Gesundheitsamt

Freie
Hansestadt
Bremen

Sozialmedizinischer
Dienst für Erwachsene

AIDS/STD Beratung

Prävention – Beratung – Versorgung

Die AIDS/STD Beratung 2005-2007

Impressum

Herausgeber
Gesundheitsamt Bremen
Sozialmedizinischer Dienst für Erwachsene
AIDS/STD Beratung
Horner Str. 60-70
28203 Bremen

www.gesundheitsamt.bremen.de

Redaktion
Felicitas Jung
Thomas Hilbert

Autorinnen und Autoren
Felicitas Jung
Sagitta Paul
Karen Jürgens
Martin Taschies
Susanne Coors
Robert Akpabli
Brigitte Cordes
Janina Grumbt

Bearbeitung
Harald Freytag

Druckauflage: 100
PDF-Version: www.gesundheitsamt.bremen.de

Erscheinungsdatum
7/2008

Prävention – Beratung – Versorgung

Die AIDS/STD Beratung

2005-2007

Gesundheitsamt Bremen

Sozialmedizinischer Dienst

AIDS/STD Beratung

Juli 2008

Inhaltsverzeichnis

Die wichtigsten Daten im Überblick 7

1 Einblick und Ausblick 11

2 Die AIDS/STD Beratung 15

2.1 Aufgaben, Ziele und Angebote 15

2.2 Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 16

3 Epidemiologische Situation 17

4 AIDS – HIV-Antikörpertest und Beratung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken 21

4.1 HIV-Antikörpertest und Beratung zu anderen sexuell übertragbaren Infektionen 21

4.2 Beratung und Begleitung von HIV-infizierten und AIDS-kranken Menschen 30

5 Sexuell übertragbare Erkrankungen – Untersuchung und Beratung von Prostituierten 43

5.1 Die Sprechstunde 43

5.2 Projekt Apartmentarbeit – Prävention durch aufsuchende Sozialarbeit 51

5.3 "Tabulos" in Bremen – eine Aktion für Freier 56

6 Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit 59

6.1 Afrikaprojekt 59

6.2 Sexuelle Gesundheit bei Migrantinnen und Migranten – ein Thema für Integrationskurse? 64

6.3 Informationsvermittlung zu HIV und STD auf neuen Wegen 69

6.4 Dance4Life 70

6.5 Prävention für Schülerinnen und Schüler ohne Schulabschluss 76

6.6 JugendFilmTage 79

6.7 Freiersein – Kampagne zur Fußball-WM 82

7 Anhang 85

7.1 Literaturliste und Quellen 85

7.2 Glossar 87

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1: Daten zum Bereich HIV/AIDS im Überblick 7

Tabelle 2: Daten zum Tätigkeitsbereich sexuell übertragbare Erkrankungen im Überblick 8

Tabelle 3: Fortbildungen, Präventions- und Öffentlichkeitsarbeit – Veranstaltungen und Zielgruppen 9

Tabelle 4: Kontakte im Zusammenhang mit dem HIV-Antikörpertest 2004 bis 2007 22

Tabelle 5: Anteil der Männer in der HIV-Test-Beratung 2004-2007 23

Tabelle 6: Herkunftsländer der Migrant/innen beim HIV-Antikörpertest 2004 bis 2007 25

Tabelle 7: Anzahl der Gespräche mit HIV-positiven Menschen und mit Personen ihres Umfeldes 2004 bis 2007 34

Tabelle 8: Inhalte der Beratung 2004 bis 2007 (Mehrfachantworten) 34

Tabelle 9: Wo wird beraten? Persönliche Beratungen 2005 und 2007 35

Tabelle 10: Vergleich der Nationalitäten 2005-2007 44

Tabelle 11: Themen innerhalb der Beratungsgespräche (Mehrfachnennungen) 45

Tabelle 12: Medizinische Leistungen nach Beratungsgesprächen (Mehrfachnennungen) 46

Tabelle 13: Diagnosen 2005-2007 im Vergleich (Mehrfachnennungen und nur die wichtigsten Diagnosen) 48

Tabelle 14: Vergleich der Nationalitäten 2005-2007 54

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Prozentuale Altersverteilung, Männer und Frauen beim HIV-Test 2004-2007 23

Abbildung 2: Motive für den HIV-Test 2004-2007 (Mehrfachnennungen N=1.102) 27

Abbildung 3: Anzahl HIV-infizierter Frauen und Männer in der Beratung 31

Abbildung 4: Erreger und ihre Nachweismethoden unserer Untersuchungen 47

Die wichtigsten Daten im Überblick

Tabelle 1:

Daten zum Bereich HIV/AIDS im Überblick

Art der Kontakte	2007	2006	2005	2004
1. HIV/AIDS Beratungskontakte insgesamt	**2.464**	**2.472**	**2.603**	**2.648**
a) Ergebnis-mitteilungen/ allgemeine Beratungen	940	978	1085	1023
b) Beratungen vor dem HIV-Test	**1.109**	**1.105**	**1.155**	**1.180**
• Davon Männer	50,2%	52%	51%	52%
• Davon Migrant/innen	10%	9%	9%	10%
• Davon keine Kondom-benutzung	74,4%	75,8%	74,0%	72%
• Davon Erstdiagnosen einer HIV-Infektion	0,3% (3 Personen)	0,5% (5 Personen)	0,7% (8 Personen)	0,5% (6 Personen)
c) Beratungskontakte mit HIV/AIDS-Patient/innen und ihrem Umfeld	**415**	**389**	**363**	**445**
Anzahl der HIV-infizierten Patient/innen	54	43	37	51
• Davon Frauen/Männer	23/31	23/20	14/23	25/26
• Davon Migrant/innen	15	12	12	18
• Davon heterosexuell	37	34	30	42
• Davon erster Kontakt zur Beratungsstelle	25	24	18	33
• Davon Erstdiagnose HIV	11	8	13	16

Quelle: Dokumentation der AIDS/STD Beratung 2004 bis 2007

Tabelle 2:

Daten zum Tätigkeitsbereich sexuell übertragbare Erkrankungen im Überblick

Art der Kontakte	2007	2006	2005	2004
2. Sexuell übertragbare Erkrankungen Beratungskontakte insgesamt*	**2.848**	**2.744**	**1.849**	**1.403**
a) Kontakte in der Beratungsstelle	2.022	2.119	1.675	1.283
Anzahl der in der Beratungs-stelle betreuten Personen	321	272	237	220
• Davon in der Prostitution arbeitende Personen	86,5%	87,1%	90,7%	90%
• Davon Migrant/innen (Frauen und Männer)	82,5%	78,3%	82,3%	75,0%
b) Kontakte bei Streetwork	**826**	**626**	**174**	**120**
• Davon Migrant/innen	72%	78%	62%	83%

Quelle: Dokumentation der AIDS/STD Beratung 2004 bis 2007

*seit 2006 veränderte Leistungserfassung, daher sind die Daten mit den Jahren davor nicht vergleichbar.

Tabelle 3:

Fortbildungen, Präventions- und Öffentlichkeitsarbeit – Veranstaltungen und Zielgruppen

	2007	2006	2005	2004
Anzahl der Veranstaltungen	***69***	***57***	***32***	***16***
Zielgruppen				
3. Anzahl der erreichten Personen insgesamt	**5.526**	**13.454**	**3.340**	**4.198**
• Davon Jugendliche	4.235	4.800	2.500	2.700
• Davon Migrant/innen (Afrikaprojekt)**	810	1.700	700	1.040
• Davon Pflegepersonal	138	122	100	119
• Davon Fachpublikum	168	122	40	39
• Davon Student/innen	75	110		
• Davon Männer im Rahmen eines Projektes zur Freierprävention während der Fußballweltmeis-terschaft*		3.500		
• Hotline für Freier*		2.900		
• sonstige	100	200		300

Quelle: Dokumentation der AIDS/STD Beratung 2004 bis 2007

*Diese Aktion fand nur in 2006 statt.

**Im Jahr 2006 erreichten wir mit einer Großveranstaltung mit dem Verein Pan Afrika ca. 800 Personen.

1 Einblick und Ausblick

Die vergangenen drei Jahre waren aus unserer Sicht sehr erfolgreich. Dieser neue Bericht soll Ihnen Einblicke in die vielfältigen Entwicklungen geben. Soweit möglich knüpfen wir an den Bericht der Jahre 2003 und 2004 an[1]. Nicht alle Daten konnten wir jedoch kontinuierlich fortschreiben, da wir in einzelnen Tätigkeitsfeldern neue und sinnvollere Erfassungen erarbeitet haben.

Leitidee unserer Arbeit ist es, sexuell übertragbare Infektionen zu reduzieren. Um dieses große Ziel erreichen zu können, haben wir uns handhabbare Ziele gesetzt:

Wir wollen

- Informieren,
- Gesundheit fördern,
- Infektionen erkennen,
- Erkrankungen behandeln,
- Betroffene unterstützen und
- Ausgrenzung vermeiden.

Informieren

Ein besonderer Schwerpunkt war in den vergangenen Jahren die Primärprävention. Dies bedeutet, sexuell übertragbare Infektionen zu verhindern. Wir informieren über die Infektionswege und motivieren dazu, riskantes Verhalten zu verändern.

Auf unterschiedlichen Wegen gelang es uns, auch die Menschen anzusprechen, die oft nur sehr schwer zu erreichen sind: Migrant/innen, Prostituierte in privaten Apartments und sogar Freier.

Wir intensivierten die "Apartmentarbeit", um Frauen in der Prostitution zu erreichen (s. Kap. 6.2) und mit anderen Kooperationspartnern griffen wir neue Ideen auf, um Freier anzusprechen (s. Kap. 6.3 und Kap. 7.7).

Für und mit Migrant/innen entwickelten wir das Afrikaprojekt weiter, wir konnten afrikanische Multiplikator/innen gewinnen und ausbilden, und wir engagierten uns für einen Zugang zu Integrationskursen (s. Kap. 7.1).

Im Jugendbereich, in dem wir bereits seit langen Jahren tätig sind, konzipierten wir das "Flashprojekt" für den Unterricht. Dies ist ein Medienpaket auf einer CD, das sich an Formaten orientiert, die Jugendliche aus dem Fernsehen oder Internet kennen. Wir beteiligten uns erstmals an dem weltweiten Tanzprojekt Dance4life und veranstalteten wie in den vergangenen Jahren mit verschiedenen Kooperationspartnern die JugendFilmTage (s. Kap. 7).

---

[1] Für die Jahre 2003 und 2004 wurde bereits ein ausführlicher Bericht veröffentlicht:
Gesundheitsamt Bremen (2006). *Zur Arbeit der AIDS/STD Beratung. Ein Blick auf die Jahre 2003-2004*. Bremen.

Gefreut hat uns, dass wir den Mitarbeiter des Afrikaprojekts über Drittmittel bis Mai 2008 finanziell sichern konnten. Ohne ihn und sein Engagement wäre dieses Projekt nicht realisierbar gewesen. Mittlerweile hat sich ein großer Teil der afrikanischen Communities mit Informationen zu HIV und AIDS auseinandergesetzt und über kontinuierliche Aktivitäten hält er gemeinsam mit den Multiplikator/innen dort die Diskussion um AIDS wach (s. Kap. 7.1). Das Team profitiert von den neuen, kulturellen Kenntnissen genauso wie HIV-infizierte und AIDS-kranke Afrikaner/innen, die unsere Beratungsstelle aufsuchen (s. Kap 5.2).

Infektionen erkennen – Erkrankungen behandeln

Es gelingt uns verstärkt, Menschen mit einem hohen Risiko für sexuell übertragbare Erkrankungen zu erreichen. Frauen, die in der Prostitution arbeiten, nehmen zunehmend die kostenlose und anonyme ärztliche Diagnostik und Behandlung bei sexuell übertragbaren Erkrankungen in Anspruch (s. Kap. 6.1).

Nahezu gleichbleibend nutzte die Bremer Bevölkerung den anonymen HIV-Antikörpertest (s. Kap. 5.1). Dass wir dieses Angebot unverändert aufrechterhalten konnten, bewerten wir ebenfalls positiv. Wir weiteten unsere Tätigkeiten in nahezu allen anderen Feldern aus, während sich unsere Personalkapazität im selben Zeitraum verringerte – eine Kollegin ging in Weiterbildung und eine andere Kollegin wurde in eine andere Abteilung abgeordnet. Selbstverständlich würden wir uns wünschen, stärker für den Test werben zu können. In den letzten Jahren stiegen die Neudiagnosen bei HIV deutlich an (s. Kap. 4). Wer um seine HIV-Infektion weiß, kann sich rechtzeitig behandeln lassen und kann das Risiko anderer für eine Infektionen reduzieren. Bei der derzeitigen personellen Besetzung können wir jedoch eine zusätzliche Ausweitung dieses Bereichs nicht umsetzen. Wir sind jedoch froh, dass wir das bisherige Niveau halten konnten.

Gesundheit fördern – Infektionen erkennen – Erkrankungen Behandeln – Betroffene unterstützen

Die Mehrzahl der Frauen in der Prostitution kommt aus dem Ausland, der größere Teil von ihnen hat in Deutschland keine Krankenversicherung. Sie erhalten bei uns ärztliche Diagnostik und Behandlung bei sexuell übertragbaren Erkrankungen, und wir unterstützen sie mit Informationen und Materialien, die es ihnen ermöglichen, mit geringeren Risiken für sexuell übertragbare Infektionen zu arbeiten. Außerdem suchen wir sie aktiv in den privaten Apartments auf, in denen sie überwiegend arbeiten ("Streetwork"). Wir knüpfen so Kontakte zu Frauen, die uns noch nicht kennen, und frischen alte Kontakte auf. Wir erreichen damit auch Frauen, die aus unterschiedlichen Gründen die Beratungsstelle nicht aufsuchen können. Gegenüber 2004 konnten wir die Kontakte in diesem Arbeitsbereich vervielfachen (s. Kap. 6.2).

In Kooperation mit Nitribitt e.V. und anderen Einrichtungen führten wir zwei erfolgreiche Projekte durch, die sich an Freier richteten. Damit wollten wir die Frauen bei der praktischen Umsetzung von "safer sex" unterstützen und gleichzeitig die Verantwortung der Freier für solche Sexualpraktiken stärken (s. Kap. 6.3 und Kap. 7.7).

Betroffene unterstützen – Ausgrenzung vermeiden

Bundesweit steigen die Zahlen neuer Diagnosen bei HIV. Auch bei uns in der Beratungsstelle stieg die Zahl HIV-infizierter und AIDS-kranker Menschen, die Hilfe suchten. Wir unterstützen die Betroffenen und ihr Umfeld so, dass ihnen ein weitgehend normales und selbständiges Leben möglich ist und sie nicht ausgegrenzt werden. Auch pflegebedürftige Personen finden in einer Bremer Pflegeeinrichtung, mit der wir eng kooperieren, eine gute Versorgung (s. Kap. 5.2).

Das ehrenamtliche Engagement einer HIV-positiven Frau motivierte uns, zwei neue und besondere Angebote für HIV-Positive bereit zu stellen: eine Gruppe für HIV-positive Frauen und eine Sprechstunde für HIV-Positive von HIV-Positiven (s. Kap. 5.2).

Unter den Infizierten nutzten besonders HIV-positive Frauen und Migrant/innen – hier ebenfalls mehr Frauen als Männer – unsere Beratungsstelle (s. Kap. 5.2). Der relativ hohe Anteil von Migrant/innen ist einerseits Resultat unserer kontinuierlichen Präventionsarbeit für diese Zielgruppe, andererseits auch das Resultat einer engen Kooperation mit den Bremer Kliniken. Deren Mitarbeiter/innen suchen gezielt unsere Unterstützung, um Migrant/innen, die neben sprachlichen und kulturellen Hindernissen vielfältige soziale Probleme und Ängste bewältigen müssen, den Übergang in die ambulante Versorgung erleichtern. Angst vor Ausgrenzung und verschiedene Schwierigkeiten bei sozialrechtlichen Fragen sind in dieser Gruppe nicht selten. Der hohe Frauenanteil ist zum einen in der traditionellen Haltung begründet, dass Frauen sich eher als Männer Hilfe holen, zum anderen aber auch in der Spezialisierung der Bremer AIDS-Beratungsstellen nach Zielgruppen. Das Rat und Tat Zentrum für Schwule und Lesben e.V. erreicht überwiegend die Männer, die mit Männern Sex haben. Diese bilden zugleich die größte Betroffenengruppe bei Männern.

Ausblick

Trotz mancher Schwierigkeiten bei der Umsetzung waren die meisten Projekte erfolgreich, die verschiedenen Zielgruppen nahmen sie gut an. Verwirklichen konnten wir eine solch breite Angebotspalette allerdings nur durch das Engagement unserer Mitarbeiter/innen und der ehrenamtlichen Mitarbeiterin sowie durch lange Zusammenarbeit mit vielen Bremer Institutionen. Ohne alle erwähnen zu können, seien unsere wichtigsten und kontinuierlichsten Kooperationspartner hier genannt: Rat und Tat Zentrum für Lesben und Schwule e.V., Pro Familia Bremen e.V., Nitribitt e.V., Gesundheitstreffpunkt West und viele Bremer Schulen.

Besonders hinderlich für die Umsetzung einzelner Projekte war, dass einer unserer Kooperationspartner, Pro Familia Bremen e.V., Geld für Veranstaltungen einnehmen muss. Dies ist bei sozial benachteiligten Gruppen nicht angemessen. Diese wollen und können in der Regel nicht für gesundheitsfördernde Angebote bezahlen und auch die Institutionen, die mit dieser Zielgruppe arbeiten, sind dazu häufig nicht in der Lage.

Steigende Infektionszahlen in der Gruppe der homo- und bisexuellen Männer sprechen dafür, sich ihnen wieder stärker zuzuwenden. Daher werden wir gemeinsam mit dem Rat und Tat Zentrum für Homosexuelle und Lesben e.V. diskutieren, was homosexuelle Männer für "safer sex" motiviert und welche Schritte von unserer Seite notwendig sind. Doch unseren Bemühungen sind hier auch Grenzen gesetzt. Generell nutzen Männer Beratungsangebote weniger als Frauen. Auch die Kollegen des Rat und Tat Zentrums bestätigen, dass Männer oft erst dann kommen, "wenn es brennt". Bislang ist wenig bekannt, wie dieses Verhalten wirksam beeinflusst werden kann.

Die folgenden Berichte aus den verschiedenen Arbeitsfeldern zeigen, welche wichtige Rolle wir als Gesundheitsamt bei der gesundheitlichen Versorgung gesellschaftlich sozial benachteiligter Gruppen spielen. Ohne solche Angebote fehlt diesen Gruppen der Zugang zu Informationen und sie finden schwerer Zugang zur gesundheitlichen Versorgung. Sexuell übertragbare Erkrankungen können sich dann leichter ausbreiten. Daher ist es auch in Zukunft wichtig, möglichst viele Präventionsangebote aufrechtzuerhalten und neue, kreative Konzepte zu entwickeln.

Im Jahr 2008 ist es für uns besonders wichtig, die Anschlussfinanzierung unseres deutsch-afrikanischen Kollegen für das Afrikaprojekt weiter zu sichern.

Aus den Erfahrungen der letzten Jahre, die teilweise an die Belastungsgrenzen der einzelnen Mitarbeiter/innen gingen, haben wir jedoch auch gelernt. Wir müssen bei allem Engagement und bei allen objektiven Notwendigkeiten immer wieder klären, welche Kapazitäten wir für die vielen Aktivitäten, die wir alle für notwendig halten, tatsächlich zur Verfügung haben. Zu erwarten ist, dass uns zukünftig noch mehr Frauen, die in der Prostitution arbeiten, in Anspruch nehmen werden und dass bei steigenden HIV-Infektionen noch mehr HIV-infizierte Menschen zu uns kommen. Vorausgesetzt, dass keine weiteren Stellen geschaffen werden, was angesichts der Bremer Haushaltnotlage nicht zu erwarten ist, wird es zukünftig auf eine stärkere Konzentration der Arbeitsfelder hinauslaufen. Wir werden nicht mehr so vieles in der gegenwärtigen Intensität vorantreiben können.

2 Die AIDS/STD Beratung

2.1 Aufgaben, Ziele und Angebote

Aufgabenschwerpunkte:

- Beratung, Begleitung und ärztliche Untersuchung für Menschen, die in der Prostitution arbeiten.
- Beratung und Begleitung von Menschen, die von HIV und AIDS betroffen sind.
- Durchführung von anonymen HIV-Antikörpertests und dazugehörige Beratung incl. der Beratung zu anderen STD
- Aufklärung, Fortbildung und Öffentlichkeitsarbeit für verschiedene Zielgruppen.

Ziele:

Unser Hauptziel ist es, Neuinfektionen zu reduzieren. Handlungsleitende Ziele sind:

- informieren
- Gesundheit fördern
- Infektionen erkennen
- Erkrankungen behandeln
- Betroffene unterstützen und
- Ausgrenzung vermeiden

Angebote:

- Information und Beratung zu HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen
- Anonymer HIV-Antikörpertest in Verbindung mit einem Beratungsgespräch vor und nach dem Test
- Medizinische Beratung
- Ärztliche Untersuchung und Behandlung sexuell übertragbarer Erkrankungen für Prostituierte und Menschen ohne Krankenversicherung
- Beratung und psychosoziale Begleitung für Menschen mit HIV/AIDS, für ihre Partner/innen, Partner und ihre Angehörigen
- Beratung und psychosoziale Begleitung für weibliche und männliche Prostituierte
- Information zu Sozialleistungen
- Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit
- Fortbildung und Beratung von Institutionen

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Unser Team setzt sich aus Mitarbeiter/innen verschiedener beruflicher Disziplinen zusammen. Ärztliche, pflegerische, psychotherapeutische und pädagogische Kompetenzen sind vertreten.[2] Außerdem bilden wir regelmäßig Berufspraktikant/innen für Sozialarbeit/Sozialpädagogik aus und seit neuerer Zeit auch Praktikant/innen aus dem Studium für Public Health.

Dr. Johanna Ute Hauswaldt, Ärztin (Referatsleitung)
Andrea Hatke, Verwaltungsangestellte (Geschäftszimmer)
Susanne Coors, Dipl. Sozialpädagogin, Berufschullehrerin
Brigitte Cordes, Krankenschwester, Lehrerin, Präventionsfachkraft
Christa Gronewoldt, Krankenschwester
Dr. Karen Jürgens, Fachärztin für Dermatologie und Venerologie
Felicitas Jung, MPH, Pädagogin MA, Familien- und Sexualtherapeutin (Anleiterin für Public Heath Praktikant/innen)
Sagitta Paul, MPH, Dipl. Psychologin
Martin Taschies, Dipl. Sozialarbeiter (Anleiter für Berufspraktikant/innen Sozialpädagogik)
R. Akpabli, Dipl. Biologe, Referent für Gesundheitsförderung (Projektmanagement Afrika-projekt, Drittmittel Finanzierung) (Juni 04 bis Mai 08)
Berufspraktikant/innen Sozialarbeit/Sozialpädagogik:
- Dirk Troué (Okt. 05 bis Sept. 06)
- Alexandra Lewing (Okt. 06 bis Sept. 07)
- Britta Werner-Barske (Okt. 07 bis Sept. 08)

Public Health Praktikantin:
- Janina Grumbt (Oktober 07 bis März 08)

[2] Die Beratungsstelle verfügte über 6,5 Stellen, von denen nur eine Stelle Vollzeit besetzt ist.

3 Epidemiologische Situation

Die Daten zu sexuell übertragbaren Erkrankungen setzen sich aus unterschiedlichen Quellen zusammen. Während Hepatitis B Infektionen namentlich an das Robert-Koch-Institut (RKI) gemeldet werden müssen, Syphilis und HIV-Infektionen dagegen nicht namentlich, besteht in Deutschland für andere sexuell übertragbare Erkrankungen keine Meldepflicht. Dazu gehören Chlamydien-Infektion, Gonorrhoe, Infektionen durch das Humane Papilloma-Virus (HPV) und Herpes-Simplex-Virus (HSV). Diese Lücke wird durch die STD-Sentinel-Studie des RKI aufgefangen, an der sich – über das gesamte Bundesgebiet gestreut – ausgewählte Fachambulanzen, niedergelassene Arzt-Praxen und Gesundheitsämter beteiligen. Auch wir gehören dazu. Diese Studie, die keine Repräsentativerhebung ist, ist derzeit die einzige Quelle zur systematischen Erfassung von Chlamydien, Gonorrhoe, Syphilis, Trichomonas, HPV und Herpes genitalis. Ziel dieser Studie ist es im Sinne eines Wachpostens, anhand ausgewählter Zielgruppen die Verbreitung und Risiken bestimmter Erkrankungen zu beobachten. Aus ihren Daten lassen sich Rückschlüsse auf Infektionsentwicklungen in der gesamten Bevölkerung ziehen und Rückschlüsse über den Erfolg laufender Präventionsmethoden. Zugleich sind sie auch Grundlage für rechtzeitiges Reagieren bei steigenden Infektionszahlen und für die zeitnahe Konzeption neuer Präventionsstrategien.

Sexuell übertragbare Erkrankungen (STDs) haben in Deutschland und in Europa seit Mitte der 90er Jahre wieder zugenommen[3], in den letzten Jahren sind jedoch nur geringfügige Steigerungen teilweise sogar sinkenden Tendenzen zu beobachten. Da jedoch einige dieser Infektionen schwerwiegende Folgen verursachen können, lohnt es sich Prävention in diesem Bereich weiter voranzutreiben. So wird davon ausgegangen, dass unerkannte Chlamydien-Infektionen ein Grund für die ungewollte Kinderlosigkeit vieler Paare ist. Auch die Übertragung einer HIV-Infektionen wird durch das Vorhandensein weiterer sexuell übertragbarer Infektionen begünstigt.

- Für das Jahr 2006 wurden in Deutschland 3.147 neu diagnostizierte Syphilisfälle gemeldet, damit hat sich die Zahl zum Vorjahr (2005: 3.210 Fälle) auf diesem Niveau stabilisiert, während sie bis 2004 stetig anstieg.[4]

  Die Inzidenz für Syphilis liegt 2006 auf ähnlichem Niveau wie im Vorjahr: 3,8 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner. Die gleiche Inzidenz ergibt sich für das Land Bremen (zum Vergleich Hamburg: 7,5/100.000).[5]

[3] s. RKI (2006). *Epidemiologisches Bulletin, 39.*
[4] s. RKI (2007). *Epidemiologisches Bulletin, 29.*
[5] s. RKI (2007). *Epidemiologisches Bulletin, 29.*

- Eine akute Hepatitis B wurde 2006 bei 2.524 Personen für Deutschland gemeldet. Damit ist ein leichter Anstieg gegenüber 2005 (2.469 Fälle) zu verzeichnen.

  Die Inzidenz liegt bei 1,4 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner. Zu beobachten ist, dass gerade bei Kindern und Jugendlichen die Anzahl der Infizierten jährlich zurückgeht. Die aktuelle Impfstrategie kommt hier zum Tragen.

  Die Inzidenz in Bremen liegt bei 0,5 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner und ist damit im bundesweiten Vergleich eher niedrig. In Europa ist die regionale Verteilung von Hepatitis B-Infektionen in der Bevölkerung sehr unterschiedlich, sie reicht von 0,1% in Nordwesteuropa bis zu 8% der Bevölkerung in Ost-/Südeuropa.[6]

- Die Zahl der mit Gonorrhoe infizierten Menschen liegt in Deutschland bei etwa 50.000 Fällen pro Jahr.[7]

- Die Zahl der von HIV und AIDS betroffenen Menschen ist in Deutschland leicht ansteigend. Ende 2006 lebten in Deutschland ca. 56.000 Menschen mit HIV/AIDS (2005: 49.000; 2004: 44.000). Gründe für diese Zunahmen sind einerseits die verbesserten Behandlungsmöglichkeiten, die zu einer längeren Lebenszeit führen, andererseits aber auch ein Anstieg neu entdeckter Infektionen. Neue HIV-Diagnosen erhielten im Jahr 2005 2.600 und im Jahr 2006 2.700 Personen. Bis ins Jahr 2001 war die Zahl neu diagnostizierter Infektionen rückläufig, seitdem stieg sie jedoch kontinuierlich.

  Neue HIV-Infektionen finden sich nach wie vor in hohem Maße bei Männern, die mit Männern sexuellen Verkehr haben. Geschätzt wird, dass 70 % aller neuen Diagnosen aus dieser Gruppe stammen. Weitere Infektionswege sind heterosexuelle Kontakte (20%), intravenöser Drogengebrauch (9%) und in seltenen Fällen eine Mutter-Kind-Übertragung (1%).[8, 9]

  Im Land Bremen lebten Ende 2006 ca. 850 Personen mit HIV/AIDS, davon 650 Männer und 200 Frauen, weniger als zehn Kinder waren betroffen. Die Infektionswege in Bremen gleichen dem bundesweiten Trend. Männer, die gleichgeschlechtlichen Sex haben, haben das höchste Risiko sich anzustecken.[10]

[6] s. RKI (2007). *Epidemiologisches Bulletin, 49.*

[7] s. RKI (2004). *Epidemiologisches Bulletin, 39.*

[8] s. RKI (2005). *Epidemiologisches Bulletin, 47.*

[9] s. RKI (2006). *Epidemiologisches Bulletin, 46.*

[10] s. RKI (2006). HIV/AIDS in Bremen – Eckdaten 2006. http://www.rki.de/cln_049/nn_195960/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Epidemiologie/Daten__und__Berichte/EckdatenBremen,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/EckdatenBremen.pdf (19.12.2006)

Die Anzahl neu gemeldeten HIV-Fälle stieg in Bremen bis 2005 an (2003: 27; 2004: 33; 2005:41), im Jahr 2006 wurden jedoch wieder weniger Fälle gemeldet (2006: 23). Die Inzidenz lag in diesem Jahr bei 3,5 Erkrankungen pro 100.000 Bewohner/innen.[11] 2007 scheint die Anzahl neuer Diagnosen jedoch wieder steigend zu sein, so wurden bereits für das erste Halbjahr 31 Personen gemeldet.[12]

Die Inzidenz in Bremen ist im Vergleich zu Großstädten wie Hamburg (2006: 10,6/100.000) oder Berlin (2006: 11,5/100.000) eher niedrig.[13]

[11] s. RKI (2006). Infektionsepidemiologische Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten (2003-2006). Jahresstatistik nach Bundesland, 2005 und 2006. http://www.rki.de/cln_049/nn_205772/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/jahrbuch__node.html?__nnn=true (15.01.08)

[12] RKI (2007). Auskunft auf eine Anfrage des Gesundheitsamtes Bremen zu validen HIV-Erstdiagnosen in Bremen. Stand 31.08.2007.

[13] s. RKI (2006). Infektionsepidemiologische Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten (2003-2006). Jahresstatistik nach Bundesland, 2005 und 2006. http://www.rki.de/cln_049/nn_205772/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/jahrbuch__node.html?__nnn=true (15.01.08)

4 AIDS – HIV-Antikörpertest und Beratung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken

4.1 HIV-Antikörpertest und Beratung zu anderen sexuell übertragbaren Infektionen

Der HIV-Antikörpertest in Kombination mit einer Beratung ist ein fester Bestandteil der AIDS-Prävention. Fast alle Gesundheitsämter bieten diesen Test anonym und kostenlos oder zumindest kostengünstig an. Die Gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für diesen Test nur bei einem medizinisch begründetem Verdacht einer HIV-Infektion.

Ziele dieses Angebots sind:

- Das Wissen über Schutz und Behandlungsmöglichkeiten zu HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Infektionen zu festigen.
- Zur Anwendung von Präservativen und weiteren "safer sex"-Praktiken zu motivieren.
- Das Verantwortungsgefühl der Nutzer/innen unabhängig vom Testergebnis für die eigene Gesundheit und die ihrer Partner/innen und Partner zu stärken.

Die Beratung zu HIV und AIDS hat den Inhalt der Beratungen bereits vor einigen Jahren auf weitere sexuell übertragbare Infektionen – vor allem Hepatitis B, Chlamydia trachomatis und Syphilis – erweitert. Eine HIV-Infektion in der Allgemeinbevölkerung – der Zielgruppe dieses Angebots – ist ein eher seltenes Ereignis. Dagegen ist das Risiko, sich bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr andere Infektionen zuzuziehen deutlich höher. Unterbleibt eine Behandlung kann dies einerseits zu gravierenden Folgeerkrankungen führen, anderseits eine HIV-Infektion begünstigen (s. Kap 4).

In der Beratung ermutigen wir zu einem selbstbewussten und gesundheitsförderlichen Umgang mit der Sexualität; wir vermitteln wesentliche Kenntnisse zu Übertragungswegen und Schutzmöglichkeiten und unterstützen Klient/innen dabei, dieses Wissen in der jeweiligen Lebenssituation anzuwenden. Darüber hinaus sprechen wir Ängste im Umgang mit einem potentiellen positiven HIV-Antikörpertest an und klären, welche Unterstützungsmöglichkeiten im sozialen Umfeld bestehen. Für die betroffene Person und für ihr soziales Umfeld bieten wir bei einem positiven Test psychosoziale Unterstützung und Begleitung an (s. Kap. 5.2). Menschen mit häufig wechselnden Partner/innen empfehlen wir neben "safer sex" eine Impfung gegen Hepatitis B. Für weitergehende medizinische Diagnostik zu anderen sexuell übertragbaren Infektionen oder Begleiterkrankungen verweisen wir – sofern sinnvoll – auf niedergelassene Ärzt/innen.

4.1.1 Daten zur Beratung um den HIV-Antikörpertest

Wie bereits im vorhergehenden Bericht der Beratungsstelle beschrieben, wurde der HIV-Test seit 2003 relativ konstant genutzt (s. Tab. 4).[14] Ein Grund für diese Kontinuität ist die klare Angebotsstruktur: feste Öffnungszeiten, Terminvergaben und gleichmäßige Besetzung durch die Mitarbeiter/innen.

Tabelle 4:

Kontakte im Zusammenhang mit dem HIV-Antikörpertest 2004 bis 2007

Art des Kontaktes	Anzahl der Kontakte 2007	Anzahl der Kontakte 2006	Anzahl der Kontakte 2005	Anzahl der Kontakte 2004
Testberatung	1.109	1.105	1.155	1.180
Ergebnismitteilungen[15]	918	971	1.065	999
Weitere Beratungen[16]	22	7	20	24
Kontakte insgesamt	**2.049**	**2.083**	**2.240**	**2.203**

Quelle: Dokumentation der AIDS/STD Beratung 2004 bis 2007

Neben der stets stattfindenden HIV-Beratung wurden 2007 856 Personen und 2006 769 zu weiteren sexuell übertragbaren Infektionen wie Hepatitis B, Chlamydien, Humanes Papilloma Virus und Syphilis beraten. Da wir diese Beratungsinhalte erst seit Beginn des Jahres 2006 erfassen, können wir über vorhergehenden Jahre keine Aussage machen.

[14] s. Gesundheitsamt Bremen (2006). *Zur Arbeit der AIDS/STD Beratung. Ein Blick auf die Jahre 2003-2004*. Bremen.

[15] Die Differenzen zwischen Testberatungen und Ergebnismitteilungen ergeben sich aus verschiedenen Gründen: nicht alle Beratungen münden in einen Test, ein weiterer Teil holt das Ergebnis zu einem deutlich späteren Zeitpunkt ab und ein kleiner Teil verzichtet ganz auf das Ergebnis.

[16] In "weitere Beratungen" sind Gespräche zusammengefasst, die ohne Testwunsch allgemeine Fragen zu Ansteckungswegen beinhalten. Beratungen, die direkt HIV-Positive oder deren soziales Umfeld betreffen, sind hier nicht enthalten (s. Abschnitt 5.2).

Verteilung der Geschlechter

Anders als im bundesweiten Vergleich[17] ließen sich bei uns kontinuierlich mehr Männer als Frauen testen (s. Tab. 5).[18]

Tabelle 5:

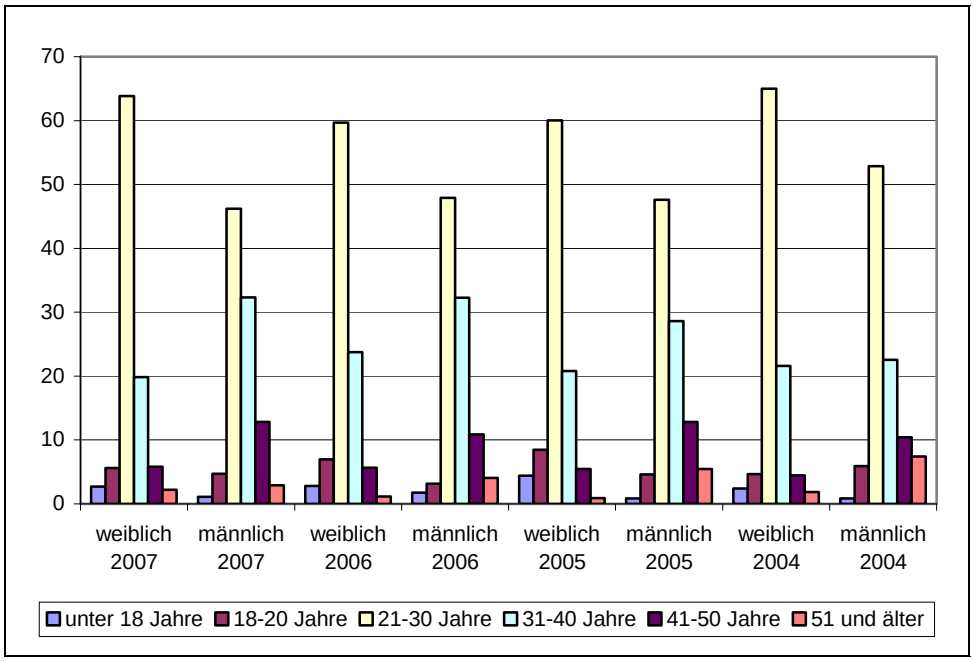
Anteil der Männer in der HIV-Test-Beratung 2004-2007

Jahr	Männer
2004	52,4%
2005	50,6%
2006	51,8%
2007	50,2%

Quelle: Dokumentation der AIDS/STD Beratung 2004 bis 2007

Abbildung 1:

Prozentuale Altersverteilung, Männer und Frauen beim HIV-Test 2004-2007



Quelle: Dokumentation der AIDS/STD Beratung 2004 bis 2007

[17] s. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2002). *Gesundheitsämter im Wandel. Abschlussbericht.* Bonn

[18] s. Gesundheitsamt Bremen (2006).

Diejenigen, die sich testen ließen, waren überwiegend zwischen 21 bis 30 Jahre alt. Im Vergleich der Geschlechter waren Frauen stets jünger als Männer (s. Abb. 1). Ihr Anteil in dieser Altersgruppe lag jeweils um 60%, der der Männer stets deutlich unter 60%. Die Altersverteilung bei den Frauen war über alle Jahre ähnlich, bei den Männern dagegen nahm die Gruppe der 31- bis 40-Jährigen bis 2006 zu (2004: 22,6%; 2005: 28,6%, 2006: 32,3%, 2007: 32,3%). In der kleinen Gruppe der Jugendlichen unter 18 Jahren (Anteil an allen Testnutzer/innen 1,6%-2,3%) sind Mädchen in der Mehrheit. Da die Gesamtzahl der unter 18-Jährigen, sehr klein ist, sind hier Aussagen nur mit Vorbehalt zu treffen. Erwähnenswert ist diese Gruppe vor allem, weil die Hürde für Jugendliche unter 18 Jahren, sich bei uns testen zu lassen, hoch ist. Bei einem HIV-positiven Ergebnis sind aus rechtlichen Gründen die Erziehungsberechtigten zu informieren, daher sollte bereits beim Test die Einwilligung der Eltern oder der Erziehungsberechtigten vorliegen. Die Anonymität muss also aufgehoben werden. Sieht der Jugendliche Schwierigkeiten, überlegen wir zusammen mit ihm, wie die Erziehungsberechtigten bei einem positiven HIV-Test-Ergebnis einbezogen werden können. Bislang gelang es uns auch bei schwierigen Familienverhältnissen, die Einwilligung im Vorfeld zu erhalten. Teilweise zogen die Jugendlichen engagierte Vertrauenslehrer/innen oder Sozialarbeiter/innen hinzu, die zwischen ihnen und den Erziehungsberechtigten vermittelten.

Wie oft wurde der HIV-Test in Anspruch genommen?

Beziehungen sind in unserer Gesellschaft oft zeitlich begrenzt. Die Sozialforschung spricht von "serieller Monogamie", mehr oder weniger dauerhafte monogame Beziehungen werden nacheinander gelebt. Dies kann immer wieder neue sexuelle Risiken mit sich bringen und wiederholte HIV-Testungen begründen.

Zwischen 40 und ca. 45%, derer die zum HIV-Test kommen, ließen sich mehrfach testen (2004: 40%, 2005: 44,3% 2006: 44,7% und 2007: 42,2%). Heterosexuelle Männer und Frauen unterschieden sich hier nur geringfügig. Homosexuelle und bisexuelle Männer ließen sich – wie auch in den Jahren zuvor – deutlich häufiger als andere mehrfach testen. In 2004 und 2007 kamen knapp ein Drittel von ihnen zum ersten Mal zum Test, 2005 und 2006 waren es dagegen nur ein Viertel. In 2006 ließ sich ein besonders hoher Anteil von 41% sogar mehr als dreimal testen (2007: 22%, 2005: 30% und 2004: 35%). In wie weit sich Berichte über steigende HIV-Infektionszahlen bei Männern, die mit Männern Sex haben, auf eine vermehrte Inanspruchnahme des HIV-Testes auswirkten, können wir nur vermuten. Die hier zu Grunde liegenden absoluten Zahlen sind zu gering, um zuverlässige Aussagen treffen zu können.

Sexuelle Orientierung

Der HIV-Antikörpertest wird weiterhin überwiegend von heterosexuellen Personen genutzt. Bei den Männern nahm der Anteil Homo- und Bisexueller in den vergangenen Jahren von 9,9% in 2004 auf 14,9% in 2007 kontinuierlich zu.[19]

Migrantinnen und Migranten

Migrant/innen[20] waren beim HIV-Antikörpertest im Vergleich zu ihrem Anteil in der Bremer Bevölkerung deutlich unterrepräsentiert. Trotz vermehrter Prävention für diese Gruppe bewegte sich ihr Anteil in den vergangenen Jahren zwischen 9% und 10%. In Bremen (Stadt) sind 12,9% der Bewohner/innen Ausländer/innen, d.h. Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit, und 26,6% der Bewohner/innen haben einen Migrationshintergrund (Stand 12/2006).[21]

Tabelle 6:
Herkunftsländer der Migrant/innen beim HIV-Antikörpertest 2004 bis 2007

Regionen[22]	**2007**	**2006**	**2005**	**2004**
Westeuropa/Zentraleuropa	14	36	31	46
Osteuropa/Zentralasien	27	7	14	4
Afrika südlich der Sahara	22	20	14	23
Naher Osten und Nordafrika	27	7	11	18
Asien	6	5	11	10
Nordamerika	_	1	4	4
Lateinamerika	7	14	4	2
Ozeanien	_	1	2	1
Karibik	_	_	_	1
übrige	4	_	6	6
Gesamt	**103**	**91**	**97**	**115**

Quelle: Dokumentation der AIDS/STD Beratung 2004 bis 2006

[19] 2004: 9,9%, 2005: 13,2%, 2006:13,6%, 2007:14,7%. Quelle: Dokumentation der AIDS/STD Beratung.
[20] Hier sind Ausländer/innen, Eingebürgerte und Aussiedler/innen erfasst.
[21] Statistisches Landesamt Bremen (2006). Auskunft auf eine Anfrage des Gesundheitsamtes Bremen. Stand 31.12.2006.
[22] Regionen gegliedert nach: UNAIDS (2006). *Die AIDS-Epidemie. Statusbericht: Dezember 2006*. Geneve, Schweiz.

Männliche Migranten nahmen in allen Jahren den HIV-Test deutlich häufiger in Anspruch als Frauen dieser Zielgruppe. 25% und 40% der Frauen hatten einen Migrationshintergrund. Welche Faktoren Einfluss auf die Inanspruchnahme des HIV-Testes hatten, lässt sich auch in dieser Gruppe nicht zweifelsfrei klären. Eine höhere Beteiligung von Frauen im Jahr 2005 mit 40% könnte in Zusammenhang mit gezielten Aufklärungs- und Informationsveranstaltungen für Migrantinnen stehen, ähnlich wie im Jahr 2004 die neu begonnenen Aktivitäten des Afrikaprojekts (s. Kap. 7.1) wieder zu einer höheren Inanspruchnahme des HIV-Testes durch Migrant/innen führte. 2003 war der Anteil von Migrant/innen auf knapp 8% abgesunken[23]. Dennoch scheinen sich präventive Aktivitäten längerfristig nicht direkt auf eine verstärkte Inanspruchnahme des HIV-Tests auszuwirken.

Weitere Gruppen

Der Anteil intravenös Drogenabhängiger lag in allen Jahren um 1%. Während der Phase einer akuten Drogensucht spielt HIV und die gesamte gesundheitliche Situation nur eine untergeordnete Rolle. HIV-Antikörpertests werden in dieser Gruppe eher im Rahmen einer Suchttherapie oder in Arztpraxen durchgeführt.

Prostituierte nutzten für den HIV-Antikörpertest vorwiegend das gesundheitliche Untersuchungsangebot, das neben Behandlungsmöglichkeiten verschiedene Untersuchungen u.a. auch den HIV-Test enthält (s. Kap. 6.1).

Welche Anlässe führen zum HIV-Test?

Die häufigsten Motive für einen Test waren wie in den Jahren zuvor mit 45% bis 48% "Bilanz der Vergangenheit" und mit ca. einem Drittel der "Beginn einer Beziehung". Diese Motive werden oft gemeinsam genannt, meist mit der Absicht bei einem negativen HIV-Status auf Kondome zu verzichten. "One-Night-Stands" – einmalige sexuelle Erlebnisse – sowie "Seitensprünge" innerhalb fester Partnerschaften[24] waren mit 5% bis 9% weitere Gründe für einen Test. Phobien und Ängste, mit einem nicht erkennbaren HIV-Risiko, waren als Grund für den Test mit knapp 3% eher selten. Ein HIV-Risiko bei einem Partner oder einer Partnerin vermuteten in dem Zeitraum 2004-2006 zwischen 3% bis 4%. Zwischen 1% bis 2% wussten, dass ihre Sexualpartner/innen HIV-positiv waren. Hier ist die absolute Zahl seit 2004 wieder gesunken, sie lag jedoch immer noch deutlich über dem Niveau von 2003 (2003: 13 Personen). 2004 waren es 32 Personen, 2005 28 und 2006 noch 21 (s. Abb. 2).

Eine geschlechtsspezifische Auswertung der Daten im Jahr 2006 ergab keine deutlichen Unterschiede, mit Ausnahme des Seitensprungs, den Frauen deutlich seltener nannten als Männer (1,8% zu 6,1% aller Antworten).

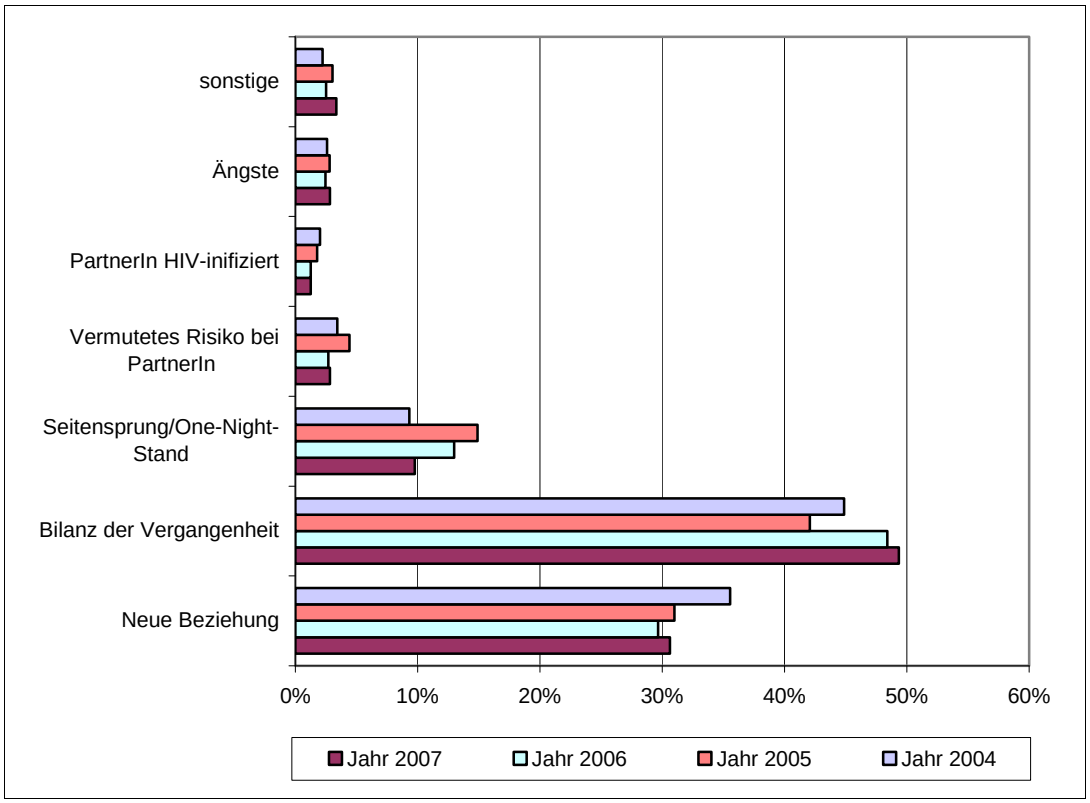
---

[23] s. Gesundheitsamt Bremen (2006).

[24] Beide Items wurden getrennt erfasst.

Abbildung 2:

Motive für den HIV-Test 2004-2007 (Mehrfachnennungen N=1.102)



Quelle: Dokumentation der AIDS/STD Beratung 2004 bis 2007

Welche Risiken werden genannt?

Die Personen, die als Risiko für eine mögliche Infektion angaben, kein Kondom benutzt zu haben,[25] nahmen zwischen 2004 und 2006 etwas zu, während in der selben Zeit weniger einen Test ohne erkennbares Risiko durchführten.[26] 2007 kehrten sich diese Tendenzen wieder geringfügig um.

Eine geschlechtspezifische Auswertung der Risiken für die Jahre 2005 bis 2007 zeigte keine nennenswerten Unterschiede.

Zwischen heterosexuellen und homo- bzw. bisexuellen Männern unterschieden sich die Risiken jedoch deutlich: ca. ein Drittel homo- und bisexueller Männer nannten oralen Sex oder andere sexuelle Praktiken mit geringerem Risiko, dagegen nur 4-6% heterosexueller Männer. Bei den homo- und bisexuellen Männern nannten ca. die Hälfte "Geschlechtsverkehr ohne Kondom" gegenüber drei Viertel der heterosexuellen Männer. Erklärungen hiefür sind generell unterschiedliche sexuelle Praktiken zwischen homo/bi- und heterosexuellen Männern.

[25] Kein Kondom benutzt: 2004: 71,7%, 2005: 74,0%, 2006 75,8%, 2007 74,4%. Quelle: Dokumentation der AIDS/STD Beratung.

[26] Kein erkennbares Risiko 2004: 15,7%, 2005: 12,1%, 2006: 9,4% 2007: 11,1%. Quelle: Dokumentation der AIDS/STD Beratung.

Aber ganz offensichtlich halten Männer, die mit Männern Sex haben und die den Test nutzen, auch eher "safer-sex"-Strategien ein.

In der Beratungsstelle diagnostizierte Neuinfektionen in 2005 und 2006

Die Diagnose einer HIV-Infektion nach einem HIV-Test in der Beratungsstelle erhielten 2005 neun Personen, davon acht eine Erstdiagnose, 2006 waren es sieben Personen, davon fünf Erstdiagnosen, 2007 waren es vier Personen und drei Erstdiagnosen.

4.1.2 Bewertung der Inanspruchnahme des HIV-Antikörpertests

Der HIV-Antiköpertest wird über alle Jahre relativ kontinuierlich von einer Gruppe mit ähnlichen Motiven und Risiken in Anspruch genommen.[27] Geschlechtsspezifische Unterschiede beschränken sich vor allem auf bekannte Rollenstereotype beim Sexualverhalten wie die Inanspruchnahme durch jüngere Altersgruppen bei Frauen und Mädchen und weniger Seitensprünge bei Frauen. Da wir keine Angaben darüber haben, in wie weit sich unsere Nutzer/innen im Verhältnis zur Bremer Bevölkerung und deren Infektionsrisiken unterscheiden, sind nur vorsichtige Interpretationen unserer Ergebnisse angebracht.

Die Nennungen "Geschlechtsverkehr ohne Kondom" haben als Begründung für den Test in den vergangenen Jahren wieder zugenommen. Dies ist besonders vor dem Hintergrund bundesweiter Entwicklungen auffällig: einerseits stellt die BZgA in ihrer jährlichen Repräsentativerhebung 2005[28] eine deutlich steigende Kondomnutzung fest, andererseits berichtet das RKI seit 2004 über steigende HIV-Infektionszahlen. Auf ein besonders riskantes Verhalten der Bremer/innen kann hier jedoch nicht geschlossen werden. Offenbar wird bei uns der HIV-Test von einem größeren Teil der Nutzer/innen gezielter als in den vorherigen Jahren zur Klärung von Risiken genutzt. Die bundesweiten Daten ebenso wie die Bremer Daten, sprechen allerdings aus unterschiedlichen Gründen dafür, die Präventionsaktivitäten, zu denen der Test als ein Bestandteil gehört, aufrechtzuerhalten. Unterschiedliche Lebenssituationen und Bedürfnisse der verschiedenen Zielgruppen müssen dabei jedoch berücksichtigt werden.

Das Testverhalten von Jugendlichen sollte weiter beobachtet werden. Die verstärkten Präventionsbemühungen im Jugendbereich könnten Ursache für die Zunahmen sein (s. Kap. 7.3 bis 7.6). Sollte dieser Trend anhalten, wäre es wichtig zu verstehen: Unter welchen Bedingungen ist der HIV-Test für einzelne Jugendliche nützlich? Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede? Sind für diese Gruppe andere präventive Maßnahmen notwendig?

[27] s. Gesundheitsamt Bremen (2006).
[28] s. BZgA (2007). *Repräsentativerhebung "AIDS im öffentlichen Bewußtsein 2006". Kurzfassung*. Köln.

Migrant/innen nutzten den HIV-Test im Verhältnis zu ihrem Bevölkerungsanteil noch immer wenig. Auch die verstärkten Präventionsaktivitäten haben diese Zielgruppe hierfür (noch) nicht ausreichend angesprochen. Die Ziele von Präventionsangeboten sind jedoch vorrangig, die Vermittlung von Wissen zu "safer sex" und erst in zweiter Linie das Bekanntmachen verschiedener Angebote im gesundheitlichen Versorgungssystem, zu denen auch der HIV-Test gehört. Wir wissen aus langjähriger Erfahrung und aus Berichten von Mitgliedern der verschiedenen ethnischen "communities", dass unser Engagement dort positiv aufgenommen wird. Oft öffnet erst langfristiges Kennen den Weg in die Beratungsstelle. Gerade bei Zielgruppen, die die Behörden häufig als sanktionierende Institutionen erleben, ist Kontinuität ein wichtiges Element, um Vertrauen aufbauen zu können. Wir werden uns daher künftig weiter um diese Gruppen bemühen und gleichzeitig beobachten, wie sich dies auf die Nutzung der gesamten Beratungsstelle auswirkt (s. Kap. 5.2, Kap. 7.1 und Kap 7.2).

Homo- und bisexuelle Männer haben in den vergangen Jahren den Test wieder etwas stärker in Anspruch genommen. Wir würden es jedoch begrüßen, wenn der Test noch stärker von dieser Gruppe genutzt würde. Steigende Infektionszahlen gerade in dieser Gruppe machen es notwendig, sich dieser Gruppe wieder stärker zuzuwenden. Welche weiteren Schritte und Aktivitäten hier möglich sind, werden wir gemeinsam mit dem Rat und Tat Zentrum für Homosexuelle und Lesben e.V. diskutieren.

4.2 Beratung und Begleitung von HIV-infizierten und AIDS-kranken Menschen

Die AIDS/STD Beratung berät HIV-infizierte und AIDS-kranke Menschen und ihr soziales und berufliches Umfeld. Sie bietet psychosoziale und medizinische Beratung, Information zu Sozialleistungen und Unterstützung bei der Versorgung im Krankheitsfall. Bereits während eines Krankenhausaufenthaltes können erste Kontakte zur Beratungsstelle aufgenommen werden. Kooperationen zu Kliniken ebenso wie zu niedergelassenen Ärzt/innen ebnen solche direkten Zugangswege. Die Beratungsstelle beteiligt sich zudem an Entscheidungen zur Belegung von Heimplätzen für AIDS-Kranke, die sich nicht mehr selbst zu Hause versorgen können (s. Kap. 5.2.2). Außerdem nutzen andere soziale oder pflegerische Einrichtungen die Beratungsstelle bei Fragen im Zusammenhang mit HIV/AIDS, die sie in der Alltagsroutine nicht lösen können.[29]

Das Ziel der Beratungsstelle ist, HIV-infizierten und AIDS-kranken Menschen ein selbstständiges Leben mit der Infektion zu ermöglichen. Wichtige Elemente sind hier – neben direkter Hilfe für die Betroffenen – auch die Qualifizierung von Fachpersonal in anderen Institutionen (s. Kap. 1, Tab. 3 und Kap. 5.2.2).

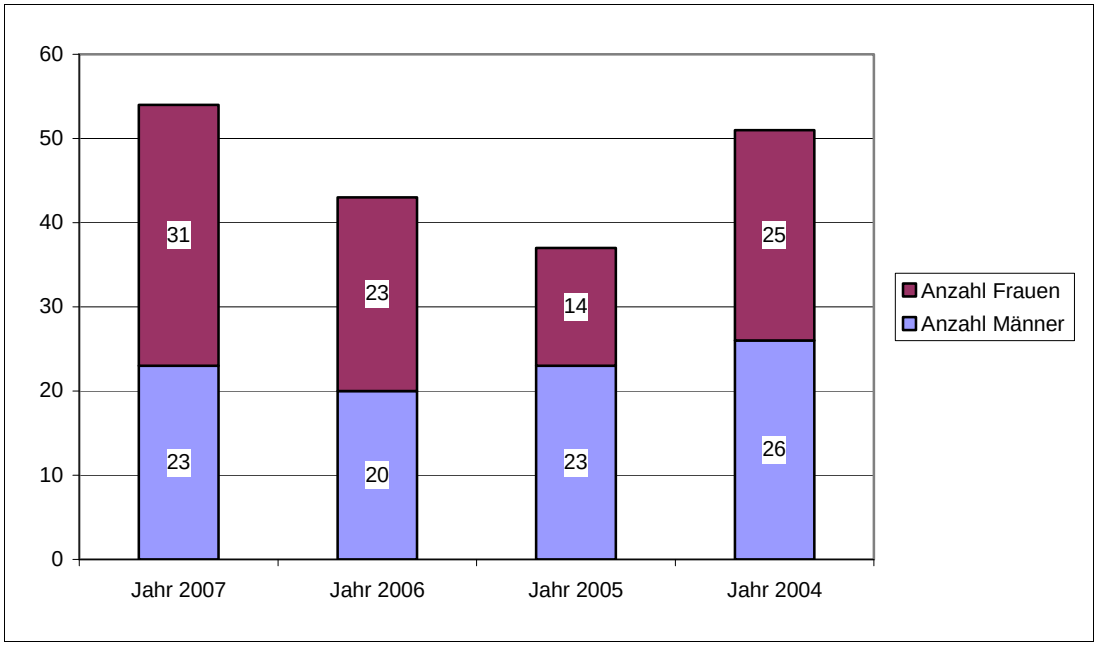
Ein längeres oder sogar langes Leben mit HIV/AIDS bringt für die Betroffenen in vielen Lebensbereichen Probleme mit sich. Ein großer Teil der Patient/innen, der zum ersten Mal Kontakt zur Beratungsstelle aufnimmt, braucht daher zunächst eine aufwändige, personalintensive Betreuung. Eine HIV-Diagnose und noch mehr eine AIDS-Erkrankung stellt Lebensentwürfe in Frage, fordert und berührt Partnerschaften, familiäre und andere soziale Beziehungen und beeinflusst auch die Arbeitssituation sowie die finanzielle Lage. Aufenthaltsrechtliche Bestimmungen können die Lebens- und Versorgungssituation von Migrant/innen zusätzlich erschweren. Die Beratungsstelle unterstützt und vermittelt Hilfen bei all diesen Schwierigkeiten. Im Einzelfall sind häufig neue Problemkonstellationen zu lösen, für die das Team der Beratungsstelle jedoch auf ein breitgefächertes, multidisziplinäres Wissen zurückgreifen kann.

[29] s. Gesundheitsamt Bremen (2006).

4.2.1 HIV-infizierte Menschen in der Beratung

Nach einer auffälligen Steigerung im Jahr 2004 hat sich die Zahl der HIV-infizierten Personen, die sich an die AIDS/STD Beratung wandten, 2005 reduziert. Sie stieg jedoch 2006 und 2007 wieder, um in 2007 mit 54 Personen über der Zahl von 2004 zu liegen (s. Abb. 3).

Abbildung 3:
Anzahl HIV-infizierter Frauen und Männer in der Beratung



Quelle: Dokumentation der AIDS/STD Beratung 2004 bis 2007

Verteilung nach Alter

Die Altersverteilung der HIV-infizierten Menschen, die die Beratungsstelle aufsuchen, reicht von unter 18 Jahren bis über 50 Jahre. Der größere Teil bei Frauen und bei Männern ist zwischen 31 und 40 Jahre alt.

Verteilung der Geschlechter

Der Anteil von Frauen mit HIV/AIDS war in der Beratungsstelle über alle Jahre hoch[30] (s. Abb. 3).

Zum Vergleich[31]: Im Bundesgebiet lag 2004 der Anteil neu diagnostizierter HIV-Infektionen bei Frauen bei 20,6%. Seither sinkt ihr Anteil geringfügig bis auf 19,0% in 2006, bei einer gleichzeitig

[30] s. Gesundheitsamt Bremen (2006).

[31] Zu beachten ist bei diesem Vergleich, dass die Personen in der Beratungsstelle sich nicht nur aus neu diagnostizierten PatientInnen zusammensetzen, sondern auch aus langjährig infizierten und bereits an AIDS erkrankten.

leicht steigenden absoluten Zahl.[32,33] Die Daten für Bremen zum Anteil neuer Diagnosen bei Frauen weichen von den Bundesdaten etwas ab und liegen teilweise etwas darüber. Gründe für die größeren Schwankungen liegen in der kleinen Population. 2004 lag ihr Anteil mit elf Frauen bei 33,3%, 2005 mit zehn Frauen bei 24% und 2006 waren es mit vier Frauen noch 17,4%.[34] Das RKI nennt als wesentliche Ursache für den Rückgang neu diagnostizierter HIV-Infektionen bei Frauen, den Rückgang von Frauen aus Hochprävalenzregionen.[35] Diese sind wiederum bei uns gut vertreten (s. u.).

Da zu den Menschen, die uns nutzen, jedoch auch die gehören, die bereits seit längerer Zeit HIV-infiziert oder bereits an AIDS erkrankt sind, ist anzunehmen, dass wir Zeit verzögert mit Trends konfrontiert werden, die sich bei den Neu-Diagnosen im Bundesgebiet zeigen.

HIV-infizierte Migrant/innen

2004 bis 2006 waren jeweils etwa ein Drittel aller betreuten HIV-infizierten Migrant/innen (2004: 18 Personen, 2005 und 2006: je 12 Personen, 2007: 15 Personen). Außer im Jahr 2005 waren Frauen stets die Mehrheit.

Ein größerer Teil der Migrant/innen stammte aus Ländern mit einer hohen HIV-Prävalenz, vor allem aus Afrika. 2004 stammten vierzehn der betreuten Personen aus diesen Ländern, 2005 waren es sechs, 2006 wieder acht und 2007 elf Personen. Die anderen kamen vor allem aus europäischen Ländern oder der Türkei.

Ansteckungswege und sexuelle Orientierung

Ansteckungswege der HIV-infizierten oder AIDS-kranken Personen in der Beratungsstelle sind überwiegend und dem Bundestrend entsprechend ungeschützter Geschlechtsverkehr.[36,37] 2005 nannten 28 von insgesamt 43 unserer Klient/innen ungeschützten Geschlechtsverkehr als Ansteckungsrisiko, 2006 waren es 33 von 37 und 2007 43 von 54 Personen.

Der Anteil Heterosexueller liegt hier wie in den vorherigen Jahren über dem bundesdeutschen Durchschnitt.[38] 2005 waren 27 der Infizierten (73%) heterosexuell, 2006 waren es 33 Personen (77%) und in 2007 37 (70%).

---

[32] s. RKI (2007). *Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe B.*

[33] Zuverlässige Daten für das Jahr 2007 lagen bei Erstellung dieses Berichtes noch nicht vor.

[34] RKI (2007). Auskunft auf eine Anfrage des Gesundheitsamtes Bremen zu validen HIV-Erstdiagnosen in Bremen. Stand 31.08.2007.

[35] s. RKI (2007). *Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe B.*

[36] s. o.

[37] s. Gesundheitsamt Bremen (2006).

[38] s. o.

Zum Vergleich die bundesweiten Daten des RKI für neue HIV-Diagnosen: Für 2006 werden hier 14,6% mit heterosexuellen Infektionsweg genannt und zusätzlich 11,7% Menschen aus Herkunftsländern mit einer hohen HIV-Prävalenz, bei denen ebenfalls mit hoher Wahrscheinlichkeit ein heterosexueller Infektionsweg anzunehmen ist.[39]

Neuinfektionen

Im Jahr 2007 hatten insgesamt elf von der Beratungsstelle begleitete Personen die Erstdiagnose HIV/AIDS erhalten, davon drei in der AIDS/STD Beratung. Das Robert-Koch-Institut meldet für das erste Halbjahr im Land Bremen 31 neue HIV-Diagnosen.[40]

2006 hatten insgesamt acht von der Beratungsstelle begleitete Personen die Erstdiagnose HIV/AIDS erhalten, davon fünf in der AIDS/STD Beratung. Das Robert-Koch-Institut meldete im selben Zeitraum für das Land Bremen 23 neue HIV-Diagnosen.[41]

2005 hatten insgesamt dreizehn der von der Beratungsstelle begleiteten Personen eine Erstdiagnose für HIV/AIDS erhalten, davon acht in der Beratungsstelle. Das RKI nannte für diesen Zeitraum 40 Erstdiagnosen im Land Bremen.[42]

AIDS-Erkrankungen

Bereits beim Erstkontakt mit der AIDS/STD Beratung war ein Teil der Patient/innen schwer an AIDS erkrankt. Der Anteil mit behandlungsbedürftigen AIDS-Erkrankungen lag 2005 bei einem Drittel, 2006 bei knapp der Hälfte und 2007 bei genau der Hälfte.

Kontakte mit der Beratungsstelle

Die Anzahl der Gespräche mit HIV-positiven Menschen und mit Personen aus ihrem Umfeld ist nach einem deutlichen Rückgang 2005 kontinuierlich gestiegen. Betroffene bevorzugen eher das persönliche Gespräch, Fachpersonal dagegen den telefonischen Kontakt (s. Tab. 7).

[39] s. RKI (2007). *Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe B.*

[40] RKI (2007). Auskunft auf eine Anfrage des Gesundheitsamtes Bremen zu validen HIV-Erstdiagnosen in Bremen. Stand 31.08.2007.

[41] s.o.

[42] s. RKI (2006). *Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe A.*

Tabelle 7:

Anzahl der Gespräche mit HIV-positiven Menschen und mit Personen ihres Umfeldes 2004 bis 2007

Jahr	**2007**	**2006**	**2005**	**2004**
persönlich	239	201	197	237
telefonisch	176	188	166	208
Gesamt	**415**	**389**	**363**	**445**

Quelle: Dokumentation der AIDS/STD Beratung 2004 bis 2006

Bei 21% bis 34% der persönlichen Gesprächen nahmen neben den Betroffenen weitere Personen teil (2004: bei 33,8%; 2005: bei 33,0%; 2006: 30,3% 2007: 20,9%). Meist waren dies Angehörige, medizinisches Fachpersonal oder Dolmetscher/innen. Zu Fallkonferenzen (s. Tab. 8) kamen sogar bis zu zwölf Personen verschiedener Institutionen.

In der Verteilung der Gesprächsinhalte spiegelt sich die Ziele unseres Angebots wider. Wesentliche Schwerpunkte lagen stets in der psychosozialen Beratung und in koordinierender Vermittlung zwischen Fachpersonal des weiteren Versorgungssystems und den Betroffenen (s. Tab. 8).

Tabelle 8:

Inhalte der Beratung 2004 bis 2007 (Mehrfachantworten)

Gesprächsinhalte	**2007**		**2006**		**2005**		*2004*	
	Anzahl	*Prozent*	Anzahl	*Prozent*	Anzahl	*Prozent*	Anzahl	*Prozent*
Psychosoziale Beratung	197	*47,2%*	173	*40,9%*	174	*41,2%*	205	*41,8%*
Koordination	160	*35,9%*	124	*29,3%*	130	*30,8%*	179	*36,5%*
Sozialrechtliche Beratung	22	*4,9%*	28	*6,6%*	22	*5,2%*	29	*5,9%*
Med. Beratung/ Untersuchung	16	*3,3%*	27	*6,4%*	33	*7,8%*	11	*2,2%*
Krisenintervention	7	*1,6%*	5	*1,2%*	7	*1,7%*	6	*1,2%*
Fallkonferenz	1	*0,2%*	4	*0,9%*	6	*1,4%*	2	*0,4%*
anderes	43	*9,6%*	62	*14,7%*	50	*11,8%*	58	*11,8%*
Gesamt	446	*100,0%*	423	*100,0%*	422	*100,0%*	490	*100,0%*

Quelle: Dokumentation der AIDS/STD Beratung 2004 bis 2007

Der größere Teil persönlicher Kontakte findet üblicherweise in der Beratungsstelle statt. Aufgrund einer engen Kooperation mit einem Pflegeheim, das AIDS-Patient/innen kontinuierlich versorgt, die meist nicht in der Lage sind die Beratungsstelle aufzusuchen, wird ca. ein Drittel dort durchgeführt (s. Kapitel 5.2.2). Weitere 13% bis 16% finden bei den Betroffenen zu Hause oder in einer Klinik statt (s. Tab. 9). 2007 nahm die Zahl der Gespräche in den Kliniken deutlich zu.

Tabelle 9:
Wo wird beraten? Persönliche Beratungen 2005 und 2007

Ort	**2007**		**2006**		**2005**	
	Häufigkeit	*Prozent*	Häufigkeit	*Prozent*	Häufigkeit	*Prozent*
Beratungsstelle	99	*41,4%*	82	*40,8%*	105	*53,3%*
Heim	73	*30,5%*	74	*36,8%*	61	*31,0%*
Hausbesuch	27	*11,3%*	33	*16,4%*	25	*12,7%*
Klinik	40	*16,7%*	12	*6,0%*	6	*3,0%*
Gesamt	**239**	*100,0%*	**201**	*100,0%*	**197**	*100,0%*

Quelle: Dokumentation der AIDS/STD Beratung 2005 und 2007

4.2.2 Zusammenarbeit mit dem Pflegeheim Reuterstraße

Das Pflegeheim Reuterstraße in Walle garantiert auf der Grundlage einer Kooperationsvereinbarung zwischen dem Kreisverband der Arbeiterwohlfahrt Bremen e.V. und dem Senator für Gesundheit die heimstationäre Versorgung von fünf pflegebedürftigen AIDS-Kranken.[43] Patient/innen werden in Absprache mit der AIDS/STD Beratung aufgenommen. Um beurteilen zu können, ob für die betreffende Person dieses Pflegeheim ein geeigneter Platz ist, besprechen Mitarbeiterinnen des Heimes und der AIDS/STD Beratung dieses gemeinsam und persönlich mit dem/der Patienten/in und häufig auch mit seinen/ihren Angehörigen.

2005 und 2006 lebten dort jeweils fünf AIDS-kranke Männer, 2007 waren es insgesamt sieben. Die Aufenthaltsdauer bewegt sich zwischen wenigen Tagen und mehreren Jahren. Ein Mann hält sich bereits seit Ende 1997 dort auf, ein anderer seit 1999.

Die Aufnahme in dieses Pflegeheim erfolgte in der Regel nach einem Krankenhausaufenthalt. Die Bewohner hatten mehrfach neben der Grunderkrankung AIDS andere schwere Erkrankungen wie eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Hepatitis A und B sowie Epilepsie. Diese Mehr-

[43] s. Gesundheitsamt Bremen (2006).

facherkrankungen waren besonders bei zwei Bewohnern mit verschiedenen Komplikationen verbunden, so dass sie mehrfach in eine Klinik eingewiesen werden mussten.

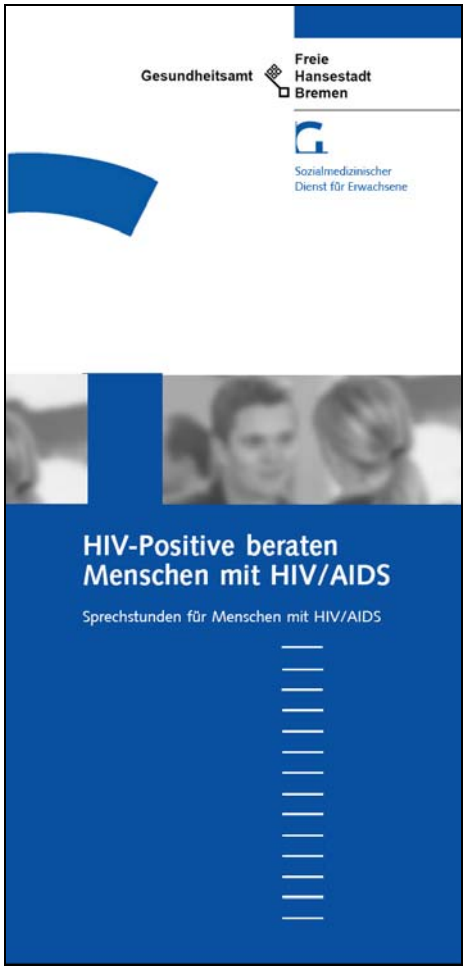
Dass die Zusammenarbeit mit dem Pflegeheim engmaschig sein muss, um auftretende Schwierigkeiten zu bewältigen, zeigen drei Fälle:

- 2005 entwickelten sich bei einem Bewohner mit einer ausgeprägten AIDS-Demenz besondere psychiatrische Probleme, daher wurde er zunächst zur weiteren Diagnostik ins Klinikum Ost eingewiesen. Die bisherige Versorgung in diesem Heim erwies sich als ungeeignet. In enger Kooperation mit seinem rechtlichen Betreuer und mit einer Klinik konnte eine für ihn geeignete Unterbringung in einem anderen Pflegeheim gefunden werden. Der Mann wird auch dort von der AIDS/STD Beratung weiter begleitet.
- Ebenfalls 2005 wurde ein AIDS-kranker Mann aus der Kurzzeitpflege einer anderen Einrichtung in das Pflegeheim Reuterstraße verlegt. Auch dieser Bewohner hatte einen rechtlichen Betreuer, mit dem sich jedoch in der Zusammenarbeit gravierende Probleme entwickelten. Letztlich wurde ein anderer rechtlicher Betreuer bestimmt.
- Bei einem weiteren AIDS-Kranken, der 2005 in das Pflegeheim verlegt werden sollte, bestanden zunächst große Zweifel, ob er in den Alltag des Pflegeheimes integriert werden könnte. Aufgrund seiner langjährigen Drogenabhängigkeit fiel es ihm sehr schwer soziale Verhaltensregeln zu akzeptieren. Vor einem damals aktuellen Krankenhausaufenthalt musste er mehrere Unterkünfte, auch solche aus dem Bereich der Drogenarbeit, aufgrund unsozialen Verhaltens verlassen. Auf einer Fallkonferenz aller in den Fall involvierten Fachleute wurde jedoch deutlich, dass unter Berücksichtigung seiner schweren Erkrankung das Pflegeheim Reuterstraße die einzige Unterbringungsmöglichkeit für ihn war. Diesen Patienten in das Pflegeheim zu integrieren, verlief nicht ohne Zwischenfälle. Es gab mehrfach Auseinandersetzungen mit dem Pflegepersonal und mit Bewohner/innen. Der Mann, das Pflegepersonal und die Heimleitung stießen dabei immer wieder an ihre Grenzen. Dennoch gelang es befriedigende Lösungen zu finden. Dies erforderte jedoch ein hohes Engagement aller Beteiligten.

Um die Pflege für die AIDS-kranken Bewohner möglichst optimal zu gestalten, wurden auch in den vergangenen Jahren von einer Mitarbeiterin der AIDS/STD Beratung kontinuierlich Fragen und Probleme zum Thema HIV/AIDS sowie zum Umgang mit einzelnen AIDS-Kranken aufgegriffen und bearbeitet. Dafür wurden regelmäßig Teambesprechungen des Pflegeheimes genutzt. Außerdem gelang es 2006 gemeinsam mit der innerbetrieblichen Fortbildung der AWO eine Fortbildung für das Pflegepersonal des Heimes zu organisieren, die an zwei halben Tagen in den Räumen des Gesundheitsamtes stattfand. Neue Mitarbeiter/innen konnten so Grundkenntnisse der Versorgung AIDS-kranker Menschen erlangen und längerfristig Beschäftigte ihr Wissen auf den aktuellen medizinischen und pflegerischen Stand bringen.

4.2.3 Sprechstunde für HIV-Positive durch HIV-Positive

Jeden ersten Montag im Monat findet für zwei Stunden eine offene Sprechstunde für HIV-Positive statt (nach Vereinbarung auch zu anderen Zeiten). Diese Sprechstunde wird von einer HIV-positiven Frau, die als ehrenamtliche Mitarbeiterin für die Beratungsstelle tätig ist, für HIV-positive Menschen angeboten. Eine professionelle Mitarbeiterin steht in dieser Zeit zur Verfügung und wird bei Bedarf in die Gespräche einbezogen.



HIV-positive Menschen nutzten die Sprechstundenzeiten bislang wenig, dagegen nahmen sie das Angebot mit einer HIV-positiven Frau zu sprechen häufiger nach einer individuellen Terminvereinbarung in Anspruch.

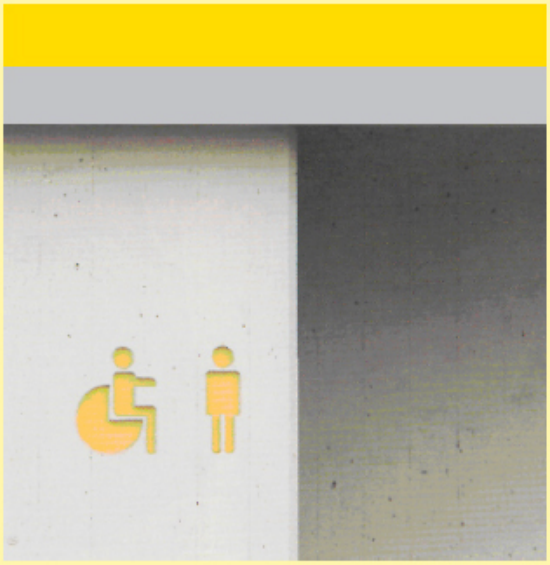
2007 führte die ehrenamtliche Mitarbeiterin außerdem, gemeinsam mit einer hauptamtlichen Mitarbeiterin, Gespräche in der Klinik durch. Die Patient/innen hatten dort meist erst wenige Tage zuvor ihr positives HIV-Ergebnis bekommen, obwohl sie bereits an AIDS erkrankt waren. Für sie war die Möglichkeit jemand kennen zu lernen, der schon fast 20 Jahre mit HIV lebt, eine wichtige Hilfe. Das Gespräch mit ihr erleichterte es ihnen, ihren Blickwinkel zu ändern, von *"Wie lange lebe ich noch?"* zu *"Was kann ich machen, damit ich wieder fit werde und mit HIV leben kann?"*. Die AIDS-kranken Patient/innen konnten wieder Lebensperspektiven entwickeln und besser durch ihre Krise kommen. Betroffene berichten uns einige Monate später, dass ihnen die Kombination mit einer professionellen Mitarbeiterin und einer Betroffenen im Gespräch zu sein, ein Gefühl von Sicherheit und Perspektive für das eigene Leben mit HIV gegeben habe.

Wir werden im Laufe dieses Jahres entscheiden, ob wir die HIV-Positiven-Sprechstunde zu den festen Zeiten aufrechterhalten. Wenn die Inanspruchnahme so gering bleibt, werden wir sie nur noch nach persönlicher Vereinbarung fortführen.

Für die AIDS/STD Beratung ist die ehrenamtliche HIV-positive Mitarbeiterin ein Gewinn. Sie bereichert unsere Arbeit im direkten Kontakt mit HIV-Infizierten und AIDS-Kranken sowie mit deren Angehörigen, aber auch im Unterricht in Krankenpflegeschulen und in Fortbildungsveranstaltungen (s. Kap. 7.4). Dieses zusätzliche ehrenamtliche Beratungsangebot geht jedoch nicht ohne kontinuierliche professionelle Unterstützung durch eine unserer Mitarbeiter/innen. Für die ehrenamtlich tätige Frau ist es notwendig, ihre Erlebnisse und Empfindungen aus den oft sehr emotio-

nalen Kontakten aufzuarbeiten. Gleichzeitig entwickelt sie sich durch solch reflektierende Gespräche in ihrer Tätigkeit weiter. Diese Zusammenarbeit ist in unserem Beratungsalltag nicht mehr wegzudenken und wir versuchen gemeinsam einen weiteren HIV-positiven Menschen für diese Arbeit zu finden.

positives leben



Perspektivenwechsel Bild: photocase.com

Auch wenn ich mich mit meiner HIV-Infektion inzwischen einigermaßen arrangiert habe, hadere ich doch immer wieder mal mit meinem Schicksal. Selbstmitleid kommt auf, Depressionen wollen sich breit machen. Nach dem Motto, was soll das eigentlich alles noch? Wozu dieser Kampf, immer und immer wieder, ich bin es wirklich leid! Lasst mich doch alle in Ruhe! Natürlich ist das nicht wirklich ernst gemeint, aber es gibt wohl kaum jemanden, der solche Situationen nicht auch kennt, jedenfalls steckte ich neulich in so einer Situation und musste mal wieder richtig aufgerüttelt werden.

Begegnung beim Bäcker

von Ilse Ohrem

Ich hatte meine Einkäufe fast beendet und wollte beim Bäcker unseres Einkaufszentrums noch schnell ein Brot kaufen. Als ich mich dem Verkaufstresen näherte, sah ich, dass die Bäckersfrau gerade einen schwerstbehinderten jungen Mann im Rollstuhl bediente. Seine Beine und Arme waren streichholzdünn und verkrümmt, genauso seine Hände und Finger. Er konnte kaum etwas richtig anfassen.

Die Bäckersfrau legte eine gefüllte Papiertüte und Wechselgeld auf den Tresen, beziehungsweise versuchte, dem jungen Mann alles in die Hand zu geben. Das klappte aber nicht, weil er weder an den Tresen, noch an ihre Hände heranreichte. Ich wollte ihn gerade fragen, ob ich behilflich sein soll, da sagte die Bäckersfrau zu mir: „Könnten sie uns mal helfen, wir versuchen gerade miteinander zurecht zu kommen, es will aber nicht ganz klappen". In diesem Augenblick wandte sich der junge Mann im Rollstuhl mir zu. Ich blickte in strahlende, freundliche Augen, sein Lächeln war charmant. Ein Gedanke blitzte durch meinen Kopf: Wie kann man trotz eines so schweren Schicksals so glücklich aussehen?

Ich nahm die Tüte und das Wechselgeld vom Tresen und gab alles dem jungen Mann, dabei berührten sich unsere Hände. Er strahlte mich an und sagte: „Danke, nett von Ihnen", wendete mit Schwung seinen Rollstuhl und düste im wahrsten Sinne des Wortes davon.

Ich merkte plötzlich, dass ich seine Hände gerne noch eine Weile gehalten hätte, weil er mir in dieser kurzen Berührung Kraft gegeben hatte und ich davon gerne noch ein wenig mehr gehabt hätte. Die Bäckersfrau und ich sahen uns an und sie meinte nur: „Unglaublich!" Ich konnte darauf gar nichts erwidern.

Dieser junge Mann geht mir nicht mehr aus dem Kopf. Immer wenn ich mich mal wieder hängen lassen will, taucht sein strahlendes Lächeln vor mir auf, und ich schäme mich. Ich kann nämlich meine Beine bewegen und laufen, genauso meine Arme und Hände, und dafür sollte ich dankbar sein. Auch dieser junge Mann ist einem Schicksal ausgesetzt, dem er nicht entrinnen kann, aber er trägt es mit Bravour. Im Gegensatz zu mir gibt es für ihn keine Hoffnung auf großartige Besserung. Er wird mit seinen verkrümmten Gliedmaßen wahrscheinlich für den Rest seines Lebens zurechtkommen müssen. Für mich und andere Menschen mit HIV/AIDS gibt es aber Hoffnung. Die Hoffnung, dass es eines Tages ein Medikament geben wird, das dem Virus endlich den Garaus machen wird. Oder dass wir mit unseren Medikamenten ein langes und beschwerdefreies Leben führen können.
Für mich war diese Begegnung so etwas wie ein Fingerzeig, nicht aufzugeben, sondern weiter zu machen. Und ein Hinweis, dass es Menschen gibt, denen es noch schlechter geht als mir und die ihr Schicksal großartig meistern. In Zukunft will ich öfter daran denken, wenn ich mal wieder „neben der Spur bin".

DHIVA (2007). Nr. 37, S 16

4.2.4 Gruppe für HIV-positive Frauen

In dieser Gruppe sind sechs HIV-positive Frauen im Alter von 28 bis 57 Jahren. Sie treffen sich in den Räumen des Gesundheitsamts einmal im Monat. Die Gruppe wird durch unsere ehrenamtlich tätige HIV-positive Frau angeleitet (s.o.). Eine Mitarbeiterin der Beratungsstelle kann während des Treffens in besonderen Situationen hinzugezogen werden.

Für einige der Frauen ist die Gruppe der einzige Ort, an dem sie sich mit ihrer Erkrankung zeigen können. Sie haben dort, in einem geschützten Rahmen, die Möglichkeit über ihre Ängste, Sorgen und Nöte zu sprechen. Es geht um Partnerschaft, Familie, Gesundheit, um Medikamente und deren Nebenwirkungen, um den Arbeitsplatz und auch um die Fragen: "Wie, wo, wann und wem gegenüber sollte ich mich als HIV-Infizierte zu erkennen geben?" Ziel der Gruppe war aber auch, für Krisenzeiten ein tragfähiges Netzwerk zu bilden und zu pflegen. Die Gruppe hat gerade im letzten Jahr bewiesen, wie gut dieses Netzwerk funktioniert, als eine von ihnen akut in eine Klinik kam und ein "geordneter" Besuchsdienst notwendig wurde. Außerdem unterstützte die Gruppe einige Frauen dabei, ihr positives HIV-Ergebnis ihren Eltern mitzuteilen, und sie diskutierten miteinander, wann der geeignete Zeitpunkt ist, es einem neuen Partner mitzuteilen. Dinge, die sie bewältigen konnten, berichteten sie wieder in der Gruppe und ermutigten damit andere, ihre Probleme ebenfalls anzugehen. Das Gefühl zu haben, mit den Sorgen rund um HIV nicht allein zu sein, hilft den Frauen sehr. Die Frauen in dieser Gruppe haben wieder Mut und Energie gefunden, sich trotz HIV dem Alltag und auch schönen Dingen des Lebens zuzuwenden.

4.2.5 Bewertung der Arbeit mit HIV-Positiven und AIDS-Kranken

In die Beratungsstelle kommen Menschen mit neuen wie auch mit länger zurückliegenden HIV-Diagnosen; mehr Personen als in den vergangenen Jahren sind bereits schwer erkrankt.

Ein direkter Vergleich zu vorliegenden epidemiologischen Daten ist nur unter Vorbehalten möglich, da die Zusammensetzung der Beratungsstelle einer anderen Logik folgt als die epidemiologischer Datenerhebung. Vorsichtige tendenzielle Vergleiche ermöglichen es jedoch Entwicklungen einzuordnen und einzuschätzen, welche Nutzergruppen aus dem Spektrum der Betroffenen die Beratungsstelle bevorzugt aufsuchen. Tendenziell spiegeln sich die bundesweiten Zunahmen von Neudiagnosen in einer ebenfalls steigenden Inanspruchnahme der Beratungsstelle. Daten des Robert-Koch-Instituts verzeichnen für das gesamte Bundesgebiet bereits seit 2002 kontinuierlich steigende HIV-Erstdiagnosen.[44] Daten für das Land Bremen zeigen seit 2003 eine steigende Tendenz, die jedoch 2006 zunächst zurückgeht, um dann im ersten Halbjahr 2007 wieder anzusteigen.[45]

---

[44] s. RKI (2007). *Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe A*.

[45] Im Jahr 2004 mit 33 Fällen stieg die Zahl in 2005 zunächst auf 41 HIV-Erstdiagnosen um 2006 auf 23 Fälle zu sinken. Für das Jahr 2007 wurden dann bereits im 1. Halbjahr 31 neue Diagnosen gemeldet. RKI (2007). Auskunft auf eine Anfrage des Gesundheitsamtes Bremen zu validen HIV-Erstdiagnosen in Bremen. Stand 31.08.2007)

Bei den verschiedenen Zielgruppen finden sich deutliche Unterschiede. Beim RKI sind für Bremen mehrheitlich homosexuelle Männer mit HIV-Erstdiagnosen gemeldet. Die HIV-infizierten Personen, die die Bremer AIDS/STD Beratung nutzten, waren jedoch überwiegend heterosexuell mit einem in den vergangenen drei Jahren relativ hohen Anteil von infizierten Migrant/innen aus Ländern mit einer hohen Prävalenz für HIV. Diese wiederum sind bei den gemeldeten Erstdiagnosen in Bremen deutlich unterrepräsentiert.[46] Das Robert-Koch-Institut nennt in dieser Gruppe für die vergangenen Jahre rückläufige Zahlen für das gesamte Bundesgebiet, weist aber auch darauf hin, dass Migrant/innen häufiger erst in einem fortgeschrittenem Krankheitsstadium Hilfe suchen.[47]

Eine Erklärung warum gerade diese Gruppe – entgegen dem bundesweiten Trend – die AIDS/STD Beratung in Anspruch nahm, ist die kontinuierliche Präventionsarbeit für Migrant/innen, die seit 2004 durch das Afrikaprojekt (s. Kap. 7.1) deutlich verstärkt wurde. In diesem Zeitraum nutzten eine relativ hohe Anzahl HIV-infizierter Afrikaner/innen die Beratungsstelle. Eine weitere Erklärung ist die enge Kooperation zwischen den Kliniken, die bereits erkrankte Migrant/innen häufiger an die Beratungsstelle vermittelten. Gründe für eine enge Kooperation mit den Kliniken gerade bei dieser Gruppe sind: Die sprachliche und kulturelle Verständigung sowohl bei medizinischen Fragen als auch bei psychischen Problemen, die mit der AIDS-Erkrankung einhergehen können, ist für das Klinikpersonal eher schwierig, zumal Dolmetscher/innen aus Kostengründen nur in sehr begrenztem Umfang zur Verfügung stehen. Hinzu kommen oft soziale Probleme, die während eines Krankenhausaufenthaltes nicht vollständig geklärt werden können, so dass weitergehende Hilfen benötigt werden. Die AIDS/STD Beratung übernimmt hier wichtige Unterstützungsfunktionen und vermittelt bei Bedarf auch weitere Hilfen in Absprache mit den Patient/innen. Solche Begleitungen sind jedoch vor allem in der Anfangsphase des Kontaktes sehr zeitaufwändig.

Gründe für den verhältnismäßig hohen Frauenanteil in der Beratungsstelle und dem niedrigen Anteil homosexueller Nutzer liegen zum Teil in einer arbeitsteiligen Versorgung der verschiedenen Zielgruppen durch die Bremer Beratungsstellen. Homosexuelle Männer werden vor allem vom Rat und Tat Zentrum für Schwule und Lesben e.V. erreicht, während Frauen traditionell die AIDS/STD Beratungsstelle nutzen. Die Einrichtung eines regelmäßigen Treffs für HIV-positive deutsche Frauen unterstützt diese Tendenz zusätzlich. Aber auch der hohe Anteil von Frauen aus dem Ausland und hier besonders von Frauen aus Hochprävalenzländern wie Afrika trägt hierzu bei.

Offen bleibt jedoch die Frage, ob für Männer, die Versorgungsangebote tatsächlich ausreichend sind, auch wenn wir wissen, dass ein guter Teil von ihnen im Rat und Tat Zentrum gut versorgt ist. Bekannt ist, dass Männer Beratungsangebote weniger nutzen und auch die Kolleg/innen des Rat und Tat Zentrums bestätigen, dass Männer oft erst dann kommen, "wenn es brennt". Steigende Infektionszahlen gerade in der Gruppe der homo- und bisexuellen Männer machen es

[46] 2005: 2 Personen, 2006: 3 Personen, für das erste Halbjahr 2007 2 Personen.
RKI (2007). Auskunft auf eine Anfrage des Gesundheitsamtes Bremen zu validen HIV-Erstdiagnosen in Bremen. Stand 31.08.2007.

[47] s. RKI (2007). *Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe B.*

jedoch notwendig, sich ihnen wieder stärker zuzuwenden. Wir werden daher gemeinsam mit dem Rat und Tat Zentrum für Homosexuelle und Lesben e.V. diskutieren, mit welchen Angeboten homosexuelle Männer zu erreichen sind und ob auch von unserer Seite weitere Schritte notwendig sind. Zu klären ist dabei jedoch auch welche Kapazitäten in den beiden Beratungsstellen dafür zur Verfügung stehen.

5 Sexuell übertragbare Erkrankungen – Untersuchung und Beratung von Prostituierten

Unsere Beratungsstelle bietet für die Bremer Bevölkerung anonym und kostenlos Beratung zu sexuell übertragbaren Erkrankungen. Weibliche und männliche Prostituierte sowie Menschen ohne Krankenversicherung können darüber hinaus ärztliche Untersuchung, Diagnostik und Behandlung in Anspruch nehmen.

Der Großteil unserer Klient/innen hat einen Migrationshintergrund. Vor allem Prostituierte aus dem Ausland besitzen oft keinen für Deutschland gültigen Krankenversicherungsschutz, so dass sie zur medizinischen Versorgung keinen regulären Zugang haben. Kulturelle und sprachliche Barrieren erschweren ihnen die Inanspruchnahme zusätzlich. Zugleich sind Prostituierte durch ihre Arbeit einem erhöhten Risiko für sexuell übertragbare Erkrankungen[48] und für andere Gesundheitsgefährdungen ausgesetzt.

Die Aufklärung zu sexuell übertragbaren Erkrankungen, zu Übertragungswegen und zu Schutzmöglichkeiten sowie die Früherkennung und Behandlung bestehender sexuell übertragbarer Infektionen ist Teil der Prävention in dieser Zielgruppe. Aufsuchende Sozialarbeit (auch Streetwork oder Apartmentarbeit) (s. Kap. 6.2) und spezielle Projekte für Freier ergänzen daher unser Angebot (s. Kap 6.3 und Kap. 7.7).

Im Folgenden geben wir einen Überblick wie und von wem die Sprechstunde in der Beratungsstelle genutzt wurde und über die dokumentierten sexuell übertragbaren Infektionen im Zeitraum Januar 2005 bis Dezember 2007. Vergleichsdaten für 2005 fehlen teilweise, da wir ab 2006 unsere bisherige Dokumentation umgestellt haben. Im Anschluss berichten wir über den Bereich der aufsuchenden Sozialarbeitarbeit (Kap. 6.2) und über die Aktion "Tabulos" in Bremen (Kap. 6.3). Eine weitere öffentlichkeitswirksame Kampagne "Freiersein" zur Fußball-Weltmeisterschaft stellen wir im Kapitel über Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit vor (s. Kap. 7.7).

5.1 Die Sprechstunde

Unsere Sprechstunde wurde im Jahr 2007 von 321 Klient/innen aufgesucht, im Jahr 2006 waren es 272 und im Jahr 2005 237 Klient/innen. Die Zahl der Klient/innen nahm im Verlauf der Jahre deutlich zu. Die meisten besuchten uns mehr als einmal pro Jahr und hatten zu verschiedenen Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle Kontakt (Ärztin, Sozialarbeiterin, Krankenschwester), so dass wir 2007 insgesamt 2.022 Kontakte in der Beratungsstelle zählen konnten, 2006 2.119 und 2005 1.675 Kontakte.

[48] s. RKI (2007). *Epidemiologisches Bulletin, 4*.

Männer suchten unsere Beratungsstelle in den Jahren 2005 bis 2007 nur selten auf (2007: 10,0%, 2006: 8,1%, 2005 5,9%). Alle Männer gaben an, Kontakte zu Prostituierten zu haben.

Nahezu 90% der Klientinnen in der Beratungsstelle sind weiblich (2007: 88,4%, 2006: 89,7%; 2005: 93,2%). Des Weiteren haben wir vereinzelt Transgender-Klient/innen (Männer, die sich in Frauen umwandeln ließen oder umgekehrt).

2007 gaben 276 (86,5%) unserer Klient/innen an, in der Prostitution zu arbeiten, 2006 waren es 237 (87,1%) und 2005 215 (90,7%).

2007 nannten 82,5% (2006: 78,3%; 2005: 82,3%) der Klient/innen einen Migrationshintergrund. Die unten stehende Tabelle gibt einen Überblick über die Verteilung der Länder. Um die im Jahre 2006 sprunghaft steigende Rubrik "Andere Länder" transparenter zu gestalten, haben wir im Jahre 2007 die Liste der Herkunftsländer um Tschechien und Ungarn erweitert. Im Jahre 2007 stieg jedoch insbesondere die Zahl der Klient/innen aus Bulgarien und Rumänien, was sicherlich auf die jüngste Erweiterung der EU-Grenzen zurückzuführen ist.

Tabelle 10:
Vergleich der Nationalitäten 2005-2007

Nationalitäten	2007	2006	2005
Deutschland	56	59	43
Russland	29	20	26
Ukraine	12	7	14
Baltikum	29	44	46
Polen	49	53	50
Tschechien	7		
Ungarn	17		
Bulgarien	39	5	10
Rumänien	47	8	18
SO-Asien	12	16	1
Lateinamerika	13	10	10
Afrika	1	5	4
Andere Länder	8	45	15
Gesamt	**321**	**272**	**237**

Quelle: Dokumentation der AIDS/STD Beratung 2005 bis 2007

Im Verlauf der Jahre 2005 bis 2007 ging der Anteil der Klient/innen ohne Krankenversicherungsschutz in Deutschland deutlich zurück. Es gibt jedoch auffällige Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Klient/innen. Bei den Deutschen waren 2005 44,2% nicht versichert, 2007 waren es nur noch 16,4%. Bei den Migrant/innen ging der Anteil der nicht in Deutschland Versicherten ebenfalls zurück, lag aber deutlich über dem der Deutschen: nicht versichert waren 2005 bei den Migrant/innen 76,8% und 2007 mit 57,5% noch immer mehr als die Hälfte.

Ablauf der Sprechstunde

Ein Beratungsgespräch zu sexuell übertragbaren Infektionen kann in unseren Sprechstunden jeder anonym und ohne Termin erhalten. In einem Aufnahmegespräch, zu dem eine Dolmetscherin hinzugezogen werden kann, erstellen wir eine ausführliche medizinische und soziale Anamnese, und wir beraten zu sexuell übertragbaren Infektionen, zu Schutzmöglichkeiten bei verschiedenen Sexualpraktiken, zu Schwangerschaftsverhütung, zu allgemein gesundheitsfördernden Verhaltensweisen und zu sozialen und psychischen Fragen. Bei Bedarf schließen wir eine ärztliche Untersuchung zu sexuell übertragbaren Infektionen und eine Behandlung an (s. Tab. 11).

Tabelle 11:
Themen innerhalb der Beratungsgespräche (Mehrfachnennungen)[49]

Themen	**2007**		**2006**	
	Anzahl	*Prozent*	Anzahl	*Prozent*
Aufnahmegespräche	786	*29,4%*	723	*27,4%*
davon Erstaufnahmen	*193*	*24,6%*	*173*	*23,9%*
Sozialarb. Beratung	162	*6,0%*	174	*6,6%*
Koordination (Einzelfallarbeit, Kooperation etc.)	58	*2,2%*	139	*5,3%*
Ärztl. Beratung	713	*26,6%*	704	*26,7%*
Medizin. Leistung	960	*35,8%*	898	*34,0%*
Themen insgesamt	**2679**	***100%***	**2638**	***100%***

Quelle: Dokumentation der AIDS/STD Beratung 2006 und 2007

[49] Da vor 2006 medizinische Leistungen anders kategorisiert wurden, sind die vorhergehenden Jahre mit diesen Daten nicht vergleichbar.

Je nach Anamnese und Fragestellung der Klientin entscheidet die Ärztin, welche medizinischen Leistungen erfolgen sollen (s. Tab. 12). Bei akuten Beschwerden wie Ausfluss, Juckreiz, Schmerzen wird eine Untersuchung durchgeführt. Da sexuell übertragbare Infektionen jedoch beschwerdefrei verlaufen können, wird bei entsprechender Anamnese auch ohne Beschwerden eine Untersuchung im Abstand von drei Monaten empfohlen. Blutuntersuchungen empfehlen wir mindestens einmal im Jahr oder drei Monate nach einem Risiko. Bei positiven Befunden leiten wir notwendige Behandlungen ein und besprechen mögliche Konsequenzen ausführlich. Nach ein bis zwei Wochen empfehlen wir zur Beurteilung des Behandlungserfolges eine weitere Untersuchung.

Tabelle 12:
Medizinische Leistungen nach Beratungsgesprächen (Mehrfachnennungen)[50]

Medizinische Leistung	**2007**		**2006**	
	Anzahl	*Prozent*	Anzahl	*Prozent*
Körperliche Untersuchung	434	*26,9%*	408	*27,1%*
Labor (Abstrich, Urinstix, Schwangerschaftstest)	801	*49,8%*	703	*46,6%*
Blutentnahme	269	*16,7%*	253	*16,8%*
Impfung	106	*6,6%*	143	*9,5%*
Gesamt	**1610**	***100,0%***	**1507**	***100,0%***

Quelle: Dokumentation der AIDS/STD Beratung 2006 und 2007

[50] s.o. Da vor 2006 medizinische Leistungen anders kategorisiert wurden, sind die vorhergehenden Jahre mit diesen Daten nicht vergleichbar.

Die medizinischen Untersuchungen beinhalten den Ausschluss bzw. Nachweis folgender Erkrankungen:

Abbildung 4:
Erreger und ihre Nachweismethoden unserer Untersuchungen

Erkankung	Erreger	Methode
Syphilis	Treponema pallidum	Serologie
HIV/AIDS	HIV1/HIV2	Serologie
Hepatitis B	Hepatitis B-Virus	Serologie
Genitale Chlamydieninfektion	Chlamydia trachomatis	PCR
Gonorrhoe	Neisseria gonorrhoea	PCR
Trichomoniasis	Trichomonas vaginalis	Mikroskopie
Anogenitale Warzen	HPV	Makroskopie, Essigsäuretest
Herpes genitalis	HSV II	Makroskopie
Hefepilzinfektionen	Candida albicans	Mikroskopie
Bakterielle Vaginose	Gardnerella vaginalis Streptokokken der Gruppe A Staphylococcus aureus Escherichia coli	Mikroskopie/Kultur

Bei jeder Untersuchung werden Abstriche von der Scheide und vom Muttermund genommen. Bei medizinischer Indikation wird eine zusätzliche Laboruntersuchung (PCR = Polymerase Chain Reaction) auf Gonorrhoe und Chlamydien durchgeführt. Bei einem ersten Kontakt in unserer Beratungsstelle und nach Risiken werden Blutuntersuchungen für HIV, Syphilis und Hepatitis B angeboten. Sollte der/die Betreffende keinen Schutz gegen Hepatitis B haben, wird er/sie auf Wunsch geimpft.

Die auf diese Weise diagnostizierten Infektionen sind in der unten stehenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 13:
Diagnosen 2005-2007 im Vergleich (Mehrfachnennungen und nur die wichtigsten Diagnosen)

Diagnosen	2007	2006	2005
HIV	2	1	1
Syphilis	1	0	3
Hepatitis B	2	4	13
Gonorrhoe	43	19	19
Chlamydien	33	25	36
Anogenitale Warzen	8	2	5
Herpes genitalis	7	4	3
Unspezif. Bakt. Vaginitis	233	181	171
Schwangerschaft	15	19	22
Gesamtzahl der wichtigsten Diagnosen	**344**	**255**	**273**

Quelle: Dokumentation der AIDS/STD Beratung 2005 und 2007

Impfung

Wenn mittels Blutentnahme und Antikörperbestimmung kein Schutz vor einer Hepatitis B Infektion nachzuweisen ist, wird mit den Klient/innen die Möglichkeit einer Impfung besprochen und auf Wunsch durchgeführt. Auf der Grundlage verschiedener Studien ist davon auszugehen, dass bei etwa 5-8% der bundesdeutschen Bevölkerung eine Hepatitis B-Infektion abgelaufen ist und etwa 0,4-0,8% Virusträger sind. In Osteuropa liegt die Rate der chronisch Infizierten dagegen bei etwa 8%.[51] Da sich unsere Klientel vornehmlich aus Prostituierten – insbesondere aus Osteuropa – zusammensetzt, halten wir die Impfung für eine entscheidende Maßnahme im Rahmen der Prävention. Die Impfung wird in erfreulichem Maß von unserer Klientel angenommen: Im Jahr 2005 ließen sich 156 Personen impfen, im Jahr 2006 waren es 143 und im Jahr 2007 127. Die auf den ersten Blick sinkenden Zahlen sind positiv zu deuten: sie belegen die voranschreitende Hepatitis B-Durchimpfung unserer Klientel.

[51] s. RKI (2006). *Epidemiologisches Bulletin, 46.*

Weitervermittlung

Wir kooperieren eng mit anderen Beratungsstellen wie Pro Familia Bremen e.V., Nitribitt e.V., der Beratungsstelle für Betroffene von Menschenhandel und Zwangsprostitution (BBMeZ), MediNetz und mit niedergelassenen Fachärzt/innen. Dies erleichtert im Einzelfall die Vermittlung von Klient/innen. Im Jahre 2007 vermittelten wir insgesamt 60 mal an weitere Beratungsstellen, im Jahr 2006 47 mal und 2005 31 mal.

Bewertung

In den letzten Jahren stieg die Zahl der von uns in der Beratungsstelle versorgten Klient/innen kontinuierlich. Die Verteilung sexuell übertragbarer Infektionen bei den von uns betreuten Patient/innen ist allerdings nicht für die Bevölkerung Deutschlands repräsentativ. Im Sinne gesundheitlicher Prävention handelt es sich jedoch um eine wichtige Zielgruppe, deren Behandlung zur Reduzierung sexuell übertragbarer Infektionen beiträgt.

Der weitaus größte Teil der Patient/innen in unserer Beratungsstelle geht der Prostitution nach und hat einen Migrationshintergrund. Es wäre allerdings falsch, aus unseren Daten zu schließen, dass ausländische Prostituierte gehäuft an sexuell übertragbaren Infektionen leiden. Wir wissen, dass deutsche krankenversicherte Prostituierte bei Beschwerden eher zu einem niedergelassenen Gynäkologen gehen, während ausländische ohne Krankenversicherungsschutz in Deutschland diese Möglichkeit nicht haben.

Der Anteil der Frauen mit Versicherungsschutz in Deutschland hat bei uns jedoch zugenommen. Frauen aus europäischen Ländern, die dort in einer gesetzlichen Krankenversicherung sind, haben im Rahmen des Sozialversicherungsabkommens der EU die Möglichkeit medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen. Gründe warum Frauen aus den EU-Ländern weder in ihrem Heimatland noch in Deutschland versichert sind, sind vor allem finanzielle. In Deutschland liegen die Kosten für eine private Krankenversicherung bei ca. 250-450 Euro monatlich. Besonders schwierig ist es für Frauen aus Drittländern ohne Aufenthaltsberechtigung sowie für Frauen, die von Menschenhandel und Zwangsprostitution betroffen sind, medizinische Versorgung zu erhalten.

Das Öffnen der Grenzen nach Osten in den 90er Jahren bewirkte im Arbeitsbereich Prostitution große Veränderungen. Arbeiteten bis dahin vornehmlich deutsche Prostituierte in Bordellen, Bars oder auf dem Straßenstrich, verlagerte sich die Prostitution seither zunehmend in den privaten Apartmentbereich (s. Kap. 6.2.). Gerade in diesem Arbeitsfeld arbeiten vor allem Prostituierte mit Migrationshintergrund. Sie sind räumlich und sozial isoliert, gegenseitige Hilfe und Austausch von Informationen entfällt für sie. Wir sind daher als Gesundheitsamt oft die erste und manchmal auch die einzige Anlaufstelle, gerade auch für Prostituierte oder Migrant/innen mit unklarem Aufenthaltsstatus.

Mit unseren Klientinnen stehen wir in ständigem Dialog, um die Beratung, Diagnostik- und Therapieangebote an den Bedürfnissen der Zielgruppen auszurichten. Die Auswertung unserer Daten unterstützt uns zusätzlich. So können wir beispielsweise rasch auf sich verändernde Herkunftsländer unserer Klientinnen mit der Einstellung geeigneter Dolmetscherinnen reagieren.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, welche wichtige Rolle wir als Gesundheitsamt bei der gesundheitlichen Versorgung sozial benachteiligter gesellschaftlicher Gruppen spielen. Das Fehlen dieser Angebote könnte die Ausbreitung sexuell übertragbarer Infektionen begünstigen und präventive Maßnahmen erschweren, wie es wahrscheinlich bei dem Syphilisausbruch 2005/2006 in Aachen der Fall war.[52] Ein weiterer Abbau noch bestehender Angebote wird diesen Gruppen den Zugang zu einer gesundheitlichen Versorgung noch mehr erschweren und sollte unbedingt vermieden werden.[53]

[52] s. RKI (2006). *Epidemiologisches Bulletin, 21.*
[53] s. RKI (2007). *Epidemiologisches Bulletin, 4.*

5.2 Projekt Apartmentarbeit – Prävention durch aufsuchende Sozialarbeit

Zielgruppe

Das Angebot der aufsuchenden Sozialarbeit richtet sich vor allem an Frauen, die in "Apartments", also in Wohnungen, der Prostitution nachgehen. Außerdem werden Massagestudios, Bars und Animierkneipen, Studios mit sadomasochistischen Angeboten, der Straßenstrich in der Cuxhavener Strasse im Waller Hafengebiet und die Helenenstraße im Steintorviertel aufgesucht.

Ziel

Ziele der aufsuchenden Arbeit sind:

- Frauen, die neu in Bremen sind, über das psychosoziale und medizinische Angebot der Beratungsstelle zu informieren.
- Über kontinuierliche Beratung vor Ort die Gesundheit der Prostituierten zu fördern.

Hintergrund

Viele Frauen, die in Bremen der Prostitution nachgehen, sind sehr jung und kommen aus dem Ausland, seit einigen Jahren vorwiegend aus den osteuropäischen Ländern.

Diese Frauen, unsere Zielgruppe, sind in besonderem Maße gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Ihnen fehlen häufig Möglichkeiten und Kenntnisse, um sichere Arbeitstechniken in der Prostitution durchzusetzen. Da sie meist nur ungenügend Deutsch sprechen, fällt es ihnen schwer, sich argumentativ gegen Freier zu behaupten, die risikoreiche Sexualpraktiken einfordern. Hinzu kommt, dass die Bereitschaft von Freiern für solche Praktiken höhere Beträge zu zahlen, für sie besonders attraktiv ist. Ein Hauptmotiv für ihre Tätigkeit in der Prostitution ist der Wunsch, ihre finanzielle Lage zu verbessern. Die Frauen stehen häufig unter dem Druck, Familienangehörige in ihren Heimatländern zu unterstützen oder sie haben den Wunsch, sich selbst oder ihren Kindern über die Finanzierung einer Ausbildung ein besseres Leben zu ermöglichen.

Um bei gesundheitlichen Beschwerden eine angemessene medizinische Versorgung zu erhalten, fehlt ihnen meist ein für Deutschland ausreichender Krankenversicherungsschutz. Auch in psychischen und sozialen Notlagen fehlt ihnen das Wissen, an wen sie sich wenden können. Oder sie scheuen aus Angst vor Ausweisung oder Bestrafung davor zurück, sich Hilfe zu holen. Zudem ist vielen ihre Rechtslage nicht bekannt. Dies gilt besonders für Frauen, die nicht aus freien Stücken in der Prostitution tätig sind.

Bekannt ist, dass bei diesen Frauen eine hohe Fluktuation zwischen verschiedenen Arbeitsplätzen einer Stadt und zwischen verschiedenen Städten herrscht. Etliche Frauen arbeiten nur für

kurze Zeit (1 bis 3 Monate) in Bremen und wechseln dann in eine andere Stadt. Andere fahren alle drei Monate in ihre Heimatländer zurück, um wieder ein gültiges Visum zu erhalten.

Die medizinische Versorgung dieser Frauen ist meist ungenügend, ebenso wie ihre soziale und psychische Lage häufig nicht stabil ist. Dies begründet unser niedrigschwelliges, aufsuchendes Angebot für diese spezielle Zielgruppe.

Apartments befinden sich vorwiegend in den Stadtteilen Mitte, Walle, Gröpelingen und in der Neustadt, aber auch in anderen Stadtteilen sind sie in gewöhnlichen Wohnstrassen zu finden. Wir kennen ca. 120 Adressen, in denen häufig mehrere Frauen arbeiten.

Kontaktaufnahme

Informationen, unter welchen Adressen neue Frauen arbeiten, beziehen wir aus dem Internet oder über Anzeigen in der regionalen Tagespresse. Auch wirken erfahrene Frauen, die uns bereits kennen, als Multiplikatorinnen, indem sie junge Kolleginnen mit uns in Kontakt bringen. In Einzelfällen gelingt es auch, die Betreiber/innen oder Wirtschafter/innen der Apartments anzusprechen und sie zur Zusammenarbeit zu motivieren. Dies erleichtert den dort arbeitenden Frauen die Kontaktaufnahme zu uns.

Streetwork wird in der Regel an zwei Tagen in der Woche durchgeführt, dabei suchen wir die bekannten Adressen turnusmäßig auf. Häuser, in denen die Frauen häufig wechseln, werden häufiger aufgesucht. Ebenso wenn uns bekannt ist, dass die dort arbeitenden Frauen neu in Bremen sind. Die Besuche finden stets gemeinsam mit einer Dolmetscherin und einer Sozialarbeiterin statt. Eine Ansprache in der Muttersprache erleichtert die Kontaktaufnahme und ermöglicht es, Vertrauen aufzubauen. Diese Dolmetscherinnen sind auch an einzelnen Tagen in der Sprechstunde der Beratungsstelle anwesend.

Wir beraten auch hier zu sexuell übertragbaren Erkrankungen, zu risikoreichen und weniger risikoreichen Sexualpraktiken, zu Schwangerschaft und Verhütung, zu allgemein gesundheitsfördernden Verhaltensweisen, zu Fragen der Sicherheit am Arbeitsplatz und zu (anderen) sozialen und psychischen Fragen. Wir verteilen Kondome und Gleitgel, mehrsprachige Faltblätter zu unseren Angeboten, Kopien des Stadtplans, sowie speziell für den Arbeitsbereich Prostitution entwickelte Informationsmaterialien in allen gängigen Sprachen, die vom Projekt "TAMPEP – Europäisches Projekt für Forschung und Aktion mit direkter Einbeziehung von Sexarbeiterinnen" entwickelt wurden. Daneben informieren wir auch über die Beratungsstelle "Nitribitt e.V. – Treffpunkt und Beratungsstelle für Mädchen und Frauen, die anschaffen gehen".

Zusätzlich zu den regelmäßigen Besuchen werden von uns zu Ostern und Weihnachten fast alle Apartments aufgesucht, um kleine Geschenktüten, die Informationsmaterial, Kondome und Süßigkeiten enthalten, an die Frauen zu verteilen.

Daten

2005 konnten wir wegen krankheitsbedingt eingeschränkter Personalsituation nur 64 Apartment- und Arbeitsplatzbesuche mit 174 persönlichen Kontakten zu Frauen durchführen. Um mit diesen wenigen Besuchen einen möglichst hohen Effekt zu erzielen, suchten wir im Rahmen der Oster- und Weihnachtsaktionen vor allem die Häuser auf, in denen viele Frauen angetroffen werden konnten.

Im November 2005 wurde die Stelle neu besetzt und im Jahr 2006 kam es zu 485 Besuchen mit 626 persönlichen Kontakten. Vor allem im ersten Halbjahr 2006 mussten wir Adressen oft mehrfach aufsuchen, um zu klären, ob dort – nach längerer Abwesenheit von uns – noch Frauen arbeiten. Hinzu kamen neue Adressen; hier galt es neue Kontakte zu knüpfen.

Im Jahr 2007 erreichten wir dann mit weniger Besuchen mehr persönliche Kontakte (462 Besuche und 826 Kontakte), enthalten sind hier auch häufigere Besuche auf dem Straßenstrich in der Cuxhavener Straße. In 2006 hatten wir unsere Adressenliste aktualisiert und waren über unsere Besuche bereits bekannt.

Erreichte Frauen – Verteilung nach Nationalitäten

Durch Streetwork konnte ein hoher Anteil von Migrantinnen in der Prostitution erreicht werden (s. Tab. 14). Im Jahr 2007 betrug ihr Anteil an den Kontakten 72,3%, 2006 78% und in 2005 61,5%. Die dargestellte Verteilung der Nationalitäten ist allerdings nicht repräsentativ für die Gesamtverteilung in Bremen, da wir Adressen, bei denen wir besondere Bedarfe sehen, häufiger aufsuchen. Ein großer Teil der Frauen kam aus dem osteuropäischen Raum.

Es ist allerdings nicht immer möglich, die Nationalität der Frauen in Erfahrung zu bringen. Auch stimmt die angegebene Nationalität manchmal nicht mit der tatsächlichen Herkunft überein. Besonders Frauen aus Nicht-EU-Staaten fürchten aufgrund eines illegalen Aufenthalts Repressionen und nennen daher andere Herkunftsländer. Die hier wiedergegebenen Daten geben somit nur einen groben Überblick über einen allerdings wichtigen Teil der Bremer Prostitutionsszene.

Tabelle 14:

Vergleich der Nationalitäten 2005-2007

Nationalität	2007		2006		2005	
	Anzahl[54]	*Prozent*	Anzahl	*Prozent*	Anzahl	*Prozent*
Deutschland	229	*27,7%*	138	*22,0%*	67	*38,5%*
Russland	54	*6,5%*	56	*8,9%*	14	*8,1%*
Polen	99	*11,9%*	135	*21,6%*	30	*17,2%*
Ukraine	2	*0,2%*	4	*0,6%*	0	*0,0%*
Baltikum	49	*5,9%*	88	*14,1%*	16	*9,2%*
Rumänien	77	*9,3%*	11	*1,8%*	5	*2,9%*
Bulgarien	115	*13,9%*	7	*1,1%*	15	*8,6%*
Lateinamerika	30	*3,6%*	28	*4,5%*	4	*2,3%*
Südostasien	54	*6,5%*	49	*7,8%*	3	*1,7%*
Ungarn	32	*4,2%*	-	-	-	-
Tschechien	21	*2,5%*	-	-	-	-
Afrika	13	*1,6%*	-	-	-	-
nicht bekannt	51	*6,2%*	110	*17,6%*	20	*11,5%*
Gesamt	826	*100%*	626	*100,0%*	174	*100,0%*

Quelle: Dokumentation der AIDS/STD Beratung 2005-2007

Bewertung

Streetwork der Beratungsstelle wird von den Frauen akzeptiert und als Unterstützung gewertet. Frauen, die neu in Bremen sind und die unbehandelte gesundheitliche Probleme haben, nutzen in der Regel die nächste Sprechstunde der Beratungsstelle zur Diagnostik und Behandlung. Frauen, die uns bereits kennen, nutzen dieses Angebot vor allem, um spezifische Probleme ihres Arbeitsumfeldes zu besprechen. Für Frauen, die das Apartment nicht verlassen können oder dürfen, sind diese Besuche oft die einzige Möglichkeit, Informationen zu erhalten.

Im Jahr 2007 suchten wir den Straßenstrich in der Cuxhavener Straße und die umliegenden Lokale häufiger auf als in den Jahren zuvor, um dort wieder kontinuierlich präsent zu sein. Dadurch erklärt sich die vergleichsweise hohe Anzahl von Kontakten zu deutschen Frauen. Wir

[54] Anzahl der Kontakte: Beim Streetwork werden nur Kontakte, nicht einzelne Personen erfasst. Die hier beschriebenen Daten geben die Verteilung der Kontakte mit verschiedenen Nationalitäten wieder.

erklärt sich die vergleichsweise hohe Anzahl von Kontakten zu deutschen Frauen. Wir trafen dort aber auch Frauen mit ungarischer und rumänischer Herkunft an. Diese Frauen sprachen in der Regel kein Deutsch, waren sehr jung und kannten unser Angebot nicht. Ungarn als Herkunftsland erhoben wir explizit erst seit 2007, wir wissen jedoch, dass schon 2006 ungarische Frauen dort arbeiteten.

Die Herkunftsländer Afrika und Tschechien erhoben wir in unseren Daten zum Streetwork im Jahr 2007 zum ersten Mal gesondert, da wir erst 2006 häufiger mit Frauen dieser Nationalitäten Kontakt hatten.

Im Jahr 2007 hatten wir mehr Kontakte zu Frauen aus Bulgarien und Rumänien als in den Vorjahren. Einer der Gründe dafür kann in der EU-Osterweiterung zum 01.01.2007 gesehen werden. Wir suchten Häuser, in denen Frauen, dieser Nationalitäten arbeiteten, häufiger auf. Dies spiegelt sich auch in der Sprechstunde der Beratungsstelle wider, die diese Frauen nutzten.

5.3 "Tabulos" in Bremen – eine Aktion für Freier

Das Projekt "Tabulos" richtete sich an Kunden von Prostituierten. Die Prostituierten, die unsere Beratungsstelle aufsuchten, berichteten von wiederholten Anfragen der Freier nach ungeschützten Sex-Praktiken – sowohl oral als auch vaginal und anal. Freier und Prostituierte gehen dabei ein hohes Risiko ein, sich sexuell übertragbare Infektionen zuzuziehen. Freier bieten für diese spezielle Art der Dienstleistung, die in der Prostitutionsszene auch als "tabuloser Sex" bezeichnet wird, mehr Geld.

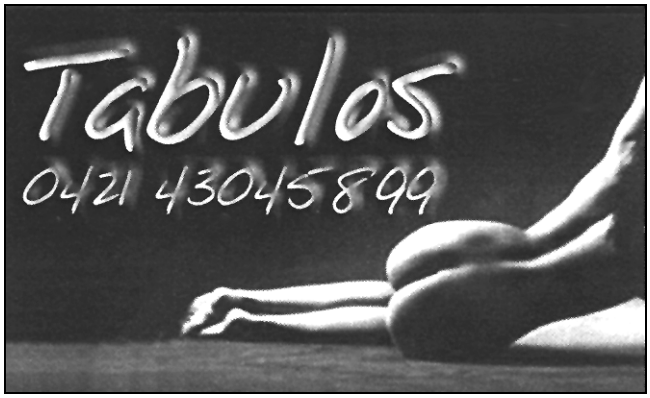
Kunden von Prostituierten sind mit Präventionsbotschaften schwer zu erreichen. Da es in Bremen außer der Helenenstraße und der Cuxhavener Straße keinen ausgewiesenen Rotlichtbezirk gibt, wie beispielsweise in Hamburg die Reeperbahn, ist es nicht möglich, Freier über gezielte Aktionen im direkten Umfeld der Prostitution zu erreichen. Im Rahmen der aufsuchenden Arbeit in den Apartments können Freier nicht persönlich angesprochen werden, da dabei die geschäftlichen Interessen der Prostituierten tangiert werden. Dies würde wiederum die Akzeptanz für die Streetworkerinnen negativ beeinflussen.

Da ständig neue Frauen nach Bremen kommen, um hier der Prostitution nachzugehen, entsteht innerhalb der Szene ein wachsender Konkurrenzdruck, hinzu kommen mangelnde Sprachkenntnisse der Frauen. Dies nutzen Freier aus, um ungeschützte Praktiken durchzusetzen. Die oft sehr jungen und in der Prostitution unerfahrenen Frauen verzichten dann aufgrund des vermeintlichen oder tatsächlichen Drucks auf das Kondom.

Das Projekt

Wir annoncierten zwischen den Inseraten von Prostituierten ein halbes Jahres lang (02.07.2006 bis 31.12.2006) einmal wöchentlich in der "BILD Zeitung", im Weserkurier und im "Bremer Anzeiger" mit folgendem Text "*TABULOS – 0421-430 45 899*".

Inserate auf solchen Seiten sind eine Möglichkeit, Freier gezielt anzusprechen. Sie rufen auf der Suche nach neuen Angeboten dort veröffentlichte Telefonnummern an. Zusätzlich gaben wir Aktionskärtchen mit dem selben Text und im Format von Visitenkarten an Prostituierte. Sie konnten diese dann an "kondomunwillige" Kunden weitergeben.



Wir beteiligten einige Prostituierte an der Entwicklung für das Design der Kärtchen. Sie sollten beurteilen, ob die Motiv-Vorlagen für Freier ansprechend gestaltet sind, und sie entschieden mit, welches die beste Form der Gestaltung ist.

Wählt ein Interessent die angegebene Rufnummer, hört er ein Verhandlungsgespräch zwischen einer Prostituierten und einem Kunden. Es handelt sich dabei um ein drei bis vier Minuten langes Hörspiel:

> Der Kunde fragt nach ungeschützten Praktiken, die Prostituierte argumentiert, warum sie sich nicht darauf einlässt. Am Ende stellt sich heraus, dass der Kunde nur sicher sein wollte, dass sie *nicht* zu überreden ist – denn er möchte keine Dienstleistung von einer Prostituierten, die nicht konsequent auf Kondombenutzung besteht. Nach Ende des Dialogs wird auf das Beratungs- und Untersuchungsangebot der AIDS/STD-Beratung des Gesundheitsamtes Bremen hingewiesen.

Die Durchführung des Präventionsprojektes war eine Gemeinschaftsaktion mit dem bremischen Verein Nitribitt e.V.. Der Verein trug die Kosten der Produktion des Hörspiels, das in einem Tonstudio aufgenommen wurde. Der Anrufbeantworter, der mit einer Zählfunktion ausgestattet war, um die eingehenden Anrufe zu zählen, stand in den Räumen des Vereins. Die weibliche Sprechstimme im Hörspiel wurde von einer professionellen Prostituierten übernommen, die selbst im Verein aktiv ist.

Das Projekt orientierte sich an einem Gemeinschaftsprojekt von Kassandra e.V. und der STD-Beratungsstelle und Poliklinik Nürnberg, das dort im Jahr 2003 durchgeführt wurde. Im Jahr 2006, griffen das Gesundheitsamt Braunschweig und wir diese Idee auf.

Angestrebte Effekte

- Dem allgemeinen Trend, ungeschützte Praktiken zu verlangen, soll entgegengewirkt werden. Sowohl für Prostituierte als auch für ihre Kunden gewinnt das Thema Schutz vor Infektionen an Aktualität, wenn es auf neue und ungewöhnliche Weise präsentiert wird.
- Den potentiellen Kunden von Prostituierten werden Argumente präsentiert, warum immer Kondome benutzt werden sollen. Dabei werden die Argumente, die Prostituierte benutzen, von der "Autorität" Gesundheitsamt unterstützt. Letzten Endes stellt sich heraus, dass der vermeintliche "Bruder im Geiste", der nach ungeschütztem Verkehr gefragt hat, keiner ist, sondern vielmehr ein besonders vorsichtiger Freier.
- Es wird dem Freier vermittelt, dass Kondombenutzung Normalität ist, und derjenige, der Kondome verweigert allein und unklug ist und sich und andere gefährdet.
- Aktive Beteiligung der Frauen, indem sie selbst Aktionskärtchen an Freier geben. Dies unterstützt die Frauen, sich für ihre gesundheitlichen Belange einzusetzen.
- Erweiterung des Bekanntheitsgrades der AIDS/STD Beratung bei Freiern und Erhöhung der Akzeptanz unseres Angebots bei den Frauen.

Anzahl der Anrufer

Im Monat Juli 2006 wurden 804 Anrufe gezählt. Die Zahl der Anrufe sank kontinuierlich bis auf 281 Anrufer im Dezember. Die Gesamtzahl der Anrufer von Juli bis Dezember 2006 betrug 2.859. Die Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle Nitribitt e.V. konnten hören, ob ein Anrufer sofort wieder auflegte oder bis zum Ende des Hörspiels in der Leitung blieb. Es zeigte sich bei Stichproben, dass die Anrufer in der Regel nicht sofort wieder auflegten, sondern bis zu Ende zuhörten.

Vergleichbares wurde aus dem Gesundheitsamt Braunschweig berichtet. Dort lag die Zahl der Anrufer zu Beginn der Aktion im Juli 2006 bei über 1.200 und sank dann im August auf 700. Die Erklärung ist einfach, es spricht sich herum, dass man unter "Tabulos" keinen Sex, sondern gute Ratschläge bekommt.

Reaktionen der Prostituierten

Die Reaktionen der Prostituierten, denen wir das Projekt vorstellten, reichten von amüsiertem Gekicher bis zu dem Statement: "*Ihr seid aber frech ...!*" Die Frauen begrüßten das Projekt sehr und haben viele Aktionskärtchen verteilt. Es gab vor allem während des Streetwork eine große und wiederholte Nachfrage nach diesen Kärtchen. Dies machte erneut deutlich, dass es bei den bremischen Prostitutionskunden eine hohe Nachfrage nach ungeschütztem Sex gibt. Bis Ende Dezember 2006 haben wir und Nitribitt e.V. etwa 2.000 Kärtchen an die Prostituierten abgegeben. Diese berichteten, dass die Freier die angebotenen Kärtchen auch angenommen haben.

6 Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit

6.1 Afrikaprojekt

Mit dem Afrikaprojekt leistet die AIDS/STD Beratung Aufklärungs- und Präventionsarbeit zu HIV und AIDS für Afrikaner/innen, die in Bremen leben. Eine erste Beschreibung des Projektes liegt im Jahresbericht 2003 bis 2004 vor.[55]

Der Projektmitarbeiter, Robert Akpabli, konnte zunächst über eine Arbeitsbeschaffungsmaßnahme nach § 16 SGB II im Stundenumfang von 20 bzw. 30 Stunden pro Woche finanziert werden. Seit Juni 2007 bis Mai 2008 ist seine Anstellung als zeitlich befristetes Projekt über eine gemeinsame Finanzierung des Europäischen Flüchtlingsfond, der Deutschen AIDS Stiftung und des Gesundheitsamtes Bremen gesichert. Die Universität Oldenburg, Institut für Psychologie, Abteilung Gesundheits- und Klinische Psychologie, evaluiert dieses Projekt.

Die Ziele und Aktivitäten des Projektes wurden mit der neuen Finanzierung erweitert:

- Entwicklung von Zugangsmöglichkeiten zu bestehenden Versorgungsangeboten für HIV-infizierte und AIDS-kranke Afrikaner/innen.
- Einbindung des afrikanischen Projektmitarbeiters in die Betreuungsarbeit von Menschen mit HIV und AIDS aus dem afrikanischen Kontinent.
- Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung der afrikanischen Community für das Thema AIDS.
- Impulse setzen für ein solidarisches Klima mit HIV-betroffenen Afrikaner/innen in Deutschland.
- Intensivierung der Prävention für die Zielgruppe.
- Evaluation des Projektes und Bewertung der Aktivitäten.

Aktivitäten des Afrikaprojekt

Im Jahr 2005 führten wir insgesamt zwölf Veranstaltungen für 700 Personen durch, darunter ein "Infotisch" beim Africa-Cup, einem Fußballturnier in Bremen, bei dem Mannschaften verschiedener afrikanischer Länder gegeneinander spielten. Informationsveranstaltungen waren unser Schwerpunkt. Sie richteten sich zum Teil gezielt an einzelne Nationalitäten wie Togo, Kamerun oder Ghana. Außerdem konnten wir in zwei Gottesdiensten afrikanischer Gemeinden Informationen zu HIV und AIDS vermitteln.

[55] s. Gesundheitsamt Bremen (2006).

2006 boten wir wieder insgesamt zwölf Aktivitäten dieses Mal für 1.700 Personen an: Vorträge, "Infotische", einen Gottesdienst auf dem Bremer Marktplatz gemeinsam mit afrikanischen Gemeinden und als neues Angebot eine Trommelaktion.

2007 führten wir insgesamt 13 Veranstaltungen für 810 Personen durch: Vorträge bei verschiedenen afrikanischen Nationalitäten und in drei afrikanischen Gottesdiensten sowie "Infotische". Die bereits 2004 begonnene Aktion, in "Afroshops" Kondome zu verteilen, führten wir weiter fort.

Im Folgenden wollen wir die einzelnen Aktivitäten etwas näher beschreiben.

Veranstaltungen in Kirchen und bei afrikanischen Vereinen

Diese Veranstaltungen beinhalteten stets die Themen

- HIV/AIDS in Afrika,
- Ausbreitung der Epidemie,
- Übertragungswege,
- Schutz vor HIV,
- Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten und
- Solidarität und Unterstützung für infizierte Afrikaner/innen durch die afrikanische Community.

Bisher reagierten die Teilnehmer/innen stets positiv auf die Veranstaltungsinhalte und nutzten die Gelegenheit, Fragen zu stellen, sehr aktiv.

Frauen waren besonders an Themen wie Schwangerschaft und HIV interessiert und daran, wie Verwandten mit HIV im Heimatland geholfen werden kann. Viele berichteten außerdem, dass sie die erhaltenen Informationen an ihre Freund/innen und an Bekannte weitergeben wollen.

Infotische in Diskotheken

Die Infotische in Diskotheken, die von Afrikaner/innen frequentiert werden, sind zu einem festen Bestandteil der Projektarbeit geworden. Ein Teil der Besucher geht auf die Tische zu, nimmt Materialien mit und spricht uns an. Für diejenigen, die eher zögerlich sind, legen wir in den Vorräumen der Toiletten Kondome und Materialien zum Mitnehmen aus.

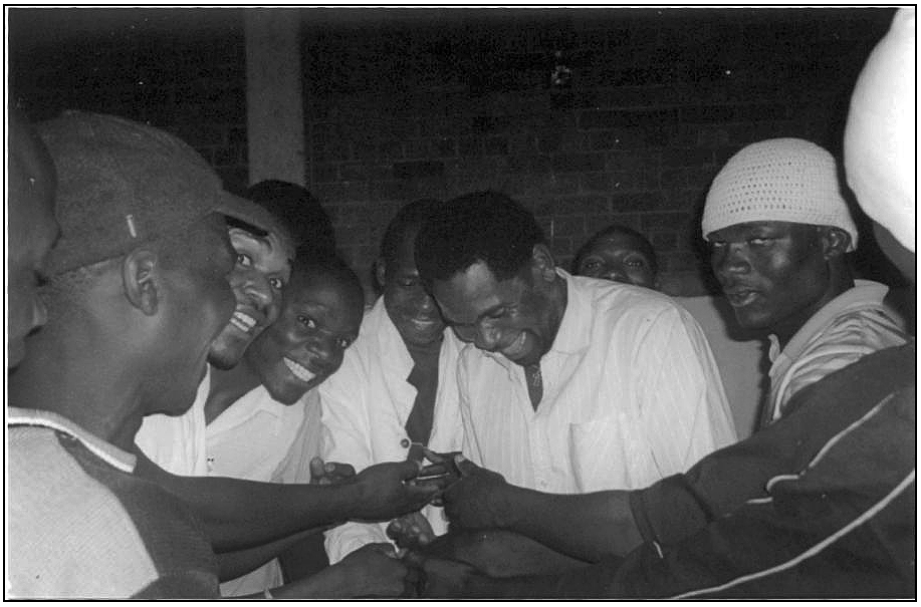
Materialverteilung in Afroshops, Friseurläden und Call-Centern

Die Verteilung von Informationsmaterialien und Kondomen in "Afroshops" und "Call Centern" hat sich bewährt. Die meisten Ladenbesitzer unterstützten das Projekt, so dass wir bei ihnen Kondome auslegen und Plakate aufhängen konnten. Einige von ihnen rufen inzwischen direkt bei uns an, um Nachschub zu erhalten, wenn in ihren Auslagen die Kondome zu Ende gehen. Die Besitzerinnen reagierten zunächst zögerlicher. Sie äußerten eher als Männer die Sorge, dass ihr Laden als "Sexshop" einen schlechten Ruf bekommen könne. Nach und nach gelang es jedoch, auch sie zu überzeugen, die Projektarbeit zu unterstützen.

Trommeln und Prävention

Eine neue Veranstaltungsform wurde 2006 getestet: Trommeln und Prävention. An einem bei Afrikanern beliebten Treffpunkt veranstalteten wir mit vier Trommlern aus verschiedenen Ländern Afrikas ein kleines Konzert. In den Pausen verteilten wir Kondome und Infomaterial und nutzten die Zeit für Gespräche. Viele der Zuhörer nahmen die Kondome und Informationsmaterialien gerne an. Nachträglich hörten wir jedoch auch von Teilnehmern, dass sie nicht auf uns zugehen wollten, aus Angst selbst als HIV-infiziert angesehen zu werden.

Diese Veranstaltungsform – die afrikanische Traditionen aufgreift – ist ein geeignetes Medium, um Afrikaner anzusprechen und Vorbehalte zu reduzieren.



Einschätzung

Die Informationsveranstaltungen wiederholen wir in regelmäßigen Abständen. Um jedoch neue Kirchengemeinden oder afrikanische Vereine für Veranstaltungen zu gewinnen, sind vorweg viele vertrauensbildende Gespräche notwendig.

Die Ergänzung der Veranstaltungen, um Inhalte wie "Positiv Leben" und "Solidarität" hat sich bewährt. Die Diskussionen dazu verliefen stets sehr lebhaft und durchaus kontrovers. Sie eigenen sich gut, um die Anwesenden für die Lebenssituation HIV-infizierter Afrikaner/innen zu sensibilisieren.

Die Einbindung des afrikanischen Projektmitarbeiters in die Begleitung HIV-infizierter Afrikaner/innen gelang ebenfalls sehr gut. Sie akzeptierten ihn und fassten über den Kontakt zu ihm schneller Vertrauen zur Beratungsstelle. Sein afrikanisch geprägter Umgang erleichterte ihnen auch den Zugang zu uns und das Team wiederum profitierte ebenfalls von der Zusammenarbeit

mit dem deutsch-afrikanischen Kollegen. Über ein Teilprojekt der wissenschaftlichen Begleitforschung soll zukünftig genauer erkundet werden, was die Begleitung durch einen Mitarbeiter aus dem Kulturkreis erleichtert, erschwert oder verhindert. Hierzu sollen Interviews mit Klient/innen geführt werden.

Die bisher für das Projekt tätigen Multiplikator/innen standen uns ab Mai 2007 nicht mehr zur Verfügung (Wohnortwechsel, längere Auslandsaufenthalte). Neue Multiplikator/innen zu gewinnen, war mit einem hohen Zeitaufwand verbunden, dennoch gelang es uns drei neue zu engagieren. Nach einer Fortbildung konnten diese ab September 2007 eingesetzt werden.

Das Projekt ist in den afrikanischen Communities und im medizinischen Versorgungssystem mittlerweile gut bekannt. Die verschiedenen Communities sind für das Thema HIV/AIDS sensibilisiert und Schlüsselpersonen wie Pastoren und Vorsitzende afrikanischer Vereine unterstützen das Projekt.

Die Anbindung an die AIDS/STD Beratung des Gesundheitsamtes hat sich als sehr sinnvoll erwiesen. Der Projektmitarbeiter kann auf die langjährige Erfahrung der Kolleg/innen in der AIDS Arbeit zurückgreifen und diese wiederum nutzen den kulturellen Hintergrund des Projektmitarbeiters. Die Migrant/innen selbst erleben das Gesundheitsamt dadurch ebenfalls eher als unterstützende Einrichtung.

6.2 Sexuelle Gesundheit bei Migrantinnen und Migranten – ein Thema für Integrationskurse?

Neben dem Afrikaprojekt haben wir 2005 gemeinsam mit dem Referat Migration ein Projekt in Angriff genommen, das vor allem Frauen verschiedener Herkunftsländer ansprechen sollte, allerdings ohne Männer völlig auszuschließen.

Hintergründe

Über die Erfahrungen im "Afrikaprojekt" wurde uns besonders deutlich vor Augen geführt, dass Interessen und Bedürfnisse von Frauen häufig stärker auf Themen der sexuellen Reproduktion und auf familiäre Belange orientiert sind, und dass Frauen oft an anderen Orten zu erreichen sind als Männer. Die Lebenssituation von Frauen und Männern unterscheidet sich in vielen Kulturen stärker als in der Deutschen Gesellschaft.

Um dem Rechnung zu tragen, entschieden wir uns für eine Kooperation mit Pro Familia Bremen e.V.. Wir wollten Kenntnisse zu sexuell übertragbaren Infektionen einbinden in Wissen um den Körper, um Schwangerschaft und Schwangerschaftsverhütung.

Derzeit liegen zwar wenige valide Daten vor, dennoch gibt es Hinweise, dass Migrantinnen aufgrund ungenügender Schwangerschaftsverhütung deutlich häufiger als deutsche Frauen Schwangerschaften abbrechen.[56,57,58] Ungeschützter Sexualverkehr birgt darüber hinaus zusätzliche Risiken für sexuell übertragbare Infektionen.

Wissen über Körperfunktionen, Schwangerschaftsverhütung und sexuell übertragbare Erkrankungen sind bei einem Teil der Migrant/innen geringer als bei der deutschen Bevölkerung. Präventionsangebote und -botschaften erreichen sie kaum. Für Frauen ist der Zugang zu entsprechenden Informationen aufgrund ihrer Einbindung in familiäre Strukturen und Pflichten, aufgrund mangelnder Bildung und ungenügender Deutschkenntnisse sowie aufgrund fehlenden Wissens über Versorgungsangebote besonders schwierig.

In der Stadt Bremen lebten Ende 2006 ca. 70.000 Migrantinnen (d.h. 13,2% aller Bremer Frauen), von denen niedrig geschätzt ca. 37.000 im empfängnisfähigen Alter (19-50 Jahre) waren.[59] Da es

---

[56] Pro Familia (1996). Nationalitäten der Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen. In: *Fakten und Hintergründe.* C-6 5/1996.

[57] Bei Pro Familia Bremen waren 2004 26% aller Frauen, die eine Schwangerschaftskonfliktberatung in Anspruch nahmen nicht deutscher Herkunft.
Pro Familia Bremen (2005). Auskunft auf eine Anfrage des Gesundheitsamtes Bremen zu Daten aus 2004. Stand 31.12.2004.

[58] Emine Yüksel (2005). Wissen und Verhalten türkischer Migrantinnen in Bezug auf Sexualität und Verhütung. In: *BZgA Forum Verhütung*. 3-2005.

[59] Statistischen Landesamtes Bremen (2006). Auskunft auf eine Anfrage des Gesundheitsamtes Bremen. Stand 31.12.2006.

sich um eine relativ große Gruppe handelt, schien es sinnvoll, ein Angebot zu entwickeln, das kulturelle und geschlechtsspezifische Gegebenheiten berücksichtigt.

Ziele des Projektes

- Reduzierung ungewollter Schwangerschaften,
- Reduzierung sexuell übertragbarer Erkrankungen,
- Förderung des Wissens zu Schwangerschaftsverhütung und zu sexuell übertragbaren Infektionen,
- Senkung der Zugangsbarrieren zu präventiven Angeboten und
- Stärkung gesundheitsförderlicher Lebensweisen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit.

Entwicklung

Migrant/innen sind am besten über bestehende Gruppen in verschiedenen Bremer Einrichtungen, durch Kirchengemeinden und Integrationskurse zu ereichen. Im Januar 2005 wurden in Bremen erstmals Integrationskurse angeboten. Die Teilnahme von Männern und Frauen in diesen Kursen ermöglichte uns, beide Geschlechter – gemeinsam oder getrennt – anzusprechen.

Wir haben zwei langfristige Ziele definiert:

- eine Integration des Themas "Sexuelle Gesundheit" in Integrationskurse und
- die Bildung eines Netzwerkes von Migrant/innen für Migrant/innen und die Weitergabe von Informationen.

Um das Angebot in einem realistischen zeitlichen Rahmen zu halten, stellten wir ein Programm zusammen, das in drei Zeitstunden bearbeitet werden kann. Es umfasst als Themen:

- Wissen zu Körperfunktionen und Schwangerschaft
- Methoden der Schwangerschaftsverhütung und Familienplanung
- Ungewollte Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch
- Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen
- Kenntnisse zu HIV und AIDS
- Kenntnisse zu Symptomen sexuell übertragbarer Erkrankungen
- Orientierungshilfe zu Institutionen des Gesundheitssystems und zu Präventionsangeboten

Möglich war eine getrennte Durchführung der Themen "Körperfunktionen, Schwangerschaft und -verhütung" und andererseits der Themen "sexuell übertragbare Infektionen und Schutz".

Zur Vermittlung entwickelten wir eine Power Point Präsentation, in die neu entwickelte Materialien der BZgA für Migrant/innen einflossen. Zur Darstellung der verschiedenen Verhütungsmethoden

---

Als Migrantinnen sind hier Frauen mit ausländischer Staatszugehörigkeit, Eingebürgerte und Aussiedlerinnen erfasst. Papierlose Frauen sowie Frauen ohne Aufenthaltstatus, werden statistisch nicht erfasst.

und Schutzmöglichkeiten nutzten wir einen Verhütungskoffer von Pro Familia mit praktischem Anschauungsmaterial. Erfahrungen und Fragen der Teilnehmer/innen konnten in das gemeinsame Gespräch einfließen.

Durchführung

Um dieses Angebot, das vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) unterstützt wird, zu etablieren, sprachen wir verschiedene Träger von Mütterkursen, von Integrationskursen sowie einzelne Kirchengemeinden und den Migrantinnenrat an. Bei der Volkshochschule Bremen stellten wir in einem Treffen mit der Leiterin für den Fachbereich Gesundheit und mit allen Zweigstellenleiterinnen unser Programm vor. Eine Einbindung der von uns vorgeschlagenen Themen in die Integrationskurse wurde einerseits begrüßt, andererseits war der zeitliche Rahmen durch zentral vorgegebene Inhalte so eng gesteckt, dass für weitere Themen kaum Raum blieb. In Mütterkursen schien eine Einbindung eher möglich.

Die ersten gemeinsamen Veranstaltungen von Pro Familia e.V. und der AIDS/STD Beratung konnten wir 2005 im Stadtteil Tenever durchführen, zunächst mit Fachfrauen des Mütterzentrums Tenever, dann bei einer afrikanischen Kirchengemeinde für Männer und Frauen, und anschließend im Frauengesundheitstreff Tenever mit Frauen aus der Türkei und aus Russland.

Ende 2005 konnten wir in zwei Integrationskursen der VHS Süd Informationsveranstaltungen zu HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen durchführen, einmal in einer geschlechtsgemischten Gruppe und einmal in einer reinen Frauengruppe. 2006 nahmen wir an drei Mütterkursen der VHS ebenfalls im Bereich SÜD teil, zweimal mit dem gesamten Programminhalt und einmal nur mit den Themen HIV und anderen Infektionserkrankungen. 2007 konnten wir die Informationen an eine Gruppe afrikanischer Frauen weitergeben, die über Human and Evironment e.V. als Sprach- und Kulturmittler ausgebildet werden.

Auswertung

Wir haben mit diesem Programm bislang 86 Frauen und 19 Männer erreicht. Frauengruppen nahmen das Angebot gut an, Männergruppen, die mehrfach auch mit einem männlichen Dozenten angeboten wurden, kamen dagegen nicht zustande. Die Erfahrungen in gemischten Gruppen für Männer und Frauen waren unterschiedlich. In einer christlich afrikanischen Gemeinde herrschte eine offene Atmosphäre, Frauen und Männer stellten Fragen und diskutierten miteinander. In einem gemischtgeschlechtlichem Integrationskurs, in dem mehrere Muslime anwesend waren, war die Stimmung dagegen zurückhaltender. Einige Teilnehmer/innen waren sehr interessiert und beteiligten sich von Beginn. Andere, die zunächst nicht teilnehmen wollten, aber von der Lehrerin dazu verpflichtet worden waren, beteiligten sich erst gegen Ende des Unterrichts. Die Haltung zu unserem Angebot blieb auch im Anschluss kontrovers.

Die Teilnehmer/innen der vier Veranstaltungen in Kooperation mit der VHS befragten wir nach der Veranstaltung schriftlich. Wir wollten wissen, welche Informationen für sie neu waren, worüber sie gerne mehr erfahren wollten und ob sie die/den Vortragende/n sprachlich verstehen konnten. Außerdem wollten wir erfahren, ob sie das Gehörte anderen weiter erzählen würden.

Von 33 Teilnehmerinnen und 6 Teilnehmern antworteten 25 Frauen und 3 Männer (76% Rücklauf). Vierzehn der Antwortenden hatten an einem Integrationskurs teilgenommen und vierzehn an einem der Mütterkurse.

24 Personen beurteilten die Informationen zu HIV/AIDS als wichtig, dreizehn die zu sexuell übertragbaren Erkrankungen und zwölf wollten gerne noch mehr erfahren, zehn wollten außerdem gerne mehr über die Funktionen des Körpers erfahren. Neun Frauen wollten zusätzlich etwas über Krebs wissen. Zwanzig gaben an, die/den Dozentin/en gut, sechs mittelmäßig, verstanden zu haben. Besonders interessant war, dass zwanzig Personen angaben, mit anderen über die erhaltenen Informationen zu sprechen. Nur zwei Männer und eine Frau wollten dies ausdrücklich nicht.

Einschätzung

Die Veranstaltungen können als ein Einstieg in das Thema sexuelle Gesundheit für Migrant/innen begriffen werden. Wir haben allerdings den Eindruck, dass diese Themen schwierig unterzubringen sind. Für die Integrationskurse gilt, dass das Bearbeiten gesundheitlicher Themen nicht Bestandteil des Unterrichts ist, so dass solche Stoffe zusätzlich eingeplant werden müssen bei einem bereits sehr engen Zeitkontingent. Hinzu kommt bei unseren Themen, dass sie kulturelle Tabus und Vorbehalte seitens der Migrant/innen berühren, die nicht zuletzt von einem Teil der Lehrenden geteilt werden.

Trotz mehrerer Kontaktversuche mit verschiedenen Einrichtungen und Verbänden erhielten wir bis Ende 2006 nur bei der VHS Süd und bei den oben genannten Institutionen aus dem Stadtteil

Tenever die Gelegenheit, unser Programm vorzustellen. 2007 reduzierten wir unser Engagement deutlich und führten nur bei Human and Evironment e.V. eine Veranstaltung durch.

Zusätzlich schwierig für den gemeinsamen Start des gemeinsamen Projekts von Pro Familia e.V. und der AIDS/STD Beratung wirkten sich finanziellen Vorgaben von Pro Familia aus, bei allen Veranstaltungen Geld einnehmen zu müssen. Letztendlich konnte für eine zeitlich beschränkte Projektphase teilweise auf Einnahmen verzichtet werden. Das Einwerben finanzieller Mittel ist kontraproduktiv für ein Programm, das Zielgruppen motivieren soll, die nur über ein geringes Einkommen verfügen oder – wie viele Frauen – gar kein eigenes Einkommen haben. Auch Institutionen und Verbände, die sich für diese Gruppen einsetzen, verfügen häufig nur über geringe finanzielle Ressourcen. Eine klare Entscheidung für unentgeltliche Veranstaltungen für diese Zielgruppe wäre hilfreich.

Das Interesse an den Themen Schwangerschaftsverhütung und Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen war überall dort, wo wir unterrichteten, hoch. Wir konnten auf vorhandenem Wissen einiger Teilnehmer/innen aufbauen und gleichzeitig neue Informationen vermitteln. Dass besonders Frauen ihr neu erworbenes Wissen an andere weitergeben wollen, bestärkt uns. Sie übernehmen – wie so oft – für Gesundheitsthemen Multiplikationsfunktionen für ihr soziales Umfeld.

Unsere ursprüngliche Absicht Multiplikator/innen zu gewinnen und sie für die Vermittlung der Informationen auszubilden, ist bislang ohne Erfolg geblieben. Es könnte sein, dass die Hemmschwellen für Frauen mit diesen Themen offensiv nach außen sichtbar aufzutreten zu hoch sind. Es kann aber auch sein, dass dieses Projekt in den Kreisen der Migrant/innen noch zuwenig bekannt ist und mehr Zeit benötigt.

Ausblick

Trotz zwiespältiger Erfahrungen werden wir dieses Programm gemeinsam mit dem Afrikaprojekt weiter verfolgen. 2007 haben wir ein Flugblatt mit einer Kurzbeschreibung des Angebots für Dozenten/innen und Kursleiter/innen entwickelt, mit dem wir Ende 2007/Anfang 2008 einen neuen Anlauf starten weitere Träger anzusprechen. Teilweise geschieht dies in Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheit e.V. mit dem Ziel zu eruieren, welche grundsätzlichen Möglichkeiten bestehen, diese und andere Gesundheitsthemen in die Integrationskurse aufzunehmen. Zum zweiten werden wir weiter recherchieren, welche anderen Gruppen wir mit dem bestehenden Programm ansprechen können.

Die Idee Multiplikator/innen auszubilden werden wir vorerst zurückstellen.

6.3 Informationsvermittlung zu HIV und STD auf neuen Wegen

Um dem veränderten Medienkonsum von Schüler/innen gerecht zu werden, begannen wir im Jahr 2006 mit der Entwicklung eines neuen Mediums zur Prävention von HIV und sexuell übertragbaren Infektionen. Statt Broschüren stehen nun die Informationen zu HIV/AIDS und zu sexuell übertragbaren Infektionen auf einer im "Flash"-Format produzierten CD zur Verfügung. Dieses Format wird von Kindern und Jugendlichen bei Videospielen, Internet und TV bevorzugt. Die Darstellung ist für den individuellen Gebrauch über das Internet und für den Einsatz in der Schule konzipiert. Lehrer/innen können mit einer CD und einem Beamer die Informationen im Unterricht auf eine Leinwand projizieren und die verschiedenen Themen mit den Schüler/innen besprechen. Neben den Informationen zu HIV/AIDS werden Informationen zu Chlamydien, Feigwarzen, Lues, Herpes genitales etc. gegeben. Zudem stehen verschiedene "Bonus Tracks" zur Verfügung:

- Ein Lehrfilm Biologie: Andocken, Fusion, Reverse Transkriptase, Funktionsweisen von Medikamenten u.a..
- Verschiedene Spots zur AIDS Prävention aus Deutschland und der Schweiz.
- Eine freie Version des Videospiels "Catch the sperm".

Das Material wird gemeinsam mit dem Landesinstitut für Schule erarbeitet. Wir erhoffen uns mit dieser CD, dass im Schulunterricht die Themen HIV und sexuell übertragbare Infektionen konsequenter behandelt werden, und dass damit die Gruppe der Jugendlichen besser erreicht wird.

In der ursprünglichen Planung war die CD völlig ohne Ton konzipiert. In Testveranstaltungen mit Schüler/innen und Lehrer/innen wurden Vor- und Nachteile einer solchen Version erkennbar. Ohne Sprache und Musik können sich Zuhörer/innen sehr gut auf die Informationen konzentrieren, für einige Schülergruppen ist jedoch die Aufnahme von Informationen ausschließlich über den visuellen Weg nicht möglich. Für diese Gruppen sollte die CD mit Sprache unterlegt werden. Wir baten einen Deutsch- und einen Musik-Leistungskurs einer gymnasialen Oberstufe, die CD mit Sprache bzw. Musik zu vertonen. Die CD kann dann mit oder ohne Ton präsentiert werden.

Die CD sollte Ende 2007 fertiggestellt sein. Die Überarbeitung der Texte, die Beseitigung von technischen Problemen in der Programmierung der CD und die Vertonung führten leider dazu, dass wir diesen Termin nicht einhalten konnten. Wir hoffen nun die fertige CD Ende 2008 anbieten zu können.

6.4 Dance4Life

"Dance4Life ist ein internationales Jugendprojekt mit dem Ziel, junge Menschen mit Musik und Tanz aktiv in den Kampf gegen HIV und AIDS und die Stigmatisierung zu involvieren. ... Wenn man junge Menschen bewegen möchte, muss man sie zuerst bewegen." (aus: Tanzproduktion "Das Treffen 2006")

2005 fand Dance4Life in Bremen zum ersten Mal statt. Wir konnten uns damals nur an der Abschlussveranstaltung am 1. Dezember mit einem Informationstisch beteiligen, da wir von den Organisatoren (Quartier e.V., Tanzstadt Bremen, De LooPERS) erst Ende November einbezogen wurden.

Im Frühjahr 2006 boten wir – die AIDS/STD Beratung des Gesundheitsamtes und die AIDS Beratung des Rat & Tat Zentrums – den Organisatoren eine weitergehende Beteiligung an. Uns beeindruckte der neue Ansatz, Jugendliche nicht über Sprache, sondern vor allem über Bewegung, Musik und künstlerische Gestaltung für das Thema HIV/AIDS zu sensibilisieren. Da HIV und AIDS auch in der Außendarstellung von Dance4Life eine zentrale Bedeutung hat, war es uns wichtig, das Thema fachlich kompetent zu besetzen.

2006 wurde Dance4Life an acht Schulen durchgeführt. An sieben Schulen waren Tanzprojekte jeweils für die 8. und/oder 9. Jahrgangsstufe über den Zeitraum von einer Woche geplant und an einer weiteren Schule für alle Jahrgänge über zwei Wochen. Nahezu all diese Schulen befanden sich in Wohngebieten mit hoher sozialer Benachteiligung und mit einem hohen Anteil von Schüler/innen mit Migrationshintergrund.

Durchführung 2006

Da unser Angebot, uns stärker zu beteiligen, von den Organisatoren zunächst nur zögerlich angenommen wurde, beteiligten wir uns im Juli 2006 an der ersten Schule wieder nur mit einem Informationstisch während der Abschlussveranstaltung, Mitarbeiter/innen der Beratungsstellen standen für Fragen zur Verfügung. In der nächsten Schule konnten wir unser Angebot dann um eine Veranstaltung zum Thema "HIV und Kinder in Afrika" erweitern und im September/Oktober konnten wir schließlich in fünf Schulen eine zusätzliche Veranstaltung zum Thema "Leben mit HIV" anbieten.

In der Gesamtschule Ost beteiligte sich die ganze Schule an einem zweiwöchigen Projekt. Der 8. und 9. Jahrgang stellte die Tänzer/innen für das Tanztheater und Schüler/innen der anderen Jahrgänge die Musiker/innen, Bühnenbildner/innen, Techniker/innen und Künstler/innen. Royston Maldoom, ein bekannter Choreograph, studierte mit den ca. 200 Schüler/innen des 8. und 9. Jahrgangs einen Tanz nach dem Musikstück "Tryst" von James MacMillan unter der Begleitung der Bremer Kammerphilharmonie ein. Diese Tanzproduktion mit dem Titel "Das Treffen" wurde

u.a. am 25.11.06 im Kundencenter von Mercedes Benz Bremen auf der Abschlussveranstaltung von Dance4Life aufgeführt.

Um sich mit dem Thema HIV/AIDS vertraut zu machen, fanden vor den Projektwochen Workshops mit den Klassenlehrern/innen der einzelnen Jahrgänge statt. Ausgenommen waren die der 8. und 9. Jahrgänge, da deren Schüler/innen in der Projektwoche tanzten. Die Lehrer/innen erhielten Anregungen, wie sie das Thema im Unterricht ansprechen können. Während der beiden Projektwochen waren zwei Tage für die Auseinandersetzung mit dem Thema HIV und AIDS vorgesehen. Dabei wurden die Themen den jeweiligen Jahrgangsstufen angepasst:

5. und 6. Jahrgang:	Kinder und HIV in Afrika
7. Jahrgang:	Was ist HIV?
	Wie infiziert man sich?
	Wie schützt man sich vor dieser und anderen sexuell übertragbaren Infektionen?
	Neuinfektionen in Deutschland
	Verteilung nach betroffenen Gruppen
10. Jahrgang:	Leben mit HIV und AIDS
	Alltag
	Soziales Umfeld
	Situation in Deutschland

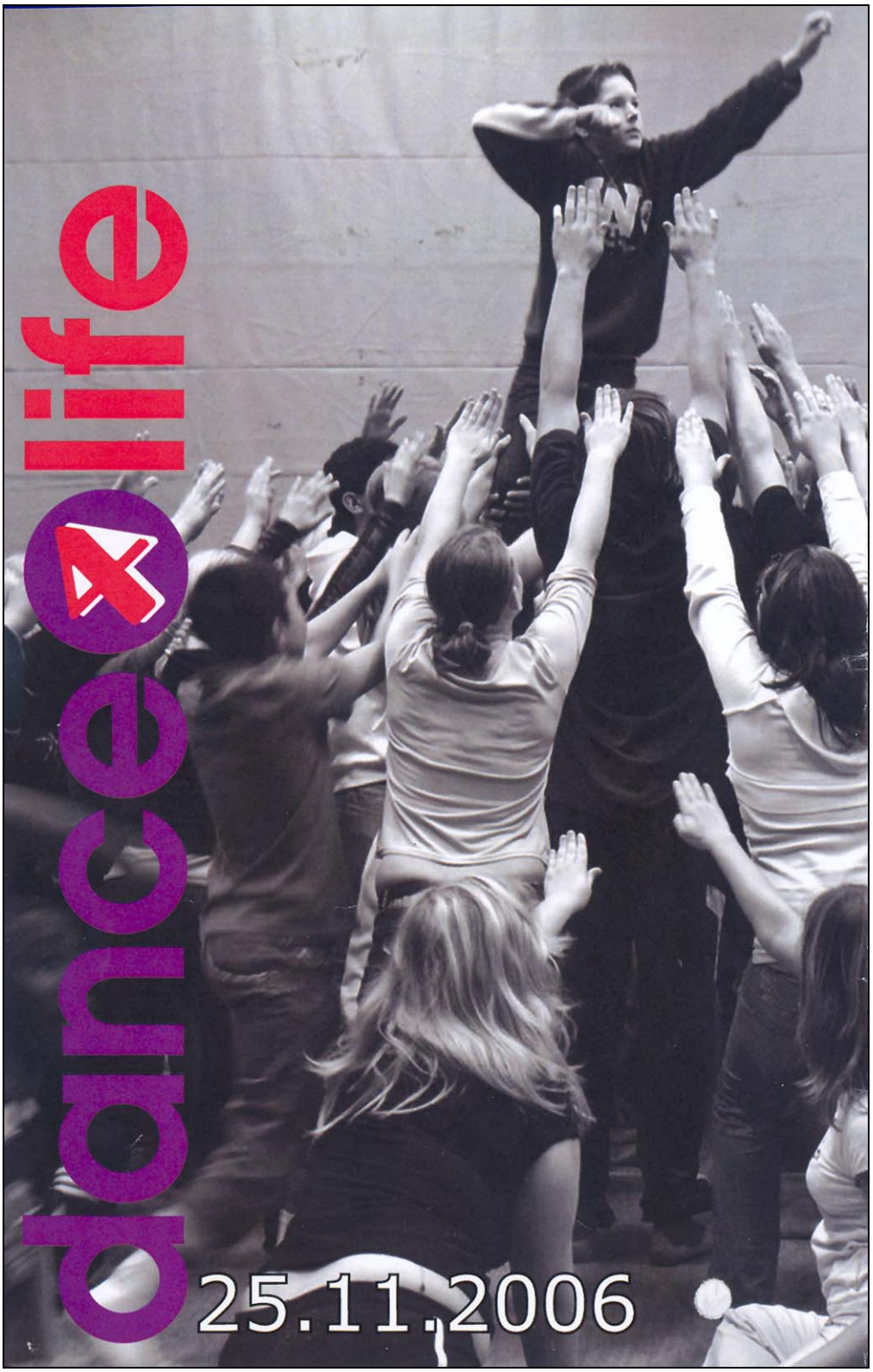
Wir boten außerdem, wie in den anderen Schulen, Veranstaltungen für die Schüler/innen an. Bei den 7.-10. Jahrgängen ergänzten wir diese zusätzlich mit dem von uns produzierten kurzen Informationsfilm zu HIV und AIDS (Kap. 7.3).

Da wir in allen Schulen viele Aufgaben mit wenig Personal bewältigen mussten, boten wir an allen acht Schulen jeweils für einen gesamten Jahrgang eine Veranstaltungen an. Diese fanden dann vor 100-175 Schüler/innen statt und dauerten eine bis anderthalb Stunden. Auch wenn wir nach den Vorträgen jeweils zwischen 10 und 15 Minuten für Fragen eingeplant hatten, die meist gut genutzt wurden, war eine Diskussion bei diesen Gruppengrößen nur eingeschränkt möglich. Dennoch war erstaunlich, dass in fast allen Veranstaltungen sehr differenzierte Fragen zu den verschiedenen Themenbereichen gestellt wurden. Wir selbst waren im Vorfeld eher skeptisch, da wir bislang nicht mit solch großen Gruppen gearbeitet hatten.

Durch ein optimal für diese Arbeit zusammengesetztes Team konnten wir die für dieses Projekt wichtigen Themenbereiche sehr gut darstellen:

- "Positiv Leben" von einer HIV positiven Frau
- "HIV/AIDS in Afrika" von unserem deutsch-afrikanischen Kollegen aus Togo (Projektmitarbeiter des Afrikaprojektes) und
- "Prävention von HIV/AIDS" von zwei erfahrenen Mitarbeitern der Beratungsstellen

Insgesamt nahmen ca. 1.400 Schüler/innen an den Informationsveranstaltungen teil.


dance4life
25.11.2006

Durchführung 2007

Trotz einer kritischen Haltung zum Projekt beteiligten wir uns im Jahr 2007 wieder an den Dance4Life Veranstaltungen, da wir die Grundidee des Projektes für sehr sinnvoll halten, wir viele Schüler/innen erreichen und wir nur in der Auseinandersetzung mit dem Projekt Veränderungen erzielen können.

2007 führten wir 9 Veranstaltungen an 8 Schulen für 500 Schüler/innen und 3 vorbereitende Workshops für 20 Lehrkräfte durch. Für und mit dem 9. Jahrgang der Gesamtschule Mitte erarbeiteten wir eine neue Projektform. Wir informierten die Schüler/innen einer Klasse des 9. Jahrgangs zunächst allgemein über HIV/AIDS durch Filme, Spiele, Power Point Präsentationen. In einem zweiten Schritt behandelten wir dann in Kleingruppen vertiefend die Schwerpunkte: Grundinformationen zu HIV, HIV und Afrika, Leben mit HIV. Danach mussten sich die Schüler/innen entscheiden, welches dieser drei Themen, sie als Teamer/innen den anderen Klassen ihres Jahrgangs vorstellen möchten. Mit unserer Unterstützung führten sie dann an einem Projekttag die Veranstaltungen durch.

Die Rückmeldungen zu dieser Projektform waren sehr positiv. Aufgrund der hohen zeitlichen und personellen Ressourcen, die wir für diese Form benötigten, konnten wir diese jedoch nur an einer Schule durchführen.

Einschätzung

Um das Ziel von Dance4Life im Jahr 2012 zu erreichen, muss dieses Projekt in vielen Städten und vielen Schulen realisiert werden. Geplant ist, dass zur gleichen Zeit mehr als eine Million Jugendliche auf der ganzen Welt nach derselben Choreographie tanzen. Um Jugendliche für das Thema HIV und AIDS zu sensibilisieren, ist dies ein gut geeigneter und interessanter Ansatz. Er sollte unbedingt weiter verfolgt werden.

Dies erfordert aber:

- Eine hohe Kooperationsbereitschaft der am Projekt beteiligten Partner/innen.
- Fortbildung der Tänzer/innen und Künstler/innen zu HIV/AIDS, da sich bei den Jugendlichen während des Erarbeitens der Choreographie Gedanken, Ideen und Fragen entwickeln und sie ein Bedürfnis zur Auseinandersetzung haben. Zudem beeinflussen die Coaches die Jugendlichen mit ihrem Standpunkt, ihrem Verhalten und Wissen, da sie Identifikationspersonen sind.
- Eine Beteiligung der Lehrkräfte an der inhaltlichen Auseinandersetzung mit der Thematik HIV/AIDS. Die vorbereitenden Workshops für Lehrer/innen, wie HIV/AIDS mit den Jugendlichen bearbeitet werden kann, haben sich hier als eine geeignete Methode erwiesen.

Für uns stellte sich nach den Erfahrungen mit diesem Projekt allerdings auch die Frage, wie zukünftig das Thema HIV und AIDS in diesem Rahmen ausreichend Berücksichtigung finden kann.

Während HIV/AIDS in der Außendarstellung von Dance4Life eine zentrale Position einnimmt, steht bei der Projektdurchführung dafür nur wenig Zeit zur Verfügung. Auch sind bei der Tanzproduktion "Das Treffen" die angesprochenen Themen Fremdenfeindlichkeit, Intoleranz, Diskriminierung und Krieg, während HIV/AIDS nicht berührt wird. Dadurch fehlt die Verbindung zu unserer Beteiligung.

Das zentrale Element bei Dance4Life ist der Tanz, darauf wird auch der zeitliche Schwerpunkt gelegt. Die jungen Menschen lernen durch das Tanzen viel über und für sich, und sie lernen auch, Engagement für andere Menschen auszudrücken. Die Jugendlichen stehen dabei im Vordergrund und erst im zweiten Schritt geht es um anderes wie die HIV/AIDS Problematik. Die von uns begleiteten Projekte hatten insgesamt ein breites inhaltliches Spektrum:

- Sie berühren Fragen des Selbstvertrauens der Schüler/innen.
- Sie erproben andere Formen des Lernens in der Schule.
- Sie setzen Tanz als Medium ein, um sich als Individuum und als Teil einer Gruppe zu spüren.
- Sie gestalten Schule im Sinne eines ganzheitlichen Lernens.

Unser Fazit ist, dass HIV/AIDS in der Außendarstellung reduzierter dargestellt werden sollte. HIV/AIDS kann ein Beispiel sein, um die Aufmerksamkeit auf Stigmatisierung und Unrecht in der

Welt zu lenken. Wünschenswert wäre, dass sich weitere Organisationen zu anderen Themen als HIV und AIDS an der finanziellen und ideellen Unterstützung des Projektes beteiligen und auch aktiv an der Gestaltung des Projektes mitwirken.

Weitere Probleme können aus unserer Sicht aus der Terminierung der Dance4Life-Events entstehen. Ziel des Projektes ist es, mindestens alle zwei Jahre am letzten Samstag vor dem 1. Dezember ein großes Dance4Life-Event, als weltweiten AIDS-Aktionstag von Dance4Life, zu gestalten. An diesem Tag sollen zur gleichen Zeit über Videoschaltung verbunden Jugendliche in verschiedenen Kontinenten den Dance4Life-Tanz zeigen. Der 1. Dezember ist zugleich der Welt-AIDS-Tag der United Nations (UN) und daher bereits für alle im AIDS-Bereich Tätigen mit vielen Aktivitäten gefüllt. Für kleinere Organisationen sind diese zusätzlichen Aktivitäten kaum noch zu bewältigen. Auch wir sind mit unserem Engagement an die Grenze des Machbaren gestoßen.

Auch um Irritationen und Konkurrenzen in der öffentlichen und medialen Aufmerksamkeit zu verhindern, bedarf es einer bundesweiten Abstimmung zwischen den Organisatoren von Dance4Life und denen des Welt-AIDS-Tages.

Ein ausführlicher Internetauftritt der Gesamtschule Ost zum Projekt Dance4Life Life ist zu finden unter: http://www.schule.bremen.de/schulen/gso/Dance4Life/dance4life.html

6.5 Prävention für Schülerinnen und Schüler ohne Schulabschluss

Auf dem Hintergrund der Empfehlungen der Studie "Bildungsziel Gesundheit" des Gesundheitsamtes Bremen[60] wurde mit Pro Familia Bremen e.V., dem Rat & Tat Zentrum für Schwule und Lesben e.V. und der AIDS/STD Beratung des Gesundheitsamtes ein sexualpädagogisches Unterrichtskonzept für Schüler/innen von B/BFS Klassen (vollzeitschulische Bildungsgänge Berufseingangsstufe/ Berufsfachschule) entwickelt.

Am Lernort Schule sollten über das Projekt die Gefühle, Sehnsüchte, Ängste und Fragen der Jugendlichen angesprochen werden, die Lust an der Auseinandersetzung mit dem Thema Sexualität geweckt, Tabus, Traditionen und Verhalten hinterfragt werden. Dies sollte im Gespräch – ohne erhobenen Zeigefinger – geschehen.

Die beteiligten Institutionen hatten bisher für die B/BFS Klassen unabhängig von einander, in sehr unterschiedlichem Umfang Unterricht zu den Themen Sexualität, Schwangerschaft, sexuelle Orientierung, gleichgeschlechtliche Lebensweisen und HIV/STD angeboten.

Da alle drei Einrichtungen jahrelange Erfahrungen in der sexualpädagogischen Arbeit haben, wollten sie ihre Kompetenzen effektiver als bisher nutzen. Die Jugendlichen sollten sich in einer für sie geeigneten Form, mit Sexualität in ihren vielen Facetten auseinander setzen können.

Die drei Institutionen fügten ihre primären Themengebiete zu einem neuen Konzept zusammen, entwickelten gemeinsame Lernziele und einen festgelegten Ablauf, der in Absprache mit den Schulen variiert werden kann. Dieses Konzept gliedert sich in die Themen "Freundschaft, Liebe, Sexualität", "sexuelle Orientierung und Homosexualität" und "sexuell übertragbare Erkrankungen". Im Sinne eines nachhaltigen Lernens sind für jedes Thema drei Termine mit je ca. 2 Zeitstunden vorgesehen, so dass jede Gruppe 9 Termine mit insgesamt 18 Stunden zur Verfügung hat.

Folgender Ablauf sollte dabei eingehalten werden:

- Drei Termine bei Pro Familia mit je 2 Stunden zu "Freundschaft, Liebe, Sexualität".
- Drei Termine beim Rat & Tat Zentrum für Schwule und Lesben mit je 2 Stunden zu "sexueller Orientierung, Homosexualität und gleichgeschlechtlichen Lebensweisen".
- Drei Termine bei der AIDS/STD Beratung im Gesundheitsamt Bremen mit je 2 Stunden zu "sexuell übertragbaren Erkrankungen".

[60] s. Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.) (2003). *Bildungsziel Gesundheit. Zur gesundheitlichen Lage von Jugendlichen in erschwerten Lebenslagen*. Bremen.

Lernziele für die Jugendlichen sind:

- Die für die Sexualität bedeutsamen körperlichen Funktionen kennen.
- Ausreichende Kenntnisse über die verschiedenen Verhütungsmethoden besitzen.
- Sexuell übertragbare Erkrankungen, ihre Verhütung und Behandlung kennen.
- Die Rolle der Frau/des Mannes reflektieren (eigene Einstellungen hinterfragen).
- Sich mit der eigenen Sexualität auseinandersetzen (Liebe, das erste Mal, Grenzen setzen, Anmache).
- Die Wirkung von Drogen (Alkohol) auf das sexuelle Verhalten kennen.
- Kenntnisse zu sexuell übertragbaren Erkrankungen erwerben.
- Die Vielfalt sexueller Orientierung respektieren (Homosexualität, Bisexualität, Heterosexualität).
- Sprachfähigkeit in Bezug auf Themen und Erfahrung im Bereich Sexualität entwickeln und damit ihren Bedürfnissen eine adäquate Sprache geben.
- Wissen und lernen, dass Werte und Normen zur Sexualität in den einzelnen Kulturen sehr unterschiedlich sind.
- Lernen gegenüber dem anderen Geschlecht/der anderen Kultur die eigene Meinung zu äußern und sich in die Situation des Anderen hineinversetzen.
- Eigene Wünsche und Grenzen wahrnehmen und vertreten.
- Den eigenen Körper und die sexuellen Bedürfnisse akzeptieren.
- Verantwortung für Folgen eigenen Verhaltens übernehmen.
- Geschlechtliche Identität einordnen.

Ein gemeinsamer Unterricht für Jungen und Mädchen soll den Jugendlichen die Möglichkeit geben, mit dem "anderen Geschlecht" über Sexualität zu sprechen und die Reaktionen der anderen zu erleben. Ebenso ist eine in Geschlechter getrennte Gruppeneinheit notwendig, um das Ansprechen spezifischer Themen zu ermöglichen. Die Mädchen werden von einer Mitarbeiterin und die Jungen von einem Mitarbeiter begleitet.

Die Veranstaltungen sollen in den jeweiligen Einrichtungen stattfinden, damit die Jugendlichen diese kennen lernen. Dadurch verringert sich die Hemmschwelle, sich bei Bedarf mit einer Fragestellung/einem Problem an die Einrichtung zu wenden.

Die Heterogenität dieser benachteiligten Jugendlichen erfordert ein hohes Maß an pädagogischer und sozialer Kompetenz. Sie lernen langsamer und brauchen länger um "warm" zu werden, um sich an einen ungewohnten Rahmen und einen ihnen fremden Arbeitsstil zu gewöhnen. Sie brauchen länger, um sich "einlassen" zu können und sie benötigen viele Pausen, in denen sie sich ausruhen und Anspannungen lösen können. Die einzelnen Einheiten sollten möglichst kurz und mit häufigem Methodenwechsel verbunden sein. Die Jugendlichen können ihre Aufmerksamkeit nur eine begrenzte Zeit aufrecht erhalten und sie brauchen eine möglichst einfache Sprache.

Die Struktur der B/BFS Bildungsgänge bietet für dieses Konzept eine gute Struktur. Das Setting ist geeignet, um Informationen und Botschaften zu transportieren. Für Vor- bzw. Nachbereitung ist ein geeigneter Rahmen gegeben. Die Jugendlichen sind in eine Struktur eingebunden, die es ihnen ermöglicht Ressourcen zu nutzen und Defizite angemessen aufzuarbeiten.

Das Projekt konnte leider nicht wie ursprünglich geplant durchgeführt werden. 2006 und 2007 sind nur mit einer Klasse der Schule Delmestraße Veranstaltungen durchgeführt worden. Pro Familia Bremen e.V. muss mittlerweile im Rahmen ihrer Arbeit, Einnahmen erzielen, dadurch sind die Veranstaltungen für die Schulen kostenpflichtig geworden. Nur die Schule an der Delmestraße war in der Lage, die – wenn auch geringen – Kosten aufzubringen. Die mit dieser Klasse modellhaft durchgeführten Veranstaltungen verliefen sehr gut.

Dies zeigten auch die Ergebnisse einer Befragung der Schüler/innen. Diese gaben an, dass:

- Sie jetzt besser darüber informiert sind, wo sie sich Rat holen können.
- Es gut war, dass das Projekt nicht in der Schule statt fand.
- Sie mehr über Sexualität wissen.
- Es wichtig war, dass die Teamer/innen Frauen und Männer waren.
- Sie mehr über die Gefahren von AIDS wissen.
- Ihnen Verhütung jetzt wichtig ist.
- Das Projekt interessant war.
- Sie es gut fänden, wenn andere Schüler/innen auch an diesem Projekt teilnehmen könnten.

Im Jahr 2007 konnte die Anzahl der Besuche ohne Qualitätsverlust bei den einzelnen Institutionen von ursprünglich drei auf zwei pro Einrichtung verringert werden.

Da in absehbarer Zeit die Schulen eine größere finanzielle Eigenständigkeit erhalten sollen, ist zu hoffen, dass dieses Angebot auch für weitere Klassen in Frage kommt.

6.6 JugendFilmTage

Die "JugendFilmTage" "Freundschaft, Liebe, Sexualität, HIV/AIDS" haben sich zu einem festen Bestandteil der kommunalen AIDS-Prävention entwickelt. Sie bieten Schulklassen und ihren Lehrkräften an zwei Tagen Kinobesuche im CinemaxX zu den oben genannten Themen an. Das Angebot richtet sich an Schulklassen der 6. bis 11. Jahrgangsstufe.

Seit 2003 ist die Agentur, die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für die Durchführung beauftragt war, hier nicht mehr tätig. Die Veranstaltung wird seither von uns in eigener Regie mit Bremer Kooperationspartnern durchgeführt. Die BZgA unterstützt die Aktion nach wie vor mit einem finanziellen Beitrag, mit Informationsmaterial und einem Flyer.

Mit dem Ziel die Grundkenntnisse zu festigen, erhalten die Jugendlichen je nach Alterstufe Anregungen, sich mit Informationen zur AIDS-Prävention und mit sexualpädagogischen Kenntnissen auseinander zu setzen:

- Schwangerschaft und Schwangerschaftsverhütung,
- Verhütung sexuell übertragbarer Erkrankungen,
- Partnerschaft, Beziehungen und Sexualität,
- Kommunikation und Sexualität – eine angemessene Sprachfähigkeit,
- sexuelle Identitäten und Selbstverständnisse,
- interkulturelle Identitäten und Selbstverständnisse.

Die JugendFilmTage bieten Lehrkräften die Möglichkeit, anlassbezogen diese Themen im Unterricht aufzugreifen und zu vertiefen. So werden Gespräche vor und nach den Filmen angeregt und Kontakte zu verschiedenen Fachleuten hergestellt. Vorab wird Lehrer/innen ein begleitender Workshop angeboten, in dem wir darüber informieren, welche Methoden und Möglichkeiten sie nutzen können, um die Filme im Unterricht vor- und nachzubereiten.

Vor und nach den Filmen finden im Foyer des Kinos "Mitmachaktionen" zu den Themen der "JugendFilmTage" statt. Schulklassen werden in der Vorbereitung und Durchführung der Aktivitäten beteiligt.

Ein Wettbewerb "mach’s mit" begleitet die Aktion regelmäßig. Der beste Postkartenentwurf von Schüler/innen zur AIDS-Prävention wird prämiert. Der Preis (ein Kinobesuch für die Klasse, die diesen Entwurf eingeschickt hat) wird vom CinemaxX gestiftet und bei der Eröffnungsveranstaltung feierlich übergeben.

Sponsor der Veranstaltung ist das CinemaxX Bremen. Es trägt die Kosten für Personal, Räumlichkeiten und Filmverleih.

Bestandteil des Konzeptes ist eine enge Vernetzung von Institutionen. In Bremen beteiligten sich neben dem Gesundheitsamt Bremen:

- Senator für Bildung und Wissenschaft,
- AIDS Beratung im Rat und Tat Zentrum für Schwule und Lesben e.V.,
- Pro Familia Bremen e.V.,
- Gesundheitstreffpunkt West,
- Lidice Haus/Präventionszentrum Bremen Nord,
- Landesinstitut für Schule.

Als Partner der BZgA übernehmen wir die Anmeldung der Schulklassen und den größten Teil organisatorischer Aufgaben.

Im Jahr 2005 besuchten ca. 2.200 Schüler/innen mit ihren Lehrkräften die Veranstaltung. Wir führten in diesem Jahr eine Befragung der beteiligten Lehrkräfte durch. Von ca. 80 Lehrer/innen schickten 21 den Fragebogen an uns zurück (Rücklauf von 26%). Von 21 Befragten nahmen 16 zum wiederholten Mal teil. Die Mehrheit von ihnen fühlte sich durch das angebotene Programm und die Materialien unterstützt. Die Hälfte fühlte sich kompetenter und sicherer im Umgang mit den Themen Aufklärung und Sexualität. Sie fühlten sich auch in der Lage Kolleg/innen anzuregen, sich ebenfalls um diese Themen zu kümmern. Insgesamt ist also die Resonanz auf die JugendFilmTage 2005 positiv zu bewerten.

Im Jahr 2006 nahmen ca. 1.850 Schüler/innen und Schüler an der Aktion teil. Wie auch in den Vorjahren besuchten Schulklassen aller Bildungsgänge die Veranstaltung. 1.037 Schüler/innen kamen aus der Sekundarstufe I (Haupt- und Realschule), 300 aus Gymnasien, 219 aus Förderzentren und 82 Schüler/innen aus den BBF/S Klassen.

Die Eröffnung der JugendFilmTage wird immer durch eine bekannte Person aus Politik oder Kultur durchgeführt. 2006 war es der Rapper Sammy DeLuxe in seiner Funktion als Botschafter des diesjährigen Welt AIDS Tages. Seine hohe Popularität bei Jugendlichen steigerte auch die Attraktivität dieser Veranstaltung.

Die JugendFilmTage im November 2007 besuchten ca. 2.400 Schüler/innen und Lehrkräfte. Wie in den letzten Jahren beteiligten sich Schüler/innen aller Bildungsgänge an der Veranstaltung:

- 1.026 Schüler/innen aus der Sekundarschule
- 416 Schüler/innen aus Förderzentren
- 35 Schüler/innen aus B/BFS Klassen
- 438 Schüler/innen aus Gymnasien
- 44 Schüler/innen aus der Fachoberschule
- 436 Schüler/innen aus Gymnasien

Trotz einer geringen Rücklaufquote in 2006 haben wir den mach's mit Wettbewerb erneut aufgenommen. Aus 50 neuen und interessanten Motiven konnten wir den ersten Preis auswählen. Vor den Filmen präsentierte eine junge professionelle Schauspielerin kurze Sketche (3-5 Minuten), die sich auf die Inhalte der Filmes bezogen. Diese kleine Einführung kam bei den Zuschauern sehr gut an.

In 2007 zeigten wir zum ersten Mal den Film "Die Farbe der Milch", der noch nicht im regulären Programm für die JugendFilmTage bei der BZgA aufgenommen war. Die BZgA bat um unsere Erfahrungen mit diesem Film. Um ein Meinungsbild möglichst vieler beteiligter Personen zu erhalten, führten wir drei kleine Befragungen durch. Ca. 30% der Schüler/innen befragten wir unmittelbar nach dem Film zu ihrem Eindruck, außerdem erhielten die beteiligten Lehrer/innen und eine ausgewählte Schulklasse einen Fragebogen.

Den Film "Die Farbe der Milch" haben 562 Personen gesehen. Von diesen waren 516 Schüler/innen und 46 Lehrer/innen. In allen Befragungen wurde deutlich, dass der überwiegende Teil den Film sehr gut bis gut fand und ihn durchaus noch einmal im Rahmen der JugendFilmTage ansehen würde. Außerdem wurde deutlich, dass die Lehrer/innen die kindgerechte Auseinandersetzung mit den Themen Sexualität, Liebe und Freundschaft als gelungen beurteilten und diese auch im Unterricht noch einmal aufgreifen würden. Durch die Fragestellungen an die Schulklasse wurde erkennbar, dass sich der überwiegende Teil der Schüler/innen zwischen 11 und 13 Jahren gut mit den Hauptfiguren identifizieren konnte und an der Darstellung der ersten Liebe und Freundschaft außerordentlichen Gefallen gefunden hatten. Der Film "Die Farbe der Milch" ist offensichtlich gut geeignet, um in das reguläre Programm für die JugendFilmTage aufgenommen zu werden.

Als abschließende Bemerkung zu den Aktivitäten um die JugendFilmTage: Die Kooperationsbeziehungen zwischen den beteiligten Institutionen stabilisieren sich über solche Aktivitäten und hierüber entwickeln sich neue gemeinsame Projekte wie die Weiterentwicklung des Konzepts für die B/BFS Klassen.

6.7 Freiersein – Kampagne zur Fußball-WM

Die Fußball-Weltmeisterschaft in Deutschland, war auch für unsere Beratungsstelle eine Gelegenheit, Präventionsaktionen durchzuführen.

Bis heute existieren wenig Ansätze und Kampagnen, die Freier als Kunden und als Zielgruppe ansprechen. Erfahrungen aus eigenen Aktionen (s. Kap 6.3) und auch Berichte aus anderen Städten (AIDS-Hilfe Schweiz/Bern "Don Juan-Projekt", Berlin Arbeitsgemeinschaft "Gesunder Kunde") zeigen jedoch, dass Männer als Kunden von Prostituierten angesprochen werden können, um z.B. für Kondombenutzung zu werben.

FairPlay damit es kein Eigentor wird

Sex mit Prostituierten wird Dir mehr Freude und Spaß bereiten,
wenn Du die folgenden Empfehlungen beachtest:

1. Höflichkeit, Respekt und ein sauberes Äußeres öffnet Dir jede Tür. Und nicht nur die.
2. Alkohol nimmt Dir zwar die Hemmungen, gefährdet aber auch Dein Stehvermögen. Deshalb: Weniger kommt wirklich besser.
3. Ein Mann steht zu seinem Wort. Führe klare Verhandlungen und halte Dich an Deine Verabredungen und Preisabsprachen. Das erspart Dir Enttäuschungen.
4. Nein heißt Nein. Zungenküsse zum Beispiel sind meistens nicht erwünscht. Jedes Geschäft hat seine Grenzen.
5. Gummi oder Gummi Du hast die Wahl. Schwarz, grün, blau, gerippt oder genoppt ganz egal. Nur ohne ist völlig daneben.
6. Bei Verdacht auf Zwang oder Gewalt was tun? Spiel nicht den Helden. Unter www.freiersein.de findest Du Beratungsstellen.
7. Geschäft ist Geschäft. Und das hat mit Liebe nichts zu tun auch wenn es noch so schön war. Also: bleib cool und auf dem Teppich.
8. Leistungsdruck braucht kein Mann. Manchmal klappt's eben nicht. Macht nichts. Entspann Dich oder versuch's vielleicht bei einer anderen Adresse.
9. Hier gibt es keine Geld-zurück-Garantie. Wenn Du unzufrieden bist, sprich es an. Sei clever und bleib' gelassen. Verlange auf keinen Fall Dein Geld zurück.
10. Nachbarn schätzen ihren Schlaf und sind nicht wirklich an Deinen sexuellen Erfahrungen interessiert. Ehrlich.

Mehr Infomationen zum Thema FairPlay erhalten Sie unter www.freiersein.de

Das Centrum für Prostitutionsstudien context e.V. (Frankfurt/Main) organisierte zur Fußball-WM die bundesweite "*freiersein*"-Kampagne. Es stellte Kondome und Postkarten mit Fair-Play-Regeln für Freier (s.u.) zur Verfügung. 17 Städte organisierten damit vor den Fußballstadien oder in den Fan-Meilen Aktionen.

Wir starteten gemeinsam mit dem Rat und Tat Zentrum für Schwule und Lesben e.V. und Nitribitt e.V. eine Aktion, bei der wir mit einem Infotisch in der Obernstraße/Stadtmitte präsent waren. Während der Mittagszeit verteilten wir dort für ca. drei Stunden mit bis zu neun Kolleg/innen Kondome und Postkarten mit den Regeln für Freier. Wir konnten in dieser Zeit viele Männer, aber auch Schulklassen und auswärtige Gäste ansprechen.

auf dem Foto sind zu sehen von links nach rechts:
Sabrina (Niribitt e.V.), Monika (Nitribitt e.V.), Karen (AIDS/STD Beratung), Bernd (Rat und Tat), Susanne (AIDS/STD Beratung), Gabi (Nitribitt e.V.), sitzend Dirk (AIDS/STD Beratung)

Eine zweite Aktion fand direkt vor einem Fußballspiel in der Innenstadt statt. Auf dem Domshof war eine große Leinwand aufgebaut und ca. 8.000 Fans warteten auf den Anpfiff. Diese Wartesituation haben wir genutzt, um die Postkarten mit den "Freierregeln" zu verteilen, uns vorzustellen und um Kondome zu verteilen. Auch hier waren wir mit neun Mitarbeiter/innen des Rat und Tat Zentrums für Homosexuelle und Lesben e.V., von Nitribitt e.V. und von unserer Beratungsstelle unterwegs. Wir verteilten bei beiden Aktionen insgesamt 3.500 Postkarten und 9.000 Kondome.

Die Erfahrung zeigte, dass "Wartesituationen" eine gute Gelegenheit für Präventionsarbeit sind. Die Angesprochenen hatten "Zeit" und nicht das Gefühl, ihre Tätigkeit unterbrechen zu müssen. Gut war auch, mit vielen Kolleg/innen eine solche Aktionen zu starten, da dies bei der Zielgruppe mehr Aufmerksamkeit erzeugte und uns mehr Motivation gab.

7 Anhang

7.1 Literaturliste und Quellen

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2002). *Gesundheitsämter im Wandel. Abschlussbericht.* Bonn.

BZgA (2007). *Repräsentativerhebung "AIDS im öffentlichen Bewußtsein 2006*. *Kurzfassung.* Köln.

Emine Yüksel (2005). Wissen und Verhalten türkischer Migrantinnen in Bezug auf Sexualität und Verhütung. In: *BZgA Forum Verhütung, 3*.

Gesundheitsamt Bremen (2006). *Zur Arbeit der AIDS/STD Beratung. Ein Blick auf die Jahre 2003-2004*. Bremen.

Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.) (2003). *Bildungsziel Gesundheit. Zur gesundheitlichen Lage von Jugendlichen in erschwerten Lebenslagen*. Bremen.

Pro Familia (1996). Nationalitäten der Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen. In: *Fakten und Hintergründe, C-65*.

RKI (2004). *Epidemiologisches Bulletin, 39*.

RKI (2005). *Epidemiologisches Bulletin, 47*.

RKI (2006). *Epidemiologisches Bulletin, 2.*

RKI (2006). *Epidemiologisches Bulletin, 39.*

RKI (2006). *Epidemiologisches Bulletin, 46.*

RKI (2006). *Epidemiologisches Bulletin, 47.*

RKI (2006). *Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe A.*

RKI (2006). *HIV/AIDS in Bremen – Eckdaten 2006.* http://www.rki.de/cln_049/nn_195960/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Epidemiologie/Daten__und__Berichte/EckdatenBremen,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/EckdatenBremen.pdf (19.12.2006)

RKI (2006). *Infektionsepidemiologische Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten (2003-2006). Jahresstatistik nach Bundesland, 2005 und 2006.* http://www.rki.de/cln_049/nn_205772/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/jahrbuch__node.html?__nnn=true (15.01.08)

RKI (2007). *Epidemiologisches Bulletin, 4.*

RKI (2007). *Epidemiologisches Bulletin, 29.*

RKI (2007). *Epidemiologisches Bulletin, 49.*

RKI (2007). *Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe A.*

RKI (2007). *Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe B.*

UNAIDS (2006). *Die ADS-Epidemie. Statusbericht: Dezember 2006.* Geneve, Schweiz.

Weitere Internet-Quellen:

http://www.rki.de

http://de.wikipedia.org/wiki

http://www.forumpraevention.de/dfpg/forum-praevention_1234/gesund-im-alter/def1.html (09.04.2008)

Weitere Quellen:

Pro Familia Bremen (2005). Auskunft auf eine Anfrage des Gesundheitsamtes Bremen zu Daten aus 2004. Stand 31.12.2004.

RKI (2007). Auskunft auf eine Anfrage des Gesundheitsamtes Bremen zu validen HIV-Erstdiagnosen in Bremen. Stand 31.08.2007.

Statistisches Landesamtes Bremen (2006). Auskunft auf eine Anfrage des Gesundheitsamtes Bremen. Stand 31.12.2006.

7.2 Glossar[61]

AIDS	**A**cquired **I**mmune **D**eficiency **S**yndrom = erworbenes Abwehrschwäche Syndrom. Ausgelöst wird dieses durch das HI-Virus (s.u.). Die Diagnose "AIDS" wird gestellt, wenn bei einem HIV-Positiven bestimmte Infektionen, die sogenannten AIDS definierenden Erkrankungen, festgestellt werden. Diese Infektionen nennt man opportunistische Infektionen. Oft sind die Erreger solcher Infektionen für den gesunden Menschen bzw. ein gesundes Immunsystem harmlos. Durch das geschwächte bzw. vernichtete Immunsystem eines HIV-Positiven kann sich der Organismus jedoch nicht mehr gegen selbst harmlose Erreger wehren und es treten die o.g. Infektionen auf. Durch die Einnahme von HIV-unterdrückenden Medikamenten (sog. antiretrovirale Therapie) und die Behandlung der Sekundärinfektionen kann der Krankheitsverlauf verlangsamt werden. Eine Heilung ist jedoch bislang nicht möglich.
Antikörper	Das Abwehrsystem des Körpers bildet gegen "körperfremde" Stoffe Antikörper, die die Abwehr von Krankheitserregern unterstützen.
BZgA	**B**undes**z**entrale für **g**esundheitliche **A**ufklärung
Chlamydien	Chlamydien sind eine weltweit verbreitete Bakteriengruppe. Die Infektion des Genitalbereichs mit *Chlamydia trachomatis* zählt zu den häufigsten sexuell übertragbaren Erkrankungen. Chlamydien befallen nur die Schleimhäute (Genital- und Analbereich, Rachen und Atemwege sowie Augen). Für eine Ansteckung ist daher ein direkter Kontakt von Schleimhäuten Material erforderlich. Symptome sind neben Ausfluss, Brennen oder Juckreiz auch Blutungsstörungen bei der Frau. Die schwerwiegendste Auswirkung können Unfruchtbarkeit bei Mann und Frau sein.
Gonorrhoe	Gonorrhoe, (Tripper) genannt, ist eine ausschließlich sexuell übertragbare Erkrankung, die durch Bakterien, *Neisseria gonorrhoea*, auch Gonokokken genannt, ausgelöst wird. Symptome sind beim Mann morgendlicher Ausfluss, bei der Frau Juckreiz, Brennen und Ausfluss.
Hepatitis B	Hepatitis B (Gelbsucht) genannt. Das Hepatits B-Virus kann eine Form der Leberentzündung hervorrufen. Eine Übertragung erfolgt durch Kontakt mit Blut, Speichel, Samenflüssigkeit und Scheidensekret eines infizierten Menschen. Jede Berührung mit einer virushaltigen Flüssigkeit kann den Erreger übertragen. Die Eintrittspforten sind kleinste Verletzungen der Haut oder Schleimhaut. Als Risikofaktoren sind zu nennen: ungeschützter Geschlechtsverkehr, intravenöser Drogenkonsum, berufliche Tätigkeit im Gesundheitswesen, Erhalt von Blutprodukten ohne vorherigen HBV-Testung, weiterhin zahnärztliche und invasive medizinische oder kosmetische Maßnahmen (Tätowierung, Piercing). Unter Kleinkindern kann die Infektion etwa durch Kratzen oder Beißen weitergegeben werden. Aber auch die Gegenstände des

[61] Quellen: http://de.wikipedia.org/wiki (28.12.2005), http://www.rki.de (28.12.2005), http://www.forumpraevention.de/dfpg/forum-praevention_1234/gesund-im-alter/def1.html (09.04.2008)

	täglichen Lebens, wie zum Beispiel Rasierapparate oder Nagelscheren, mit denen man sich häufig geringfügig verletzt, können eine Infektionsquelle sein. Häufigster Übertragungsweg ist aber der Geschlechtsverkehr und die vertikale Infektion unter der Geburt von der zumeist chronisch infizierten (HbsAg-positiven) Mutter auf ihr Kind.
HIV	**H**uman **I**mmunodeficiency **V**irus = menschliches Abwehrschwäche Virus. Die Übertragung von HIV erfolgt über Blut, Samenflüssigkeit des Mannes oder Vaginalsekret der Frau. Das Virus kann über die Schleimhäute oder über Verletzungen der Haut aufgenommen werden. HIV ist die Bezeichnung für ein Virus, das die Krankheit AIDS verursacht. Es gehört zur Klasse der Retroviren. Eine vollständige Entfernung des HI-Virus aus dem menschlichen Körper ist nicht möglich, da Retroviren in der Lage sind, ihren genetischen Code in das Erbgut des Wirtes einzubauen. Eine Ansteckung führt nach einer unterschiedlich langen, meist mehrjährigen symptomfreien Phase zu AIDS, einer bislang unheilbaren Immunschwächekrankheit. Bei einer Minderheit (< 5%) – den sogenannten Long-Term-Non-Progressors – bricht die Krankheit erst nach Jahrzehnten oder möglicherweise nie aus.
HIV-Antikörpertest	Der Test weist Antikörper gegen HIV nach.
HPL	**L**änder mit einer hohen **H**IV-**P**rävalenz der allgemeinen Bevölkerung (>1%) z.B. Subsahara-Afrika, Karibik. HPL kann auch die Menschen aus diesen Ländern bezeichnen.
HPV	Die Infektion mit dem **H**umanen **P**apilloma-**V**irus führt zur Entstehung von Schleimhautwarzen. HPV kann Zellveränderungen hervorrufen aus denen sich Krebserkrankungen entwickeln können. Die Ansteckung erfolgt durch Schleimhautkontakt.
HSV	**H**erpes-**S**implex-**V**irus unterteilt sich in zwei Untergruppen. Typ I *Herpes labiales*: löst eine Herpesinfektion im Bereich des Mundes aus, meist der Lippen aus sogenannte Fieberbläschen. Typ 2 *Herpes genitalis*: löst Symptome wie gruppiert stehende, äußerst schmerzhafte Bläschen im Genital- und Analbereich aus. Die HSV verbleiben ein Leben lang im Körper des Wirtes und können auch ohne erkennbare Symptome zu weiteren Infektionen führen.
Inzidenz	Anzahl der Neuerkrankungen einer Krankheit in einer Population (z.B. die Bevölkerung in Deutschland, im Text in der Regel pro 100.000 Einwohner) während einer definierten Zeit. Häufig wird ein Jahr als Bezugszeitraum genommen.
IVDA	**I**ntra**v**enös **D**rogen**a**bhängige
Migrant/in	Der Begriff Migrant/in ist umfassender als der Begriff Ausländer/in. Der Begriff Ausländer/in entspricht einer amtssprachlichen Verwendung im Recht, bei Statistiken und bei Behörden. Er umfasst dort häufig nur Menschen mit einem ausländischen Pass. Mit Migrant/in sind Menschen sowohl mit ausländischem Pass, als auch Menschen, die bereits einen deutschen Pass erworben haben, gemeint, aber auch Menschen ohne Papiere.
MSM	**M**änner, die **S**ex mit **M**ännern haben

PCR	**P**olymerase **C**hain **R**eaction = Polymerase Kettenreaktion Verfahren der Gentechnologie um Erbsubstanzen zu vervielfältigen. Dient dem genauen Nachweis kleinster Bestandteile von Viren und/oder Bakterien.
Prävalenz	Anzahl aller Personen innerhalb einer Population, die an einer definierten Erkrankung leiden, zu einem bestimmten Zeitpunkt oder während eines bestimmten Zeitraums.
Primärprävention	Primärprävention hat das Ziel, das Auftreten von Neuerkrankungen zu vermindern oder zu verhindern. Dies wird erreicht, indem Risiken, die an der Entstehung der Erkrankung beteiligt sind, reduziert werden.
Prophylaxe	Vorsorge, Verhütung von Infektionen
RKI	Das **R**obert-**K**och-**I**nstitut ist die zentrale Einrichtung der Bundesregierung auf dem Gebiet der Krankheitsüberwachung und –prävention und das Leitinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Kernaufgaben des Robert Koch-Instituts sind die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten, insbesondere der Infektionskrankheiten sowie die Beobachtung und Analyse der Gesundheitssituation in Deutschland. Das Robert Koch-Institut ist eine wissenschaftlich arbeitende obere Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums für Gesundheit. Das Institut führt eigene Forschung durch und berät die zuständigen Stellen, vor allem das Bundesgesundheitsministerium und den Öffentlichen Gesundheitsdienst.
Sentinel-Studie	Eine Studie zur Erfassung der Häufigkeit und geographische Verteilung von STDs. Sie soll epidemiologische Trends schnell erkennen. Besonders gefährdete Gruppen und Risikofaktoren für STDs identifizieren. Empfehlungen für Interventionsmaßnahmen und gezielte epidemiologische Studien ableiten.
STD	Abk. für engl.: **S**exually **T**ransmitted **D**iseases, deutsch: sexuell übertragbare Erkrankungen.
Syndrom	hier ist das gleichzeitige, gemeinsame Auftreten verschiedener Krankheitsanzeichen aufgrund einer gemeinsamen Krankheitsursache (z.B. HIV) gemeint.
Syphilis	Syphilis (lat. *Lues venerea*), auch Lues oder harter Schanker genannt, wird durch Bakterien (*Treponema pallidum*) hervorgerufen. Der Erreger kann durch winzige Verletzungen der Haut und/oder der Schleimhäute in den Körper eindringen. Von der Eintrittspforte aus verbreitet er sich auf dem Blutwege. Eine Syphilis-Infektion verläuft in 3 Stadien und kann unbehandelt zum Tode führen. Die Infektion kann bei der Geburt von der infizierten Mutter auf das Kind übertragen werden.