenwirkungen hohe Anforderungen an die Einnahmedisziplin der Patienten, sind die neuen Kombinationen patientenfreundlicher, nebenwirkungärmer und wirksamer. Durch die optimierte Therapie kann die Behandlung früher einsetzen; dadurch werden noch bessere Ergebnisse erzielt. Derzeit wird eine antiretrovirale Behandlung spätestens bei einem Absinken der CD4-Zellen auf 350/—l Blut empfohlen. Ein positiver Nebeneffekt der hohen Wirksamkeit moderner antiretroviraler Medikamente ist die stark verringerte Übertragbarkeit von HIV unter wirksamer Behandlung.

Gut vernetzt: Schöneberger Modell

Das Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum in Berlin Schöneberg nahm als eines der ersten deutschen Krankenhäuser die Versorgung von AIDS-Patienten auf, mit einem Konzept, das aufgrund seiner positiven Ergebnisse auch Modell ist für andere Regionen Deutschlands. Die Zutaten für dieses Erfolgsrezept heißen Partizipation und Vernetzung. Schon von Beginn an wurden Organisationen der Selbsthilfe, besonders die Berliner AIDS-Hilfe, in den Aufbau der Netzstruktur einbezogen. Dadurch konnte das Netzwerk entsprechend der Bedürfnisse der HIV-Positiven aufgebaut werden. Es umfasst Hausärzte, ambulante Schwerpunktpraxen und andere niedergelassene Spezialisten, Hauspflegeteams, das Klinikum und seine Tageseinrichtung, Selbsthilfegruppen und Forschungsprojekte.

Neben sozialrechtlicher Beratung bieten die Selbsthilfeeinrichtungen psychologische Unterstützung an. Der medizinische AIDS-Arbeitskreis, zu dem mehr als 50 niedergelassene Ärzte gehören, ermöglicht den fachlichen Austausch über die komplizierten und schwerwiegenden Begleiterkrankungen von AIDS. Die Schwerpunktpraxen haben jederzeit Zugang zu den Spezialisten des Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikums, wenn sich der Zustand eines Patienten verschlechtert. Die Tagesklinik des Klinikums bietet umfassende Diagnostik und ambulante Behandlungen. Ein großer Pluspunkt des Netzwerkes ist seine Flexibilität. Durch die vielen verschiedenen Beteiligten fällt es leichter, neuen Entwicklungen zu folgen und sich beispielsweise auf ein verändertes Klientel mit einem größeren Anteil an Migrantinnen und Migranten einzustellen.

Behandlungssituation von Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus

Grundsätzlich besteht ein Behandlungsanspruch für alle in Deutschland lebenden Personen mit HIV. Menschen, die sich ohne Aufenthaltstitel oder Duldung und ohne Kenntnis der Behörden im Bundesgebiet aufhalten, haben nach Angaben von Kirchen, Gewerkschaften und Wohlfahrtsverbänden vielfach aus Furcht vor Entdeckung des illegalen Aufenthaltes die ärztliche Heilbehandlung in öffentlichen Stellen vermieden. Deshalb wurde in die 2009 in Kraft getretenen Allgemeinen Verwaltungsvorschriften (VV) zum Aufenthaltsgesetz die Klarstellung aufgenommen, dass die geltende Rechtslage zur „ärztlichen Schweigepflicht“ grundsätzlich auch den sogenannten „verlängerten Geheimnisschutz“ umfasst. Demnach gilt diese Übermittlungssperre auch für den im Rahmen der Leistungsabrechnung des Krankenhauses beteiligten Kostenträger, z. B. das Sozialamt, es sei denn, dieses wird ohne vorherige Konsultierung eines Arztes unmittelbar wegen der Inanspruchnahme des öffentlichen Gesundheitswesens befasst.

Viele Beratungsstellen (z. B. der öffentlichen Gesundheitsämter) bieten kostenlos und anonym HIV-Tests auch für Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus an, eine antiretrovirale Behandlung bleibt ihnen aber nach wie vor schwer zugänglich. In einigen europäischen Ländern wird auch dieser Gruppe der kostenfreie Zugang zum öffentlichen Gesundheitswesen ermöglicht, da es aus bevölkerungsschützenden Gründen wichtig ist, die Ausbreitung von Infektionskrankheiten zu verhindern.

2.3. Neue Entwicklungen und künftige Herausforderungen

Deutschland zeichnet sich durch ein kompetentes und effizientes Netzwerk an Beratungs-, Test- und Therapieeinrichtungen aus. Dennoch werden bis zu einem Drittel aller HIV-Infektionen erst jenseits des optimalen Therapiezeitpunkts diagnostiziert. Zur Erreichung eines universellen Zugangs zu Beratung, Testung und Behandlung gilt es, den Anteil der Spät Diagnosen und der späten Einstiege in die antiretrovirale Behandlung weiter zu verringern. Dazu stehen gezielte Fortbildungen sowie die weitere Sensibilisierung von Ärztinnen und Ärzten aus, damit diese in Kliniken und Praxen gezielter auf HIV-Testmöglichkeiten hinweisen oder Patientinnen und Patienten mit Risikokontakten selbst Tests anbieten.

Eine wichtige Rolle spielen auch gut zugängliche Testangebote für Personen mit einem hohen Infektionsrisiko. Aufgrund ihrer großen Bedeutung für die HIV-Ausbreitung in Deutschland sollte der Ausbau von HIV-Beratungs- und Testangeboten für diese Menschen auch in einer Situation begrenzter finanzieller Ressourcen auf Kommunal-ebene angestrebt werden.

Sexuell übertragbare Infektionen können das Risiko einer HIV-Übertragung erhöhen. In vielen Einrichtungen wird der HIV-Test bereits auch in Kombination mit einem Syphilis-Test angeboten, aber bisher kaum für andere Infektionen wie Herpes oder Gonorrhö. Hier besteht die Aufgabe, für besonders gefährdete Gruppen geeignete Testkombinationen anzubieten und das Angebot gezielt zu erweitern.

Ein besonderer Bereich ist die Gesundheitsversorgung in Haft. Hier ist die Etablierung eines bundesweit einheitlichen Standards in der Prävention, Beratung, Testung und Behandlung von HIV und Hepatitis ebenso wesentlich wie in der Substitution Drogenabhängiger.

Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus können grundsätzlich ärztliche Heilbehandlung in öffentlichen Stellen in Anspruch nehmen, ohne die Datenweitergabe an Ausländerbehörden befürchten zu müssen. Dagegen gibt es keine Regelungen, mit denen die bestehende Übermittlungssperre – über die ärztliche Schweigepflicht hinaus – auf die Inanspruchnahme von geplanten ambulanten oder stationären Behandlungen erstreckt würde. Dies betrifft auch die antiretrovirale Therapie, die so für diese Gruppe nur erschwert zugänglich ist. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine antiretrovirale Behandlung besonders kostspielige stationäre Akutbehandlungen vermeiden helfen kann. Außerdem senkt sie die Übertragbarkeit von HIV und kann so zu einer verminderten Ausbreitung von Infektionskrankheiten beitragen. Es ist daher wichtig zu überprüfen, in welchem Rahmen Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus ein erleichteter Zugang auch zu diesen Behandlungen ermöglicht werden könnte.

Aktion 3: Solidarität und Anti-Diskriminierung



Aktion 3: Solidarität und Anti-Diskriminierung

3.1. Ziele

Die Bundesregierung verfolgt seit Beginn der HIV/AIDS-Epidemie in Zusammenarbeit mit den verschiedenen Partnern aus der Zivilgesellschaft, Verbänden, und Privatsektor in der HIV- und AIDS-Prävention das Ziel, in Deutschland ein gesellschaftliches Klima zu schaffen, das Menschen mit HIV und AIDS akzeptiert, ihnen Solidarität bietet und sie vor Diskriminierung schützt. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf die Situation am Arbeitsmarkt und die Nichtdiskriminierung von Migrantinnen und Migranten gelegt.

3.2. Was erreicht wurde

Zusammen mit der Zivilgesellschaft hat sich die Bundesregierung auch im Berichtszeitraum durch eine gezielte „Welt-AIDS-Tag-Kampagne“ für Solidarität mit und gegen die Diskriminierung von Menschen eingesetzt, die mit HIV und AIDS leben. Seit 2007 engagieren sich über 12.000 Menschen als Botschafterinnen und Botschafter für diese Ziele.

Mit Inkrafttreten des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) wurde auch ein gesetzlicher Rahmen gegen Diskriminierung unter anderem aufgrund von Behinderung und der sexuellen Identität geschaffen. Dieser Diskriminierungsschutz bezieht sich auch auf Behinderungen, die durch eine HIV-Infektion entstanden sind. Von staatlicher und zivilgesellschaftlicher Seite wurden Maßnahmen zur Verbesserung der Situation am Arbeitsplatz ergriffen. Dazu gehören auch die Regelungen für behinderte Menschen in der Sozialgesetzgebung, die seit 2009 besonders die Arbeitsvermittlung und berufliche Qualifizierung betonen und somit Grundlage sind für die Eingliederung auch der Menschen mit HIV, sowie deren Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsmarkt.

Migrantinnen und Migranten mit HIV können eine doppelt benachteiligte Gruppe sein. Die DAH hat in den letzten Jahren die Zusammenarbeit mit Migrantengruppen und ihren Selbsthilfeorganisationen ausgebaut. Ziel war es, dass die Betroffenen als Gruppe Selbstbewusstsein entwickeln und zunehmend ihre Interessen selbst vertreten.

Auf internationaler Ebene unterstützte Deutschland 2008 die Veröffentlichung einer Broschüre über Reisebeschränkungen und leistete damit einen Beitrag zu mehr Transparenz bei den Einreisebestimmungen für Menschen mit HIV in anderen Ländern.

3.2.1. Aktivitäten für die Solidarität mit Menschen mit HIV und AIDS¹

Aufklärung, Schutz und Solidarität sind die Ziele des Welt-AIDS-Tags am 1. Dezember. Diesen Tag nehmen BMG, BZgA, DAH und die DAS in einer Gemeinschaftsaktion regelmäßig zum Anlass, um zur Solidarität mit Menschen mit HIV aufzurufen. Das international etablierte Symbol dafür ist die „Rote Schleife“. Leitmotto der Welt-AIDS-Tag-Kampagne „Gemeinsam gegen AIDS“ war deshalb „Ganz Deutschland trägt Schleife“ (2007–2009). Prominente Menschen unterstützten die Kampagne und sorgten für eine hohe Sichtbarkeit und Aufmerksamkeit.

Ein zentrales Element war die interaktive Internet-Plattform www.welt-aids-tag.de. Dort konnten die Besucherinnen und Besucher Botschafterin bzw. Botschafter des Welt-AIDS-Tages werden. Sie zeigen mit Erklärungen und meist mit Foto und Namen öffentlich sichtbar ihre Solidarität. Das Botschafterprinzip stößt auf große Resonanz. Inzwischen haben sich über 12.000 Menschen als Botschafterinnen und Botschafter eingetragen. Darüber hinaus wurden auch soziale Netzwerke wie Facebook, StudiVZ und Twitter als Plattformen mit hoher Kommunikationsdichte und sehr vielen engagierten Mitgliedern als Partner gewonnen. Allein 410.000 Gruppenmitglieder waren bis Februar 2010 bei Schüler, StudiVZ und meinVZ registriert; 120.000 Userinnen und User nutzten die Rote Schleife im eigenen Profil bei Facebook.

Die Kampagne wird derzeit weiterentwickelt. Sie stellt Menschen mit HIV und deren Lebensrealitäten in den Mittelpunkt.

¹ Zu Solidarität mit Menschen mit HIV und AIDS siehe Aktion 1 Textbox 4 „Schlaglichter aus der repräsentativen Jahresbefragung „AIDS im öffentlichen Bewusstsein“

Der Mensch in der Kugel

Die 2009 im Rahmen der Welt-AIDS-Tag-Kampagne „Gemeinsam gegen AIDS“ entwickelte Straßenaktion „Der Mensch in der Kugel“ machte in einer Tour durch sieben deutsche Städte auf die soziale Isolation Betroffener aufmerksam. Menschen in überlebensgroßen durchsichtigen Kunststoffkugeln machten diese Isolation direkt visuell erfahrbar.

Die Aktion wurde von der BZgA bundesweit durchgeführt und von Partnern der AIDS-Prävention vor Ort (AIDS-Hilfen, AIDS-Stiftung und andere AIDS-Initiativen)

begleitet. Gemeinsam verteilten Helfer und lokale Botschafterinnen und Botschafter (meist zusammen mit lokaler Prominenz) Infomaterialien und Rote Schleifen und setzten das Aktionsmotto 2009 im Vorfeld des Welt-AIDS-Tags aktiv um. Dadurch gelang es, die Aufmerksamkeit für den Welt-AIDS-Tag und seine Botschaften in der Bevölkerung zu erhöhen.

Den Abschluss und gleichzeitigen Höhepunkt der Aktion bildete eine Kundgebung am 1. Dezember am Brandenburger Tor in Berlin.



Bildnachweis: BZgA, Köln

Das BMG unterstützt die Deutsche AIDS-Stiftung (DAS) seit ihrer Gründung im Jahr 1987. Dies beinhaltet die aktive Mitwirkung im Stiftungsrat sowie die Förderung von öffentlichen Wohltätigkeitsveranstaltungen. Unter dem Leitgedanken der Solidarität mit den Betroffenen fördern die Wohltätigkeitsveranstaltungen eine unterstützende Einstellung in der Bevölkerung und werben auch Spenden zugunsten der HIV-Betroffenen ein. Prominentes Beispiel hierfür ist die jährliche Festliche Opern-Gala in Berlin, an der neben zahlreichen weiteren prominenten Gästen auch Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung regelmäßig teilnehmen.

Deutsche AIDS-Stiftung (DAS)

Die Präambel der Stiftungssatzung benennt das Ziel der Deutschen AIDS-Stiftung (DAS): Sie will die Lebensbedingungen von HIV-positiven und an AIDS erkrankten Menschen verbessern und ihr Selbstvertrauen stärken, so dass sie ein selbstverantwortliches, sinnerfülltes und sozial akzeptiertes Leben führen können.

Seit 1987 hilft die Deutsche AIDS-Stiftung HIV-positiven und an AIDS erkrankten Menschen in materiellen Notlagen. Daneben unterstützt sie Projekte für Betroffene. Bis heute erhielt die Stiftung mehr als 70.000 Anträge von bedürftigen Menschen und Projektträgern. Sie konnte Betroffenen in Not individuell und über Projektförderungen mit nahezu 34 Millionen € helfen. Ein aktueller Arbeitsbereich ist die Unterstützung von innovativen Beschäftigungs- und Wohnprojekten. Eines dieser Projekte ist die Kreuzberger „Weltküche“, in dem arbeitslose, HIV-positive Migrantinnen und Migranten eine Qualifizierung und anschließende Beschäftigung erhalten. Projekte für betreutes Wohnen werden derzeit in drei Städten – Berlin, Essen und Köln – gefördert bzw. aufgebaut.

www.aids-stiftung.de

Unterstützung von Frauen mit HIV

Mit HIV lebende Frauen haben spezifische Bedürfnisse. Sie brauchen beispielsweise besondere Unterstützung während der Schwangerschaft und als Mutter, als Beziehungspartnerin oder Erkrankte.

Zum Themenkreis Schwangerschaft und Elternschaft mit HIV wurden verschiedene Medien entwickelt. Dazu gehört z. B. eine DVD des Projekts „Lifeboat“ mit Informationen für Beraterinnen aus AIDS-Hilfen, Schwangerschaftsberatungsstellen sowie Gynäkologinnen und Gynäkologen. Sie enthält u. a. audiovisuelle Beiträge von HIV-positiven Müttern, die schwangere Frauen ermutigen sollen, die erst während ihrer Schwangerschaft von ihrer Infektion erfahren.

www.projekt-lifeboat.de

Eltern mit HIV gibt eine Broschüre Anregungen, wie sie mit ihrem Kind über ihre Infektion sprechen können und wer sie dabei unterstützen kann.

Außerdem bietet die DAH ein spezielles Schulungsangebot für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der AIDS-Hilfen zu frauenspezifischen Fragen an. Es umfasst die Themenbereiche antiretrovirale Therapie, gynäkologische Aspekte, Sexualität und Partnerschaft, Kinderwunsch und Schwangerschaft, HIV/STI-Prävention und Gesundheitsförderung

HIV-positive Frauen aus dem städtischen Milieu haben meist die Möglichkeit, sich gut zu informieren und sich mit anderen betroffenen Frauen auszutauschen, etwa in einer Selbsthilfegruppe oder durch die Mitarbeit im „Netzwerk Frauen und AIDS“. Frauen aus überwiegend ländlichen Regionen hingegen leben oft isoliert und haben besonders große Angst davor, dass ihre HIV-Infektion bekannt werden könnte. Diese Frauen werden durch die DAH unterstützt und zu bundesweiten Treffen eingeladen, die regelmäßig stattfinden und den Austausch und die Vernetzung fördern.

3.2.2. Aktivitäten gegen Diskriminierung und Stigmatisierung von Menschen mit HIV und AIDS

Ziel des im Jahr 2006 in Kraft getretenen Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) ist es, Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität zu verhindern oder zu beseitigen. Behinderung setzt dabei keine Schwerbehinderung voraus, sondern erkennt auch leichtere Behinderungen an. Menschen mit HIV und AIDS werden im AGG zwar nicht gesondert erwähnt, sie können jedoch indirekt den Schutz des AGG in Anspruch nehmen, zum Beispiel wenn sie aufgrund ihrer HIV-Infektion diskriminiert werden. Denn bereits eine symptomlose HIV-Infektion wird nach dem derzeitigen Entschädigungsrecht mit einem Grad der Behinderung von 10 Prozent bewertet. Mit dem Inkrafttreten des AGG wurde die Antidiskriminierungsstelle beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eingerichtet www.antidiskriminierungsstelle.de. Nach Angaben der Antidiskriminierungsstelle, die mit dem Lesben- und Schwulenverband in Deutschland sowie der DAH zusammenarbeitet, gibt es bisher nur vereinzelt Anfragen von Menschen mit HIV und AIDS im Zusammenhang mit einer Benachteiligung.

Für das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) stehen die Eingliederung von Menschen mit HIV in Arbeit und deren Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsmarkt im Vordergrund. Ihnen steht dabei das gesamte arbeitsmarktpolitische Instrumentarium zur Verfügung. Mit der Neuausrichtung der arbeitsmarktpolitischen Instrumente zum 1. Januar 2009 sind die Gestaltungsspielräume stark erweitert worden, so dass allen Besonderheiten bedarfsgerecht und flexibel begegnet werden kann.

Ergänzend führte die DAH zwischen 2005 und 2007 ein EU-gefördertes Projekt zum Abbau von Diskriminierung am Arbeitsplatz durch. Hier wurden gezielt auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Jobcentern und Gewerkschaften einbezogen. Im Zusammenhang mit dem Projekt wurde der 2007 ausgezeichnete Film „Mit HIV/AIDS in der Welt der Arbeit“ erstellt, der im Zeichentrickformat eindrücklich die Problematik von Stigmatisierung am

Arbeitsplatz darstellt. Im Film werden Personalmanagern und Angestellten Wege aufgezeigt, konstruktiv und unterstützend mit betroffenen Kolleginnen und Kollegen umzugehen.

Eine im Auftrag der DAH durchgeführte Untersuchung zum Thema „HIV am Arbeitsplatz: Die Situation von HIV-positiven Arbeitnehmern in Deutschland“ schätzt, dass derzeit ca. 42.000 HIV-positive Arbeitnehmer in Deutschland leben. Ihnen allen gemein ist der Wunsch nach mehr Normalität im Umgang mit Kollegen und nach einer Atmosphäre, in der HIV-Positive ohne Furcht vor Arbeitsplatzverlust über ihre Infektion sprechen können und in der sie im Krankheitsfall Unterstützung von der Belegschaft erhalten. Es wurde aber auch deutlich, dass manche HIV-Betroffene es heute vorziehen, ihre Infektion nicht öffentlich zu machen. Ziel muss daher sein, eine für die einzelne Person passende Lösung zu finden. Sichtbare Vorbilder in den Betrieben können dazu beitragen, dass Berührungs- und Ansteckungsängste bei Vorgesetzten und Kolleginnen und Kollegen abnehmen.

Migrantinnen und Migranten mit HIV können in der Bevölkerung doppelt benachteiligt sein: als HIV-Positive und als Ausländer. Aber auch in ihren eigenen Communities müssen HIV-positive Migrantinnen und Migranten Angst vor Ausgrenzung haben. Dies kann zu einer zusätzlichen Isolierung führen, da die eigene Community einen wichtigen sozialen Zusammenhalt bietet.

Die Zusammenarbeit mit Migrantengruppen und ihren Selbsthilfeorganisationen wurde in den letzten Jahren ausgebaut. So unterstützt und fördert die DAH Selbsthilfeaktivitäten von Betroffenen, wie z. B. das Selbsthilfenetzwerk Afro-Leben+. Dieses Angebot ermöglicht es den Betroffenen, als Gruppe Selbstbewusstsein zu entwickeln, sich in der Öffentlichkeit darzustellen und ihre Interessen zunehmend selbst zu vertreten.

Durch verschiedene Maßnahmen hat Deutschland auf internationaler Ebene zu mehr Transparenz bei den Einreisebestimmungen für Menschen mit HIV in anderen Ländern beigetragen. Die Deutsche AIDS-Hilfe hat bereits 1991 eine erste Länderübersicht herausgebracht und unterhält heute die weltweit umfassendste Datensamm-

lung zu diesem Thema. Eine Broschüre über Reisebeschränkungen in insgesamt 67 Staaten für Menschen mit HIV wurde von ihr – unterstützt vom Auswärtigen Amt (AA) – im Vorfeld der Internationalen AIDS Konferenz 2008 in Mexiko erstellt. Außerdem wurde die neue Internetseite www.hivtravel.org geschaltet.

3.3. Neue Entwicklungen und künftige Herausforderungen

Eine HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung führen auch heute noch zu Erlebnissen oder Befürchtungen von Diskriminierung und Stigmatisierung. Menschen, die mit HIV infiziert oder an AIDS erkrankt sind, benötigen daher auch weiterhin ein gesellschaftliches Klima, das sie akzeptiert und unterstützt, ihnen Solidarität bietet und sie vor Diskriminierung schützt.

Durch die gute Behandelbarkeit von HIV wird heute vielen Betroffenen eine deutlich stabilere Gesundheit und höhere Lebenserwartung, sowie eine aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Prozess ermöglicht. Diese „Normalität“ ist bisher erst zum Teil in der gesellschaftlichen Wahrnehmung angekommen. Hier muss der Öffentlichkeit nahe gebracht werden, dass trotz HIV ein weitgehend normales Leben möglich ist. Eine HIV-Infektion sollte im sozialen Leben keine herausgehobene Rolle mehr spielen. Dies ist mit den Aktionen der Welt-AIDS-Tag-Kampagne begonnen worden und wird fortgesetzt.

Damit einhergehend werden auch Interventionskonzepte benötigt, die die Teilhabe von Menschen mit HIV fördern. Ein Beispiel hierfür sind Integrationsmodelle in die Arbeitswelt.

Wiedereingliederungsprogramme / Arbeitsförderungsmaßnahmen für Menschen mit HIV

Menschen mit HIV und AIDS können bei fortgeschrittener Erkrankung als behinderte Menschen im Sinne des § 2 Abs. 1 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) anerkannt werden. In diesem Falle erhalten sie Sozialleistungen, die darauf ausgerichtet sind, ihre Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder zu verbessern, indem sie der gesellschaftlichen Isolation entgegenwirken und die Beschäftigungs- und Arbeitsmarktchancen erhöhen. Der individuelle Bedarf des Einzelnen steht dabei im Vordergrund. Die Förderung durch die Bundesagentur für Arbeit erfolgt nach den Grundprinzipien Passgenauigkeit, Erfolgssicherheit und voraussichtlicher nachhaltiger Wirkung.

Die berufliche Rehabilitation ist in Einklang mit dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen von dem Grundsatz „so normal wie möglich, so speziell wie erforderlich“ geprägt. Als behindert anerkannte HIV-positive Menschen sollen nach Möglichkeit und unter Beachtung ihres Wunsch- und Wahlrechts in das Arbeitsleben und die Gesellschaft integriert und nicht in Einrichtungen betreut werden. Sind jedoch aufgrund der Schwere der Behinderung besondere Leistungen unerlässlich, kann auch die Teilhabe an einer Maßnahme in einer besonderen Einrichtung für behinderte Menschen gefördert werden.

www.bmas.de/portal/34904/teilhabe_behinderter_menschen.html

Aktion 4: Koordination und Kooperation



Aktion 4: Koordination und Kooperation

4.1. Ziele

Die Bundesregierung setzt sich für eine enge Zusammenarbeit der verschiedenen Institutionen auf Bundes- und Länderebene sowie im europäischen und darüber hinausgehenden internationalen Umfeld ein. Das Bundesministerium für Gesundheit übernimmt zusammen mit dem Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung in dieser Vernetzungsstruktur eine koordinierende und aktive Rolle.

Damit verbunden ist die enge Kooperation mit Einrichtungen der Zivilgesellschaft wie der Deutschen AIDS-Hilfe mit ihren vielen Mitgliedsorganisationen und Selbsthilfenetzwerken sowie die Zusammenarbeit mit den Medien, Kirchen, Interessensgruppen und Privatunternehmen. Erklärtes Ziel ist es, ein starkes Netzwerk mit der Zivilgesellschaft zu erhalten und deren Erfahrungen in strategische Entscheidungen zu integrieren.

4.2. Was erreicht wurde

Die in der deutschen HIV- und AIDS-Bekämpfung auf vielen verschiedenen Ebenen bestehenden engen und fruchtbaren Kooperationen gewährleisteten auch in den letzten Jahren eine gute Abstimmung zwischen den beteiligten Akteuren. Eine zentrale und bewährte Achse in der Planung und Durchführung von Präventions- und Behandlungsmaßnahmen war unverändert die Kooperation zwischen Bund und Ländern. Auf Bundesebene wird ein abgestimmter sektorübergreifender Ansatz über die Zusammenarbeit der beteiligten Fachressorts sichergestellt. Intensive Kooperationen bestehen auch mit der Zivilgesellschaft und dem Privatsektor.

Auf europäischer Ebene ist Deutschland im Rahmen der EU mit den Erklärungen von Dublin, Vilnius und Bremen der gemeinsamen Ausgestaltung der europäischen AIDS-Arbeit verpflichtet. Die Bundesregierung hat die EU-weite HIV/AIDS-Strategie im Rahmen ihrer EU-Ratspräsidentschaft 2007 maßgeblich beeinflusst und in den letzten drei Jahren auch die Umsetzung einer Reihe von Projekten in Osteuropa unterstützt. Themensetzung und inhaltliche Diskussion wurden von Deutschland im „Think Tank

on HIV/AIDS in Europe“ aktiv mit gestaltet. Ebenso besteht eine kontinuierliche, enge Zusammenarbeit mit dem ECDC und dem WHO Regionalbüro Europa. Auf Forschungsebene beteiligt sich Deutschland am EDCTP-Programm und der Wissenschaftsinitiative ERA-Net HIV (HIVERA).

International setzte sich Deutschland im UN-Kontext für eine umfassende Strategie zur Bekämpfung von HIV und AIDS ein, die auch den Zugang zu Harm Reduction-Maßnahmen umfasst, und vertrat diese Position in den UN-Generalversammlungen sowie den Gremien der verschiedenen UN-Organisationen (u. a. UNAIDS, WHO, UNICEF).

4.2.1. Zusammenarbeit auf Bund-, Länder- und Gemeindeebene

Der Aktionsplan zur Bekämpfung von HIV und AIDS umfasst verschiedene Sektoren und Politikfelder und trägt somit dem vielschichtigen Bild der HIV-Epidemie Rechnung. Sein sektorübergreifender Ansatz erfordert auch eine enge Abstimmung der beteiligten Ressorts. Zu diesem Zweck wurde im November 2006 der Interministerielle Arbeitskreis HIV/AIDS (IMAK) unter dem Vorsitz des BMG konstituiert. Der IMAK tagt ein- bis zweimal jährlich. Unabhängig vom IMAK tauschen sich das BMG und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) regelmäßig zu den Schnittstellen der HIV-Prävention und der Sexualaufklärung aus.

Darüber hinaus steht dem BMG der Nationale AIDS-Beirat (NAB) zur Seite, der interdisziplinär aus Mitgliedern der medizinischen Fachgesellschaften, der Sozial- und Sexualwissenschaft, sowie verschiedener Sozialpartner zusammengesetzt ist. Seit seiner Gründung im Jahr 1987 hat der NAB 41 Stellungnahmen abgegeben. Er wird derzeit neu konstituiert, um die sich wandelnden gesundheitspolitischen, gesundheitsrechtlichen, medizinischen, ethischen und psychosozialen Fragen bearbeiten und kommentieren zu können.

Die Ministerien haben auf nationaler Ebene mit dem Aktionsplan den Aktionsrahmen für die HIV und AIDS-Bekämpfung gesetzt. Länder und Kommunen leisten einen

wesentlichen Beitrag durch die Finanzierung der Strukturen vor Ort (u. a. Gesundheitsämter, AIDS-Hilfen und Beratungsstellen). Der fachliche Austausch zwischen Bund und Ländern und unter den Ländern wird durch das Bundesländer-Gremium HIV/AIDS gesichert. Das Gremium tagt zweimal jährlich unter der Leitung der BZgA. In den gemeinsamen Sitzungen werden aktuelle Präventionsmaßnahmen diskutiert, epidemiologische Veränderungen analysiert und Handlungsbedarfe abgestimmt.

4.2.2. Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft und dem Privatsektor

Kernstück für die Umsetzung des Aktionsplanes innerhalb Deutschlands ist die Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft sowohl auf Bundesebene als auch regional und kommunal. Ein starker Partner für die Bundesregierung ist die von der BZgA geförderte und fachlich begleitete nichtstaatliche Selbsthilfeorganisation

Deutsche AIDS-Hilfe (DAH)

Die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) hat 2008 ihr 25-jähriges Jubiläum gefeiert. Kurz nach dem Aufbau der Deutschen AIDS-Hilfe in Berlin wurden auch regionale AIDS-Hilfen in Köln, Hamburg und Berlin gegründet. Inzwischen hat die DAH als Dachverband 120 Mitgliedsorganisationen, die sich bundesweit in der HIV-Prävention engagieren, Menschen mit HIV und AIDS beraten und begleiten und deren Interessen vertreten. Da die AIDS-Hilfen aus der Selbstorganisation von Betroffenen und von HIV besonders gefährdeten Gruppen entstanden sind, erarbeitet der Verband partizipativ Konzeptionen und Strategien zu Prävention, neuen Testmethoden, Behandlung und Rehabilitation, Homosexualität, Frauen, Migration, Drogengebrauch, Justizvollzug, Sexarbeit, sexuell übertragbaren Infektionen und Stigmatisierung – die Themen, mit denen sich die DAH befasst, sind so komplex wie die Epidemie selbst. Seit Jahren ist die DAH ein wichtiger Partner für die deutsche Bundesregierung, der die Nähe zur Zielgruppe garantiert.



Bild: Logo der DAH/Leitbild

Deutsche AIDS-Hilfe (DAH). Im Jahr 2007 erhielt die DAH über die BZgA vom BMG eine Förderung in Höhe von 4,7 Mio. €, seit 2008 wurde die Summe auf 5,2 Mio. € jährlich erhöht. Die Abwicklung und Steuerung der Zuwendung, die Sicherung der fachlichen Qualität und die Koordination der Maßnahmen ist eine Aufgabe der BZgA.

Über 120 AIDS-Hilfen, Beratungsprojekte, Selbsthilfenetzwerke und Pflegeeinrichtungen existieren als Anlaufstellen für Interessierte und Betroffene in den 16 Bundesländern. Die DAH ist vorrangig zuständig für die Prävention von HIV und anderen Infektionen in den von HIV besonders betroffenen Gruppen MSM, Drogenkonsumenten, Sexarbeiter beiderlei Geschlechts, Migrantinnen und Migranten sowie Menschen in Haft. Als Fachverband bietet die DAH Informationen zu Prävention, Diagnostik und Therapie dieser Infektionen, führt zielgruppenspezifische Kampagnen durch und bietet vor Ort HIV- und STI-Testungen und Beratungen an. Regionale Fortbildungen qualifizieren haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der AIDS- und Drogenhilfen und anderer Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens.

Die Partizipation von HIV-positiven Menschen und ihren Angehörigen wird unter anderem unterstützt durch Großveranstaltungen wie die Konferenz „Positive Begegnungen“, die alle zwei Jahre mit ca. 450 Teilnehmenden stattfindet und das Leben mit HIV und AIDS thematisiert.



Bild: Deutscher Stand auf der Internationalen AIDS Konferenz 2010

Bildnachweis: GIZ

Die vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit zwischen den Bundesinstitutionen und der DAH spiegelt sich auch in der Außendarstellung wider: mit einem gemeinsamen Stand präsentieren die Partner ihre Arbeit auf der internationalen AIDS-Konferenz, die alle zwei Jahre stattfindet.

Ermöglicht werden viele Aktivitäten erst durch Spenden und Partnerschaften mit dem Privatsektor. Die bundesweiten Kampagnen von BZgA und DAH erhielten vielfältige Finanz- und Sachleistungen. Der Verband privater Krankenkassen (PKV) unterstützt die BZgA seit 2005 mit 3,4 Mio. € pro Jahr und hat weitere 16 Mio. € für den Zeitraum 2011 bis 2015 zugesagt. Neben dieser Finanzierung existieren weitere Sponsoringvereinbarungen. So schaltet der Fachverband Außenwerbung seit 1994 jährlich rund 100.000 Plakate kostenlos.

Der Privatsektor ist auch gefragt in seiner Funktion als Arbeitgeber und als Lebensumfeld für Menschen mit HIV. Mit der ständig steigenden Zahl von HIV-Positiven, die unter der antiretroviralen Therapie weiterhin am Arbeitsleben teilnehmen können, nimmt auch die Bedeutung einer Arbeitsplatzpolitik zu, die auf die Bedürfnisse von HIV-Positiven eingeht.

4.2.3. Zusammenarbeit innerhalb der Europäischen Union

Die Mitgliedsländer der Europäischen Union sind als Einzelstaaten den Millennium-Entwicklungszielen der Vereinten Nationen zu HIV und AIDS und anderen Entwicklungsthemen verpflichtet. Zusätzlich hat die EU mit den Erklärungen von Dublin, Vilnius und Bremen die gemeinsame Ausgestaltung der europäischen AIDS-Arbeit konkretisiert. Im Februar 2004 verpflichtete die Dublin-Deklaration die Mitgliedstaaten zu einer verstärkten politischen Führungsrolle, Partnerschaft und Koordination vor allem auch mit den osteuropäischen und zentralasiatischen Nachbarländern. In Ergänzung benannte die Vilnius-Deklaration wenige Monate später Maßnahmen für das europäische HIV-Engagement. Diese Erklärungen wurden im März 2007 anlässlich der hochrangigen Ministerkonferenz während der deutschen Ratspräsidentschaft in Bremen bekräftigt. In der dort verabschiedeten Bremer Erklärung sprechen sich die europäischen Gesundheitsminister nochmals für die politische Verantwortung auf höchster Ebene in der AIDS-Bekämpfung aus und übernehmen die Verpflichtung für eine aktive, koordinierte und integrierte Vorgehensweise in den EU-Mitgliedstaaten und mit ihren Nachbarn. Mit Unterzeichnung der Schlussfolgerungen des Rates der Europäischen Union durch die EU-Staats- und Regierungschefs unter der Leitung von Bundeskanzlerin Angela Merkel bekamen die Ergebnisse der Bremen-Konferenz höchste politische Unterstützung für die AIDS-Bekämpfung in Europa.

In Anlehnung an den europäischen Schwerpunkt einer AIDS-Arbeit in enger Kooperation mit Osteuropa unterstützt die Bundesregierung verschiedene Projekte mit diesem Fokus in den Ländern Ukraine, Republik Moldau, Estland, Bulgarien und Rumänien¹.

An der Wissenschaftsinitiative ERA-Net HIV (HIVERA) sind als deutsche Partner das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) sowie der Projektträger des Deutschen Luft- und Raumfahrtzentrums beteiligt.

¹ Zu Osteuropa siehe Aktion 1, 1.2.5 „Osteuropa“

Gemeinsam mit den Partnerländern Frankreich, Portugal, Italien, Belgien, Türkei, Rumänien, Estland sowie deren Partnerländern in Subsahara-Afrika ist das EDCTP-Programm entstanden (European and Developing Countries Clinical Trials Partnership). Es konzentriert sich auf die Bekämpfung von HIV, Malaria und Tuberkulose und will in enger Partnerschaft mit den afrikanischen Ländern die Entwicklung und Evaluierung neuer Arzneimittel gegen diese Krankheiten voranbringen².

Die Europäische Kommission setzt sich für die AIDS-Bekämpfung auf europäischer und internationaler Ebene ein. Unterstützt wird sie hierbei vom „Think Tank on HIV/AIDS in Europe“, der im Nachgang zur Dublin-Konferenz 2004 als Forum für den Informationsaustausch und für informelle Konsultationen zwischen EU-Institutionen, EU-Mitglieds- und Nachbarländern, internationalen Organisationen sowie Vertreterinnen und Vertretern der Zivilgesellschaft konstituiert wurde. Das BMG begleitet kontinuierlich und aktiv die Arbeit des Think Tanks. Als Kooperations- und Austauschforum der Zivilgesellschaft wurde zusätzlich das Civil Society Forum eingerichtet, in dem die DAH vertreten ist.

Eine enge Zusammenarbeit besteht auch zwischen der BZgA und dem WHO Regionalbüro Europa bei der Qualitätssicherung in der HIV-Prävention³.

Think Tank on HIV and AIDS in Europe

Seit 2004 trägt der „Think Tank on HIV/AIDS in Europe“ dazu bei, eine gemeinsame Sichtweise auf die HIV- und AIDS-Bekämpfung in Europa zu schaffen. Hier können nationale Vertreterinnen und Vertreter sowie die EU-Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucher bewährte Praxisbeispiele präsentieren, Meinungsbilder erstellen und Initiativen starten.

Vertreten im Think Tank sind die EU-Kommission, die Mitgliedsstaaten, Anwärterstaaten sowie die Länder des europäischen Wirtschaftsraums. Daneben gibt es Beobachter; dazu gehören internationale Organisationen, die ENP-Länder, die europäischen Nicht-Regierungsorganisationen AIDS Action Europe (AAE) und European AIDS Treatment Group (EATG) sowie die EU-Agenturen European Centre for Disease Control (ECDC) und European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction (EMCDDA).

Deutschland stellte im Think Tank in den vergangenen drei Jahren verschiedene nationale Initiativen vor. Dies waren u. a. die Arzneimittelinitiative im Rahmen der deutschen Triopräsidentschaft, die Vorstellung der zielgruppenspezifischen nationalen Kampagne für Männer, die Sex mit Männern haben (IWWIT) und das deutsche Engagement in Osteuropa. Zuletzt hat der Think Tank die Erstellung der aktuellen Mitteilung der Europäischen Kommission zu HIV und AIDS begleitet und diskutiert. Dabei hat sich Deutschland erfolgreich dafür eingesetzt, dass Osteuropa als Schwerpunktregion für die zukünftige partnerschaftliche Zusammenarbeit benannt wurde.

Angegliedert an den Think Tank ist das Civil Society Forum on HIV and AIDS, das 2005 ebenfalls von der Europäischen Kommission ins Leben gerufen wurde. Das Forum bietet der Zivilgesellschaft und den Interessenvertretungen von Menschen mit HIV und AIDS die Möglichkeit des Austauschs und vor allem der Mitgestaltung der europäischen HIV und AIDS-Politik. Die Deutsche AIDS-Hilfe ist seit mehreren Jahren Mitglied des Forums und beteiligt sich aktiv an dessen Arbeit.

² Zu EDCTP siehe Aktion 6, 6.2.1. „Biomedizinische und klinische Forschung“

³ Zu Qualitätssicherung siehe Aktion 7, 7.2.3 Qualitätssicherung der HIV-Prävention europaweit

European Centre for Disease Control (ECDC)

Das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (European Centre for Disease Control, ECDC) ist eine Europäische Agentur mit Sitz in Stockholm, Schweden. Seit seiner Gründung im Jahr 2005 hat sich die Kapazität der EU zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Prävention und Kontrolle übertragbarer Krankheiten erheblich erweitert. Das ECDC hat die Aufgabe, die Überwachungsdaten zu sammeln und zu analysieren, das Risiko zu bewerten, wissenschaftliche Gutachten zu erstellen und die Mitgliedstaaten, die Kommission, und das Europäische Parlament fachlich-wissenschaftlich zu unterstützen. Auf Anfrage der Mitgliedstaaten entsendet es Teams, die die nationalen Gesundheitsbehörden bei der Bewältigung von besonderen epidemiologischen Situationen unterstützen.

Das Zentrum unterstützt ferner die Kommission, indem es das Frühwarn- und Reaktionssystem EWRS betreibt. Durch die Vernetzung mit den nationalen Instituten und Behörden, z. B. für Deutschland mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem RKI und der BZgA, wird das innerhalb der EU vorhandene Fachwissen durch das ECDC gebündelt, die Arbeit kann geteilt und Ressourcen können gespart werden.

4.2.4. Kooperation im deutschsprachigen Europa

Eine besondere Zusammenarbeit besteht zwischen staatlichen und zivilgesellschaftlichen Institutionen im deutschsprachigen Raum. In jährlichen Treffen tauschen sich deutsche, schweizerische und österreichische AIDS-Hilfen über neue Projekte und Erfahrungen aus und identifizieren Möglichkeiten zur Kooperation. Eine Gruppe deutscher und österreichischer medizinischer Spezialisten erarbeitete 2008 gemeinsame Empfehlungen zur HIV-Therapie in der Schwangerschaft und bei HIV-exponierten Neugeborenen.

Seit einigen Jahren finden Deutsch-Österreichische AIDS-Kongresse der medizinischen Fachgesellschaften statt.

Im Jahr 2009 war auch die Schweiz eingebunden. Beim SÖDAK in St. Gallen diskutierten mehr als 800 Teilnehmer zu den Themenbereichen HIV-Prävention, Diagnostik und Therapie sowie die Rollen und Aufgaben der unterschiedlichen Akteure in der AIDS-Bekämpfung. Im Jahr 2011 wird der Kongress mit deutscher und österreichischer Beteiligung in Hannover stattfinden.

4.2.5. Kooperation auf internationaler Ebene

In regelmäßigen Abständen befasst sich eine Sondergeneralversammlung der Vereinten Nationen mit dem Thema HIV und AIDS. Deutschland ist auf Ministerebene auf diesen Treffen vertreten und wirkt somit auch international an den Diskussionsprozessen zu HIV und AIDS mit.

In der internationalen HIV-Bekämpfung besitzt das Gemeinsame Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS (UNAIDS) besondere Bedeutung. Deutschland ist im Verwaltungsrat von UNAIDS (Programme Coordinating Board, PCB) vertreten. Des Weiteren beteiligt sich Deutschland am Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM), dem wichtigsten Finanzierungsinstrument in diesem Bereich, und hat als einer der größten Geber eine einflussreiche Position im Verwaltungsrat. In den letzten Jahren konnte Deutschland maßgeblich zur Entwicklung einer Gender-Strategie und zu einer stärkeren Gesundheitssystemorientierung des GFATM beitragen. Neben dem Engagement der deutschen Regierung in internationalen Organisationen unterstützt die deutsche Entwicklungspolitik im Rahmen der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit Regierungen in mehr als 40 Partnerländern darin, Strategien der HIV/AIDS-Bekämpfung zu entwickeln und umzusetzen.

4.3. Neue Entwicklungen und künftige Herausforderungen

Auch in Zukunft ist angesichts einer Vielzahl von Akteuren und Aktionsfeldern die Minimierung von Überschneidungen oder Doppelungen oberstes Gebot und setzt eine effektive Koordination und Kooperation voraus.

Die enge Kooperation zwischen Bund und Ländern ist eine zentrale und bewährte Achse in der Planung und Durchführung gezielter und wirksamer Präventions- und Behandlungsmaßnahmen. Sie muss fortgeführt werden. Dabei wird eine wichtige Voraussetzung für einen zukünftigen Kooperationserfolg sein, dass in Bund, Ländern und Kommunen auch weiterhin Finanzmittel in angemessener Höhe für die HIV-/AIDS- und STI-Prävention zur Verfügung stehen.

Auf internationaler Ebene wird künftig eine noch engere Zusammenarbeit zwischen den Staaten und mit internationalen Organisationen notwendig sein. Die inhaltlichen Schwerpunkte liegen für die Bundesregierung in der Prävention und dem ungehinderten Zugang zu Testung, Behandlung und Pflege. Gleichzeitig müssen die nationalen Gesundheitssysteme gestärkt werden. Aufgrund der besorgniserregend steigenden HIV-Infektionszahlen in einigen osteuropäischen Nachbarländern gilt es, dass Deutschland – in Einklang mit seinen Verpflichtungen aus den Erklärungen von Dublin, Vilnius und Bremen - in der europäischen bilateralen Zusammenarbeit weiterhin einen Fokus auf die HIV- und AIDS-Bekämpfung in Osteuropa legt.

Aktion 5: Epidemiologie der Neuinfektionen



Aktion 5: Epidemiologie der Neuinfektionen

5.1. Ziele

Das bestehende System zur epidemiologischen Überwachung (Surveillance) von HIV und AIDS soll überprüft und seine Instrumente im Einklang mit der epidemiologischen Entwicklung ausgebaut und verfeinert werden. Dies betrifft besonders Fragen des Risikoverhaltens in besonders von HIV- und anderen STI-betroffenen Gruppen, sowie dessen Auswirkungen auf das Infektionsgeschehen. Ziel eines erweiterten Surveillancesystems ist es, Infektionstrends in verschiedenen Gruppen genauer aufzuzeigen und somit eine weiter verbesserte Planung und Qualitätssicherung von Präventionsmaßnahmen zu ermöglichen¹.

5.2. Was erreicht wurde

Die epidemiologische Surveillance ist ein kontinuierlicher, sich auf eine Vielzahl unterschiedlicher Datenquellen und Erhebungsinstrumente stützender Prozess. Die Infektionssurveillance wurde im Berichtszeitraum unter der Hauptverantwortung des Robert Koch-Instituts fortgeführt und weiter ausgebaut. Mit den bewährten Instrumenten der HIV-Surveillance wie z. B. der Meldepflicht von HIV und Syphilis konnten unter anderem HIV-Neudiagnosen, Übertragungswege und regionale Unterschiede erfasst werden. Daneben ergänzten neue epidemiologische Studien diese Daten. So untersucht seit 2008 eine Studie den Anteil kürzlich erworbener Infektionen unter den Neudiagnosen.

Die klinische Surveillance umfasste unter anderem Studien zum Krankheitsverlauf und zu HIV-Resistenzen.

Einen weiteren großen Bereich bildete die Verhaltenssurveillance, in der regelmäßig Daten zu Wissen, Einstellungen, Risiko- und Schutzverhalten in der Bevölkerung sowie in besonders gefährdeten Gruppen erhoben wurden. Die Verhaltenssurveillance wird maßgeblich von der BZgA durchgeführt.

Die Surveillancedaten wurden der Öffentlichkeit von RKI und BZgA regelmäßig über das Internet, das Epidemiologische Bulletin sowie auf Fachkongressen zugänglich gemacht.

Robert Koch-Institut (RKI)

Aufgaben und Gesetzliche Grundlagen des Robert Koch-Instituts (RKI)

Das RKI ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Es ist die zentrale Einrichtung der Bundesregierung auf dem Gebiet der Krankheitsüberwachung und -prävention und damit auch die zentrale Einrichtung des Bundes auf dem Gebiet der anwendungs- und maßnahmenorientierten biomedizinischen Forschung. Die Kernaufgaben des RKI sind die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten, insbesondere der Infektionskrankheiten. Zu den Aufgaben gehört der generelle gesetzliche Auftrag, wissenschaftliche Erkenntnisse als Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen zu erarbeiten. Vorrangige Aufgaben liegen in der wissenschaftlichen Untersuchung, der epidemiologischen und medizinischen Analyse und Bewertung von Krankheiten mit hoher Gefährlichkeit, hohem Verbreitungsgrad oder hoher öffentlicher oder gesundheitspolitischer Bedeutung. Das RKI berät die zuständigen Bundesministerien, insbesondere das Bundesministerium für Gesundheit, und wirkt bei der Entwicklung von Normen und Standards mit. Es informiert und berät insbesondere die Fachöffentlichkeit. Im Hinblick auf das Erkennen gesundheitlicher Gefährdungen und Risiken nimmt das RKI eine zentrale „Antennenfunktion“ im Sinne eines Frühwarnsystems wahr.

Quelle: RKI

5.2.1. Instrumente der Surveillance

Das Instrumentarium zur Erfassung und Beschreibung der epidemiologischen Situation für HIV und AIDS in Deutschland besteht aus unterschiedlichen Elementen und basiert auf Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Es wird kontinuierlich dem Bedarf in Deutschland angepasst und weiterentwickelt.

¹ Zu den epidemiologischen Daten siehe Einleitung

Die Instrumente der infektionsepidemiologischen Surveillance lassen sich in die Kategorien Basissurveillance und infektionsepidemiologische Forschung einordnen. Daneben ist auch die verhaltensepidemiologische Forschung zur Surveillance von Risiko- und Schutzverhalten von großer Bedeutung.

Infektionsepidemiologische Surveillance

Basissurveillance

Basissurveillance beinhaltet das routinemäßige Erfassen von infektionsepidemiologischen Daten. Diese sind im IfSG mit der gesetzlichen Meldepflicht geregelt. So besteht gemäß §7(3) eine direkte nicht-namentliche Meldepflicht für HIV und Syphilis an das RKI, sowie eine namentliche Meldepflicht aller Virushepatitiden an die Gesundheitsämter (§7(1)).

Die Meldedaten der Blutspendersurveillance erlauben darüber hinaus eine Einschätzung der Prävalenz und Inzidenz von HIV, Hepatitis B und Hepatitis C in der erwachsenen deutschen Bevölkerung (18-68 Jahre; bei weitgehendem Ausschluss von Gruppen mit erhöhten Infektionsrisiken).

Infektionsepidemiologische Forschung (Surveillancestudien und Sentinelerhebungen)

Die Basissurveillance wird ergänzt durch Surveillanceprojekte und infektions-epidemiologische Forschungsvorhaben mit Surveillancecharakter. Grundlage dafür sind §13 und §14 des IfSG, in denen das RKI ermächtigt wird, in Zusammenarbeit mit ausgewählten Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge oder -versorgung Sentinelerhebungen durchzuführen. Im Bereich HIV und AIDS und STI gehören hierzu die von 2002 bis 2009 durchgeführte STD-Sentinelstudie, die von 2008 bis 2010 durchgeführte HIV-Inzidenzstudie (Bestimmung des Anteils rezenter Infektionen bei den HIV-Neudiagnosen), die ClinSurv-Studie (Erfassung von klinischen Verlaufsdaten HIV-infizierter Patienten) und die HIV-Serokonverterstudie (Langzeitverlaufsstudie bei HIV-Infizierten mit definiertem Infektionsdatum).

Basissurveillance ist dabei im Wesentlichen gleichzusetzen mit dem Meldewesen von Infektionskrankheiten, das im Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten (Infektionsschutzgesetz, IfSG) geregelt ist. Gegenwärtig umfasst die Meldepflicht HIV, Syphilis sowie alle viralen Hepatitiden. Wegen der engen epidemiologischen Verknüpfung von HIV und AIDS mit anderen STI ist es sinnvoll, die bestehenden Instrumente gemeinsam darzustellen. Beispielhaft werden im Folgenden einzelne dieser Elemente vorgestellt und illustriert.

5.2.2. Meldung positiver HIV-Testergebnisse

Grundlage für die Abschätzung des aktuellen Infektionsgeschehens in Deutschland ist der erstmalig gemeldete und bestätigte positive HIV-Test, der vom RKI als HIV-Neudiagnose erfasst wird. Diese Methode ist international anerkannt als derzeit beste Möglichkeit für die Interpretation des aktuellen Infektionsgeschehens. Die positiven Tests werden dem RKI nahezu vollständig gemeldet. In Deutschland ist die Meldung von HIV-Neudiagnosen im Infektionsschutzgesetz (IfSG) geregelt, indem es Diagnostiklabore und Ärzte verpflichtet, bestätigte HIV-Erstdiagnosen nichtnamentlich direkt an das RKI zu melden. Meldungen über HIV-Neudiagnosen erlauben jedoch keinen direkten Rückschluss auf den Infektionszeitpunkt, da der Infektionszeitpunkt lange vor dem Test liegen kann. Außerdem können Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von Testangeboten den Zeitpunkt und die Nutzung eines HIV-Tests beeinflussen. Der Zeitraum zwischen Infektionszeitpunkt und Test kann daher sehr unterschiedlich sein, was die Interpretation der Daten erschwert.

5.2.3. Surveillance und Monitoring resistenter HIV-Viren

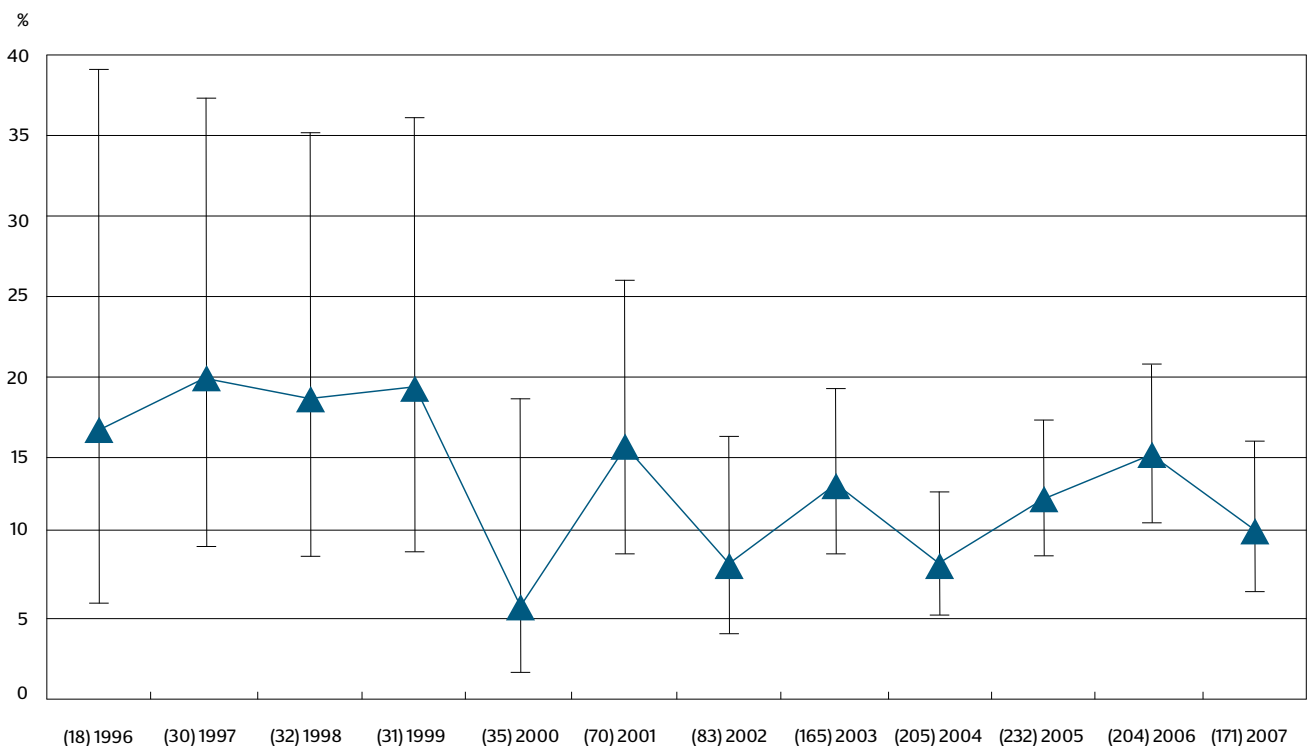
Im Zuge einer antiretroviralen Behandlung können Mutationen im Erbgut der Viren dazu führen, dass die bestehende Therapie unwirksam wird und sich resistente Viren im Organismus vermehren können. Kommt es dann zu einer Übertragung, können resistente HI-Viren weitergegeben werden (primäre Resistenz). Es ist daher wichtig, die HIV-Resistenzentwicklung und ihre Ausbreitung in Deutschland genau zu überwachen.

BMBF und BMG fördern Forschungsprojekte mit dieser Fragestellung². Eine solche Studie ist das Verbundprojekt „Monitoring von resistenten HIV bei frisch und chronisch infizierten HIV-Patienten in Deutschland“, das gemeinsam von den Universitäten Düsseldorf und Köln, RKI und Paul-Ehrlich-Institut seit einigen Jahren durchgeführt wird. Untersucht wird die Übertragungshäufigkeit resistenter HI-Viren in unterschiedlichen Studienpopulationen. Teil des Projekts ist die HIV-1 Serokonverterstudie des RKI, in der die Häufigkeit primärer HIV-Resistenz in nicht behandelten Patienten mit einer frischen HIV-Infektion (und bekanntem Infektionszeitpunkt) untersucht wird. Die RESINA Kohorte (Resistenzmutationen bei therapie-naiven HIV-Patienten) der Universitäten Düsseldorf und Köln erforscht unmittelbar vor Beginn einer antiretroviralen Therapie Resistenzen in Patienten bei länger beste-

hender Infektion (und nicht bekanntem HIV-Infektionszeitpunkt). Ergebnisse dieser Untersuchungen erlauben eine Einschätzung darüber, wie häufig HIV-Mutationen mit nachfolgenden Resistenzen in den unterschiedlichen Studienpopulationen stattfinden. Es gibt Hinweise, dass die Übertragung resistenter HI-Viren besonders innerhalb bestimmter Gruppen stattfindet. Diese Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit gezielter Präventionsmaßnahmen in solchen Gruppen. Der Anteil der Übertragung resistenter HIV in diesen beiden Studien liegt in Deutschland seit einigen Jahren stabil auf hohem Niveau bei etwa 10 Prozent. Die Studien stellen somit das epidemiologische Monitoring der Resistenzentwicklungen in unterschiedlichen Studienpopulationen in Deutschland sicher und gewährleisten gleichzeitig die Optimierung der antiretroviralen Behandlung bei den betroffenen Patienten. Es ist geplant, diese Untersuchungen fortzuführen und eine systematische Surveillance resistenter HIV in Deutschland zu etablieren.

² Zu BMBF Forschungsförderung siehe Aktion 6, 6.2.1. „Biomedizinische und klinische Forschung“

Abb. 6 Anteil übertragener HIV-Resistenz in der HIV-1 Serokonverterkohorte pro Jahr der Serokonversion



5.2.4. Klinische Surveillance der HIV-Krankheit

In Deutschland, wo die HIV-Epidemie stabil und gut kontrolliert ist und sich ein Stadium AIDS aufgrund der guten Gesundheitsversorgung oft nicht mehr entwickelt, sind die Erfassung positiver HIV-Testergebnisse und ein AIDS-Fallregister allein zur Beschreibung der epidemiologischen Situation nicht ausreichend. Daher wird die gesundheitliche Entwicklung von Menschen mit einer HIV-Infektion und somit die Abschätzung des aktuellen Infektionsgeschehens zusätzlich durch den gemeinsamen Forschungsansatz "Klinische Surveillance der HIV-Krankheit" (ClinSurv) erfasst. Es handelt sich hier um eine etwa 20.000 Patienten umfassende, prospektive Langzeitbeobachtungsstudie. An der Studie beteiligen sich deutschlandweit 15 HIV-Kliniken und HIV-Schwerpunktzentren. Halbjährlich werden demographische Daten, Angaben zur antiretroviralen Therapie, HIV-assoziierte und AIDS-definierende Diagnosen sowie virologische und immunologische Parameter erfasst. Die Studie ermöglicht umfassende und detaillierte Aussagen zu den verwendeten Kombinationen antiretroviraler Medikamente, zu Therapieversagen, Therapiekosten und Therapieumstellungen.

Die Daten erlauben eine Einschätzung der Qualität einer Therapie, sowie Aufschlüsse über Therapiebeginn und leitliniengerechte Behandlung. Diese Erkenntnisse sind vom großen Wert besonders in der Langzeitbetreuung von Menschen mit einer HIV-Infektion.

5.2.5. Erfassung kürzlich erworbener HIV-Infektionen unter den Neudiagnosen

Die Meldung einer HIV-Diagnose sagt noch nichts darüber aus, ob die Infektion kürzlich erworben (sog. inzidente Infektion) wurde oder bereits länger besteht. Erst spezielle serologische Testverfahren ermöglichen diese Differenzierung. In der vom RKI seit 2008 durchgeführten „Studie zur Bestimmung der Inzidenz von HIV in Deutschland“ werden mit Hilfe eines solchen Testverfahrens Proben aus 65 Laboren deutschlandweit und damit mehr als 50 Prozent der jährlich an das RKI gemeldeten HIV-Neudiagnosen auf Inzidenz der Infektion untersucht.

Ergebnisse im ersten Studienjahr zeigten, dass 32 Prozent der eingesendeten Proben von neu diagnostizierten HIV-Infektionen erst kürzlich, d.h. in den vergangenen 5 Monaten, erworben worden waren. Wie die Abbildung 7 zeigt, war der Anteil frischer Infektionen besonders hoch unter Männern, die Sex mit Männern haben (36 Prozent) und unter den Drogenkonsumenten (37 Prozent). Bei Personen, die aus Hochprävalenzländern stammen, wird die HIV-Infektion in nur 15 Prozent innerhalb von 5 Monaten nach der Ansteckung diagnostiziert. Darüber hinaus erlauben die Daten durch die Erhebung von Viruslast, CD4-Zellzahl und CDC-Stadium Einblicke in die Ausprägung der Infektion. Ein zweiter Studienarm erhebt von Personen mit einer neu diagnostizierten HIV-Infektion neben der biologischen Probe auch Daten zu deren Wissen, Einstellungen und Verhalten in Bezug auf HIV. Durch den Vergleich dieser Verhaltensdaten von Fällen mit HIV-negativ getesteten Kontrollpersonen können Risikoprofile kürzlich infizierter Personen erstellt werden und damit Präventionsmaßnahmen gezielt angepasst werden.

5.2.6. Surveillance von Risiko- und Schutzverhalten

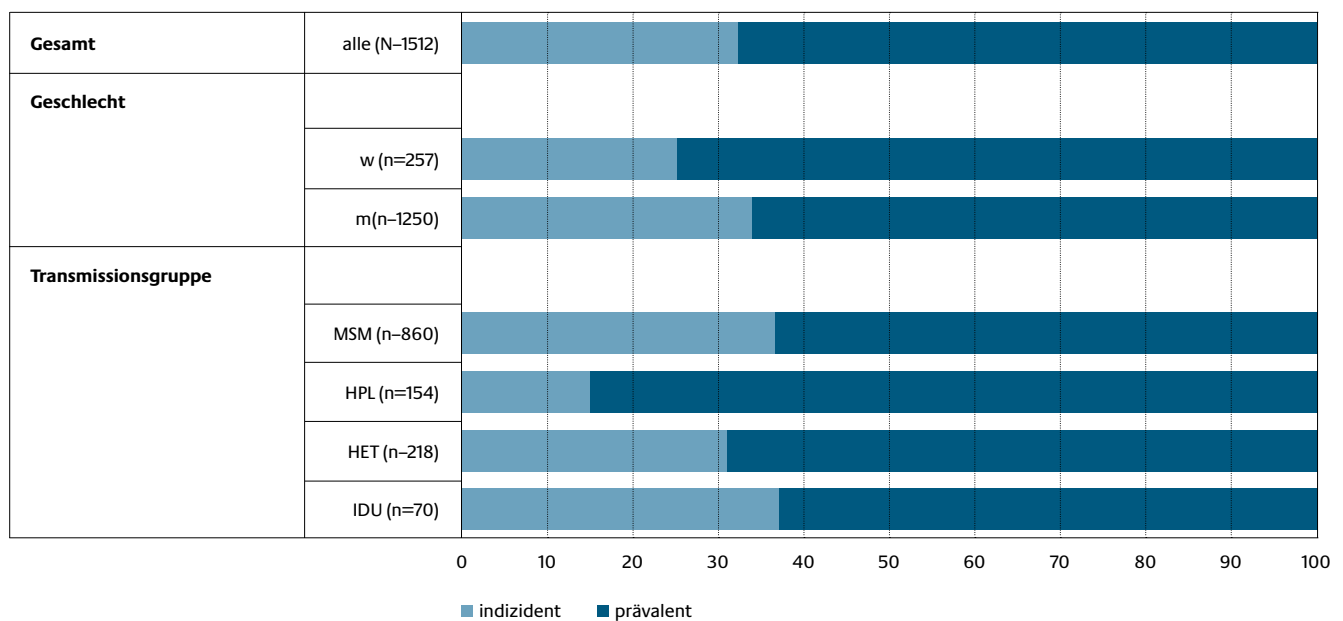
Für die Übertragung von HIV ist auch entscheidend, wie wirksam sich die oder der Einzelne in Risikosituationen schützt. Deshalb ist es wichtig regelmäßig zu überprüfen, welches Wissen, Einstellungen sowie Risiko- und Schutzverhalten zu HIV und STI in der Bevölkerung und in relevanten Teilgruppen vorhanden sind. Die so erhobenen Daten werden für die regelmäßige Weiterentwicklung der Präventionsstrategien und Maßnahmen genutzt.

In Deutschland verfolgt die BZgA seit 1987 mit der jährlichen Repräsentativbefragung „AIDS im öffentlichen Bewusstsein“ den Trend des Schutzverhaltens und seiner Determinanten in der Allgemeinbevölkerung. Auch Teilgruppen wie Personen mit häufiger wechselnden Partnerschaften oder Jugendliche werden auf Verhaltensänderungen hin beobachtet³.

³ Zu den Ergebnissen „AIDS im öffentlichen Bewusstsein“ siehe Aktion1 Textbox 4 „Schlaglichter aus der Repräsentativen Jahresbefragung „AIDS im öffentlichen Bewusstsein““

Abb. 7 Anteile inzidenter Infektionen unter den neu diagnostizierten HIV-Infektionen nach Geschlecht und Transmissionsweg

Beobachtungszeitraum: März 2008 – Februar 2009, 1.512 Personen



Quelle: RKI

Weitere für die Prävention wichtige Hinweise gibt die Repräsentativbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern zum Sexualverhalten Jugendlicher in Deutschland. Auch das Schutzverhalten von Männern, die Sex mit Männern haben, wird regelmäßig überprüft. Ziel der 2007 im Auftrag der BZgA durchgeführten Studie „Schwule Männer und AIDS“ war es, in der Gruppe der MSM langfristig Trends zu deren Wissen, Einstellungen und Schutzverhalten in Hinblick auf HIV und AIDS aufzuzeigen. Die 2010 durchgeführte Nachfolgestudie wird erstmalig in Kooperation mit der EU-weiten EMIS-Studie durchgeführt⁴.

5.2.7. Verknüpfung von Labor- und Verhaltensmerkmalen

Für eine gezielte und passgenaue Präventionsarbeit ist es auch notwendig, dass Labordaten in Verbindung mit den ihnen zugrunde liegenden Verhaltensmerkmalen gesetzt werden. Die Verknüpfung von Labor- und Verhaltensmerkmalen wurde in der Studie (KABaSTI) (Knowledge, Attitudes, Behaviour as to Sexually Transmitted Infections) erprobt. Diese 2006 durchgeführte Untersuchung zu Wissen, Einstellungen und Verhalten in Bezug auf HIV und STI bei Männern, die Sex mit Männern haben beruht auf einer Datenerhebung über Internetportale, die von MSM besucht werden. Zusätzlich zum Fragebogen wurde Studienteilnehmern aus Berlin als Pilotprojekt die Möglichkeit angeboten, sich anonym durch die Einsendung von auf Filterpapier aufgetragenen und getrockneten Blutproben auf Antikörper gegen Syphilis, Hepatitis B, Hepatitis C und HIV testen zu lassen.

⁴ Zur EMIS-Studie siehe Aktion 6, II.2 Sozialwissenschaftliche Forschung

Auch im klinisch-ärztlichen Studienarm der eingangs erwähnten HIV-Inzidenz-Studie werden biologische Proben mit Verhaltensdaten verknüpft: von Personen, bei denen kürzlich eine HIV-Infektion diagnostiziert wurde, werden Blutproben daraufhin untersucht, ob es sich um eine vor Kurzem erworbene oder bereits länger zurückliegende Infektion handelt. Weiterhin werden klinische und Labordaten erhoben sowie Angaben zu Wissen, Einstellungen und Verhalten bezüglich HIV und AIDS, die mit den erhobenen Daten der HIV-negativ getesteten Kontrollgruppe verglichen werden.

5.3. Neue Entwicklungen und künftige Herausforderungen

Die gegenwärtig angewandten Instrumente zur Surveillance von HIV haben sich bewährt, bilden aber neuere epidemiologische Fragestellungen noch nicht in ausreichender Form ab. Dies erfordert eine Ausweitung der heutigen Surveillance zu einer Surveillance der zweiten Generation („second generation surveillance“). Dieser Anpassungsprozess wurde bereits begonnen. Seine kontinuierliche Weiterentwicklung ist notwendig.

Schwerpunktbereiche sind:

- Die Verknüpfung medizinisch-biologischer Daten mit Verhaltensdaten. Hier kann unter anderem auf Erfahrungen der KABA-STI-Studie zurückgegriffen werden. Auch neuere, kürzlich begonnene Studien (z. B. 2010 unter Sexarbeiterinnen) verknüpfen diese Daten.
- Die zusätzliche Erfassung von anderen sexuell übertragbaren Infektionen (insbesondere Gonorrhö und Chlamydien), sowie ihre Verknüpfung mit HIV-Daten. Eine mögliche Anpassung des Meldesystems wird geprüft.
- Die Anpassung und Standardisierung von Indikatoren und Erhebungsinstrumenten mit dem Ziel einer besseren Vergleichbarkeit von epidemiologischen Trends zwischen den verschiedenen Gruppen mit Risikoverhalten.

Aktion 6: Biomedizinische und sozialwissenschaftliche Forschung



Aktion 6: Biomedizinische und sozialwissenschaftliche Forschung

6.1. Ziele

Die Bundesregierung fördert ein weites Forschungsspektrum zu HIV und AIDS mit dem Ziel, ihre Prävention (einschließlich der Impfstoffentwicklung), Diagnostik und Therapie von HIV und AIDS zu verbessern. Dabei sollen die Forschungsergebnisse in der biomedizinischen und klinischen Forschungsförderung deutlich schneller aus dem Labor auf die breite medizinische Versorgung übertragen werden. Die epidemiologische Forschung will den Einblick in das Infektionsgeschehen und seiner Trends vertiefen, und die Sozialwissenschaft zugrundeliegende Dynamiken, Verhaltensweisen und Rahmenbedingungen erforschen. Sie überprüft auch die Wirkung von Präventionsmaßnahmen.

Die Bearbeitung der komplexen Forschungsfragen ist nur im Verbund mit weiteren europäischen und internationalen Partnern möglich. Deshalb strebt Deutschland die Beteiligung an nationalen, europäischen und internationalen Initiativen zur Erforschung und Entwicklung neuer Therapien und Therapieansätze an.

6.2. Was erreicht wurde

Die Bundesregierung hat Forschungsvorhaben zu HIV und AIDS in den Bereichen Grundlagenforschung, klinische Forschung und Versorgungsforschung gefördert. Ein besonderer Forschungsschwerpunkt lag im Berichtszeitraum auf dem Aufbau und Unterhalt einer für Deutschland repräsentativen HIV-Patientenkohorte und der dazugehörigen Biomaterialbanken. Durch sie können unterschiedlichste Forschungsfragen beantwortet werden.

Ein Eckpfeiler sozialwissenschaftlicher Forschung zu HIV und AIDS in Deutschland waren auch in den letzten Jahren Wirksamkeitsuntersuchungen von Präventionsmaßnahmen¹. Ein weiterer wichtiger Forschungsbereich lag in der Präventionsforschung. Modellvorhaben waren bei der Anpassung und Erprobung von Präventionsstrate-

gien, insbesondere ihrer verstärkten Ausrichtung auf individuelle Zielgruppen, von hoher Bedeutung.

Im europäischen Umfeld hat sich Deutschland am Forschungsnetzwerk European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) beteiligt. Aktuell werden darin zwei Forschungskonsortien zur Impfstoffentwicklung unterstützt. Auf fachlicher Ebene wirken deutsche Expertinnen und Experten an gemeinsamen sozialwissenschaftlichen Forschungsvorhaben in Europa, sowie an der Harmonisierung der europäischen Forschungsansätze und Informationssysteme mit.

6.2.1. Biomedizinische und klinische Forschung

Die vom BMBF geförderte HIV- und AIDS-Forschung fächert sich auf in Grundlagenforschung, klinische Forschung und Versorgungsforschung. Ziel ist es, Prävention (einschließlich der Impfstoffentwicklung), Diagnostik und Therapie von HIV und AIDS zu verbessern.

Die Patientenkohorte des Kompetenznetzes HIV und AIDS

Ein besonderer Forschungsschwerpunkt des BMBF der letzten Jahre lag auf dem Aufbau und Unterhalt einer für Deutschland repräsentativen HIV-Patientenkohorte und der dazugehörigen Biomaterialbanken.

Im Rahmen des Kompetenznetzes HIV und AIDS (www.kompetenznetz-hiv.de) werden Wissenschaftler, Ärzte und Patienten im HIV- und AIDS-Bereich miteinander vernetzt und Forschungsaktivitäten besser koordiniert und gebündelt. Als nationale Schnittstelle zwischen Grundlagenwissenschaftlern und klinischen Behandlungseinrichtungen will das Kompetenznetz einen besseren Wissensaustausch über neue, verbesserte Behandlungsmöglichkeiten der HIV-Erkrankung, sowie über Fragen der verlängerten Lebenserwartung und gesteigerten Lebensqualität von Menschen mit HIV erreichen. Es initiiert und beteiligt sich an zahlreichen nationalen und internationalen Studien. Das Kompetenznetz HIV und AIDS wird vom BMBF von 2002 bis 2011 mit 18,5 Mio. € gefördert.

¹ Zu Wirksamkeitsuntersuchungen von Präventionsmaßnahmen siehe Aktion 7, 7.2.1. Repräsentative Wiederholungsbefragung

Beschreibung der Patientenkohorte

Die Kohorte bildet aktuell etwa 63.000 Personenjahre ab. Das aktuelle Durchschnittsalter in der Kohorte beträgt 43 Jahre, 28 Prozent der Patienten sind 50 Jahre oder älter. Damit stehen umfangreiche Daten auch zum Therapieverlauf älterer Patienten zur Verfügung, einem Forschungsfeld, das immer größere Bedeutung erlangt.

Die Kohorte ist in ihren zentralen Merkmalen repräsentativ für in Deutschland behandelte Patientinnen und Patienten. So haben sich 61 Prozent der Patienten aus der Kohorte beim Sex unter Männern infiziert, 17 Prozent bei heterosexuellen Kontakten und sechs Prozent bei intravenösem Drogengebrauch.

Der Anteil der aus einem Hochprävalenzland stammenden Patienten liegt bei rund fünf Prozent. In antiretroviraler Therapie befinden sich 91 Prozent der HIV-Infizierten in der Kohorte.

www.kompetenznetz-hiv.de

Die Verknüpfung von epidemiologischen und klinischen Daten in Form einer Patientenkohorte wird als Forschungsbasis zur Verbesserung der Therapiequalität in Deutschland und auf internationaler Ebene genutzt. Durch sie können unterschiedlichste Forschungsfragen aus der Grundlagenforschung, der klinischen Forschung, der Versorgungsforschung einschließlich der Gesundheitsökonomie, sowie aus den Sozialwissenschaften beantwortet werden. Darüber hinaus wurde eine Datenschnittstelle zur ClinSurv-Kohorte des Robert Koch-Instituts umgesetzt². Die Kohorte ist in europäische Netzwerke wie NEAT oder COHERE eingebunden.

Aktuell werden mithilfe der Patientenkohorte unter anderem Fragen der biomedizinischen Forschung und Prävention, spezieller Tumorerkrankungen bei HIV und AIDS, HIV-Infektionsverläufen in der Schwangerschaft und bei Kindern sowie zum Älterwerden mit HIV erforscht.

Darüber hinaus unterstützt das BMBF auch Forschungsprojekte zu HIV und AIDS in einem weiten Spektrum verschiedener Förderschwerpunkte.

Als Kernstück seiner Forschungsaktivitäten unterhält das Kompetenznetz seit 2004 eine nationale Patientenkohorte mit einem klinischen, biomedizinischen sowie soziodemographischen Datenpool. Insgesamt 53 über ganz Deutschland verteilte Zentren dokumentieren fortlaufend Daten zu Therapie, Nebenwirkungen und Begleiterkrankungen sowie zu zahlreichen weiteren Merkmalen der Patienten. Außerdem stehen Blut- und Gewebeproben der beteiligten Patientinnen und Patienten für weitere Untersuchungen zur Verfügung. Aktuell nehmen 8.300 Patienten an der Kohorte teil, kumulativ enthält sie Daten von 17.000 Patienten. Die Biomaterialbanken umfassen aktuell ca. 56.000 Serumproben, 16.000 DNS-Proben und 5.000 Gewebeproben.

² Zu ClinSurv siehe Aktion 5, 5.2.4 „Klinische Surveillance der HIV-Krankheit“

Weitere Förderschwerpunkte des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF)

Im Förderschwerpunkt „Molekulare Diagnostik“ bemühen sich mehrere Arbeitsgruppen um neue Diagnoseverfahren, gerade auch im Hinblick auf eine verbesserte Differentialdiagnose der verschiedenen Subtypen von HIV.

Grundlagennahe Forschungsprojekte im Forschungsschwerpunkt Systembiologie beschäftigen sich mit den komplexen Wechselwirkungen zwischen Virus und Wirtszelle, um hier neue Ansatzpunkte für zukünftige diagnostische Verfahren zu finden. Innerhalb der Förderschwerpunkte „Innovative Therapieverfahren“ und „Go-Bio-2“ arbeiten eine Reihe exzellenter Forscher und Forschergruppen an neuen Ansätzen, die letztendlich zu einer Heilung der HIV Infektion führen könnten. Verfolgt werden hier zum einen Wege, über innovative Therapieverfahren neue, bisher nicht in den Fokus der HIV-Therapie gerückte Zielmoleküle in den infizierten Zellen zu identifizieren. Zum anderen wird in Go-Bio-2 versucht, über rekombinante Enzyme das Viruserbgut aus den infizierten Zellen vollständig zu entfernen.

Im Rahmen des Förderschwerpunktes „Klinische Studien“ wird über 6 Jahre die START-Studie zum strategischen Einsatz der antiretroviralen Therapie gefördert. Ziel der multizentrischen Studie ist es, an über 300, bisher nicht therapierten Patienten Unterschiede eines raschen gegenüber eines verzögerten Therapiebeginns zu untersuchen (gemessen am CD4 Wert), und hierbei vor allem den Einfluss auf schwerwiegende AIDS definierende und nicht-AIDS definierende Erkrankungen zu beobachten.

Schließlich befassen sich weitere klinische Forschungsprojekte mit der Rolle eines besseren Schutzes vor Infektionskrankheiten und auch mit der wichtigen Frage von Komorbiditäten (z. B. HIV und Herzinsuffizienz), da für HIV-Patienten unter Therapie oftmals andere Behandlungsoptionen gewählt werden müssen als bei nicht HIV-infizierten Patienten.

European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP)

Ein weiteres wichtiges Forschungsnetzwerk ist die European and Developing Countries Clinical Trials Partnership.

Zu den am meisten von HIV und AIDS betroffenen Regionen der Welt zählt Subsahara-Afrika. Bei der Erarbeitung von Lösungen für die HIV- und AIDS-Problematik in Entwicklungsländern kommt der Forschung selbst, aber auch dem Aufbau von klinischen Forschungskapazitäten eine zentrale Rolle zu. Das Ziel von EDCTP ist es daher, bestehende Forschungsinitiativen in Europa und Afrika zu fördern und zu vernetzen. Unter dem Dach der Initiative werden klinische Studien und kapazitätsbildende Maßnahmen gleichermaßen durchgeführt.

Das BMBF beteiligt sich als Vertreter Deutschlands an dieser Initiative, der die Europäische Kommission, 16 europäische Länder (14 EU Mitgliedstaaten, Norwegen und die Schweiz) und zurzeit 47 Länder Subsahara-Afrikas angehören. EDCTP widmet sich der Bekämpfung der Infektionskrankheiten HIV/AIDS, Malaria und Tuberkulose. Seit seiner Gründung im Jahr 2003 hat EDCTP mehr als 50 Ausschreibungen für Forschungsprojekte veröffentlicht und im Rahmen dieser Maßnahme bisher über 100 verschiedene Aktivitäten unterstützt. Von diesen gelten 21 mit einem Gesamtvolumen von 52 Mio. € der Bekämpfung von HIV und AIDS in den Bereichen Impfstoff-, Medikamenten- und Mikrobizidentwicklung.

In der laufenden Förderphase unterstützt das BMBF innerhalb der EDCTP mit 500.000 € zwei Forschungskonsortien zur Impfstoffentwicklung. Weitere rund 2 Mio. € für Projekte zur Medikamenten- und Impfstoffentwicklung ab 2010 sind fest zugesagt.

6.2.2. Sozialwissenschaftliche Forschung

Die wissenschaftliche Untersuchung der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen ist ein unverzichtbarer Pfeiler der sozialwissenschaftlichen Forschung in Deutschland. Damit einher geht die Qualitätssicherung der Präventionsmaßnahmen. Die BZgA untersucht regelmäßig

die Wirkung der Einzelmaßnahmen in der Kampagne GIB AIDS KEINE CHANCE wie auch der Prävention insgesamt. Im Zentrum steht dabei die jährliche Repräsentativbefragung „AIDS im öffentlichen Bewusstsein“. Ergänzend dazu werden regelmäßig weitere Untersuchungen in zentralen Zielgruppen wie Jugendlichen und Männern, die Sex mit Männern haben, durchgeführt.

Präventionsforschung für Migrantinnen und Migranten

Das BMG fördert verschiedene Modellprojekte (GEMO und PaKoMi) für und mit Migrantinnen und Migranten. Die Projekte zielen darauf ab, zielgruppenspezifische Ansätze der HIV-Prävention bei Migrantinnen und Migranten zu fördern und zu untersuchen³.

Das vom BMBF geförderte „Afrika Projekt“ ist ein Gemeinschaftsvorhaben, das u. a. in Kooperation mit dem Bremer Gesundheitsamt durchgeführt wird. Im Rahmen des Projektes werden kulturspezifische Zugangsbarrieren zu HIV- und AIDS-Präventionsangeboten identifiziert, die bei Männern und Frauen aus Subsahara-Afrika beobachtet werden. Um auf andere Einrichtungen übertragbare Strategien entwickeln zu können, werden zudem die Arbeitsorganisation und der Arbeitsablauf des Bremer Gesundheitsamtes wissenschaftlich begleitet und evaluiert.

Präventionsforschung bei Männern, die Sex mit Männern haben

Entsprechend ihres hohen Anteils an den HIV-Infektionen sind MSM eine wichtige Zielgruppe für Präventionsbotschaften und Therapieangebote. Daher ist die kontinuierliche wissenschaftliche Begleitung zur Ermittlung von Verhaltensweisen von MSM notwendig, um Ansprachekonzepte zu überprüfen und Maßnahmen anzupassen. Es sind vor allem vier Studien zu nennen, die aktuell zur Erkenntnislage beitragen. Ihre Ergebnisse wurden u. a. bei der Erarbeitung der MSM Kampagne IWWIT berücksichtigt⁴.

Die von der BZgA in Auftrag gegebene und begleitete Studie „Schwule Männer und AIDS“ untersucht seit 1991 regelmäßig HIV-relevantes Risikoverhalten bei MSM. Die Auswertung der Studie aus 2007 – unter dem Titel: „Wie

leben schwule Männer heute? Lebensstile, Szene, Sex, AIDS“ (Bochow, Schmidt, Grote 2007) – zeigen, dass ein sehr großer Anteil von MSM ein stabiles Schutzverhalten mit guter Risikovermeidung praktiziert. Die Ergebnisse zeigen aber auch, dass kleine Gruppen höhere Infektionsrisiken in Kauf nehmen oder unwissentlich eingehen. Im Rahmen der IWWIT-Kampagne wird derzeit erprobt, wie diese Teilgruppen durch spezifische Präventionsbotschaften und –maßnahmen besser erreicht werden können.

www.bzga.de/botpresse_212.html

Die BMG-finanzierte Studie „HIV-Neuinfektionen bei schwulen Männern“ (Bochow & Jessen 2009) analysiert anhand von qualitativen Interviews mit schwulen, frisch mit HIV-infizierten Männern die Kontexte, die zu einer Infektion beigetragen haben. Sie gibt Empfehlungen, wie Präventionsbotschaften MSM besser erreichen können.

In der KABAStI-Studie des RKI wurden Daten zu Wissen, Einstellungen und Verhalten bezüglich STI bei homosexuellen Männern erhoben. Untersucht wurde, wie sich Wissen, Überzeugungen und Erfahrungen in Bezug auf STI verändert haben, und wie diese Veränderungen Einfluss auf das sexuelle Verhalten und damit auf das Übertragungsgeschehen nehmen⁵.

www.rki.de/DE/Content/InfAZ/S/STD/Studien/KABAStI/KABAStI__Internet.html

³ Zu Migrantinnen und Migranten siehe Aktion 1, 1.2.4 „HIV und STI-Aufklärung und Prävention in besonders gefährdeten Gruppen“

⁴ Zu MSM Studien siehe Aktion 5, 5.2.6 „Surveillance von Risiko- und Schutzverhalten“ Zu KABAStI siehe Aktion 5, II 7 „Verknüpfung von Labor- und Verhaltensmerkmalen“

⁵ Zu KABAStI siehe Aktion 5, 5.2.7 „Verknüpfung von Labor- und Verhaltensmerkmalen“

EMIS steht für European MSM Internet Survey und ist ein von der EU-Kommission gefördertes und vom BMG kofinanziertes Projekt einer europaweiten Befragung von MSM. Bislang wurden MSM ausschließlich im Rahmen nationaler oder regionaler Erhebungen befragt. Dadurch waren die in den europäischen Ländern vorliegenden Daten uneinheitlich und ein Vergleich zwischen den Ländern erschwert. Aus den Erkenntnissen der Studie werden Vorschläge für europaweit einheitliche Indikatoren erwartet.

www.rki.de/EN/Content/Prevention/EMIS/EMIS__node.html

6.3. Neue Entwicklungen und zukünftige Herausforderungen

Auf der europäischen Ebene beteiligt sich das BMBF als starker Partner im französisch koordinierten neuen ERA-Net für HIV- und AIDS-Forschung (HIVERA; Harmonising Integrating and Vitalising European Research on AIDS/HIV). In HIVERA unternehmen seit Mai 2010 acht Länder (Belgien, Estland, Deutschland, Frankreich, Italien, Portugal, Rumänien und die Türkei) gemeinsame Anstrengungen, ihre jeweiligen nationalen Forschungsaktivitäten in diesem Bereich besser aufeinander abzustimmen und zu ergänzen. HIVERA soll damit Startpunkt von länderübergreifenden Forschungsaktivitäten sein, die sich den wichtigen zukünftigen Herausforderungen im Umgang mit HIV und AIDS sowohl in wissenschaftlicher wie in gesellschaftlicher Hinsicht annehmen. Das Netzwerk wird von der Europäischen Kommission unterstützt.

Eine allgemeine Entwicklung in der HIV- und AIDS-Forschung ist ihre in der Forschungslandschaft heute weniger herausgehobene Stellung. HIV-Forschung wird zunehmend verbunden mit anderen Fragestellungen bearbeitet, wie z. B. HIV/STI und HIV/Hepatitis. Des Weiteren sind die Forschungsvorhaben heute inhaltlich komplexer und werden im Verbund mit vielen Partnern durchgeführt. Dies stellt hohe Anforderungen an Koordination und Management.

Geplant ist die Einrichtung eines Deutschen Zentrums für Infektionsforschung (DZI). Das Zentrum soll die leistungstärksten deutschen Einrichtungen der Infektionsforschung zusammenführen, ihre Arbeit aufeinander abstimmen und die Bevölkerung so wirksamer vor bakteriellen, viralen, parasitären und durch Pilze verursachten Infektionskrankheiten schützen.

In der sozialwissenschaftlichen Forschung sind umfangreiche Daten zu HIV für die Allgemeinbevölkerung und für einige der besonders gefährdeten Gruppen verfügbar. Für andere müssen noch Lücken geschlossen werden. Des Weiteren wird die HIV-Prävention zukünftig noch individueller einzelne Zielgruppen ansprechen. Dafür müssen Präventionsstrategien an die Besonderheiten jeder Gruppe angepasst und erprobt werden. Bei ihrer Anpassung und Erprobung werden Präventionsprojekte mit begleitender Forschungskomponente daher auch zukünftig einen wichtigen Beitrag leisten.

Aktion 7: Evaluierung und Qualitätssicherung



Aktion 7: Evaluierung und Qualitätssicherung

7.1. Ziel

Die Qualität von staatlichen und nichtstaatlichen Präventionsmaßnahmen zu HIV und AIDS wird kontinuierlich überprüft. Die Überprüfung erfasst, welche Wirkungen durch die Maßnahmen erzielt wurden und wo Anpassungen und Weiterentwicklungen notwendig sind. Dadurch wird die Wirksamkeit der gesamten HIV- und AIDS-Präventionsstrategie gesichert.

7.2. Was erreicht wurde

Die Wirkung der Strategien gegen HIV und AIDS wurde durch regelmäßige Analysen und Auswertungen überprüft. Mit etablierten Verfahren wurden umfassende Evaluierungen durchgeführt. Kerninstrument war auch im Berichtszeitraum die BZgA-Wiederholungsbefragung „AIDS im öffentlichen Bewusstsein“, mit deren Hilfe die Wirkung der Einzelmaßnahmen in der Kampagne GIB AIDS KEINE CHANCE wie auch der Prävention insgesamt erfasst wurde. Ergänzend dazu wurden regelmäßig weitere Untersuchungen zu Übertragungswissen und Schutzverhalten in zentralen Zielgruppen wie Jugendlichen und Männern, die Sex mit Männern haben, durchgeführt.

Daneben gewannen auch begleitende Qualitätssicherungsverfahren an Bedeutung. Dazu gehörte die Entwicklung einer partizipativen Qualitätssicherung von Selbsthilfearbeit. Mit dem Modellvorhaben PaKoMi und der Einführung eines PQE-Zertifizierungsverfahrens für die DAH-Mitgliedsorganisationen unternimmt die DAH weitere Schritte in diese Richtung.

Ein weiteres Qualitätssicherungsverfahren ist QIP („Qualität in der Prävention“) der BZgA, das für die allgemeine Gesundheitsförderung erprobt ist und im Rahmen eines europäischen Expertennetzwerks für die Qualitätssicherung der HIV-Prävention angepasst wurde. Dieses Instrument steht kurz vor der Erprobung im europaweiten Kontext. Damit leistete Deutschland einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der HIV-Prävention in Europa.

7.2.1. Repräsentative Wiederholungsbefragung

Die repräsentative Wiederholungsbefragung „AIDS im öffentlichen Bewusstsein“ ist nicht nur wesentlicher Bestandteil der HIV und STI-Verhaltenssurveillance in der Allgemeinbevölkerung und in relevanten Teilgruppen. Sie ist auch ein wichtiges Instrument für die Überprüfung der Präventionsmaßnahmen. Ihre Ergebnisse geben Aufschluss darüber, in welchem Ausmaß die Ziele der AIDS-Aufklärungskampagne „GIB AIDS KEINE CHANCE“ erreicht wurden¹. Gleichzeitig gibt sie Hinweise auf notwendige Anpassungen und Weiterentwicklungen.

Zu diesem Zweck werden jährlich rund 7.000 Menschen Informationen zu deren HIV-relevantem Wissen, Einstellungen und Intentionen und den von ihnen genutzten Präventionsangeboten befragt. Risiko- und Schutzverhalten sowie die ihnen zugrundeliegenden Determinanten bilden den Kern der Untersuchungen. Seit Mitte der 90er Jahre werden zunehmend Daten zu STI erhoben. Seit 2007 wird auch nach der sexuellen Orientierung und dem Migrationshintergrund gefragt, so dass auch Analysen für MSM und Menschen mit Migrationshintergrund möglich sind.

¹ Zu Ergebnissen AIDS im öffentlichen Bewusstsein siehe Aktion 1 Textbox 4 „Schlaglichter aus der repräsentativen Jahresbefragung „AIDS im öffentlichen Bewusstsein““

² Zu PaKoMi siehe Aktion 1, 1.2.4 „HIV und STI-Aufklärung und Prävention in besonders gefährdeten Gruppen“

Ziele und Indikatoren der Befragung „AIDS im öffentlichen Bewusstsein“

Hauptziel der Präventionskampagne ist die Verhinderung der weiteren Verbreitung von HIV und AIDS. Hierzu ist es erstens notwendig, einen hohen Informationsstand der Bevölkerung zu Infektionsrisiken, Nichtrisiken und Schutzmöglichkeiten bzgl. HIV und AIDS und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten (STI) zu erreichen und diesen langfristig aufrecht zu erhalten.

Zweitens sollen mithilfe der Kampagne die Schutzmotivation und das Schutzverhalten in sexuellen Risikosituationen gefördert werden. Drittes wesentliches Anliegen ist die Erzeugung und Stabilisierung eines gesellschaftlichen Klimas gegen Stigmatisierung und Ausgrenzung von Menschen mit HIV und AIDS.

In der Befragung wird im Einzelnen untersucht:

- Wie sich die Wahrnehmung von HIV und AIDS durch die Bevölkerung entwickelt.
- Inwieweit die Bevölkerung von den verschiedenen Aufklärungsmaßnahmen der Kampagne erreicht wird und Informationsangebote nutzt.
- Wie das für die AIDS-Prävention notwendige Wissen ausgeprägt ist.
- In welchem Ausmaß sich die Menschen durch die Verwendung von Kondomen vor HIV schützen; insbesondere auch Bevölkerungsgruppen mit riskantem Sexualverhalten, wie beispielsweise 16- bis 44-jährige Alleinlebende oder Personen mit mehreren Sexualpartnerinnen oder -partnern.
- Ob Menschen mit HIV und AIDS in der Bevölkerung ausgegrenzt werden oder als Menschen angesehen werden, die Zuwendung und Hilfe benötigen.

Quelle: www.bzga.de

7.2.2. Partizipative Qualitätsentwicklung in der HIV-Prävention

Wie kann man gute, wirksame HIV-Präventionsangebote von gut gemeinten unterscheiden? Für viele AIDS-Hilfen stellt sich die Frage, wie sie die Qualität der eigenen Arbeit überprüfen und weiterentwickeln können. Angesichts der Notwendigkeit, Wirkungen der Leistungen im sozialen und gesundheitlichen Bereich nachzuweisen, stehen AIDS-Hilfen vor der Herausforderung, passgenaue Lösungen für die Qualitätssicherung zu finden, die transparent und nachvollziehbar sind und der Komplexität der Problematik Rechnung tragen. Um dieser Situation gerecht zu werden wurde von 2006 bis 2008 das Forschungsprojekt „Partizipative Qualitätsentwicklung in der HIV-Prävention“ (PQE) in Zusammenarbeit von DAH und Wissenschaftszentrum Berlin durchgeführt und von der BZgA gefördert. Die PQE will durch einen interdisziplinären Ansatz nachhaltige Entscheidungsprozesse unterstützen, lokales Wissen deutlich machen und erweitern und die Zielgruppen in die Qualitätsentwicklung und Evaluation einbinden. PQE stärkt die Kompetenz der lokalen Akteure der HIV-Prävention, unterstützt die Team-Bildung vor Ort, fördert die Klarheit über Ziele, Wirkungswege und die konzeptionellen Grundlagen der Prävention und leitet zur Selbstevaluation an. Fazit des Forschungsprojektes ist, dass diese Form der Qualitätssicherung regelmäßig eingesetzt und in die HIV-Präventionsarbeit verankert werden sollte. Darüber hinaus hat die DAH unter dem Motto „vertraulich, verlässlich und kompetent“ Qualitätssicherungsmaßnahmen für verschiedene Arbeitsbereiche entwickelt und umgesetzt. So wird in der Telefon- und Onlineberatung, der HIV-Testberatung und der virtuellen Prävention nach bundesweit verbindlichen Standards gearbeitet.

Im Herbst 2009 hat die DAH ein neues Kooperationsprojekt mit dem Wissenschaftszentrum Berlin gestartet, das auf die Förderung und Untersuchung der partizipativen und kooperativen Entwicklung von zielgruppenspezifischer HIV-Prävention mit Migrantinnen und Migranten (PaKoMi) ausgerichtet ist². Die DAH-Kampagne „ICH WEISS WAS ICH TU“ (IWWIT) wird als Modellvorhaben und wegen ihres innovativen Ansatzes ebenfalls wissenschaftlich begleitet.

Wissenschaftliche Begleitung von „ICH WEISS WAS ICH TU“

Die Inhalte der Kampagne werden auch während der Umsetzung durch ein wissenschaftliches Gremium (Kampagnenrat) begleitet; ein weiteres Gremium, der Initiativkreis, besteht aus Personen der Zielgruppe und Experten aus der Vor-Ort-Arbeit und sichert die lebensweltlich-authentische Verankerung der Kampagneninhalte. Die Freie Universität (FU) Berlin sichert im Rahmen einer Prozessevaluation die regelmäßige Überprüfung der Kampagne, ihrer Module und Wirksamkeit und ermöglicht somit bei Bedarf ein zeitnahes Nachsteuern. So wurde beispielsweise der übergeordnete Kampagnenslogan nach einem wissenschaftlichen Auswertungsverfahren ausgewählt. Des Weiteren ist eine ausführliche Ergebnisevaluation vorgesehen, die die Nachhaltigkeit der Kampagne sichert.

Quelle: www.bzga.de

7.2.3. Qualitätssicherung der HIV-Prävention europaweit

Was macht wirksame Prävention aus? Unter diesem Motto fand im Oktober 2008 in Berlin eine gemeinsame Konferenz der Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (WHO/EURO) und der BZgA statt. 100 Fachkräfte aus 24 Nationen befassten sich mit der Qualitätssicherung von HIV-Präventionsmaßnahmen. Diese Konferenz leistete einen wichtigen Beitrag zur Verbreitung des praktischen Know-hows und war der erste Baustein zu einer gesamteuropäischen Strategie der Qualitätssicherung von HIV- und AIDS-Prävention, bei der gleichzeitig die besondere Situation jedes einzelnen Landes Respekt und Beachtung findet.

Im Anschluss an die Konferenz bildete sich eine Expertengruppe, die bestehende Instrumente zur Qualitätssicherung und -verbesserung aus dem HIV-Kontext oder der allgemeinen Gesundheitsförderung identifiziert und sie auf ihre Anwendbarkeit in speziellen HIV-Präventionsfel-

dern überprüft. Mit ihrer Arbeit leistet die Expertengruppe einen wichtigen Beitrag zur Wirksamkeitssteigerung von HIV-Prävention in der europäischen Region. Die Lenkung und Steuerung der Gruppe erfolgt durch BZgA, WHO Regionalbüro für Europa und der Nichtregierungsorganisation AIDS Action Europe. In der Gruppe vertreten sind rund 20 Experten internationaler und nationaler Organisationen (u. a. ECDC und UNAIDS), sowie verschiedene Nichtregierungsorganisationen.

Parallel zu den Umsetzungen der Ergebnisse der Berliner Konferenz wurde von der BZgA die EU-geförderte Studie „Design study for a European exchange platform of good practice in HIV/AIDS prevention and sexual health – Clearinghouse“ durchgeführt. Zentrales Ergebnis der Studie war, dass kein zusätzlicher Bedarf für eine weitere Sammelstelle von HIV-Präventionsprojekten und -maßnahmen im europäischen Kontext benötigt wird, sondern eine Plattform, auf der projektspezifische Methoden der Qualitätsverbesserung bereitgestellt und „Best Practice“ Beispiele von erprobten HIV-Prävention dargestellt werden. Die Ergebnisse fließen in die Planungen und Aktivitäten der Expertengruppe ein.

Im November 2009 stellten BZgA und Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf das gemeinsam für die allgemeine Prävention entwickelte Instrument „Qualität in der Prävention (QIP)“ der Expertengruppe vor. QIP wurde von der Expertengruppe als ein geeignetes Verfahren für die Qualitätssicherung auch von HIV-Prävention eingeschätzt. Inzwischen wurde QIP für den HIV-Kontext angepasst und wird in Kürze in mehreren europäischen Ländern – darunter auch Deutschland – einem Pilottest unterzogen.

Der Stand bei der Entwicklung der HIV-spezifischen QIP-Variante wurde auf der Internationalen AIDS-Konferenz 2010 auch einer breiteren Fachöffentlichkeit vorgestellt.

7.3. Neue Entwicklungen und zukünftige Herausforderungen

Über die Wirksamkeit der HIV- und AIDS-Prävention in Deutschland liegen umfangreiche Daten für die Allgemeinbevölkerung, Jugendlichen und MSM vor. Ebenfalls gut dokumentiert ist die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen für injizierende Drogenkonsumenten. Handlungsbedarf besteht noch bei den Präventionsangeboten für Menschen in Sexarbeit und für Migrantinnen und Migranten mit einem erhöhten HIV-Risiko. Mit PaKoMi und GEMO³ befinden sich bereits zwei HIV-Modellprojekte für Migrantinnen und Migranten in der Erprobung. Von besonderem Interesse sind hier u. a. die Möglichkeiten der Einbindung von Migrantinnen und Migranten in die Entwicklung von HIV-Präventionsangeboten. Die Ergebnisse der Begleitforschung werden in Kürze vorliegen und können auch auf andere Gruppen mit besonderem HIV-Risiko übertragen werden.

Begleitende Qualitätssicherungsverfahren in der HIV-Prävention gewinnen in Deutschland seit einigen Jahren an Bedeutung. Dies betrifft die partizipative Qualitätssicherung – die die Zielgruppen in die Entwicklung von HIV-Präventionsmaßnahmen einbezieht – ebenso wie die Qualitätssicherung großer Kampagnen. Das Qualitätssicherungsverfahren QIP („Qualität in der Prävention“) der BZgA ist für die allgemeine Gesundheitsförderung erprobt und wurde als Initiative eines europäischen Expertennetzwerks für die Qualitätssicherung der HIV-Prävention angepasst. Das HIV-spezifische Instrument wird in Kürze unter anderem in Deutschland getestet werden.

Ebenso ist die partizipative Qualitätssicherung (PQE) als Instrument erprobt. Seine flächendeckende Etablierung und institutionelle Verankerung in die DAH-Mitgliedsorganisationen erfordert ein anspruchsvolles Zertifizierungsverfahren und wird daher noch einige Zeit in Anspruch nehmen. PQE wird aktuell für den Einsatz im europäischen Raum übersetzt.

Vor einer europaweiten Nutzung der in Deutschland erprobten Qualitätssicherungsinstrumente gilt generell, dass sie nicht nur sprachlich, sondern auch inhaltlich und strukturell an den jeweiligen Kontext angepasst werden müssen.

Das in Deutschland bereits vorhandene Wissen wird auch genutzt werden, um auch Bemühungen zur Qualitätssicherung in der HIV-Prävention in anderen europäischen Ländern zu unterstützen.

³ Zu GEMO siehe Aktion 1, 1.2.4 „HIV und STI-Aufklärung und Prävention in besonders gefährdeten Gruppen“

Impressum

Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit
Referat Öffentlichkeitsarbeit
11055 Berlin

Gestaltung: Atelier Hauer + Dörfler GmbH**Druck:** Silber Druck oHG**Stand:** Juni 2011

Wenn Sie diese Broschüre bestellen möchten:

Bestell-Nr.: BMG-G-10040**E-Mail:** publikationen@bundesregierung.de**Telefon:** 0 18 05/77 80 90***Fax:** 0 18 05/77 80 94***Schriftlich:** Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 48 10 09

18132 Rostock

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

