

Das Handlungsfeld „HIV/Aids, sexuell übertragbare Erkrankungen und Hepatitiden“ in Berlin

Beschreibung von Zielen, Zielgruppen und Maßnahmen

erstellt von der

delphi-Gesellschaft für Forschung,
Beratung und Projektentwicklung mbH

im Auftrag des

Deutschen PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverbands
Landesverband Berlin e. V.

September 2009

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| 1. Einleitung | 2 |
| 2. Ausgangssituation..... | 3 |
| 3. Methodisches Vorgehen | 7 |
| 4. Klassifikation präventiver Maßnahmen..... | 8 |
| 5. Ziele und Zielgruppen im Handlungsfeld „HIV/Aids, sexuell übertragbare Erkrankungen und Hepatitiden“ | 10 |
| 5.1 Ziele..... | 10 |
| 5.1.1 Ziele der Bundesregierung | 10 |
| 5.1.2 Ziele für das Handlungsfeld „HIV/Aids, STI und Hepatitiden“ in Berlin | 11 |
| 5.2 Zielgruppen der Arbeit..... | 15 |
| 5.2.1 Gruppen mit erhöhter Gefährdung..... | 16 |
| 5.2.2 Menschen mit chronischen Infektionen | 22 |
| 6. Maßnahmen..... | 24 |
| Ziel 1: Verankerung des Präventionswissens in den Zielgruppen..... | 24 |
| Ziel 2: Stärkung der Handlungskompetenzen für die individuelle Gesunderhaltung und Förderung eines nachhaltigen Schutzverhaltens und dessen Implementierung im persönlichen Lebensstil | 26 |
| Ziel 3: Stärkung der zielgruppenspezifischen Angebote durch verbindliche Kooperationen der Projekte im Handlungsfeld, mit angrenzenden Bereichen und mit den Institutionen in der Regelversorgung | 29 |
| Ziel 4: Verbesserung der gesundheitsbezogenen Chancengleichheit | 30 |
| Ziel 5: Verstärkung der Prävention in Betriebsstätten, in denen sexuelle Begegnungen statt finden und/oder sexuelle Dienstleistungen angeboten werden | 31 |
| Ziel 6: Förderung eines akzeptierenden und solidarischen Umgangs mit Menschen mit HIV/Aids und/oder Hepatitiden..... | 32 |
| Ziel 7: Förderung der Gesundheit für Menschen in Haftanstalten..... | 33 |
| Ziel 8: Stärkung der Selbsthilfe und des ehrenamtlichen Engagements..... | 34 |
| Literaturverzeichnis | 36 |
| Anhang | 38 |

1. Einleitung

Die Statistik der HIV-Neuinfektionen und Aids-Erkrankungen der vergangenen Jahre zeigt, dass es einen kontinuierlichen Anstieg der HIV-Neuinfektionen seit 2001 gibt (vgl. Sonderausgabe A Epidemiologisches Bulletin des Robert Koch-Instituts, 2008). Das Robert Koch-Institut (RKI) führt diesen Anstieg unter anderem auf die Zunahme anderer sexuell übertragbarer Erkrankungen zurück. Das Vorliegen anderer sexuell übertragbarer Erkrankungen (engl.: *sexually transmitted infections*, STIs), kann in diesem Zusammenhang sowohl die Infektiosität als auch die Empfänglichkeit gegenüber HIV steigern. Betrachtet man demgegenüber die Zahl derer, die an Aids erkrankten bzw. starben, so stellt man fest, dass diese Zahl für den Beobachtungszeitraum stagniert bzw. leicht zurückgegangen ist. Dies bringt Implikationen für die Arbeit in diesem Handlungsfeld mit sich: Einerseits muss Prävention neue Wege finden, um dem Trend steigender Neuinfektionen entgegenwirken zu können. Andererseits entstehen durch die Veränderungen in Krankheitsverläufen der Aids-Erkrankung neue Anforderungen an die Versorgung der Betroffenen.

Prävention und Versorgung im Bereich HIV/Aids bzw. bei anderen STIs und Hepatitiden erfolgt in Berlin zunächst durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Dessen Angebote richten sich vornehmlich an die Allgemeinbevölkerung. Ergänzend dazu gibt es Angebote von Projekten bei den freien Trägern, die mit öffentlichen Mitteln finanziert werden. Die Arbeit der freien Träger wird im so genannten Integrierten Gesundheitsvertrag (IGV) für das Handlungsfeld „HIV/Aids, sexuell übertragbare Erkrankungen und Hepatitiden“ geregelt. Der IGV ist ein Vertrag zwischen dem PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband Berlin e.V. (im Weiteren der PARITÄTISCHE, Berlin) und dem Land Berlin, vertreten durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (SenGUV), in dem die übergeordneten Aufgaben für das genannte Handlungsfeld formuliert werden. Danach sind die Angebote und Maßnahmen vorrangig an folgenden Zielen auszurichten:

- Prävention und Überwindung von Erkrankungen sowie Verhütung krankheitsbedingter Folgen
- Überwindung gesundheitlicher und sozial bedingter Ungleichheiten und Benachteiligungen
- Wiedereingliederung in die Gesellschaft
- Hilfe zur Selbsthilfe

Für den Leistungsbereich Prävention und Versorgung werden folgende Schwerpunktaufgaben definiert:

1. Prävention und Gesundheitsförderung
2. Psychosoziale Angebote und Beratung
3. (Ergänzende) medizinische und pflegerische Versorgung
4. Selbsthilfeförderung
5. Vermittlung von Wohnraum

Das vorliegende Rahmenkonzept stellt die Grundlage dar, wie den nach Angaben der freien Träger diese Vorgaben aktuell in der Berliner Praxis umgesetzt werden: Welche Ziele und Zielgruppen werden von den einzelnen Trägern bzw. Projekten für ihre Arbeit angegeben? Welche Teilziele entwickeln sich aus diesen Vorgaben und mit welchen Maßnahmen sollen diese Ziele erreicht werden?

2. Ausgangssituation

Das folgende Kapitel beschreibt die epidemiologische Situation in Bezug auf HIV/Aids, andere sexuell übertragbare Erkrankungen und Hepatitiden in Deutschland.

a) HIV/Aids

Die epidemiologischen Daten zu HIV-Infektionen und Aids-Erkrankungen in Deutschland werden jährlich vom Robert Koch-Institut (RKI) als Sonderausgabe des Epidemiologischen Bulletins veröffentlicht. Insgesamt leben in Deutschland bis Ende 2007 etwa 59.000 Menschen mit HIV/Aids (RKI, 2008). 2008 gab es deutschlandweit 2.806 HIV-Erstdiagnosen. Etwa 16% (452) davon entfallen auf das Bundesland Berlin. Das RKI unterteilt die vorliegenden Erstdiagnosen und Erkrankungen nach der Art der Übertragung. Bei 85% der Neudiagnosen lagen Angaben zum Infektionsweg vor. Darunter stellen Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), mit 65% die größte Gruppe dar. Die zweitgrößte Gruppe waren mit 17% Personen, die sich ihre Infektion bei heterosexuellen Kontakten zugezogen haben, aber nicht aus Hochprävalenzländern (HPL) stammen. Personen, die aus Ländern mit einer hohen HIV-Prävalenz stammen, bilden mit 12% die drittgrößte Gruppe. Menschen, die eine HIV-Infektion durch intravenösen (i. v.) Drogengebrauch erworben haben, stehen mit 5% an vierter Stelle. Beim Vergleich mit den Berliner Daten zeigt sich, dass auch in Berlin die MSM die größte Gruppe sind. Mit etwa 80% der gemeldeten Fälle liegen sie dabei jedoch noch deutlich über dem Anteil, der deutschlandweit für diese Gruppe ermittelt wurde. An zweiter Stelle stehen auch in Berlin Personen, die sich ihre Infektion bei heterosexuellen Kontakten zugezogen haben (11%). Die drittgrößte Gruppe in Berlin stellen die Menschen aus Hochprävalenzländern. Mit etwa 7% liegen sie weit unter dem Bundesdurchschnitt. Die Gruppe der Personen, die eine HIV-Infektion über i. v. Drogengebrauch erworben hatte, stand mit etwa einem Prozent an vierter Stelle (RKI 2009).

In Hinblick auf die unter 5.2 beschriebenen Gruppen mit einer erhöhten Gefährdung in Berlin fehlt eine Beschreibung der Prävalenz in der Gruppe der Frauen in der Sexarbeit. Das RKI erfasst Frauen in der Sexarbeit als Teil der Personen, die sich über heterosexuelle Kontakte infiziert haben. Leider ist aus den Daten des RKI nicht ersichtlich, wie hoch der Anteil der Frauen in der Sexarbeit ist. Prinzipiell kann vermutet werden, dass Frauen in der Sexarbeit einen wesentlichen Teil der Personen stellen, die Angaben, sich über heterosexuelle Kontakte infiziert zu haben.

Verbesserte Therapieformen reduzieren die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung an Aids. Derzeit sind in Deutschland etwa 12.858 Personen an Aids erkrankt (RKI 2009). In Berlin sind es 2.616. Die größte Gruppe stellen dabei MSM mit etwa 60,2% der Erkrankten. An zweiter Stelle folgen Menschen, die angaben, sich über i. v. Drogengebrauch infiziert zu haben (14,8%). An dritter Stelle folgen mit 6,2% Personen, die sich bei heterosexuellen Kontakten infiziert haben. Menschen aus Hochprävalenzländern stellen mit 5,4% die viertgrößte Gruppe.

b) Sexuell übertragbare Infektionen

Zu den sexuell übertragbaren Infektionen zählen jene Infektionen, die auch oder hauptsächlich durch Geschlechtsverkehr übertragen werden können. Neben HIV/Aids und Hepatitiden (die im nächsten Abschnitt behandelt werden), zählen dazu vor allem Syphilis, Gonorrhoe, Granuloma inguinale, Lym-

phogranuloma und Chlamydien. Bis Ende 2000 waren diese Erkrankungen nach dem Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten meldepflichtig. Seit der Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) im Januar 2001 unterliegt nur noch der Nachweis der Syphilis- und HIV-Infektion einer Labormeldepflicht. Um weiterhin die Entwicklung der wichtigsten STIs beobachten zu können, hat das RKI in Zusammenarbeit mit verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens ein so genanntes Sentinel-System aufgebaut. Die am Sentinel beteiligten Einrichtungen übermitteln regelmäßig Art und Zahl der diagnostizierten STIs sowie Informationen zum möglichen Infektionsweg.

Zunächst werden die meldepflichtigen Daten für Syphilis für das Jahr 2008 vorgestellt. Die aktuellen Zahlen wurden der Onlinedatenbank des Robert Koch-Instituts entnommen (<http://www3.rki.de/SurvStat>). Danach folgen die Daten des Sentinels zu weiteren ausgewählten STIs.

Im Jahr 2008 wurden dem RKI 3177 Syphilis-Fälle gemeldet (Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI, <http://www3.rki.de/SurvStat>, Datenstand: 27.05.2009). Davon stammen 655 Meldungen (20%) aus Berlin. Deutschlandweit lag der Anteil der Frauen mit einer Syphilis-Infektion bei 7,4%, in Berlin dagegen nur bei 1,2%. Das RKI unterscheidet nach drei verschiedenen Infektionsrisiken: Männer, die Sex mit Männern haben, heterosexuelle Kontakte und Mutter-Kind (koninatale) Infektion. Angaben zum Infektionsrisiko lagen für 77% der Meldungen vor. 82% davon entfielen auf MSM und etwa 18% gehen auf heterosexuelle Kontakte zurück. Mutter-Kind Infektionen wurden nur zwei Mal gemeldet.

In der Sentinel Befragung wurden zwischen 2003 und 2005 insgesamt 4383 Diagnosebögen an das RKI geschickt (RKI, 2005). Syphilis war in diesem Zeitraum mit 769 (17%) gemeldeten Fällen die dritthäufigste Art der Infektion. 85,4% der gemeldeten Syphilis-Fälle waren männlich. Davon gaben 80,8% an, sich durch Sex mit Männern infiziert zu haben. Bei den befragten Frauen gaben 64,3% als möglichen Übertragungsweg die Ausübung der Prostitution an. 20,5% der befragten Frauen gaben heterosexuelle Kontakte (ohne Prostitution) als möglichen Übertragungsweg an. Die häufigste Diagnose im untersuchten Zeitraum war mit etwa 25% der Personen eine Chlamydien-Infektion (1095 Personen). Davon waren 63,9% Frauen. Bei den Frauen gaben 65% die Ausübung von Prostitution als möglichen Übertragungsweg an und 25,7% heterosexuelle Kontakte (ohne Prostitution). Bei Männern mit einer Chlamydien-Infektion gaben 41,3% heterosexuelle Kontakte (ohne Prostitution) als möglichen Übertragungsweg an. Weitere 37,7% der Befragten benennen Sex mit Männern als möglichen Weg der Übertragung. 4,6% gaben an sich möglicherweise bei der Ausübung von Prostitution infiziert zu haben (RKI, 2005).

Die durch das Sentinel erfassten Daten sind nicht repräsentativ für Deutschland. Am STD-Sentinel sind nur verhältnismäßig wenige Einrichtungen beteiligt und die Gesundheitsämter sind dabei relativ überrepräsentiert. Daher muss man davon ausgehen, dass vor allem STIs wie Chlamydien-Infektionen, die vorwiegend im niedergelassenen Bereich (Arztpraxen) diagnostiziert werden, im STD-Sentinel untererfasst sind. Die dargestellten Trends können daher nur mit großer Zurückhaltung interpretiert werden.

c) Hepatitiden

Hepatitiden sind Erkrankungen, die zu einer Entzündung der Leber führen. Klinisch kann zwischen zwei Verlaufsformen unterschieden werden: Hepatitiden, die nur akut auftreten (Hepatitis A und E) und solche, die mit hoher Wahrscheinlichkeit einen chronischen Verlauf nehmen (Hepatitis B, C und D). Für alle genannten Formen besteht auf der Grundlage des Infektionsschutzgesetzes eine Meldepflicht. Den Angaben des RKI folgend, ist Hepatitis C (HCV) mit 6.216 (Berlin: 762 Fälle) gemeldeten Erstdiagnosen im Jahr 2008 am häufigsten verbreitet. Danach folgen Hepatitis A (HAV) (1073 Fälle; Berlin: 107 Fälle), Hepatitis B (HBV) (821 Fälle; Berlin: 63 Fälle), Hepatitis E (HEV) (104 Fälle; Berlin: 10 Fälle) und Hepatitis D (HDV) mit sieben (Berlin: kein Fall) gemeldeten Fällen (Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI, <http://www3.rki.de/SurvStat>, Datenstand: 19.05.2009).

Was die Prävalenz der chronisch verlaufenden Hepatitiden anbelangt, so beruhen die Angaben für Hepatitis C und B vor allem auf Schätzungen. Man geht davon aus, dass etwa 0,4% bis 0,8% der Allgemeinbevölkerung Virusträger sind. Für Hepatitis C bedeutet das, dass bei einer Wahrscheinlichkeit von 60 – 80% für einen chronischen Verlauf derzeit schätzungsweise 400.000 bis 500.000 Virusträger in Deutschland leben (RKI, 2007).

Für Hepatitis B besteht das höchste Risiko für eine Ansteckung in sexuellen Expositionen (43,2%), gefolgt von dem Umstand, während eines operativ-diagnostischen Eingriffes infiziert zu werden (8,3%) oder gemeinsam mit einem Virusträger in einer Wohngemeinschaft zu wohnen (6,0%). An vierter Stelle wird der intravenöse Drogengebrauch (4,1%) genannt (RKI, 2009).

Die Infektionsrisiken bei Hepatitis C unterscheiden sich von denen der Hepatitis B. Im Gegensatz zur HBV wird HCV ausschließlich parenteral übertragen, das bedeutet, dass der Erreger direkt ins Blut gelangen muss. Das schließt eine Übertragung auf sexuellem Weg zwar nicht aus, macht sie aber eher unwahrscheinlich. Trotzdem gaben 31% der Untersuchten als möglichen Übertragungsweg an, sich durch sexuellen Kontakt infiziert zu haben. Als häufigstes Übertragungsrisiko wird der intravenöse Drogengebrauch angegeben (36% der Fälle). Weitere Übertragungswege sind operativ-diagnostische Eingriffe (23%), Erhalt von Blutprodukten (13 %), Tätowierungen (11%) oder Injektionen im Ausland (10%).

Die RKI-Zahlen bestätigen deutlich, dass Hepatitiden vor allem in der Gruppe der i. v. Drogengebrauchenden ein großes Problem darstellen. In mehreren Studien wurde die Prävalenz der unterschiedlichen Hepatitiden in Populationen von i. v. Drogengebrauchenden genauer beleuchtet. Die Schätzungen der Hepatitis-C-Prävalenz unter Drogengebrauchern bzw. Drogengebraucherinnen liegen je nach Subgruppe zwischen 60 und 80 Prozent. Im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik (Sonntag, Bauer & Eichmann, 2008) wurden 2007 erstmals Daten zu HBV und HCV erhoben. Die Prävalenz in ambulanten Einrichtungen beträgt dabei für HBV 13,8% (N=410) unter den getesteten Opiatklienten, bei Patienten mit einer illegalen Drogenproblematik liegt die Prävalenz bei 10,6% (N=446). Die HCV-Rate der getesteten Opiatklienten liegt bei 59,1% (N=2.325), die aller Patienten mit illegaler Drogenproblematik bei 49,8% (N=2.778). In der ambulanten Suchthilfe Hamburgs liegt die Hepatitis-C Rate unter den Opiatklienten 2006 sogar bei 53% (Buth, Martens, Verthein, Neumann & Oechsler 2007). In Berlin wurde auf der Basis der Nutzerauskünfte in den Berliner Konsumräumen eine Prävalenz für HCV von 31,0% (N=71) ermittelt (Schu & Tossmann, 2007).

Eine weitere Untersuchung unter Personen, die sich wegen einer Opiatabhängigkeit in die Entzugsbehandlung der Westfälischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Warstein begaben, wurden bei 872 Patienten (57,7%) HAV-Antikörper, bei 801 Patienten (53,0%) HBV-Antikörper und bei 1.134 Patienten (75,0%) HCV-Antikörper nachgewiesen (Reimer, Lorenzen, Schäfer, Backmund, Bätz & Haasen, 2005). Weitere Untersuchungen bestätigen diese Ergebnisse (Brack, 2002; Stark, Schreier, Müller, Wirth, Driesel & Bienzle, 1995).

3. Methodisches Vorgehen

Das hier vorliegende Rahmenkonzept wurde gemeinsam und im Konsens mit den Vertreterinnen und Vertretern der freien Träger bzw. Projekte im IGV geförderten Handlungsfeld HIV/Aids, STI und Hepatitiden erarbeitet. Dazu wurde eine Arbeitsgruppe initiiert, die die Details der Themen Ziele, Zielgruppen und Maßnahmen in Zusammenarbeit mit der delphi GmbH ausarbeiteten. Die Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe wurden dem Plenum zur abschließenden Diskussion vorgestellt und abgestimmt.

Um die Arbeitsfelder und Aufgaben im Handlungsfeld „HIV/Aids, sexuell übertragbare Erkrankungen und Hepatitiden“ in Berlin beschreiben zu können, wurden zunächst die Ziele und Zielgruppen der Arbeit im Handlungsfeld¹ in Berlin dargestellt. Zu diesem Zweck wurden die Konzepte und Sachberichte der zwölf in diesem Handlungsfeld agierenden Projekte hinsichtlich der Zielsetzungen und Zielgruppen der jeweiligen Einrichtung ausgewertet. Die Unterlagen folgender Projekte wurden dabei berücksichtigt:

Tabelle 1: Träger und Projekte

| Projekträger | Projektname | Projekt-Nr. |
|--|---------------------|-------------|
| Berliner Aids-Hilfe e.V. | Berliner Aids-Hilfe | P 350 |
| Fixpunkt e.V. | Mobilix | P 351 |
| HYDRA e.V. | HYDRA | P 352 |
| Schwulenberatung Berlin gGmbH (ehemals Kursiv e.V.) | Schwulenberatung | P 353 |
| Schwulenberatung Berlin gGmbH (ehemals Kursiv e.V.) | manCheck | P 354 |
| Schwulenberatung Berlin gGmbH (ehemals Kursiv e.V.) | pluspunkt | P 355 |
| Mann-O-Meter e. V. | Mann-O-Meter | P 356 |
| Notdienst Berlin e. V. | Frauentreff Olga | P 357 |
| SUB/WAY berlin e. V. | subway | P 359 |
| Verband für interkulturelle Arbeit (VIA) - Regionalverband Berlin-Brandenburg e.V. | Afrikaherz | P 360 |
| ZIK - Zuhause im Kiez gGmbH | Sozialmakler | P 361 |
| FELIX Pflage team gGmbH | Felix | P 362 |

Ergänzend dazu wurden die Konzepte zur Aids-Bekämpfung der Bundesregierung (BMG, 2005) sowie verschiedener Landesregierungen (z. B. Standards der Aidshilfe-Arbeit in Niedersachsen, 2004, Sächsisches Aktionsprogramm zur HIV/Aids-Bekämpfung, 2008) in die Analyse einbezogen. Abschließend wurden alle Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV/Aids, STIs und Hepatitiden in Berlin erfasst.

¹ Mit „Handlungsfeld“ ist im Folgenden stets der IGV-geförderte Aufgabenbereich gemeint. Dieses Handlungsfeld umfasst nicht alle HIV/Aids-relevanten Maßnahmen im Land Berlin.

4. Klassifikation präventiver Maßnahmen

Zur systematischen Klassifikation von Zielen und Maßnahmen gibt es verschiedene Ansätze. Das bekannteste und lange Zeit gebräuchliche System zur Klassifizierung präventiver Maßnahmen wurde 1964 von Caplan beschrieben. Er unterscheidet zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention. Der Begriff der Prävention orientiert sich bei Caplan am Fortschritt einer Erkrankung. Maßnahmen der primären Prävention sind solche, die verhindern sollen, dass das Individuum überhaupt erkrankt. Sekundärprävention setzt bei Menschen an, die zwar bereits erste Symptome einer Krankheit aufweisen, aber noch nicht unter den Folgen der Erkrankung leiden. Sie dient der Verhinderung der weiteren Manifestation der Erkrankung. Leiden die Betroffenen bereits unter den Folgen einer Erkrankung, ist es das Ziel der tertiären Prävention, einer weiteren Verschlechterung der Situation entgegen zu wirken. Der Vorteil dieser Klassifizierung ist die gute Etablierung in der öffentlichen Fachdiskussion. Dadurch wird eine Vergleichbarkeit der Arbeit von verschiedenen Projekten grundsätzlich ermöglicht. Ein Nachteil dieses Ansatzes ist in seiner ausschließlichen Orientierung am Krankheitsverlauf und am Interventionszeitpunkt zu sehen. Zudem werden Maßnahmen der primären Prävention nicht danach unterschieden für welche Zielgruppe sie bestimmt sind. So können sich nicht nur Ziele, sondern auch Orte der Prävention, eingesetzte Ressourcen, Ansprache der Zielgruppe und vor allem Inhalte in Abhängigkeit von der Zielgruppe stark unterscheiden. Dadurch kann die Vergleichbarkeit von Maßnahmen stark eingeschränkt werden. Diese tradierte Klassifikation von Prävention wurde in den vergangenen Jahrzehnten weiterentwickelt und präzisiert.

Ein Ansatz, der diesen Umständen Rechnung trägt, ist das Klassifikationssystem von Gordon (1983). Dieses System orientiert sich an der jeweiligen Zielgruppe. Nach Gordon lassen sich drei Formen unterscheiden:

- universelle Prävention
- selektive Prävention
- indizierte Prävention

Im Rahmen der universellen Prävention sind Maßnahmen zu verstehen, die sich an die Allgemeinbevölkerung richten. Dies können Fernsehspots oder Plakataktionen sein, die sich ungeachtet des individuellen Risikopotentials an alle richten. Im Unterschied dazu fokussiert die selektive Prävention auf Gruppen, die ein erhöhtes (statistisches) Risiko tragen. Ein Beispiel dafür wäre die Vermittlung von Wissen über die Gefahren des mehrfachen Spritzengebrauchs an intravenös Drogengebrauchende. Verengt sich der Fokus weiter auf Menschen, die bereits ein problematisches Verhalten (z. B. Alkoholmissbrauch) oder eine Erkrankung aufweisen, wird von indizierter Prävention gesprochen. Im Handlungsfeld HIV/Aids, sexuell übertragbare Erkrankungen und Hepatitiden können dies z. B. Maßnahmen sein, die zur Schadensminimierung beitragen.

Unabhängig vom gewählten Klassifizierungssystem kann zusätzlich unterschieden werden, ob die Maßnahmen auf eine Veränderung des Verhaltens abzielen (Verhaltensprävention) oder auf eine Veränderung der Lebenswelt der Betroffenen (Verhältnisprävention).

Darüber hinaus wird im Handlungsfeld HIV/Aids seit etwa 2000 auch der Begriff der „strukturellen Prävention“ (Ketterer, 1998) gebraucht. Theoretisch bezieht sich der Begriff auf die von der Weltge-

sundheitsorganisation (WHO) veröffentlichten Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. Darin heißt es „...dass Gesundheit für ein positives Konzept steht, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.“ (vgl. WHO, 2006).

Von dieser Forderung ausgehend, versucht strukturelle Prävention eine scharfe Abgrenzung der oben beschriebenen Präventionsarten (Primär- vs. Sekundär- vs. Tertiärprävention bzw. Verhaltens- vs. Verhältnisprävention) zu vermeiden und betont vielmehr, dass das Gelingen der Präventionsarbeit auch von der erfolgreichen Verknüpfung der einzelnen Bereiche abhängt. Eine Änderung des individuellen Verhaltens ist demnach nur im Kontext der Verhältnisse möglich, d.h. Verhaltens- bzw. Verhältnisprävention bedingen sich gegenseitig. Die individuellen Verhaltensmöglichkeiten werden in einem engen Zusammenhang mit den konkreten Lebensumständen und Bedürfnissen des einzelnen Menschen gesehen. Das bedeutet, dass Maßnahmen nicht nur auf den Einzelnen ausgerichtet sind sondern auch die verschiedenen Bereiche des sozialen Lebens einbeziehen, z. B. Arbeit, Wohnen, Freizeit. Strukturelle Prävention im Handlungsfeld HIV/Aids zielt auf die Stärkung der Betroffenen in ihrer Identität und ihren Handlungskompetenzen und sie zielt auf Veränderung größerer gesellschaftlicher Zusammenhänge im Sinne des Abbaus von Benachteiligung, Diskriminierung und Ausgrenzung.

5. Ziele und Zielgruppen im Handlungsfeld „HIV/Aids, sexuell übertragbare Erkrankungen und Hepatitiden“

Ziele und Zielgruppen sowie die sich daraus ableitenden Aufgaben und Maßnahmen sind im untersuchten Handlungsfeld eng miteinander verknüpft. So orientieren sich Ziele und Maßnahmen der präventiven und kurativen Arbeit prinzipiell an den Bedürfnissen der jeweiligen Zielgruppe und sind im IGV festgelegt. Darüber hinaus müssen bei der methodischen Umsetzung der Ziele und Maßnahmen die Besonderheiten der einzelnen Gruppen berücksichtigt werden. Im Folgenden werden deshalb in Kapitel 5.1 zunächst übergeordnete Ziele der Arbeit im Handlungsfeld „HIV/Aids, sexuell übertragbare Erkrankungen und Hepatitiden“ benannt. In Kapitel 5.2 folgt die Beschreibung der verschiedenen *Zielgruppen* des Handlungsfeldes in Berlin.

5.1 Ziele

Übergeordnetes Ziel für die Arbeit im Handlungsfeld „HIV/Aids, STI und Hepatitiden“ ist es, die Zahl der Neuinfektionen zu reduzieren. Wie dieses Ziel im Bereich der HIV-Prävention erreicht werden kann, hat die Bundesregierung im Jahr 2005 in ihrem Strategiepapier zur Bekämpfung von HIV/Aids aufgezeigt. Dort werden 13 Ziele formuliert, die auf Bundes-, Landes- und regionaler Ebene umgesetzt werden sollen. Für das Handlungsfeld in Berlin gilt insbesondere, dass neben den HIV-Neuinfektionen auch andere STIs und die Zahl der Infektionen mit Hepatitiden gesenkt werden soll.

Im Folgenden sollen nun die für die Arbeit im Handlungsfeld und von den freien Trägern genannten wichtigen strategischen Ziele formuliert werden. Da sich diese Ziele stark an denen der Bundesregierung orientieren, werden deren Ziele unter 5.1.1 kurz benannt. Unter 5.1.2 werden dann jene Ziele formuliert, die für die Arbeit im Berliner Handlungsfeld HIV/Aids, STI und Hepatitiden relevant sind.

5.1.1 Ziele der Bundesregierung

Die Bundesregierung hat 2005 ihre HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie vorgelegt. Die dort formulierten Ziele und Aufgaben gelten als Richtschnur für die nationale wie internationale Arbeit im Kampf gegen HIV/Aids. Im Folgenden sind die Ziele der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie für Deutschland aufgelistet:

- Verhinderung von HIV-Neuinfektionen sowie Infektionen mit anderen STIs
- Verankerung des Präventionswissens in der gesamten Bevölkerung
- Integration verbindlicher und qualitätsgesicherter Präventions-Angebote in den Schulunterricht, z. B. durch Ausbau und qualitative Verbesserung des Sexualkundeunterrichts und verstärkte Multiplikatoren-schulung
- Ausbau außerschulischer medialer und personaler Aufklärungs- und Beratungsangebote im Verbund zwischen Gesundheitsämtern, Aids-Hilfen, anderen NGOs, niedergelassenen Ärzten, Schwerpunktpraxen, Kliniken und Fachverbänden
- Effektive Präventionsangebote und Zugang zu medizinischer und psychosozialer Beratung, Betreuung, Therapie und Pflege für Menschen mit Migrationshintergrund

- Flächendeckende, anonyme und kostenlose Beratungs- und HIV-Testangebote mit verbindlichen Beratungsstandards
- Präventive Angebote für Reisende in HIV-Hochprävalenzgebiete
- Verstärkung der Prävention in kommerziellen Etablissements, die sexuellen Begegnungen dienen
- Qualitätsgesicherte Diagnostik für sexuell übertragbare Erkrankungen, Therapie und präventive Beratung und Begleitung ihrer Patienten/innen durch die niedergelassene Ärzteschaft
- Förderung eines akzeptierenden und solidarischen Umgangs mit Menschen mit HIV/Aids
- Stärkung der Selbstverantwortung für die individuelle Gesunderhaltung sowohl bei infizierten als auch bei nicht infizierten Menschen
- Förderung von Maßnahmen zur gesundheitlichen Schadensreduzierung für Menschen in Haftanstalten
- Verbesserung der Surveillance

5.1.2 Ziele für das Handlungsfeld „HIV/Aids, STI und Hepatitiden“ in Berlin

Die Ziele für das Handlungsfeld HIV/Aids, STI und Hepatitiden in Berlin orientieren sich grundsätzlich an den Zielen der Bundesregierung wie sie unter 5.1.1 beschrieben sind. Jedoch haben nicht alle Ziele, die die Bundesregierung formuliert hat, für das Handlungsfeld HIV/Aids, STI und Hepatitiden und die beteiligten freien Träger in Berlin die gleiche Relevanz.

Die im Strategiepapier der Bundesregierung formulierten Ziele, wie beispielsweise die Verhinderung von HIV-Neuinfektionen, können überwiegend direkt für das Handlungsfeld in Berlin übernommen werden. Da aber die Arbeit im Handlungsfeld nicht die Allgemeinbevölkerung anvisiert, gehören Ziele wie z. B. die Integration verbindlicher Präventionsangebote in den Schulunterricht nicht zu dem expliziten Aufgabenspektrum der Projekte, die durch den IGV gefördert werden. Andere Ziele, wie die Verbesserung der Surveillance, sind vorrangig Aufgabe des Bundes. Im vorliegenden Rahmenkonzept sollen deshalb nur jene Ziele dargestellt werden, die für das Handlungsfeld „HIV/Aids, STI und Hepatitiden“ in Berlin relevant sind.

Präambel

Übergeordnetes Ziel der IGV-zuwendungsgeförderten Projektarbeit in Berlin ist die Senkung der HIV-Neuinfektionen sowie der Neuinfektionen im Bereich der sexuell übertragbaren Erkrankungen und Hepatitiden. Darüber hinaus sollen Angebote vorgehalten werden, die helfen, ein Leben mit HIV/Aids zu gestalten.

Ziel 1: Verankerung des Präventionswissens in den Zielgruppen

In Ergänzung zur Zielsetzung der Bundesregierung bezieht sich dieses Ziel im Handlungsfeld „HIV/Aids, STI und Hepatitiden“ hauptsächlich auf Gruppen mit einer erhöhten Gefährdung. Im Sinne der selektiven bzw. indizierten Prävention sollen Wissen über HIV/Aids-Infektionswege,

über Schutzmöglichkeiten und die Motivation zum Schutzverhalten bei den unter 5.2 beschriebenen Zielgruppen gefördert werden.

| Teilziele | |
|-----------|--|
| 1.1 | Die Zielgruppen sind über Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten aufgeklärt. |
| 1.2 | Die Zielgruppen sind über die Wechselwirkungen zwischen HIV/Aids, STIs und Hepatitiden aufgeklärt. |
| 1.3 | Die Zielgruppen sind über die Risiken des ungeschützten Sex, vor allem bei Sex mit einer hohen Anzahl an Sexualpartnern, aufgeklärt. |

Ziel 2: Stärkung der Handlungskompetenzen für die individuelle Gesunderhaltung und Förderung eines nachhaltigen Schutzverhaltens und dessen Implementierung im persönlichen Lebensstil

Handlungskompetenzen für die individuelle Gesunderhaltung berücksichtigen unter anderem eine angemessene Gesundheitspflege und -vorsorge. Eine Voraussetzung dafür ist, dass Leistungen der Regelversorgung in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus liegt ein Fokus der Arbeit auf der Implementierung eines nachhaltigen individuellen Schutzverhaltens im persönlichen Lebensstil. Das bedeutet unter anderem, dass sexuelle Emanzipation als Voraussetzung für verantwortungsvoll gelebte Sexualität gefördert wird. Übergeordnetes Ziel ist die Verankerung individueller Handlungskompetenzen in den Zielgruppen so wie die Sensibilisierung für die Selbstverantwortung des Einzelnen. Das gilt sowohl für Menschen mit Infektionen als auch für jene ohne eine Infektion.

| Teilziele | |
|-----------|--|
| 2.1 | Sozialleistungen werden in Anspruch genommen/Die Lebensgrundlage ist gesichert. |
| 2.2 | Die soziale Situation der Zielgruppen ist stabil bzw. verbessert. |
| 2.3 | Der Gesundheitszustand der Zielgruppen ist stabil bzw. verbessert. |
| 2.4 | Die Wohnsituation ist stabil. |
| 2.5 | Ein nachhaltiges Schutzverhalten wird im persönlichen Lebensstil umgesetzt. |
| 2.6 | Die Zielgruppen sind über den Einfluss des Konsums von legalen und illegalen Drogen auf das Infektionsrisiko aufgeklärt. |
| 2.7 | Die psychische Stabilität in den Zielgruppen wird durch entsprechende Angebote aufrecht erhalten bzw. verbessert. |
| 2.8 | Die Zielgruppen sind hinreichend über HIV/STI-Testdiagnostikverfahren informiert. |
| 2.9 | Testangebote werden in den Zielgruppen entsprechend den Infektionsrisiken in Anspruch genommen. |
| 2.10 | Die Zielgruppen sind sexuell emanzipiert. |

Ziel 3: Stärkung der zielgruppenspezifischen Angebote durch verbindliche Kooperationen der Projekte im Handlungsfeld, mit angrenzenden Bereichen und mit den Institutionen in der Regelversorgung

Die inhaltliche und strukturelle Zusammenarbeit der im Handlungsfeld HIV/Aids, STI und Hepatitiden agierenden Projekte werden verbindlich geregelt. Darüber hinaus sollen bestehende Kooperationen mit Institutionen in der Regelversorgung ausgebaut bzw. neue Netzwerke und Strukturen aufgebaut werden.

Teilziele

- 3.1 Leistungen der Regelversorgung werden bei Bedarf in Anspruch genommen.
- 3.2 Die Kooperation der Projekte untereinander, mit angrenzenden Bereichen und mit den Institutionen in der Regelversorgung wird verstärkt.
- 3.3 Im Rahmen der Kooperation setzen die Projekte Impulse zur Weiterentwicklung der Regelversorgung.

Ziel 4: Verbesserung der gesundheitsbezogenen Chancengleichheit

Ziel ist es, dass sich die Präventionsangebote an den Bedürfnissen der Zielgruppen und deren Lebensumstände orientieren. Dabei sollen die Angebote transparent und leicht zugänglich sein. Beratung und Betreuung sowie Pflege sollen den individuellen Bedürfnissen entsprechend gestaltet werden, auch unter Berücksichtigung der individuellen sozialen bzw. finanziellen Situation sowie von Sprachkompetenz, kultureller Herkunft, Aufenthaltsstatus, Religion, Geschlecht und sexuelle Identität.

Teilziele

- 4.1 Die Zielgruppen haben gleich(berechtigt)en Zugang zur sozialen, gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung.
- 4.2 Die Zielgruppen finden ein Umfeld vor, in dem Safer Sex und/oder Safer Use gefördert und verstärkt werden.

Ziel 5: Verstärkung der Prävention in Betriebsstätten, in denen sexuelle Begegnungen statt finden und/oder sexuelle Dienstleistungen angeboten werden

In Berlin sollen so genannte „Safer Settings“ geschaffen werden. Ziel ist es, dass Betreiber von Betriebsstätten sich verpflichten, die Präventionsstandards in ihren Einrichtungen zu erfüllen.

Teilziele

- 5.1 In Betriebsstätten, in denen sexuelle Begegnungen statt finden und/oder sexuelle Dienstleistungen angeboten werden, sind Standards zur Erreichung von Safer Settings etabliert.

Teilziele

- 5.2 Betreiber verpflichten sich zum Konzept des Safer Settings.
- 5.3 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Betriebsstätten sind für die Präventionsarbeit sensibilisiert.
- 5.4 Die Inhalte der Wirte-Selbstverpflichtung und die Qualitätsstandards, die von den teilnehmenden Betrieben erwartet werden können, sind den Zielgruppen bekannt.

Ziel 6: Förderung eines akzeptierenden und solidarischen Umgangs mit Menschen mit HIV/Aids und/oder Hepatitiden

Diskriminierung und Stigmatisierung zwingen Betroffene, ihre Infektion zu verheimlichen. Ziel ist es deshalb, ein Klima der Solidarität und der Akzeptanz im Umgang mit Menschen mit HIV/Aids bzw. Hepatitiden zu schaffen. Dazu gehört, dass gesellschaftliche wie umfeldbedingte Benachteiligungen abgebaut werden, z.B. in der Arbeitswelt.

Teilziele

- 6.1 Menschen mit HIV/Aids und/oder Hepatitiden werden nicht diskriminiert.
- 6.2 Infektionskrankheiten werden in den Zielgruppen und der Bevölkerung offen thematisiert.
- 6.3 Die Integration von Menschen mit HIV/Aids und/oder Hepatitiden wird gefördert.

Ziel 7: Förderung der Gesundheit bei Menschen in Haftanstalten.

Ziel ist die Vermittlung von Informationen und Handlungskompetenzen zu Safer Sex bzw. Safer Use im Rahmen des Strafvollzugs.

Teilziele

- 7.1 Die Zielgruppen sind über Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten aufgeklärt.
- 7.2 Die Zielgruppen finden ein Umfeld vor, in dem Safer Sex und/oder Safer Use gefördert und verstärkt werden.
- 7.3 Die psychische Stabilität in den Zielgruppen wird durch entsprechende Angebote erhalten bzw. verbessert.
- 7.4 Der Gesundheitszustand der Zielgruppen ist stabil bzw. verbessert.
- 7.5 HIV-positive und Hepatitis-infizierte Inhaftierte werden unterstützt.

Ziel 8: Stärkung der Selbsthilfe und des ehrenamtlichen Engagements

Die Arbeit im Handlungsfeld „HIV/Aids, STI und Hepatitiden“ ist abhängig von der Unterstützung durch ehrenamtliches Engagement, der Arbeit von Freiwilligen und dem großen Angebot an Selbsthilfegruppen. Dieses Engagement soll weiterhin gefördert und unterstützt werden.

Teilziele

- 8.1 Selbsthilfestrukturen und -projekte werden gestärkt.
- 8.2 Ehrenamtliches Engagement in der Projektarbeit wird koordiniert und gestärkt.

5.2 Zielgruppen der Arbeit

Präambel

Motivation zur Verhaltensänderung hängt zwar nicht ausschließlich, aber doch sehr stark von der adäquaten Ansprache der Adressaten ab. Dabei gilt es, sich auf die Besonderheiten der jeweiligen Zielgruppe einzustellen. Trotz aller Unterschiede sind bestimmte **Grundsätze** in der Gesundheitsförderung, über alle Zielgruppen hinweg, zu berücksichtigen:

Zum einen soll die Beratung abhängig vom Geschlecht des Adressaten erfolgen („Gender Mainstreaming“). Zum anderen soll die Beratung nicht von der sexuellen Orientierung der/des Ratsuchenden abhängen und sprachliche wie kulturelle Unterschiede sollen keine zusätzliche Hürde des Zugangs zum Beratungsangebot darstellen („Ethnicity Mainstreaming“). Beratung muss in einer Atmosphäre stattfinden, die es Menschen ermöglicht, trotz der sensiblen Thematik Vertrauen zu fassen und Hilfe annehmen zu können.

Sich verändernde Zielgruppen machen es notwendig, dass sich die Projekte im Handlungsfeld „HIV/Aids, sexuell übertragbare Erkrankungen und Hepatitiden“ dem Bedarf anpassen können. Die nachfolgende Zielgruppenbeschreibung ist als ein aktuelles Bild zu verstehen, das einer regelmäßigen Überprüfung zu unterziehen ist.

Zielgruppen für die Arbeit im Handlungsfeld „HIV/Aids, sexuell übertragbare Erkrankungen und Hepatitiden“ sind gleichermaßen Männer wie Frauen, unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung oder ihrem HIV-Serostatus. Ein besonderer Fokus der Arbeit liegt allerdings auf Menschen mit einer erhöhten Gefährdung, sich mit HIV, sexuell übertragbaren Erkrankungen oder Hepatitiden zu infizieren. Epidemiologische Untersuchungen des Robert Koch-Instituts (RKI) zeigen, dass es Personengruppen gibt, die ein erhöhtes Infektionsrisiko haben. Das RKI nennt hier an erster Stelle Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). Aber auch intravenös Drogenkonsumierende und Konsumenten von Partydrogen sowie Menschen aus Hochprävalenzländern gehören dazu. Darüber hinaus ist die Gruppe der Frauen in der Sexarbeit zu erwähnen. Aber nicht nur die Prävention von Neuinfektionen, sondern auch die Beratung und Betreuung von Menschen mit HIV/Aids und Hepatitiden ist eine der im integrierten Gesundheitsvertrag geregelten Kernaufgaben. Die freien Träger in diesem Handlungsfeld haben sich darauf geeinigt, die verschiedenen Zielgruppen der Arbeit im Handlungsfeld „HIV/Aids, sexuell übertragbare Erkrankungen und Hepatitiden“ in Berlin zwei übergeordneten Kategorien zuzuordnen:

- Menschen mit erhöhter Gefährdung
- Menschen mit chronischen Infektionen

Im Folgenden werden diese beiden Gruppen mit den jeweiligen Untergruppen genauer beschrieben. Keine Berücksichtigung finden in diesem Zusammenhang Personengruppen, die im Sinne der Verhältnisprävention von den Beratungsstellen zwar angesprochen werden, im engeren Sinne aber nicht die eigentliche Zielgruppe sind, z.B. Angehörige

5.2.1 Gruppen mit erhöhter Gefährdung

Unter Gruppen mit einer erhöhten Gefährdung sind Menschen zu verstehen, die auf Grund ihrer Herkunft oder ihres Verhaltens besonders gefährdet sind, sich mit HIV, STIs oder Hepatitiden zu infizieren.

Für die Arbeit in Berlin haben die freien Träger im IGV vier übergeordnete Zielgruppen mit einer erhöhten Gefährdung bestimmt:

- Männer, die Sex mit Männern haben
- Frauen² in der Sexarbeit
- Menschen aus Hochprävalenzländern
- Menschen mit riskantem Drogenkonsum

Bei der Beschreibung der Gruppen mit einer erhöhten Gefährdung werden die Faktoren herausgestellt, die zu einer erhöhten Vulnerabilität der gesamten Zielgruppe führen. Unter solchen so genannten Vulnerabilitätsfaktoren versteht man Bedingungen, die die Bewältigung von auftretenden Belastungen erschweren oder unmöglich machen und somit die Wahrscheinlichkeit einer Infektion mittelbar erhöhen. Solche Vulnerabilitätsfaktoren können psychischer oder sozialer Natur sein.

Personenbezogene Vulnerabilitätsfaktoren

- ungeschützter Sex
- geringer ökonomischer Status
- geringer sozialer Status
- niedriger Bildungsstand
- unsicherer Aufenthaltsstatus
- Wohnungslosigkeit
- Diskriminierung, Tabuisierung/Verleugnung
- psychische Instabilität
- Drogenkonsum
- Drogen- und Alkoholmissbrauch
- psychiatrische Komorbidität
- Koinfektionen
- Risikofaktor „verliebt sein“

² Die Gruppe der Frauen in der Sexarbeit umschließt auch transidente Menschen.

Settingbezogene Vulnerabilität

- Szenetreffpunkte
- Haftanstalten
- Orte anonymer sexueller Begegnung
- Straßenstrich

In den einzelnen Untergruppen können jeweils mehrere dieser Faktoren zutreffen, deshalb soll anhand von Beispielen die Bedeutung der einzelnen Faktoren für die jeweilige Zielgruppe verdeutlicht werden. Ergänzend dazu werden für die einzelnen Untergruppen Settings beschrieben, die zu einer Steigerung der Gefährdung führen können. Darüber hinaus ist anzumerken, dass in allen Zielgruppen die Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund erschwert sein kann. Ökonomische Benachteiligungen sowie mangelnde Deutschkenntnisse und/oder mangelnde Integration können Gründe dafür sein. Migrantinnen und Migranten sind in aller Regel nicht mit dem deutschen Sozial- und Gesundheitssystem vertraut, was einen erschwerten Zugang zu den Gesundheitsdiensten bedeutet. Des Weiteren müssen die unterschiedlichen kulturellen Hintergründe beachtet werden, die beispielsweise eine andere Art der Ansprache zum Thema Sexualität erfordern, insbesondere zum Thema Homosexualität.

Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)

Nach wie vor sind MSM die Gruppe mit dem höchsten Anteil an HIV-Neuinfektionen. Die Arbeit der Berliner Einrichtungen richtet sich deshalb überwiegend an diese Gruppe. Eine erhöhte Gefährdung der MSM ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen. So ist zunächst einmal als Faktor der ungeschützte Sex selbst zu benennen. Die Gefährdung steigt dabei, wenn im Sinne des so genannten „Sero Guessing“ der HIV-Status des aktuellen Sexualpartners geschätzt wird. Je nach Einschätzung werden Schutzmaßnahmen ergriffen oder nicht. Da diese Entscheidung nicht auf einer rationalen Grundlage getroffen wird, kann die Gefahr einer Infektion unterschätzt werden. Das Risiko wird weiter erhöht durch ungeschützten Sex mit einer hohen Anzahl von Sexualpartnern. Eine besondere Form der sexuellen Begegnung, in der eine erhöhte Anzahl an Sexualpartnern vorliegt, sind z. B. so genannte „sexuelle Netzwerke“. Darunter ist zu verstehen, dass Männer, die sich untereinander kennen, sich zum Sex verabreden. Eine Gefährdung besteht in solchen Netzwerken durch die Annahme, dass aufgrund eines vermeintlichen Vertrauens auf geschützten Sex verzichtet werden kann, da auf Grund der Bekanntheit der Teilnehmer untereinander von einer Infektion des Einzelnen nicht ausgegangen wird. Ein ähnliches Risiko verbirgt sich hinter dem Phänomen der „seriellen Monogamie“. Das bedeutet, es finden viele, sehr kurze Beziehungen hintereinander statt in denen ungeschützter Sex praktiziert wird. Aber nicht nur eine hohe Anzahl an Beziehungen in kurzer Zeit mit ungeschütztem Sex erhöhen das Risiko, auch die Tatsache, des „verliebt seins“ erschwert eine objektive Einschätzung für eventuelle Gefährdungen. Ungeschützter Sex wird auch als Vertrauensbeweis zwischen den Partnern gesehen. Ein weiterer wichtiger Faktor ist die Diskriminierung der Betroffenen. Diese führt oft zu einer fehlenden Akzeptanz für die eigene sexuelle Identität. Sexuelle Emanzipation ist jedoch die wichtigste Voraussetzung für eine verantwortungsvoll gelebte Sexualität.

Darüber hinaus kann psychische Instabilität einen weiteren Faktor für eine erhöhte Vulnerabilität darstellen. Die Facetten psychischer Instabilität können dabei recht vielfältig sein und reichen von einer

mangelnden Impulskontrolle in Situationen sexueller Erregung bis hin zu klinisch-psychiatrischen Störungsbildern. Nicht zuletzt stellt der Missbrauch von Alkohol oder Drogen ein zusätzliches Risiko dar, da Schutzmaßnahmen im Sinne des „Safer Sex“ bei akuter Drogenintoxikation häufig vernachlässigt werden.

Spezifische Faktoren kommen in der Gruppe der Jungen und jungen Männer in der Prostitution zum Tragen. Besonders in dieser Gruppe kann ökonomischer Druck zu riskantem Verhalten führen. Ein niedriger Bildungsstand kann dazu führen, dass präventive Maßnahmen vernachlässigt werden. Darüber hinaus kann ein unsicherer Aufenthaltsstatus ein Grund dafür sein, medizinische Untersuchungen nicht in Anspruch zu nehmen und damit eine erhöhte Gefährdung zur Folge haben. In dieser Gruppe kommt hinzu, dass das Setting „Straßenstrich“ häufig zur Vernachlässigung von Hygiene- und Präventionsmaßnahmen führt. Aber nicht nur das spezifische Setting erhöht die Gefahr einer Infektion. An erster Stelle sind für die gesamte Zielgruppe MSM Szenetreffe zu nennen, in deren Umfeld ungeschützter Verkehr praktiziert wird. Eine Besonderheit in diesem Zusammenhang sind die so genannten „Orte (anonymer) sexueller Begegnung“. Es handelt sich um Treffpunkte für Männer, die sich nicht offen im homosexuellen Szeneumfeld bewegen wollen und die in diesem Setting ungeschützten Sex praktizieren. Ein weiteres Setting mit erhöhter Gefährdung sind Haftanstalten, weil Möglichkeiten für „Safer Sex“ nicht immer allen Inhaftierten bekannt sind.

| | |
|---|--|
| <p>Vulnerabilitätsfaktoren (MSM)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ungeschützter Sex ▪ Koinfektionen ▪ Risikofaktor „verliebt sein“ ▪ Diskriminierung ▪ psychische Instabilität ▪ Drogen- und Alkoholmissbrauch ▪ ökonomischer Status ▪ niedriger Bildungsstand ▪ unsicherer Aufenthaltsstatus | <p>Settings, in denen eine erhöhte Gefährdung vorliegt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Szenetreffpunkte ▪ Haftanstalten ▪ Orte (anonymer) sexueller Begegnung ▪ Straßenstrich |
| <p>Zielgruppenansprache durch:</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Berliner Aids-Hilfe (P350) ▪ Schwulenberatung (P353) ▪ manCheck (P354) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ pluspunkt (P355) ▪ Mann-O-Meter (P356) ▪ subway (P359) |

Frauen in der Sexarbeit

Frauen in der Sexarbeit werden in der Statistik des RKI nicht als eigenständige Gruppe klassifiziert, sondern der Gruppe der Heterosexuellen zugeordnet. Unter dem Gesichtspunkt, dass insbesondere Gruppen mit einer erhöhten Gefährdung beschrieben werden, unterscheidet sich diese Zielgruppe von der der Heterosexuellen jedoch stark im Ausmaß der Gefährdung. Zentral in der Betrachtung mögli-

cher Vulnerabilitätsfaktoren ist der ökonomische Druck, dem die Betroffenen ausgesetzt sind. So kann eine finanzielle Notlage dazu führen, dass die Frauen ungeschütztem Verkehr zustimmen. Die finanzielle Notlage kann dabei auch eine Folge von Drogenkonsum sein. Im Rahmen der so genannten Beschaffungsprostitution kann es zu riskanten Sexualpraktiken kommen. Ein unsicherer Aufenthaltsstatus und/oder eine unsichere arbeitsrechtliche Situation werden als weitere Gründe für riskante Sexualpraktiken genannt. Hinzu kommt, dass die Frauen teilweise Androhung von Gewalt, manifeste Gewalt oder Ausbeutung erfahren haben. Ein weiterer wesentlicher Faktor ist der niedrige Bildungsstand und damit das mangelnde Wissen über die verschiedenen Übertragungswege. Darüber hinaus haben Frauen mit einer psychiatrischen Komorbidität oder Suchtmittelabhängigkeit eine erhöhte Vulnerabilität. Auch der in dieser Gruppe häufig vorkommende Missbrauch von Alkohol und Drogen kann die Wahrscheinlichkeit für riskanten, ungeschützten Sex erhöhen. Aufgrund des geringen sozialen Status der Betroffenen aber auch durch Tabuisierung/Diskriminierung fehlt den Frauen häufig das Selbstbewusstsein, die Umsetzung eigener Schutzansprüche einzufordern.

In Bezug auf risikoe erhöhende Settings ist speziell der Straßenstrich zu erwähnen. Ähnlich wie in der Gruppe der MSM beschrieben, werden dort Hygiene- und Präventionsmaßnahmen häufig vernachlässigt.

| Vulnerabilitätsfaktoren (Frauen in der Sexarbeit) | Settings, in denen eine erhöhte Gefährdung vorliegt: |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ ungeschützter Sex ▪ Koinfektionen ▪ geringer ökonomischer Status ▪ unsicherer Aufenthaltsstatus ▪ niedriger Bildungsstand ▪ Diskriminierung ▪ Tabuisierung/Verleugnung ▪ Drogenkonsum ▪ Drogen- und Alkoholmissbrauch ▪ psychiatrische Komorbidität ▪ psychische Instabilität | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Straßenstrich |
| Zielgruppenansprache durch: | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobilix (P351) ▪ HYDRA (P352) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frauentreff Olga (P357) ▪ subway (P359) |

Menschen aus Hochprävalenzländern

Bei Menschen aus Hochprävalenzländern ist die besondere Gefährdung im Zusammenwirken verschiedener Faktoren zu sehen. Menschen, die aus Ländern mit einer überdurchschnittlichen HIV-Prävalenz kommen, verleugnen häufig das Thema Aids. Die Krankheit und der Umgang damit sind von Angst und Tabuisierung geprägt. Aufgrund der fehlenden Auseinandersetzung mit HIV/Aids und

den damit verbundenen Gefahren gibt es Defizite in der Aufklärung. Vor allem ist die Akzeptanz präventiver Maßnahmen sehr gering. Dies ist einerseits in Unwissenheit, andererseits in tradierten und kulturell bedingten Vorstellungen von Sexualität sowie Gesundheit bzw. Krankheit begründet. Aber auch Präventionsmaßnahmen selber erweisen sich nicht immer als ausreichend kultursensibel. Gesellschaftliche Stigmatisierung und Diskriminierung führen dazu, dass Menschen sich in ihren Communities nicht outen, aus Angst, verstoßen zu werden. Die Communities stellen aber gleichzeitig wesentliche soziale Bezugssysteme dar. Hinzu kommt, dass sich die Angebote der Gesundheitsversorgung vornehmlich an die Mehrheitsgesellschaft richten und Menschen mit Migrationshintergrund dadurch einen erschwerten Zugang zum regulären Hilfesystem haben. Neben diesen für diese Gruppe spezifischen Faktoren gilt auch hier, dass ein niedriger Bildungsstand sowie ein insgesamt geringer sozialer Status die Vulnerabilität der Zielgruppe erhöhen können. Auf diese Gruppe trifft besonders zu, dass ein unsicherer Aufenthaltsstatus und damit die Angst vor Abschiebung dazu führen können, dass medizinische Regeluntersuchungen nicht in Anspruch genommen werden. Damit verschlechtern sich Behandlungschancen eines Infizierten und es erhöht sich die Gefahr einer unwissentlichen Infektion Anderer..

Vulnerabilitätsfaktoren

(Menschen aus Hochprävalenzländern)

- Tabuisierung/Verleugnung
- Diskriminierung
- niedriger Bildungsstand
- geringer sozialer Status
- unsicherer Aufenthaltsstatus
- psychische Instabilität
- Koinfektionen

Settings, in denen eine erhöhte Gefährdung vorliegt:

keine

Zielgruppenansprache durch:

- Berliner Aids-Hilfe (P350)
- Afrikaherz (P360)

Menschen mit riskantem Drogenkonsum

Riskanter Drogenkonsum kann sowohl gesundheitsschädliche Konsummuster (z. B. i. v. Drogengebrauch) umfassen als auch ein durch die akute Intoxikation verursachtes Verhalten mit negativen Konsequenzen. Menschen, die riskant Drogen konsumieren, können somit einem doppelten Infektionsrisiko ausgesetzt sein: Zum einen aufgrund des intravenösen Drogenkonsums, zum anderen aufgrund ihres Sexualverhaltens. Laut RKI sind Frauen und Männer, die intravenös Drogen gebrauchen, die viertgrößte Gruppe in der Statistik der HIV-Neuinfektionen. Noch größer ist in dieser Gruppe die Gefahr einer Infektion mit Hepatitis. Ein erheblicher Faktor, der die Gefährdung dieser Zielgruppe erhöht, ist ihr niedriger ökonomischer Status und das Leben im kriminellen Umfeld. Die Mischung aus Illegalität und dem Druck, Geld für den Drogenkonsum beschaffen zu müssen, kann in letzter Konsequenz zu einer sozialen und gesundheitlichen Verelendung der Konsumenten und Konsumentinnen führen. Ein unsicherer Aufenthaltsstatus sowie ein geringer sozialer Status können Ursachen dafür

sein, dass medizinische Angebote nicht wahrgenommen werden und dadurch die Gefahr einer Infektion steigt. Mit einer schlechten sozialen Situation (Wohnungslosigkeit, Unterernährung und mangelnde Hygiene) geht oft auch eine sich verschlechternde gesundheitliche Konstitution der Betroffenen einher. Nicht zuletzt liegt häufig ein niedriges Bildungsniveau, verbunden mit Unwissenheit bezüglich der verschiedenen Übertragungswege von Hepatitiden und HIV vor. Generell gilt auch für diese Gruppe, dass eine psychische Instabilität oder psychiatrische Komorbidität insgesamt die Gefährdung erhöht.

Settings, in denen eine erhöhte Gefährdung vorliegt, sind einerseits die Szenetreffpunkte und dort vor allem die offene Szene, da hier die Gefahr des gemeinsamen Benutzens von Spritzen unter den Konsumenten sehr hoch ist. Ein besonders hohes Risiko birgt auch der Aufenthalt in Haftanstalten, da dort sterile Spritzen und Kanülen nicht regulär zugänglich sind.

| | |
|---|---|
| <p>Vulnerabilitätsfaktoren (Menschen mit riskantem Drogenkonsum)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ niedriger ökonomischer Status ▪ unsicherer Aufenthaltsstatus ▪ geringer sozialer Status ▪ niedriger Bildungsstand ▪ psychische Instabilität ▪ psychiatrische Komorbidität ▪ Koinfektionen | <p>Settings, in denen eine erhöhte Gefährdung vorliegt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Szenetreffpunkte ▪ Haftanstalten ▪ Straßenstrich |
| <p>Zielgruppenansprache durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Berliner Aids-Hilfe (P350) ▪ Mobilix (P351) ▪ Frauentreff Olga (P357) | |

5.2.2 Menschen mit chronischen Infektionen

Die Gruppen mit einer erhöhten Gefährdung für eine Infektion wurden von den freien Trägern in diesem Handlungsfeld anhand von Vulnerabilitätsfaktoren und gefährdungsrelevanten Settings beschrieben. Ein Ziel der Arbeit im Handlungsfeld „HIV/Aids, STI und Hepatitiden“ ist es, die erhöhte Gefährdung dieser Gruppen zu verringern.

In der Gruppe der Menschen mit einer bereits bestehenden Infektion liegt der Fokus auf einer Reduzierung der Faktoren, die zu einer verstärkten Belastung der Zielgruppe beitragen. Zu benennen sind vor allem psychosoziale Faktoren, die eine wesentliche Rolle für den Verlauf der Erkrankung spielen. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Faktoren, die infolge der Infektion bzw. Erkrankung auftreten und jenen, die unabhängig von der Erkrankung vorhanden sind. Zu den Faktoren, die infolge der Erkrankung auftreten, gehören neben den körperlichen Belastungen vor allem die psychischen Belastungen. Die Diagnose „HIV-infiziert“ oder „Aids-erkrankt“ verursacht meistens einen Schock. Diese traumatische Erfahrung gilt es in der Folgezeit zu verarbeiten. Die Betroffenen leiden dabei nicht selten zusätzlich unter Depressionen. Darüber hinaus stellen sich häufig psychosomatische Begleitscheinungen, wie Schlaflosigkeit oder Kopfschmerzen, ein.

Die Betroffenen müssen mit weiteren Belastungssituationen umgehen, die nicht unmittelbar durch die Krankheit hervorgerufen werden. So stellen ein niedriger ökonomischer und ein geringer sozialer Status sowie ein unsicherer Aufenthaltsstatus Stressfaktoren dar, die sich zusätzlich belastend auf die Psyche auswirken und somit den Krankheitsverlauf beeinflussen können. Nicht selten kommt es zur Wechselwirkung zwischen den Faktoren, sodass auch die Folgen der Erkrankung einen negativen Einfluss auf den ökonomischen und sozialen Status haben. Ein weiterer Faktor, der sich vor allem negativ auf die Therapiecompliance auswirkt, ist ein niedriger Bildungsstand.

Zu der Gruppe der Menschen mit chronischen Infektionen gehören sowohl Menschen mit HIV/Aids als auch Personen mit einer Hepatitis-Infektion. Bei Menschen mit einer Hepatitis-Infektion liegt der Fokus auf jenen, deren Krankheitsverlauf chronisch ist (Hepatitis B, C oder D).

Vulnerabilitätsfaktoren

(Menschen mit chronischen Infektionen)

- psychische Instabilität
- psychiatrische Komorbidität
- psychisches Trauma
- niedriger ökonomischer Status
- geringer sozialer Status
- unsicherer Aufenthaltsstatus
- niedriger Bildungsstand
- Koinfektionen
- Wohnungslosigkeit

Settings, in denen eine erhöhte Gefährdung vorliegt

keine

Zielgruppenansprache durch³:

- Berliner Aids-Hilfe (P350)
- Schwulenberatung (P353)
- pluspunkt (P355)
- Afrikaherz (P360)
- Sozialmakler (P361)
- Felix (P362)

³ Menschen mit bestehenden Infektionen werden grundsätzlich von allen Projekten im Handlungsfeld angesprochen. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt dabei auf der Information, Motivierung und Weitervermittlung zu anderen Hilfetägern. Darüber hinaus bieten die aufgelisteten Projekte eine personenbezogene Betreuung bzw. pflegerische Leistung für die Zielgruppen an, um eine nachhaltige Verbesserung der Lebenssituation der Zielgruppe zu gewährleisten.

6. Maßnahmen

Zur Erreichung der genannten Ziele muss den Gefährdungen der Zielgruppen entgegengewirkt werden. Dazu wurden in einem ersten Schritt jene Faktoren bestimmt, die zu einer Erhöhung der Gefährdung beitragen (vgl. Kap. 5.2). Ausgehend von diesen Vulnerabilitätsfaktoren haben die freien Träger Maßnahmen benannt, die im Handlungsfeld umgesetzt werden. Nachfolgend werden diese Maßnahmen für alle Teilziele im Handlungsfeld beschrieben. Die Darstellung orientiert sich an der Struktur der Ziele und Teilziele. Zu beachten ist dabei, dass die verschiedenen Maßnahmen nicht isoliert voneinander zu betrachten sind. Häufig bedingt erst die Umsetzung der einen Maßnahme den Erfolg einer anderen. Diese Interdependenzen müssen in der Planung der Projekte Berücksichtigung finden. Im Text wird deshalb auf entsprechende Interdependenzen hingewiesen.

Die hier beschriebenen Maßnahmen geben den aktuellen Stand zum Zeitpunkt der Konzepterstellung wieder. Veränderungen in den Zielgruppen, neue „Trends“ im Sexualverhalten oder neue Drogenkonsummuster erfordern entsprechende Anpassungen an die sich verändernden Anforderungen. Wichtig ist deshalb, dass die hier beschriebenen Maßnahmen regelmäßig auf ihre Effektivität hin überprüft werden. Ein tabellarischer Überblick aller Ziele und Maßnahmen kann dem Anhang entnommen werden (Tabelle 2).

Ziel 1: Verankerung des Präventionswissens in den Zielgruppen

Teilziel 1.1: Die Zielgruppen sind über Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten aufgeklärt.

Maßnahmen: Um Teilziel 1.1 zu erreichen, müssen in den Zielgruppen Informationen zu Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten verfügbar sein. Die Informationsvermittlung erfolgt zum einen mit Hilfe verschiedener Medien. Das können Flyer oder Broschüren sein, die von den Projekten selbst entworfen oder von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. (DAH) sowie von anderen Projekten oder Kooperationspartnern herausgegeben werden. Bei der Erstellung der Informationsmaterialien werden die unterschiedlichen Lebenswelten der MSM sowie kulturelle und ethnische Besonderheiten der Zielgruppen berücksichtigt. Bei der Entwicklung bzw. Überarbeitung der Materialien wird sichergestellt, dass aktuelle Trends bzw. der aktuelle Stand der Forschung zeitnah in die Medien integriert werden. Die Materialien liegen in den Beratungsstellen aus, werden im Rahmen von Aktionen persönlich übergeben oder an Orten, an denen sich die Zielgruppen treffen, ausgelegt. Eine weitere Variante ist die Informationsvermittlung via Internet. Über Internetseiten der Projekte sind relevante Informationen für die Zielgruppen zugänglich. Zur Medienprävention gehört auch die Initiierung von (Medien-) Kampagnen im Rahmen von Medienpartnerschaften. Neben der medialen Informationsvermittlung halten die Projekte zum anderen vor allem Angebote der personalen Kommunikation vor. Zentral ist hierbei die individuelle Aufklärung und Informationsvermittlung in den Einrichtungen oder im Rahmen der aufsuchenden Vor-Ort-Arbeit. Dabei können die Informationen in Form eines allgemeinen Gesprächs oder im Rahmen der Präventionsberatung vermittelt werden. Darüber hinaus findet Beratung auch am Telefon statt oder im Internet via E-Mail- oder Chatberatung. Die Durchführung von sowie die Beteiligung an zielgrup-

penspezifischer Öffentlichkeitsarbeit wie z. B. öffentlichen Veranstaltungen mit Informationsständen und Aktionen gehören ebenso zu den personalkommunikativen Maßnahmen der Projekte. Eine weitere Maßnahme ist die Schulung von Multiplikatoren. Geschult werden nicht nur Fachkräfte, sondern auch Ansprechpartner aus den Zielgruppen selber. Neben der Weitervermittlung von Präventionswissen ermöglichen die Ansprechpartner in den Communities den Projekten häufig einen ersten Zugang zu den Zielgruppen.

Teilziel 1.2: Die Zielgruppen sind über die Wechselwirkungen zwischen HIV/Aids, STIs und Hepatitiden aufgeklärt.

Maßnahmen: Neben der Vermittlung von Informationen zu HIV/Aids wird zunehmend die Gefahr von Infektionen mit Hepatitiden und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen thematisiert. In der Umsetzung des Teilziels kann auf die gleichen Maßnahmen zurückgegriffen werden wie unter Teilziel 1.1 beschrieben.

Teilziel 1.3: Die Zielgruppen sind über die Risiken des ungeschützten Sex, vor allem bei Sex mit einer hohen Anzahl an Sexualpartnern, aufgeklärt.

Maßnahmen: Zentral ist - wie bei den Teilzielen 1.1 und 1.2 - die Bereitstellung von Informationen. Informationen werden analog zu den beiden genannten Teilzielen mündlich, schriftlich oder via Internet vermittelt.

Tabelle 2: Übersicht der Maßnahmen zu Ziel 1

| Teilziel | Maßnahme |
|-------------------|---|
| 1.1 1.2 1.3 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erarbeitung von spezifischen, auf unterschiedliche Lebenswelten bzw. auf kulturelle und ethnische Besonderheiten zugeschnittene Aufklärungs- und Informationsmaterialien ▪ Bereitstellung von Informationen: <ul style="list-style-type: none"> - mündlich - schriftlich - via Internet, Telefonberatung, E-Mailberatung und Chatberatung - Durchführung von sowie Beteiligung an zielgruppenspezifischer Öffentlichkeitsarbeit - Initiierung von (Medien-) Kampagnen ▪ Multiplikatorenschulung (z. B. Fachkräfte, Ansprechpartner in den Communities, etc.) ▪ Beratung zu Schutzverhalten und Risikomanagement ▪ Aufsuchende Vor-Ort-Arbeit ▪ Kontinuierliche Anpassung der Angebote und Maßnahmen an die Bedürfnisse der Zielgruppen |

Ziel 2: Stärkung der Handlungskompetenzen für die individuelle Gesunderhaltung und Förderung eines nachhaltigen Schutzverhaltens und dessen Implementierung im persönlichen Lebensstil

Teilziel 2.1: Sozialleistungen werden in Anspruch genommen/Die Lebensgrundlage ist gesichert.

Maßnahmen: In der Beratungsstelle werden gemeinsam mit den Betroffenen sozialrechtliche Leistungsansprüche geklärt und Möglichkeiten zur Hilfe bei der materiell-finanziellen Existenzsicherung erörtert. Die Beratung zu Arbeitsstandards spielt für Frauen in der Sexarbeit eine wichtige Rolle. Die Betroffenen werden unterstützt bei der Durchsetzung von Leistungsansprüchen. Das reicht von der Hilfe beim Ausfüllen von Formularen bis hin zur persönlichen Begleitung zu Behörden und Ämtern.

Teilziel 2.2: Die soziale Situation der Zielgruppen ist stabil bzw. verbessert

Maßnahmen: Voraussetzung für eine stabile soziale Situation ist, dass die Lebensgrundlage sowie die Wohnsituation gesichert sind (siehe Teilziel 2.1 und 2.4). In der Projektarbeit erfolgt darüber hinaus eine Planung der Lebensperspektive gemeinsam mit dem Betroffenen. In diesem Zusammenhang wird z. B. die berufliche Weiterentwicklung mit den Klientinnen und Klienten besprochen. Für Menschen in der Sexarbeit gibt es zusätzlich Angebote, die einen Ausstieg aus der Prostitution (z. B. bei Gewalterfahrungen und Ausbeutung) bzw. einen Wechsel in alternative berufliche Tätigkeiten ermöglichen sollen.

Teilziel 2.3: Der Gesundheitszustand der Zielgruppen ist stabil bzw. verbessert.

Maßnahmen: Die Stabilisierung des Gesundheitszustands wird sowohl durch eine gesundheitlich-medizinische Beratung gewährleistet als auch durch die Bereitstellung von medizinischer Basisversorgung, die die allgemeine medizinische Regelversorgung ergänzen. Das Angebot der gesundheitlich-medizinischen Beratung reicht von der Beratung über Angebote der medizinischen/psychologischen Versorgung und die Pflege ergänzende Leistungen, über die Vermittlung von Handlungskompetenzen zu Safer Use bis hin zur Aufklärung über medizinische Aspekte der Substitution oder Nebenwirkungen von Medikamenten. Die medizinische Basisversorgung umfasst sowohl die Diagnostik von Krankheiten als auch verschiedene Interventionen. Darüber hinaus bieten einige Projekte Möglichkeiten zur Körper- und Wäschepflege an oder auch Rückzugsmöglichkeiten zur Regeneration sowie materielle Hilfe in Form von Getränken und Lebensmitteln. Die pflegerische Versorgung von Menschen mit chronischen Infektionen ist über andere Kostenträger gewährleistet und erfolgt mit dem notwendigen Fachwissen zu Aids und Hepatitiden. Im Rahmen der Projektarbeit einzelner freier Träger in diesem Handlungsfeld werden die für eine gesundheitliche Stabilisierung erforderlichen, ergänzenden Maßnahmen durchgeführt, die anderweitig nicht sichergestellt sind.

Teilziel 2.4: Die Wohnsituation ist stabil.

Maßnahmen: Die Wohnsituation wird stabilisiert durch Beratung, Vermittlung, Bereitstellung von Wohnraum bzw. durch Absicherung von Wohnraum oder betreutem Wohnen.

- Teilziel 2.5: Ein nachhaltiges Schutzverhalten wird im persönlichen Lebensstil umgesetzt.
- Maßnahmen: Das Wissen um Schutzmöglichkeiten ist eine der Voraussetzungen dafür, dass ein nachhaltiges Schutzverhalten im persönlichen Lebensstil umgesetzt wird. Die Vermittlung von Wissen wird einerseits durch die Bereitstellung von Informationen gewährleistet (siehe Teilziel 1.1) und andererseits durch die Beratung zu gesundheitlich-medizinischen Themen. Neben der Vermittlung von Wissen stehen die Mobilisierung vorhandener Ressourcen und die Motivierung zur Eigenverantwortung im Vordergrund. Die Projekte unterstützen die Betroffenen dabei, die Fähigkeit (wieder) zu erlernen, im Alltag eigenständig zu handeln und bieten ihnen dazu Hilfestellungen an. Neben diesen Maßnahmen, die sich direkt an die Zielgruppen richten, wird im Sinne der Verhältnisprävention Lobbyarbeit zur Verbesserung der gesellschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen betrieben, so dass ein Umfeld entsteht, in dem die Umsetzung des Schutzverhaltens möglich ist.
- Teilziel 2.6: Die Zielgruppen sind über den Einfluss des Konsums von legalen und illegalen Drogen auf das Infektionsrisiko aufgeklärt.
- Maßnahmen: Der Konsum von legalen wie illegalen Drogen ist ein Vulnerabilitätsfaktor, der in allen Zielgruppen eine Rolle spielt. In der Beratung wird der Einfluss des Konsums auf das Infektionsrisiko thematisiert, es werden Ursachen und Risiken des Konsums besprochen, sowie Angebote der Drogenhilfe vorgestellt und gegebenenfalls Betroffene in die entsprechenden Einrichtungen vermittelt. Darüber hinaus werden Handlungskompetenzen zu Safer Use und Harm Reduction-Strategien im Rahmen des Risikomanagements vermittelt.
- Teilziel 2.7: Die psychische Stabilität in den Zielgruppen soll durch entsprechende Angebote erhalten bzw. verbessert werden.
- Maßnahmen: Ängste oder Konflikte können die Stabilität der Psyche beeinflussen und sich auf das individuelle Schutzverhalten auswirken. Die Projekte in diesem Handlungsfeld halten Angebote vor, die auf eine Stärkung des Selbstwertgefühls zielen. Die Berliner Projekte im Handlungsfeld „HIV/Aids, STI und Hepatitiden“ bieten deshalb ein breites Spektrum an psychosozialer Beratung, Betreuung und Gruppenarbeit an. Bei Bedarf wird eine Krisenintervention angeboten.
- Teilziel 2.8: Die Zielgruppen sind hinreichend über HIV/STI-Diagnostikverfahren informiert.
- Maßnahmen: Jede Testdiagnostik sollte in eine Beratung vor und nach der Diagnostik eingebettet sein. Diese wird von einzelnen Projekten im Rahmen der zur Verfügung stehenden Beratungsarbeit angeboten. Die Beratung zu den verschiedenen Diagnostikverfahren ist nicht von der tatsächlichen Durchführung eines Tests abhängig.
- Teilziel 2.9: Testangebote werden in den Zielgruppen entsprechend den Infektionsrisiken in Anspruch genommen.
- Maßnahmen: Menschen mit Risikoverhalten werden ermutigt, ihren Infektionsstatus festzustellen. Gegebenenfalls erfolgt eine Weitervermittlung an Einrichtungen, die einen HIV-Antikörpertest durchführen. Ergänzend zu den Testangeboten insbesondere des

ÖGD, bei niedergelassenen Ärzten und Kliniken werden niedrighschwellige, settingbezogene Testangebote vorgehalten, um auch Zielgruppen zu erreichen, die sonst nur schwer zu erreichen sind.

Teilziel 2.10: Die Zielgruppen sind sexuell emanzipiert.

Maßnahmen: Sexuelle Emanzipation im Sinne der sexuellen Identität ist eine wichtige Voraussetzung für eine verantwortungsvoll gelebte Sexualität. Um die Handlungskompetenzen nachhaltig zu stärken, wird eine positive Einstellung zur eigenen Sexualität gefördert. In der Gruppe der MSM findet dazu Beratung zur Stärkung der sexuellen Identität sowie zu allen Fragen schwuler Sexualität statt, mit Themen wie z.B. „Coming-out“ und Umgang mit Diskriminierung. Die Beratung erfolgt in persönlichen Gesprächen oder in angeleiteten Gruppen.

Tabelle 3: Übersicht der Maßnahmen zu Ziel 2

| Teilziel | Maßnahme |
|----------|--|
| 2.1 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung zur materiell-finanziellen Existenzsicherung ▪ Beratung bei Fragen zur Gewährung von Sozialleistungen ▪ Hilfe bei der Durchsetzung sozialrechtlicher Ansprüche ▪ Vermittlung und Begleitung in Notlagen |
| 2.2 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung zu beruflichen Fragen |
| 2.3 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung zu Angeboten der medizinischen/psychologischen Versorgung und der Pflege ▪ Gesundheitlich-medizinische Beratung ▪ Bereitstellung von medizinischer Basisversorgung ▪ Bereitstellung allgemeiner praktischer Lebenshilfen ▪ Bereitstellung von die Pflege ergänzenden Leistungen mit dem notwendigen Fachwissen zu Aids und Hepatitis C ▪ Beratung von Freunden und Angehörigen in der Pflege |
| 2.4 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung, Vermittlung, Bereitstellung von Wohnraum bzw. Absicherung von Wohnraum oder betreutem Wohnen |
| 2.5 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bereitstellung von Informationen <ul style="list-style-type: none"> - mündlich - schriftlich - via Internet (Infodatenbank) ▪ Gesundheitlich-medizinische Beratung ▪ Motivierung zur Eigenverantwortung ▪ Mobilisierung vorhandener Ressourcen ▪ Hilfestellung beim Erlernen der Fähigkeit, im Alltag eigenständig zu handeln ▪ Lobbyarbeit zur Verbesserung der gesellschaftlichen Bedingungen, in denen Schutzverhalten umgesetzt werden kann |

| Teilziel | Maßnahme |
|----------|--|
| 2.6 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung zu drogen- und suchtbefugenen Themen der Gesundheitsförderung und zu weiterführenden Angeboten der Sucht- und Drogenhilfe |
| 2.7 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ psychosoziale Beratung und Gruppenarbeit ▪ Krisenintervention |
| 2.8 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung zu HIV/STI Testdiagnostik |
| 2.9 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivierung und Vermittlung zur Testdiagnostik |
| 2.10 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung zur sexuellen Identität ▪ Beratung zur homosexuellen Lebensweisen ▪ Beratung zum Umgang mit Diskriminierung |

Ziel 3: Stärkung der zielgruppenspezifischen Angebote durch verbindliche Kooperationen der Projekte im Handlungsfeld, mit angrenzenden Bereichen und mit den Institutionen in der Regelversorgung

Teilziel 3.1: Leistungen der Regelversorgung werden bei Bedarf in Anspruch genommen.

Maßnahmen: Damit Leistungen der Regelversorgung in Anspruch genommen werden (können), ist es Teil der Lobbyarbeit der Projekte, die Institutionen der Regelversorgung für die Probleme der Zielgruppen zu sensibilisieren und zu öffnen. Ein Fokus der Maßnahmen liegt auf der gezielten Weitervermittlung der Betroffenen in adäquate Angebote der Regelversorgung.

Teilziel 3.2: Die Kooperation der Projekte untereinander, mit angrenzenden Bereichen und mit den Institutionen in der Regelversorgung wird verstärkt.

Maßnahmen: Die Kooperation der Projekte mit angrenzenden Bereichen und mit den Institutionen in der Regelversorgung soll die Passgenauigkeit der Angebote für die Zielgruppen verbessern. Deshalb wird die Vernetzung der Projekte untereinander und mit anderen Organisationen fortgeführt bzw. intensiviert. Wichtige Funktionen des Netzwerkes können erfüllt werden durch wechselseitige Schulungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie durch die Weitervermittlung von Klientinnen und Klienten in interne als auch externe Angebote. Die Weitervermittlung von Klientinnen und Klienten erfolgt mit Hilfe des Case Managements bzw. Fall-Monitorings und der Erfolg der Vermittlungen wird dokumentiert. Um die Zusammenarbeit zwischen den Kooperationspartnern zu verbessern, werden verbindliche Vereinbarungen getroffen.

Teilziel 3.3: Im Rahmen der Kooperation setzen die Projekte Impulse zur Weiterentwicklung der Regelversorgung.

Maßnahmen: Gemeinsam mit den Betroffenen werden Anforderungen an die Weiterentwicklung der Regelversorgung als Impulse an die entsprechenden Institutionen weitergegeben.

Tabelle 4: Übersicht der Maßnahmen zu Ziel 3

| Teilziel | Maßnahme |
|----------|---|
| 3.1 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilisierung der sozialen Regeldienste für die Probleme der Zielgruppen. ▪ Weitervermittlung in Institutionen der Regelversorgung ▪ Überprüfung der Leistungen der Regelversorgung und ggf. Erarbeitung von Vorschlägen zur Verbesserung |
| 3.2 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Multiplikatoren-schulung ▪ Vernetzung mit anderen Organisationen und Projekten ▪ Weitervermittlung in andere interne bzw. externe Angebote ▪ Case Management/Fall-Monitoring ▪ Auf- und Ausbau von Kontakten in den Communities ▪ Kooperationsvereinbarungen |
| 3.3 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachliche Impulse zur Weiterentwicklung der Regelversorgung |

Ziel 4: Verbesserung der gesundheitsbezogenen Chancengleichheit

Teilziel 4.1: Die Zielgruppen haben gleich(berechtigt)en Zugang zur sozialen, gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung.

Maßnahmen: Um einen gleichberechtigten Zugang zur sozialen, gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zu ermöglichen, werden die Klienten und Klientinnen zur Inanspruchnahme der Angebote beraten und vermittelt. Im Bedarfsfall erfolgt eine medizinische Basisversorgung. Im Sinne der Verhältnisprävention erfolgt zusätzlich Lobbyarbeit, um die gesellschaftlichen Voraussetzungen für einen gleichberechtigten Zugang zu schaffen.

Teilziel 4.2: Die Zielgruppen finden ein Umfeld vor, in dem Safer Sex und/oder Safer Use gefördert und verstärkt werden.

Maßnahmen: Zentral ist hier die Motivierung zum Schutzverhalten. Verbunden damit ist die Vergabe von Kondomen, Gleitmitteln und Hygieneartikeln (z. B. Dental Dams). Im Sinne des Safer Setting-Ansatzes werden Konsumutensilien zur Verfügung gestellt. Teil der Verhältnisprävention ist es, bei Freiern/Kunden Akzeptanz für die Situation der Frauen und Männer in der Sexarbeit zu schaffen.

Tabelle 5: Übersicht der Maßnahmen zu Ziel 4

| Teilziel | Maßnahme |
|----------|--|
| 4.1 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung und Vermittlung ▪ Medizinische Basisversorgung ▪ Lobbyarbeit |
| 4.2 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bereitstellung von sterilen/hygienischen Konsumutensilien ▪ Motivierung zu Schutzverhalten ▪ Bereitstellung von Kondomen und Hygieneartikeln |

Ziel 5: Verstärkung der Prävention in Betriebsstätten, in denen sexuelle Begegnungen statt finden und/oder sexuelle Dienstleistungen angeboten werden

Teilziel 5.1: In Betriebsstätten, in denen sexuelle Begegnungen statt finden und/oder sexuelle Dienstleistungen angeboten werden, sind Standards zur Erreichung von Safer Settings etabliert.

Maßnahmen: Für die Sicherstellung von Safer Settings in Betriebsstätten, die sexuellen Begegnungen dienen, werden Kooperationen mit den Betreibern angestrebt bzw. ausgebaut. Teil dieser Kooperationen sind beispielsweise regelmäßige „Wirte-Treffen“, bei denen die Betreiber der Etablissements über Schutzmöglichkeiten vor Ort informiert werden. Dazu gehört, dass Informationsmaterialien zu HIV, Hepatitiden und sexuell übertragbaren Erkrankungen in den Betriebsstätten bereitgestellt werden, sowie die Verfügbarkeit von kostenlosen Materialien (z. B. Kondome oder Gleitmittel) in gebrauchstüblichen Mengen zur Verhütung von HIV/Hepatitiden und sexuell übertragbaren Erkrankungen. Bei der Umsetzung der Standards werden die Betreiber unterstützt (z. B. Vermittlung von Kontakten zu Herstellern von Präventionsmaterialien). Die Betreiber sollen darüber hinaus bei der Integration der Selbstverpflichtung in den Betriebsablauf begleitet, beraten und motiviert werden. Verstöße gegen die Kooperationsvereinbarung werden dokumentiert.

Teilziel 5.2 Betreiber verpflichten sich zum Konzept der Safer Settings.

Maßnahmen: Die unter 5.1 beschriebene Kooperation soll in Vereinbarungen zwischen den Kooperationspartnern verbindlich geregelt werden. Dabei sollen die Betreiber bzw. Veranstalter in die Entwicklung von Kooperationsvereinbarungen eingebunden werden.

Teilziel 5.3 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Betriebsstätten sind für die Präventionsarbeit sensibilisiert.

Maßnahmen: Durchgeführt werden Schulungen für Betreiberinnen und Betreiber sowie Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter von Orten der sexuellen Begegnung in den Themenbereichen „Männer, Sex, Gesundheit“, Aufklärung zu HIV/Aids, STIs und Hepatitiden sowie zum Einfluss von (Party-) Drogen auf das Infektionsrisiko.

Teilziel 5.4 Die Inhalte der Wirte-Selbstverpflichtung und die Qualitätsstandards, die in den teilnehmenden Betrieben erwartet werden können, sind den Zielgruppen bekannt.

Maßnahmen: Durch die Entwicklung einer Marke bzw. eines Logos die/das für die Wirte-Selbstverpflichtung steht, sollen die vereinbarten Qualitätsstandards bekannt und die teilnehmenden Einrichtungen erkennbar gemacht werden. Dies geschieht im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit und werblicher Maßnahmen zur Verstärkung der Wahrnehmung der Wirte-Selbstverpflichtung. In diesem Zusammenhang sollen der Aufbau und die Pflege von Medienpartnerschaften verstärkt werden.

Tabelle 6: Übersicht der Maßnahmen zu Ziel 5

| Teilziel | Maßnahme |
|----------|---|
| 5.1 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intensivierung und Ausbau der Zusammenarbeit mit Betrieben und Veranstaltern, die Sex vor Ort ermöglichen. ▪ Koordination, Organisation und Moderation von Wirte-Treffen ▪ Unterstützung bei der Umsetzung der Wirte-Selbstverpflichtung ▪ Lobbyarbeit |
| 5.2 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit den Betreibern |
| 5.3 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchführung von Schulungsmaßnahmen |
| 5.4 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entwicklung einer Marke, eines Logos und eines Corporate Designs für die Wirte-Selbstverpflichtung ▪ Öffentlichkeitsarbeit und werbliche Maßnahmen zur Verstärkung der Wahrnehmung der Wirte-Selbstverpflichtung ▪ Aufbau und Pflege von Medienpartnerschaften |

Ziel 6: Förderung eines akzeptierenden und solidarischen Umgangs mit Menschen mit HIV/Aids und/oder Hepatitiden

Teilziel 6.1: Menschen mit HIV/Aids und/oder Hepatitiden werden nicht diskriminiert.

Maßnahmen: Der Diskriminierung von Menschen mit HIV/Aids und/oder Hepatitiden soll entgegengetreten werden, indem Verständnis für die Situation der Betroffenen geschaffen wird. In Berlin geschieht dies sowohl durch die Öffentlichkeitsarbeit der Projekte als auch durch Sensibilisierung der Allgemeinbevölkerung für die Probleme der Zielgruppen.

Teilziel 6.2: Infektionskrankheiten werden in den Zielgruppen und der Bevölkerung offen thematisiert.

Maßnahmen: Ein großes Problem ist nach wie vor die Tabuisierung von HIV und Aids. Die Aufgabe der Projekte im Handlungsfeld besteht deshalb darin, den Umgang mit HIV/Aids zu enttabuisieren. Erreicht wird dies durch die Vermittlung von Informationen zum Infektionsrisiko und über Schutzmöglichkeiten. Die Informationsvermittlung erfolgt durch personale Kommunikation bzw. durch den Einsatz verschiedener Medien (Flyer etc.).

Teilziel 6.3: Die Integration von Menschen mit HIV/Aids und/oder Hepatitiden wird gefördert.
 Maßnahmen: Die Projekte halten Angebote vor, die den Betroffenen einen Zugang zu Arbeit, Wohnraum und kulturellen Angeboten ermöglichen. Darüber hinaus werden Veranstaltungen zur Begegnung von Menschen mit und ohne HIV bzw. Aids organisiert.

Tabelle 7: Übersicht der Maßnahmen zu Ziel 6

| Teilziel | Maßnahme |
|----------|--|
| 6.1 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Öffentlichkeitsarbeit ▪ Aufklärung über die Probleme der Zielgruppen |
| 6.2 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bereitstellung von Informationen <ul style="list-style-type: none"> - mündlich - schriftlich |
| 6.3 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bereitstellung von Angeboten, die einen Zugang zu Arbeit, Wohnraum und kulturellen Angeboten ermöglichen ▪ Organisation von Begegnungsangeboten |

Ziel 7: Förderung der Gesundheit für Menschen in Haftanstalten

Teilziel 7.1: Die Zielgruppen sind über Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten aufgeklärt.
 Maßnahmen: Ähnlich wie unter Teilziel 1.1 beschrieben, steht die Vermittlung von Informationen im Vordergrund. Von zentraler Bedeutung für Arbeit mit Menschen in Haftanstalten ist die personale Kommunikation.

Teilziel 7.2: Die Zielgruppen finden ein Umfeld vor, in dem Safer Sex und/oder Safer Use gefördert und verstärkt werden.

Maßnahmen: Die Schaffung eines Safer Settings, in dem z. B. die Vergabe von Spritzen möglich ist, ist in Haftanstalten besonders schwierig. Maßnahmen zur Erreichung dieses Ziels setzen vor allem auf politischer und gesellschaftlicher Ebene an und versuchen, die Rahmenbedingungen so zu verändern, dass Safer Sex bzw. Safer Use akzeptiert werden. Nur sehr vereinzelt ist der Spritzentausch in den Berliner Haftanstalten noch möglich.

Teilziel 7.3: Die psychische Stabilität in den Zielgruppen wird durch entsprechende Angebote erhalten bzw. verbessert.

Maßnahmen: Die Projekte halten ein Angebot an psychosozialer Beratung für Inhaftierte vor.

Teilziel 7.4: Der Gesundheitszustand der Zielgruppen ist stabil.

Maßnahmen: Die Projekte bieten neben der Beratung zur Inanspruchnahme medizinischer Versorgung auch Beratung zur Substitutionsbehandlung in der Haft an.

Teilziel 7.5: HIV-positive und Hepatitis-infizierte Inhaftierte werden unterstützt.

Maßnahmen: Hier steht besonders die Aufklärung der JVA-Bediensteten über die Situation von HIV-Infizierten im Vordergrund. Einige Projekte bieten im Rahmen des so genannten "Entlassungsmanagements" Unterstützung bei der Planung der Zeit nach der Entlassung aus der Haft an (wie z. B. Wohnraumvermittlung).

Tabelle 8: Übersicht der Maßnahmen zu Ziel 7

| Teilziel | Maßnahme |
|----------|--|
| 7.1 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bereitstellung von Informationen zu HIV/Aids |
| 7.2 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Spritzentausch in der JVA ▪ Fachliche und politische Lobbyarbeit zur generellen Wiedereinführung der Spritzenvergabe in Haftanstalten |
| 7.3 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ psychosoziale Beratung |
| 7.4 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung zur Inanspruchnahme medizinischer Versorgung ▪ Beratung zur Substitution in Haft |
| 7.5 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Multiplikatorenschulung ▪ Entlassungsmanagement |

Ziel 8: Stärkung der Selbsthilfe und des ehrenamtlichen Engagements

Teilziel 8.1: Selbsthilfestrukturen und –projekte werden gestärkt.

Maßnahmen: Die Stärkung der Selbsthilfe erfolgt durch verschiedene Maßnahmen, insbesondere die Bereitstellung von Infrastruktur, beispielsweise durch die Überlassung von Räumlichkeiten oder die Möglichkeit für Selbsthilfeprojekte sich, im Internet mit einer Webseite präsentieren zu können. Selbsthilfegruppen werden durch die Projekte initiiert und begleitet.

Teilziel 8.2: Ehrenamtliches Engagement in der Projektarbeit wird koordiniert und gestärkt.

Maßnahmen: Ehrenamtliches Engagement ist eine tragende Säule in der Projektarbeit dieses Handlungsfeldes. Ehrenamtliche werden auf ihre Aufgaben vorbereitet und bei deren Umsetzung unterstützt. Dazu findet eine fortlaufende Qualifizierung, Aus- bzw. Fortbildung und Supervision von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern statt. Ehrenamtlich Tätigen wird eine Mitgestaltung der Projektarbeit ermöglicht. Die Projekte koordinieren die Arbeit der Ehrenamtlichen. Darüber hinaus entwickeln und etablieren sie Systeme einer Wertschätzung ehrenamtlicher Arbeit.

Tabelle 9: Übersicht der Maßnahmen zu Ziel 8

| Teilziel | Maßnahme |
|----------|---|
| 8.1 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bereitstellung von Infrastruktur ▪ Unterstützung durch hauptamtliche Mitarbeiter |
| 8.2 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Partizipation an Entwicklung und Durchführung von Vorortaktionen ▪ Fortlaufende Qualifikation, Ausbildung, Fortbildung und Supervision ▪ Koordination der ehrenamtlichen Mitarbeit ▪ Etablierung eines Systems der Wertschätzung |

Literaturverzeichnis

- Brack, J. (2002). Die Hepatitiden B und C bei drogenabhängigen Patienten: Eine epidemiologische Studie. *Suchttherapie*, 3 (Suppl. 1), 3-10.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung & Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2005). HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung. Bonn/Berlin.
- Buth, S., Martens, M.-S., Verthein, U., Neumann, E. & Oechsler, H. (2007). Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdokumentation. Hamburg: BADO e.V.
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic books.
- Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98 (2): 107–109.
- Ketterer, A. (1998). Strukturelle Prävention im theoretischen Kontext und als Spiegel der Zeit: Vorbilder, Einflüsse, Abgrenzungen, Merkmale. In Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.), *Strukturelle Prävention. Ansichten zum Konzept der Deutschen AIDS-Hilfe (AIDS-Forum DAH, Band 33, S. 39-55)*. Berlin.
- Niedersächsische AIDS-Hilfe Landesverband e.V. & Deutsche Aidshilfe e. V. (2004). *Standards der Aidshilfe-Arbeit in Niedersachsen*.
- Reimer, J., Lorenzen, J., Schäfer, I., Backmund, M., Bätz, B. & Haasen, C. (2005). Virale Leberinfektionen bei intravenösen Drogengebrauchern. *Suchtmedizin*, 7, 128.
- Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI, <http://www3.rki.de/SurvStat>, Datenstand: 19.05.2009
- Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI, <http://www3.rki.de/SurvStat>, Datenstand: 27.05.2009
- Robert Koch-Institut (2005). *Epidemiologisches Bulletin Nr. 43 (Oktober 2005) – Sexuell übertragbare Krankheiten (STDs) – Sentineldaten des RKI von Januar 2003 bis Juni 2005*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (2007). *Epidemiologisches Bulletin Nr. 47 (November 2007) – Welt-AIDS-Tag 2007*. Berlin, Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (2008). *Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe A/2008 (Mai 2008) - HIV/AIDS-Erkrankungen in Deutschland*. Berlin, Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (2009). *Epidemiologisches Bulletin Nr. 29 (Mai 2009) – Virushepatitis B, C und D im Jahr 2008*. Berlin, Robert Koch-Institut.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales (2008). *Sächsisches Aktionsprogramm zur HIV/AIDS-Bekämpfung*. Dresden.
- Schu, M. & Tossmann, P. (2007). *Die Drogenkonsumräume in Berlin. Ergebnisse der Evaluation 2005 - 2007 im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin*. Köln/Berlin. Verfügbar unter: http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-drogen-sucht/veroeffentlichungen/endbericht_dkr.pdf (Abruf am 22.06.2009)

- Sonntag, D., Bauer, C. & Eichmann, A. (2008). Deutsche Suchthilfestatistik 2007. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungsstellen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. München: Institut für Therapieforschung.
- Stark, K., Schreier, E., Müller, R., Wirth, D., Driesel, G. & Bienzle, U. (1995). Prevalence and determinants of anti-HCV seropositivity and of HIV genotype among intravenous drug users in Berlin. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 27 (4), 331–337.
- WHO (2006). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German (Abruf am 25.08.2008)

Anhang

Tabelle 10: Vergleich der Ziele und Maßnahmen im IGV geförderten Handlungsfeld „HIV/Aids, STI und Hepatitis“

| 1 Verankerung des Präventionswissens in den Zielgruppen | | |
|---|---|--|
| | Teilziele | Maßnahmen |
| 1.1 | Die Zielgruppen sind über Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten aufgeklärt. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erarbeitung von spezifischen, auf unterschiedliche Lebenswelten bzw. auf kulturelle und ethnische Besonderheiten zugeschnittene Aufklärungs- und Informationsmaterialien ▪ Bereitstellung von Informationen <ul style="list-style-type: none"> - mündlich - schriftlich - via Internet, Telefonberatung, E-Mailberatung und Chatberatung - Durchführung von sowie Beteiligung an zielgruppenspezifischer Öffentlichkeitsarbeit - Initiierung von (Medien-) Kampagnen ▪ Multiplikatorenschulung (z. B. Fachkräfte, Ansprechpartner in den Communities, etc.) ▪ Beratung zu Schutzverhalten und Risikomanagement ▪ Aufsuchende Vor-Ort-Arbeit ▪ Kontinuierliche Anpassung der Angebote und Maßnahmen an die Bedürfnisse der Zielgruppen |
| 1.2 | Die Zielgruppen sind über die Wechselwirkungen zwischen HIV/Aids, STIs und Hepatitis aufgeklärt. | |
| 1.3 | Die Zielgruppen sind über die Risiken des ungeschützten Sex, vor allem bei Sex mit einer hohen Anzahl an Sexualpartnern aufgeklärt. | |
| 2 Stärkung der Handlungskompetenzen für die individuelle Gesunderhaltung und Förderung eines nachhaltigen Schutzverhaltens und dessen Implementierung im persönlichen Lebensstil | | |
| | Teilziele | Maßnahmen |
| 2.1 | Sozialleistungen werden in Anspruch genommen/Die Lebensgrundlage ist gesichert. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung bei Fragen zur Gewährung von Sozialleistungen ▪ Hilfe bei der Durchsetzung sozialrechtlicher Ansprüche ▪ Vermittlung und Begleitung in Notlagen ▪ Beratung zur materiell-finanziellen Existenzsicherung ▪ Beratung zu beruflichen Fragen ▪ Hilfe bei der Suche nach Wohnraum/Wohnraumvermittlung ▪ Beratung zu Angeboten der medizinischen/psychologischen Versorgung und der |
| 2.2 | Die soziale Situation der Zielgruppen ist stabil bzw. verbessert. | |
| 2.3 | Der Gesundheitszustand der Ziel- | |

| | | |
|------|--|---|
| | gruppen ist stabil bzw. verbessert. | <p>Pflege</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitlich-medizinische Beratung ▪ Bereitstellung von medizinischer Basisversorgung ▪ Ausgabe von Getränken und Lebensmitteln ▪ Bereitstellung von Möglichkeiten zur Körper- und Wäschepflege ▪ Bereitstellung von Rückzugsmöglichkeiten zur Regeneration |
| 2.4 | Die Wohnsituation ist stabil. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung, Vermittlung, Bereitstellung von Wohnraum oder Absicherung von Wohnraum oder betreutem Wohnen |
| 2.5 | Ein nachhaltiges Schutzverhalten wird im persönlichen Lebensstil umgesetzt. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bereitstellung von Informationen <ul style="list-style-type: none"> - mündlich - schriftlich - via Internet (Infodatenbank) ▪ Gesundheitlich-medizinische Beratung ▪ Motivierung zur Eigenverantwortung ▪ Mobilisierung vorhandener Ressourcen ▪ Hilfestellung beim Erlernen der Fähigkeit, im Alltag eigenständig zu handeln ▪ Lobbyarbeit zur Verbesserung der gesellschaftlichen Bedingungen, unter denen Schutzverhalten umgesetzt werden kann |
| 2.6 | Die Zielgruppen sind über den Einfluss des Konsums von legalen und illegalen Drogen auf das Infektionsrisiko aufgeklärt. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung zu drogen- und suchtbefugenen Themen der Gesundheitsförderung und zu weiterführenden Angeboten der Sucht- und Drogenhilfe ▪ Beratung zur Konsumreduktion |
| 2.7 | Die psychische Stabilität in den Zielgruppen wird durch entsprechende Angebote erhalten bzw. verbessert. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ psychosoziale Beratung ▪ Krisenintervention |
| 2.8 | Die Zielgruppen sind hinreichend über HIV/STI Testdiagnostik informiert. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung zu HIV/STI Testdiagnostik |
| 2.9 | Testangebote werden in den Zielgruppen entsprechend den Infektionsrisiken in Anspruch genommen. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivierung und Vermittlung zur Testdiagnostik |
| 2.10 | Zielgruppen sind sexuell emanzipiert. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coming-out-Beratung |

| | | |
|----------|--|---|
| 3 | Stärkung der zielgruppenspezifischen Angebote durch verbindliche Kooperationen der Projekte im Handlungsfeld, mit angrenzenden Bereichen und mit den Institutionen in der Regelversorgung | |
| | Teilziele | Maßnahmen |
| 3.1 | Leistungen der Regelversorgung werden bei Bedarf in Anspruch genommen. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilisierung der sozialen Regeldienste für die Probleme der Zielgruppen ▪ Weitervermittlung in Institutionen der Regelversorgung ▪ Überprüfung der Leistungen der Regelversorgung und ggf. Erarbeitung von Vorschlägen zur Verbesserung |
| 3.2 | Die Kooperation der Projekte untereinander, mit angrenzenden Bereichen und mit den Institutionen in der Regelversorgung wird verstärkt. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Multiplikatoren-schulung ▪ Vernetzung mit anderen Organisationen und Projekten ▪ Weitervermittlung in andere interne bzw. externe Angebote ▪ Case Management/Fall-Monitoring ▪ Auf- und Ausbau von Kontakten in den Communities ▪ Kooperationsvereinbarungen |
| 3.3 | Im Rahmen der Kooperation setzen die Projekte Impulse zur Weiterentwicklung der Regelversorgung. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachliche Impulse zur Weiterentwicklung der Regelversorgung |
| 4 | Verbesserung der gesundheitsbezogenen Chancengleichheit | |
| | Teilziele | Maßnahmen |
| 4.1 | Die Zielgruppen haben gleich(berechtigt)en Zugang zur sozialen, gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung ▪ Medizinische Basisversorgung ▪ Lobbyarbeit |
| 4.2 | Die Zielgruppen finden ein Umfeld vor, in dem Safer Sex und/oder Safer Use gefördert und verstärkt werden. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bereitstellung von sterilen/hygienischen Konsumutensilien ▪ Motivierung zu Schutzverhalten ▪ Bereitstellung von Kondomen und Hygienemitteln |

| | | |
|----------|---|--|
| 5 | Verstärkung der Prävention in Betriebsstätten, in denen sexuelle Begegnungen statt finden und/oder sexuelle Dienstleistungen angeboten werden | |
| | Teilziele | Maßnahmen |
| 5.1 | In Betriebsstätten, in denen sexuelle Begegnungen statt finden und/oder sexuelle Dienstleistungen angeboten werden, sind Standards zur Erreichung von Safer Settings etabliert. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intensivierung und Ausbau der Zusammenarbeit mit Betrieben und Veranstaltern, die Sex vor Ort ermöglichen ▪ Koordination, Organisation und Moderation von Wirte-Treffen ▪ Unterstützung bei der Umsetzung der Wirte-Selbstverpflichtung ▪ Lobbyarbeit |
| 5.2 | Betreiber verpflichten sich zum Konzept des Safer Settings. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit den Betreibern |
| 5.3 | Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Betriebsstätten sind zur Präventionsarbeit sensibilisiert. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchführung von Schulungsmaßnahmen |
| 5.4 | Die Inhalte der Wirte-Selbstverpflichtung und die Qualitätsstandards, die in den teilnehmenden Betrieben erwartet werden können, sind den Zielgruppen bekannt. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entwicklung einer Marke, eines Logos und eines Corporate Designs für die Wirte-Selbstverpflichtung ▪ Öffentlichkeitsarbeit und werbliche Maßnahmen zur Verstärkung der Wahrnehmung der Wirte-Selbstverpflichtung ▪ Aufbau und Pflege von Medienpartnerschaften |
| 6 | Förderung eines akzeptierenden und solidarischen Umgangs mit Menschen mit HIV/Aids und/oder Hepatitiden | |
| | Teilziele | Maßnahmen |
| ▪ 6.1 | ▪ Menschen mit HIV/Aids und/oder Hepatitiden werden nicht diskriminiert. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antidiskriminierungsarbeit |
| ▪ 6.2 | ▪ Infektionskrankheiten werden in den Zielgruppen und der Bevölkerung offen thematisiert. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bereitstellung von Informationen <ul style="list-style-type: none"> - mündlich - schriftlich |
| ▪ 6.3 | ▪ Die Integration von Menschen mit HIV/Aids und/oder Hepatitiden wird gefördert. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bereitstellung von Angeboten, die einen Zugang zu Arbeit, Wohnraum und kulturellen Angeboten ermöglichen ▪ Organisation von Begegnungsangeboten |

| 7 Förderung der Gesundheit für Menschen in Haftanstalten | | |
|--|--|--|
| | Teilziele | Maßnahmen |
| 7.1 | Die Zielgruppen sind über Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten aufgeklärt. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bereitstellung von Informationen zu HIV/Aids |
| 7.2 | Die Zielgruppen finden ein Umfeld vor, in dem Safer Sex und/oder Safer Use gefördert und verstärkt werden. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Spritzenvergabe in der JVA ▪ Fachliche und politische Lobbyarbeit zur Wiedereinführung der Spritzenvergabe in Haftanstalten |
| 7.3 | Die psychische Stabilität in den Zielgruppen wird durch entsprechende Angebote erhalten bzw. verbessert. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ psychosoziale Beratung |
| 7.4 | Der Gesundheitszustand der Zielgruppen ist stabil bzw. verbessert. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung zur Inanspruchnahme medizinischer Versorgung ▪ Beratung zur Substitution in Haft |
| 7.5 | HIV-positive und Hepatitis-infizierte Inhaftierte werden unterstützt. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Multiplikatorenschulung ▪ Entlassungsmanagement ▪ Beratung zu den Unterstützungsmöglichkeiten der Deutschen Aids Stiftung |
| 8 Stärkung der Selbsthilfe und des ehrenamtlichen Engagements | | |
| | Teilziele | Maßnahmen |
| 8.1 | Selbsthilfestrukturen und –projekte werden gestärkt. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bereitstellung von Infrastruktur ▪ Unterstützung durch hauptamtliche Mitarbeiter |
| 8.2 | Ehrenamtliches Engagement in der Projektarbeit wird koordiniert und gestärkt. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Partizipation an Entwicklung und Durchführung von Vorortaktionen ▪ Transparenz von Entscheidungen und Entwicklungen ▪ Fortlaufende Qualifikation, Ausbildung, Fortbildung und Supervision Koordination der ehrenamtlichen Mitarbeit ▪ Etablierung eines Systems der Wertschätzung |