



GESUNDHEITSÄMTER IM WANDEL

Die Arbeit der Beratungsstellen für STDs und AIDS vor dem
Hintergrund des neuen Infektionsschutzgesetzes (IfSG)

Eine Gesamtbefragung der Gesundheitsämter in Deutschland im Jahr 2001

Abschlußbericht (2002)



Elfriede Steffan
Marianne Rademacher
Prof. Dr. Michael Kraus (Methoden)
Unter Mitarbeit von Vera Nowak und Evelin Sültz
SPI-Forschung gGmbH

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

Vorwort

Ziel der vorliegenden Studie ist die Darstellung und Einschätzung der AIDS- und STD-Angebote in Gesundheitsämtern in Deutschland vor dem Hintergrund der Implementation des Infektionsschutzgesetzes zum 1.1. 2001. Im Rahmen einer Gesamterhebung wurden im Juli 2001 alle ca. 400 Gesundheitsämter befragt, die unserer Kenntnis nach ein entsprechendes Angebot unterhielten. Insgesamt 174 (44%) beteiligten sich an der Umfrage und füllten den umfangreichen Fragebogen aus. Wir möchten uns an dieser Stelle bei den Mitarbeiter/innen der Einrichtungen ausdrücklich für ihre Mühe bedanken.

Bedanken möchten wir uns darüber hinaus für die Unterstützung einzelner Experten und Expertinnen, denen wir viele Anregungen in der Entwicklungs- und Auswertungsphase verdanken. Und natürlich bei unseren Kollegen und Kolleginnen in der SPI-Forschung gGmbH, die uns geduldig mit Rat und Tat zur Seite standen.

Bedanken möchten wir uns aber auch bei unserem Auftraggeber, dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherungen (BMGS), das uns die Durchführung dieser Studie ermöglichte. Wir würden uns freuen, wenn wir mit unserer Arbeit die Diskussion zur Prävention von AIDS und STDs in Deutschland insgesamt und zur Gestaltung der Angebote in den Gesundheitsämtern insbesondere anregen.

Hinweis für eilige Leser/innen:

Der hier vorliegende Abschlußbericht enthält unter Punkt 9 (S.78) eine für sich lesbare Kurzfassung, die unter Punkt 9.12 (S. 94) Schlussfolgerungen und Gestaltungsvorschläge in ungekürzter Form beinhaltet

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	1
1.1	Hintergrund: Die Rolle der Gesundheitsämter im Rahmen der Bekämpfung von AIDS und STDs (Sexuell übertragbare Erkrankungen)	
1.2	Rechtliche Grundlagen: Vom Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten (GeschlKrG) zum modernen Infektionsschutzgesetz (IfSG)	1
2	AIDS und STD-Prävention in Öffentlichen Gesundheitsdienst im Spiegel aktueller wissenschaftlicher Literatur	5
3	Studiendesign	8
3.1	Konzeption und Methode	8
3.2	Entwicklung und Beschreibung des Erhebungsinstrumentes	9
3.3	Versendung der Fragebögen	11
3.4	Rücklauf der Fragebögen	12
3.5	Datenqualität	12
4	Auswertung	13
4.1	Erreichte Beratungsstellen	13
4.2	Zur Repräsentativität des Fragebogenrücklaufs	14
4.3	Zur Struktur der erreichten Beratungsstellen	15
4.3.1	Zur Integration von AIDS- und STD-Beratung	15
4.3.2	Reichweite der Angebote	18
4.3.3	Lage der einzelnen Beratungsstellen und damit verbundene Besonderheiten	19
4.3.4	Personalausstattung und deren Veränderung in den letzten fünf Jahren	21
4.3.5	Personalveränderungen in den letzten fünf Jahren	23
5	Erreichte Klientel und einzelne Zielgruppen	25
5.1	Tatsächlich erreichte Zielgruppen im Überblick	28
5.2	Erreichte Zielgruppen im Vergleich	28
5.3	Zielgruppenorientierung der einzelnen Beratungsstellen	29
5.4	Die Zielgruppe der Prostituierten in den AIDS/STD Beratungsstellen	30
5.4.1	Migrantinnen in der Prostitution	32
5.5	Veränderung der Klientenstruktur nach der Einführung des IfSG im Jahr 2001	35
6	Angebote der Beratungsstellen für AIDS und/oder STDs	37
6.1	Angebote zu HIV/AIDS	37
6.1.1	Beratung zu HIV/AIDS und Durchführung von HIV-Antikörpertests (AIDS- und STD-Beratungseinrichtungen)	37
6.1.2	Anonymität der Angebote	39
6.1.3	Kostenlosigkeit der Angebote	40
6.1.4	HIV-Antikörpertestergebnisse im Jahr 2000 (AIDS- und AIDS/STD-Beratungsstellen)	41
6.1.5	Infektionsrisiken	45
6.1.6	Alter bei Erstdiagnose	46

6.2	Angebote zu sexuell übertragbaren Erkrankungen (STDs)	47
6.2.1	Beratung und Untersuchung	47
6.2.2	Diagnostizierte STDs im Jahr 2000	53
6.2.3	Behandlungsangebote zu STDs	55
6.2.4	Gründe für die Nachfrage nach kostenfreien Angeboten	58
6.2.5	Gründe für eine Inanspruchnahme anonymer Angebote	59
6.3	Aufsuchende Sozialarbeit	61
6.3.1	Erreichte Klientel	61
6.4	Sonstige Angebote	63
6.4.1	Beratung und Betreuung	63
6.4.2	Beratungsangebote im Einzelnen	64
6.4.3	Betreuung	66
6.4.4	Veranstaltungen außerhalb der Einrichtungen im Rahmen von Primärprävention und Multiplikator/innenschulungen	68
6.4.5	Weitere spezifische Angebote und Aufgaben	69
6.4.6	Öffentlichkeitsarbeit, Informationsmaterial und Expert/innenschulungen	70
7	Inanspruchnahme von Fortbildungsmaßnahmen durch Mitarbeiter/innen und geschätzter Qualifikationsbedarf	71
7.1	Inanspruchnahme von Qualifizierungsmaßnahmen	71
7.2	Qualifizierungsbedarf	74
8	Schlussfolgerungen und Gestaltungsvorschläge	76
9	Kurzfassung	78
9.1	Einführung	78
9.2	Hintergrund	78
9.3	Studiendesign	79
9.4	Auswertung	80
9.5	Erreichte Klientel und einzelne Zielgruppen	82
9.6	AIDS-Beratung und HIV-Antikörpertest (AIDS- und AIDS/STD-Beratungsstellen)	85
9.7	HIV-Antikörpertestergebnisse im Jahr 2000 (AIDS- und AIDS/STD-Beratungsstellen)	86
9.8	Angebote zu sexuell übertragbaren Erkrankungen (STDs)	87
9.9	Aufsuchende Sozialarbeit	91
9.10	Sonstige Angebote	92
9.11	Inanspruchnahme von Fortbildungsmaßnahmen durch Mitarbeiter/innen und eingeschätzter Qualifizierungsbedarf	93
9.12	Schlussfolgerungen und Gestaltungsvorschläge	94
10	Literaturverzeichnis	96
11	Diagramm-, Tabellen und Schaubildverzeichnis	98
12	Abkürzungsverzeichnis	100
13	Anlagen (Erhebungsinstrumente und Schriftverkehr)	101

1 Einführung

1.1 Hintergrund: Die Rolle der Gesundheitsämter im Rahmen der Bekämpfung von AIDS und STDs (Sexuell übertragbare Erkrankungen)

Gesundheitsämter in Deutschland spielen eine wichtige aber aus unterschiedlichen Gründen häufig unterschätzte Rolle im Rahmen der Prävention von STDs und AIDS. Medizinische und sozialpädagogische Mitarbeiter/innen der ca. 400 Gesundheitsämter, die ein entsprechendes Angebot unterhalten, sind neben den AIDS-Hilfen oftmals die einzigen vor Ort, die Ratsuchende und Betroffene direkt und persönlich (oftmals auch anonym und kostenlos) beraten, Tests durchführen und auch medizinisch, zumindest bei STDs, betreuen. In den letzten Jahren waren Arbeitsfelder, Arbeitsweisen und Zielgruppen der AIDS- und STD-Präventionsarbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) einem starken Wandel unterworfen. Durch die Einführung des Infektionsschutzgesetzes zum 1.1. 2001 sind außerdem die rechtlichen Grundlagen für diesen Bereich neu geregelt worden.

Empirischen Studien zur Arbeit in diesem Bereich liegen zum großen Teil viele Jahre zurück, behandeln nur Ausschnitte oder sind so allgemein gehalten, dass sie die für diesen Bereich erforderlichen Erkenntnisse nicht abbilden können.¹ Vor diesem Hintergrund führte die SPI-Forschung gGmbH die vorliegende quantitative Vollerhebung in 398 Gesundheitsämtern in Deutschland durch.

1.2 Rechtliche Grundlagen: Vom Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten (GeschlKrG) zum modernen Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Das Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten (GeschlKrG) stellte bis Ende 2000 die Grundlage für Struktur und Profil der Angebote zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten dar². Das Gesetz definierte den Arbeitsauftrag und Handlungsspielraum des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Bereich STDs: welche Erkrankungen als Geschlechtskrankheiten im Sinne des Gesetzes zu betrachten sind (nämlich Syphilis, Gonorrhö, Ulcus molle und Lymphogranuloma inguinale), welche Personen als "Geschlechtskranke" gelten und wie mit diesen Personen umgegangen werden kann. Im folgenden stellen wir einen kurzen Auszug aus dem Gesetz dar.

Auszüge aus dem GeschlKrG:

"§4 (1) Geschlechtskranke sowie solche Personen, die dringend verdächtig sind, geschlechtskrank zu sein und Geschlechtskrankheiten weiterzuverbreiten, haben dem Gesundheitsamt auf Verlangen, gegebenenfalls wiederholt, ein Zeugnis eines in Deutschland bestellten oder zugelassenen Arztes über ihren Gesundheitszustand vorzulegen.

(2) Das Gesundheitsamt kann in begründeten Fällen die Untersuchung in der Beratungsstelle oder bei bestimmten Ärzten anordnen. Bei unklarem Untersuchungsbefund oder Gefahr der

¹ siehe hierzu auch Punkt 2.

² Auf die Darstellung des ebenfalls maßgeblichen und bis Ende 2000 gültigen Bundesseuchengesetzes wurde an dieser Stelle verzichtet.

Verschleierung kann Beobachtung in einem geeigneten Krankenhaus befristet angeordnet werden."

In der Philosophie dieses Gesetzes hatte der ÖGD eindeutig und in erster Linie überwachende und kontrollierende Aufgaben. In der praktischen Umsetzung wurde die Kontrolle von Einzelpersonen fast ausschließlich auf die Gruppe der Prostituierten beschränkt. Nur diese mussten Gesundheitszeugnisse vorlegen, nur diese wurden zu regelmäßigen Untersuchungen verpflichtet. Der definierte Handlungsspielraum ermöglichte es aber den Ländern und Kommunen, ihre Angebote unterschiedlich zu gestalten. So haben bereits seit Mitte der 80er Jahre Gesundheitsämter auf Gesundheitszeugnisse für Prostituierte verzichtet und freiwillig und anonym wahrzunehmende Angebote etabliert. Für spezielle Zielgruppen wurde aufsuchende Sozialarbeit eingerichtet. Diese Entwicklung verlief nicht zufällig parallel zum Aufbau der AIDS-Prävention in Deutschland, die von Anfang an auf freiwillig, kostenlos und anonym wahrzunehmende Angebote setzte. Da HIV weder in dem hier dargestellten GeschlKrG noch im Bundesseuchengesetz erwähnt wurde, war diese zweigleisige Entwicklung möglich.

Die Umgangsweisen mit der Problematik STD in der DDR waren im Großen und Ganzen mit denen in der Bundesrepublik Deutschland vor der Wiedervereinigung vergleichbar. Die wichtigste Rechtsvorschrift in der DDR war die „Verordnung zur Verhütung und Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten“ vom 23.2.61³. Diese Verordnung war dem Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen nachgeordnet.

In der DDR waren ausschließlich spezielle Stellen für Prävention, Diagnostik und Therapie zuständig, die unter Umständen auch Zwangsmaßnahmen verhängen konnten, wenn sich Personen weigerten, sich einer Behandlung zu unterziehen. Unterschiede zur Bundesrepublik Deutschland gab es dennoch in drei wesentlichen Punkten. Erstens war die Behandlung klassischer Geschlechtskrankheiten ausschließlich Venerologen erlaubt und nicht, wie in der BRD auch anderen niedergelassenen Ärzten, wie z.B. Gynäkologen und Hausärzten. Zweitens war die DDR nicht föderal strukturiert, d.h. das Angebot war von den Rahmenbedingungen her überall gleich. Drittens wurde die Ermittlung von „Kontaktpersonen“, also Personen, zu denen die infizierte Person sexuelle Kontakte hatte, ernsthaft verfolgt und umgesetzt. Auf Zwangsmaßnahmen wurde dabei im Wesentlichen verzichtet⁴

Nach der Wende im Jahre 1989 lösten nach GeschlKrG eingerichtete Beratungsstellen das alte System, von Venerologen und Fürsorgerinnen ab. Interessanterweise orientierten sich die neuen Bundesländer von Anfang an eher an den liberaleren Vorstellungen der nördlichen Bundesländer. D.h. es wurden freiwillig und anonym wahrzunehmende Angebote geschaffen, auf Untersuchungsverpflichtungen für Prostituierte wurde weitgehend verzichtet.

Bis zur Einführung des IfSG im Jahre 2001 hatten sich in den Neuen Bundesländern Angebotsstrukturen herausgebildet, die mit denen in den alten Bundesländern in vielen Punkten vergleichbar waren. Das neue Infektionsschutzgesetz ersetzt die vorgenannten Gesetze und zieht in seiner Gestaltung Lehren aus den Erfahrungen im Bereich der AIDS-Prävention. Auch hier können wir nur einen kurzen Ausschnitt aus dem IfSG darstellen.

³ GBl der DDR II, Nr. 17, S. 85

⁴ Kiehl, W., Altmann, D. (1993) S.15

Auszug aus dem Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz-IfSG)

"§3 Prävention durch Aufklärung

Die Information und Aufklärung der Allgemeinheit über die Gefahren übertragbarer Krankheiten und die Möglichkeit zu deren Verhütung sind eine öffentliche Aufgabe. Insbesondere haben die nach Landesrecht zuständigen Stellen über Möglichkeiten des allgemeinen und individuellen Infektionsschutzes sowie über Beratungs-, Betreuungs- und Versorgungsangebote zu informieren."

Mit dem neuen Infektionsschutzgesetz wurde erstmalig in Deutschland eine gemeinsame gesetzliche Grundlage für alle STDs einschließlich der HIV-Infektion bzw. AIDS geschaffen. Die Überschrift des §3 „Prävention durch Aufklärung“ entspricht dem Leitgedanken des gesamten Gesetzes. Die Risiken, die vielen Infektionskrankheiten zugrunde liegen, können wirksam beeinflusst werden, in dem Menschen lernen, sich präventiv zu verhalten. Im Mittelpunkt steht also nicht mehr die Kontrolle, sondern die Förderung des gesundheitsbewussten Verhaltens des Einzelnen.

Dementsprechend setzt das neue IfSG auf **Prävention und Aufklärung als öffentliche Aufgabe**. Auf diese Weise soll in der Allgemeinbevölkerung durch qualifizierte Information die Basis für den Schutz möglichst vieler Menschen vor übertragbaren Krankheiten, entsprechend ihrer individuellen Möglichkeiten, geschaffen werden. Individueller Schutz mag in erster Linie im eigenen Interesse erfolgen, leistet aber darüber hinaus einen wichtigen Beitrag gegen die Weiterverbreitung von Infektionskrankheiten in der gesamten Bevölkerung. Durch § 3 IfSG wird auch dargestellt, dass bereits die Vorsorge, also die Verhütung von Krankheiten eine öffentliche Aufgabe ist, nicht erst die Erkennung und eine darauf folgende Behandlung.

Infektionsschutzgesetz-IfSG: § 19 Aufgaben der Gesundheitsämter

(1) Das Gesundheitsamt bietet bezüglich sexuell übertragbarer Krankheiten und Tuberkulose Beratung und Untersuchung an oder stellt diese in Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen sicher. Diese sollen für Personen, deren Lebensumstände eine erhöhte Ansteckungsgefahr für sich oder andere mit sich bringen, auch aufsuchend angeboten werden und können im Einzelfall die ambulante Behandlung durch einen Arzt des Gesundheitsamtes umfassen, soweit dies zur Verhinderung der Weiterverbreitung der sexuell übertragbaren Krankheiten und der Tuberkulose erforderlich ist. Die Angebote können bezüglich sexuell übertragbarer Krankheiten anonym in Anspruch genommen werden, soweit hierdurch die Geltendmachung von Kostenerstattungsansprüchen nach Absatz 2 nicht gefährdet wird.

(2) Die Kosten der Untersuchung und Behandlung werden getragen:

1. von den Trägern der Krankenversicherung nach dem fünften Abschnitt des dritten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, falls die Person bei einer Krankenkasse nach §4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert ist.

2. im Übrigen aus öffentlichen Mitteln, falls die Person die Kosten der Untersuchung oder Behandlung nicht selbst tragen kann; des Nachweises des Unvermögens bedarf es nicht, wenn dieses offensichtlich ist oder die Gefahr besteht, dass die Inanspruchnahme anderer Zahlungspflichtiger die Durchführung der Untersuchung oder Behandlung erschweren würde.

Wenn bei der Untersuchung oder Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit der Kostenträger noch nicht feststeht, werden die Kosten vorläufig aus öffentlichen Mitteln übernommen. Der Kostenträger ist zur Erstattung verpflichtet.

§ 19 des IfSG präzisiert die Aufgaben des Gesundheitsamtes im Rahmen der Bekämpfung von sexuell übertragbaren Erkrankungen. Mit freiwilligen, anonymen und sogar kostenlosen Angeboten wird auch hier die Förderung des individuellen Gesundheitsverhaltens des Einzelnen in den Mittelpunkt gestellt. Aufsuchende Sozialarbeit soll helfen, die Angebote für besondere Zielgruppen attraktiv zu machen.

2 AIDS- und STD-Prävention im Öffentlichen Gesundheitsdienst im Spiegel aktueller wissenschaftlicher Literatur

Angesichts der gesundheitspolitischen Relevanz von AIDS- und STD- Prävention im Öffentlichen Gesundheitsdienst und der grundlegenden strukturellen Veränderungen in diesem Bereich (siehe Gesetzeslage) ist es erstaunlich, welche geringe Anzahl von Veröffentlichungen zu diesem Thema insgesamt vorliegen (Grunow 2000). Beschäftigen sich doch Autoren/innen mit diesem Bereich, ist das Thema entweder inhaltlich oder regional eingeschränkt. So befassen sich Heinz-Trossen (1993) und Leopold/Steffan (1994) mit Prostitution und in diesem Rahmen auch mit den Aufgaben der Gesundheitsämter für diese Zielgruppe.

Der Abschlußbericht zum Großmodell Gesundheitsämter (Thoben 1991) hingegen, befasst sich zwar naturgemäß ausführlich mit dem Aufbau der AIDS-Prävention, erschwert aber aus zwei gewichtigen Gründen einen Vergleich mit der heutigen Situation in diesem Bereich. Zum einen wird das Thema „STD“ leider und für uns erstaunlicherweise völlig ausgeklammert. Selbst vom Verhältnis der nach neuen Präventionsgrundsätzen etablierten AIDS-Prävention zum tradierten, häufig den Vorstellungen von Seuchenhygiene folgenden STD-Prävention ist nicht die Rede. Zum anderen wurden epidemiologische Daten rund um den HIV-Antikörpertest nicht dokumentiert. D.h. es liegt im Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung weder die Anzahl der vorgenommenen HIV-Antikörpertests noch die Anzahl der positiven Testergebnisse vor. Der Abschlußbericht vermerkt hierzu:

"Die Projektgruppe im Institut entwickelte in Zusammenarbeit mit der Koordinationsstelle des Bundes, den AIDS-Koordinatoren der Länder und den AIDS-Fachkräften ein Dokumentationsinstrumentarium. Bei der Abstimmung der Programmvorhaben mit den Landesgesundheitsbehörden und dem damaligen BMJFFG wurde entschieden, im Großmodell auf eine epidemiologische Datenerfassung, wie sie ursprünglich vorgesehen war, zu verzichten. Eine entsprechende Befragung hätte, so wurde argumentiert, sowohl zwischen AIDS-Fachkräften und Institut als auch zwischen Gesundheitsamt und Klienten möglicherweise den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses verhindert. Die epidemiologische Berichterstattung wurde durch ein Dokumentationssystem ersetzt, das eine Beschreibung der Inanspruchnahme von Beratungsleistungen durch verschiedene Zielgruppen der AIDS-Prävention anstrebte." ⁵

Mit der vom BMBF geförderten Studie "Der öffentliche Gesundheitsdienst im Modernisierungsprozess" (Grunow 2000) liegt eine aktuelle Untersuchung "über Handlungsspielräume und Restriktionen im Rahmen kommunaler Gesundheitspolitik" vor, der Fokus ist aber zu allgemein, um die hier interessierenden Themen der AIDS- und STD-Prävention noch detailliert abbilden zu können. Jedoch gibt diese Studie insgesamt eine wichtige Einschätzung zur Position des ÖGD im Rahmen gesundheitspolitischen Handelns und nimmt eine neutrale wissenschaftliche Haltung gegenüber dem ÖGD ein, eine Haltung, die nicht durchgängig als selbstverständlich betrachtet werden kann. Die Arbeit der Gesundheitsämter wird häufig als antiquiert angesehen und findet in der "Public Health"-Bewegung kaum Beachtung. So resümiert Schmacke:

"Es ist somit an dieser Stelle zu bilanzieren, dass sowohl die neue „Public Health“-Bewegung als auch ein an Innovation interessierter ÖGD unweigerlich den ganz spezifischen, nur sozial-historisch und -psychologisch zu verstehenden Wahrnehmungsmustern von Politik und (Fach)-Öffentlichkeit unterliegen. Insbesondere für die Akteure im heutigen ÖGD stellt es gelegentlich eine besondere Herausforderung dar, immer wieder mit dem gewachsenen Bild

⁵ Thoben (1991) S. 19.

des ÖGD als überwiegender Eingriffsverwaltung in Hand des Obrigkeitsstaates konfrontiert zu werden, ein Bild, das längst nicht mehr der Realität entspricht; im Vergleich hierzu dürften die Akteure der „Public Health“-Bewegung an den Universitäten doch mit einem vergleichsweise großen Vertrauensvorsprung operieren können.“⁶

Auch die unterschiedliche Gestaltung der AIDS- und STD-Beratungsstellen ist nur vor dem geschichtlichen Hintergrund zu verstehen. Während AIDS-Beratungsstellen 1987 unter dem Druck einer neuen tödlichen und noch weitgehend unbekanntem Infektionskrankheit im Rahmen des Bundesmodells „Gesundheitsämter“ an 304 Gesundheitsämtern eingerichtet wurden, existieren STD-Beratungsstellen, früher Beratungsstellen für Geschlechtskrankheiten oder Geschlechtskrankenfürsorge, bereits seit 1914.

Die Prävention der Immunschwächekrankheit AIDS stellte Mitte der 80er Jahre eine große gesundheitspolitische Herausforderung dar. Eine Herausforderung, die auf vielen Ebenen schnelle und wirksame Maßnahmen erforderte. Den Erfahrungen, die bereits in anderen Ländern (z.B. USA) vorlagen, wurde deshalb mit Einrichtung von unabhängigen AIDS-Beratungsstellen entsprochen. Um möglichst viele betroffene und gefährdete Menschen, die in erster Linie unter Homosexuellen und Drogengebern vermutet wurden, zu erreichen, war das Angebot von Anfang an auf Beratung und Betreuung fokussiert sowie anonym und kostenlos.

Die Aufgaben der Beratungsstellen für Geschlechtskrankheiten waren von jeher durch gesetzliche Vorgaben bestimmt. Das überwiegend medizinisch ausgerichtete Angebotsprofil beschränkte sich größtenteils auf die Diagnose der im GeschlKrG benannten Infektionskrankheiten, damit verbundener Infektionsquellenforschung und Kontrolle, z.B. durch die Anordnung einer Untersuchungspflicht.

"Als symptomatisch für den Zustand des ÖGD bis in die 80er Jahre hinein mag gelten, dass selbst in dem weiterhin ausserkorenen »Spezialfeld« der Seuchenhygiene an einem anachronistischen und unwirksamen System der Meldepflicht von Infektionskrankheiten festgehalten wurde, ohne eine Antwort auf die Fragen geben zu können, welche praktischen Konsequenzen aus dieser Datenflut gezogen werden konnten."⁷

Aufgrund der föderalen Struktur der Bundesrepublik Deutschland und den damit verbundenen gesetzgebenden Möglichkeiten auf Länderebene, entwickelte sich insbesondere in den letzten 20 Jahren eine weit gefächerte und differenzierte Angebotsstruktur auch im STD-Bereich. Wobei in den nördlichen Bundesländern anonym und kostenlos wahrzunehmende Angebote ohne Untersuchungspflicht für Prostituierte überwogen, während die südlichen Bundesländer eher auf Kontrolle, Kommstrukturen und Untersuchungspflicht setzten. In vielen Bundesländern (z.B. NRW) wurde die Gestaltung des Angebots auch den Kommunen und Landkreisen übertragen, was zu einer kleinteiligen Differenzierung führte.

⁶ Schmacke (1996) S. 16.

⁷ (Schmacke 1993a) "Zitat nach Schmacke" (1996) S. 15.

Wir hatten also bis Ende des Jahres 2000 auf der einen Seite einheitlich strukturierte Angebote zur AIDS-Prävention, immer und überall anonym und kostenlos, und auf der anderen Seite das breit gefächerte, sich in grundsätzlichen Auffassungen widersprechende Angebot im STD-Bereich. Vor diesem Hintergrund ist es " rückwirkend geradezu erstaunlich, dass es gelungen ist, ohne aktuelle Vorbilder und ganz im Kontrast zur traditionellen Seuchenhygiene ein Präventionskonzept mehrheitsfähig zu machen, das auf dem Angebot anonymer Testberatung und -durchführung sowie den Methoden personalintensiver Kommunikation und staatlicher Unterstützung der Selbsthilfeansätze beruht".⁸

⁸ Schmacke (1996) S. 38.

3 Studiendesign

3.1 Konzeption und Methode

Aufgrund der bereits beschriebenen dürftigen empirischen Datenlage zur AIDS- und STD-Prävention in den Gesundheitsämtern einerseits und der doch überschaubaren Anzahl an Institutionen andererseits führten wir auf Grundlage der Ergebnisse der Vorbefragung ("Expertise") eine Gesamterhebung mittels quantitativer Instrumente in allen uns bekannten 398 Gesundheitsämtern mit entsprechenden Angeboten durch. Grundlage dieses Verteilers bildete eine Liste der BZgA, die von uns mit Unterstützung einzelner Bundesländer aktualisiert wurde.

Ziel dieser Studie war die Schaffung einer verbesserten Datenbasis, die zum einen hilft, die gesundheitspolitischen Maßnahmen in der praktischen Umsetzung durch die Gesundheitsämter besser zu beurteilen und zum anderen die Grundlage für zukünftige Maßnahmen bietet.

Es wurden Daten in folgenden Bereichen erhoben:

- ◆ Personelle Ausstattung (medizinisch, psychosozial und administrativ)
- ◆ Räumliche Ausstattung (für medizinische Betreuung und psychosoziale Beratung)
- ◆ Angebotsprofil (medizinische Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten, psychosoziale Beratung und aufsuchende Arbeit, Zusammenhang von AIDS- und STD-Beratung)
- ◆ Arbeitsweise (Kontrollaufgaben, anonym, freiwillig und kostenlos wahrzunehmende Angebote, Perspektiven vor dem Hintergrund der Einführung des neuen IfSG)
- ◆ Anzahl sowie Struktur der Klientel (Allgemeinbevölkerung): Geschlecht, Alter, sexuelle Orientierung; in Zusammenhang mit Prostitution: Geschlecht, Alter, besondere Zielgruppen wie Migrantinnen, Stricher, Beschaffungsprostituierte, Freier, etc.
- ◆ Art und Umfang der personenbezogenen Leistungen für spezifische Zielgruppen (Medizinisch: Diagnostik, Therapie; Betreuung: (aufsuchende) Beratung und psychologische Unterstützung; Träger der Leistungen: Selbstzahler, Krankenkassen, öffentliche Hand)
- ◆ Qualifizierungen der Mitarbeiter/innen sowie Qualifizierungswünsche
- ◆ Befunde (HIV und sexuell übertragbare Erkrankungen)

Die quantitative Gesamtbefragung der Gesundheitsämter wurde durch qualitative Einzel- und Gruppengespräche mit Experten und Expertinnen vor Ort in ausgewählten Regionen ergänzt.

Bereits in der Vorbefragung (siehe hierzu "Expertise") wurde deutlich, wie uneinheitlich die Strukturen von AIDS- und STD-Beratung in den Gesundheitsämtern bundesweit sind. In den integrierten Beratungsstellen sind AIDS- und STD-Beratung personell und inhaltlich verzahnt; in den formal integrierten Beratungsstellen bestehen eigene, häufig kaum miteinander verbundene Arbeitsbereiche für AIDS- und STD-Beratung in einem Gesundheitsamt; in anderen Gesundheitsämtern sind die Beratungsstellen für AIDS und STDs gänzlich getrennt. Darüber hinaus gibt es auch Gesundheitsämter, die entweder nur eine AIDS- oder nur eine STD-Beratungsstelle haben. Um diese unterschiedlichen Strukturen dokumentieren zu können, wurden zwei unterschiedliche standardisierte Fragebögen entwickelt (Anlage).

3.2 Entwicklung und Beschreibung des Erhebungsinstrumentes

Entwickelt wurden die Erhebungsinstrumente auf Grundlage der Ergebnisse der im Herbst 2000 durchgeführten Vorbefragung (Expertise). Struktur, Umfang und Aufbau der Fragebögen wurden außerdem mit einzelnen Experten und Expertinnen diskutiert. Um die Beantwortung zu erleichtern, wurde ein professionelles Layout erstellt und mit einer Verlosung ein „Anreiz“ geschaffen.

Fragebogen A umfasst 14 Bereiche und etwa 800 Items, **Fragebogen B** ist etwas weniger umfangreich mit 12 Bereichen und ca. 530 Items. Für STD-Beratungsstellen und integrierte AIDS/STD-Beratungsstellen ist Fragebogen A vorgesehen. Fragebogen B bezieht sich nur auf AIDS-Beratungsstellen. Formal integrierte Beratungsstellen können die Fragebögen A und B für den jeweiligen Bereich ausfüllen.

Der Arbeitsaufwand, den die Beratungsstellen mit dem Ausfüllen unseres Fragebogens hatten, war aber trotzdem sehr unterschiedlich und richtete sich in erster Linie nach dem Angebotsprofil. Kleinere Beratungsstellen konnten viele Fragen überspringen. Um Rückfragen unsererseits zu ermöglichen, war der Fragebogen nicht anonymisiert. Allen Teilnehmer/innen wurde aber eine anonymisierte Auswertung zugesichert.

Die Beratungsstellen befanden sich in diesem Jahr nach Implementation des Infektionsschutzgesetzes in einem besonderen Veränderungsprozess. Daraus ergaben sich Überlegungen zur Datenerhebung. Zahlenangaben bspw. bezüglich der Klientel, der Diagnose von STDs oder positiver HIV-Testergebnisse konnten zum jetzigen Zeitpunkt nur für das Jahr 2000 vorliegen, also für die Zeit vor Implementation des IfSG. Aus Gründen der Praktikabilität und Vergleichbarkeit fragten wir diese Zahlen ab. Natürlich ist die aktuelle Darstellung der Arbeit der Beratungsstellen einschließlich der Veränderungen im Rahmen der Einführung des IfSG als Arbeitsgrundlage von großem Interesse. Deshalb enthalten die Fragebögen auch Fragen zu Veränderungen im ersten Halbjahr 2001, um erste Tendenzen darstellen zu können.

Die einzelnen Bereiche im **Erhebungsinstrument A** sind folgendermaßen gegliedert:

1. Allgemeines

Fragen zur geographischen Lage, zum Einzugsgebiet und zu Besonderheiten der Lage (z.B. Grenzregion, Messe- oder Hafenstadt, Anziehungspunkt für besondere Zielgruppen etc.) der Beratungsstelle.

2. Personalausstattung

Derzeitige Personalausstattung, Fremdsprachenkenntnisse, Veränderungen in der Personalausstattung während der letzten 5 Jahre.

3. Klienten/innen

Frage nach der Gesamtzahl der erreichten Klienten/innen bzw. Patienten/innen im Jahr 2000, unterteilt in weiblich/männlich, Altersstruktur und bestimmte Zielgruppen. Es wird nach einer eventuellen Veränderung der Zusammensetzung der Klientel im ersten Halbjahr 2001 gefragt. Falls sich die Beratungsstelle auf Angebote für Prostituierte und ihr soziales Umfeld spezialisiert hat, folgen hier Fragen zur Zusammensetzung der Prostitutionsklientel, zur Untersuchungspflicht für Prostituierte vor Einführung des IfSG und Veränderungen der Arbeitsweise nach Implementation des IfSG.

4. Fragen zum Themenkomplex HIV/AIDS

Falls Beratungen zu HIV/AIDS angeboten werden, fragten wir nach deren Häufigkeit und inwieweit die Angebote anonym und kostenlos sind. Bei Durchführung von HIV-Antikörpertests in der Beratungsstelle interessierte uns, wie viele Tests im Jahr 2000 durchgeführt worden sind, ob der Test kostenlos angeboten wird und wie viele Tests positiv ausfielen. Es folgten Fragen zur Verteilung der positiven Testergebnisse nach Geschlecht, Übertragungsweg und Alter bei Diagnosestellung. Nicht in allen AIDS- und/oder STD-Beratungsstellen erfolgt eine weitere Betreuung der Patienten/innen nach Mitteilung des positiven Testergebnisses. In diesem Fall war von Interesse, ob es eine Vermittlung an andere Stellen und Institutionen gab.

5. Fragen zum Themenkomplex „sexuell übertragbare Krankheiten (STDs)“

Falls ein Beratungsangebot zu STDs existiert, fragten wir nach der Anzahl der Beratungen im Jahr 2000 sowie nach Anonymität und Kostenfreiheit des Angebots. Bei vorhandenem Untersuchungsangebot wurde auch hier die Frage nach Anzahl der durchgeführten Untersuchungen im Jahr 2000 gestellt. Des Weiteren wurde gefragt, welche sexuell übertragbaren Krankheiten untersucht werden können und inwieweit diese Untersuchungsangebote anonym, kostenlos bzw. auf Krankenschein möglich sind. Die Anzahl der im Jahr 2000 diagnostizierten STDs wird abgefragt und deren geschlechtsspezifische Verteilung.

Mit Einführung des IfSG ist es nun auch Ärzten/innen im ÖGD unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt, zu behandeln. Wir fragten nach bestehenden Behandlungsmöglichkeiten innerhalb des Gesundheitsamtes. Bei bestehendem Behandlungsangebot wurden Angebotsprofil und Anzahl der durchgeführten Behandlungen im Jahr 2000 abgefragt.

6. Wahrnehmung kostenloser Angebote

Wie viele Personen, bezogen auf die Gesamtklientel, nahmen kostenlose Angebote im Jahr 2000 in Anspruch und aus welchen Gründen? Hat sich die Nachfrage nach diesen Angeboten im ersten Halbjahr 2001 verändert?

7. Wahrnehmung anonymer Angebote

Auch hier interessierte uns die Anzahl von Personen bezogen auf die gesamte Klientel, die im Jahr 2000 anonyme Angebote in Anspruch genommen haben und aus welchen Gründen. Nach Implementation des IfSG sollen anonyme Angebote im Gesundheitsamt vorgehalten werden. Dementsprechend fragten wir auch, ob sich die Nachfrage nach anonymen Angeboten im ersten Halbjahr 2001 verändert hat.

8. Beratungs- und Untersuchungsangebote außerhalb der Beratungseinrichtung

Einige Beratungsstellen machen Angebote außerhalb der Räumlichkeiten des Gesundheitsamtes. Uns interessiert, wo und in welcher Form (z.B. in Kooperation mit anderen Trägern) ein solches Angebot angesiedelt ist und welche speziellen Zielgruppen damit erreicht werden.

9. Psychosoziale Beratung und Begleitung

Im Rahmen des Angebots psychosozialer Beratung/Begleitung wurde gefragt, wie viele Personen dieses Angebot im Jahr 2000 wahrgenommen haben. Des Weiteren sollten Themenschwerpunkte im Rahmen der psychosozialen Beratung/Begleitung benannt werden, auf die sich die Beratungsstelle spezialisiert hat, sowie Aussagen zur Kostenfreiheit und Anonymität des Angebots gemacht werden.

10. Aufsuchende Sozialarbeit

Falls die Beratungsstelle aufsuchende Sozialarbeit durchführt, wurde nach der Anzahl der erreichten Personen (gesamte Klientel) im Jahr 2000 gefragt, geschlechtsspezifisch differenziert nach Zielgruppen.

11. Weitere Angebote und Aufgaben

Bei bestehenden primärpräventiven Angeboten fragten wir nach Inhalt und Struktur sowie nach den erreichten Zielgruppen. Des weiteren wurde nach Aufgaben und Aktivitäten im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit, Qualifizierungsmaßnahmen und Koordination gefragt.

12. Weiterbildung von Mitarbeitern/innen

Da die Arbeitsfelder und –strukturen der STD- und AIDS-Beratungsstellen insbesondere durch die Implementation des IfSG einem Veränderungsprozess unterworfen sind, interessierten uns besonders die Qualifizierungsanstrengungen und –wünsche der Mitarbeiter/innen. Wir fragten, wie viele Fortbildungsveranstaltungen zu welchen Themen die Mitarbeiter/innen im letzten Jahr besucht haben und inwieweit dies finanziell vom Gesundheitsamt unterstützt worden ist. Des weiteren wurde nach Themenschwerpunkten für zukünftigen Qualifizierungsbedarf gefragt.

13. Veränderungen der Arbeitsweise/des Arbeitsprofils

Aufgrund unserer Vorbefragung wissen wir, dass einige Beratungsstellen konkrete Veränderungen in der Arbeitsweise bzw. im Arbeitsprofil anstreben. Werden Veränderungen geplant, so fragten wir im medizinischen Bereich für welche STDs eine Erweiterung oder Einführung des Untersuchungs- und Behandlungsangebots angestrebt wird und ob noch weitere Angebote bspw. zur Familienplanung oder allgemeine körperlichen Untersuchung hinzu kommen sollen und ob damit weitere oder andere Zielgruppen angesprochen werden sollen.

Auch im psychosozialen Bereich wurde nach geplanten Veränderungen des Angebotsprofils im laufenden Jahr 2001 gefragt, im Bereich aufsuchender Sozialarbeit nach Erweiterung des Zielgruppenspektrums. Im Rahmen einer offenen Frage gab es die Möglichkeit, aus fachlicher Sicht erforderliche Veränderungen zu benennen, unabhängig davon, ob deren direkte Umsetzung in nächster Zukunft geplant bzw. möglich ist.

14. Abschließende Bemerkungen

Am Ende des Fragebogens wird den Mitarbeiter/innen Raum gegeben für abschließende Anmerkungen, Bemerkungen und Kritik.

Fragebogen B bezieht sich ausschließlich auf AIDS-Beratungsstellen. Die Gliederung der einzelnen Bereiche entspricht der des A-Bogens. Da die Fragen zum Themenkomplex „Sexuell übertragbare Krankheiten (STDs)“ wegfallen, gibt es nur 12 Themenbereiche.

3.3 Versendung der Fragebögen

Die Fragebögen wurden bis Anfang August 2001 an alle 398 uns bekannten AIDS- und/oder STD-Beratungsstellen in Gesundheitsämtern bundesweit verschickt. Die Rücksendung der Fragebögen sollte bis zum 30.09.2001 erfolgen. Wir erhielten zahlreiche telefonische und schriftliche Rückfragen zum Ausfüllen des Fragebogens. Dabei handelte es sich größtenteils um Verständnisfragen, die bspw. die Zahlenangaben und deren Dokumentation betrafen.

Verzögert wurde die Erhebung durch das Rundschreiben eines Landkreistages, in dem eine Teilnahme an unserer Studie nicht empfohlen wurde. Mehrere Landkreistage haben sich dieser Empfehlung angeschlossen.

3.4 Rücklauf der Fragebögen

Aufgrund der Differenzen mit den Landkreistagen haben wir die Frist für die Rücksendung der Fragebögen bis zum 30.11.2001 verlängern müssen. Insgesamt erhielten wir 209 Fragebögen aus 174 Gesundheitsämtern (siehe hierzu auch P. 4 Auswertung). Die Daten der Fragebögen wurden eingegeben und bearbeitet (SPSS).

3.5 Datenqualität

Insgesamt sind die Fragebögen gut und vollständig ausgefüllt. Unklarheiten bei einem Teil der Fragebögen werden durch telefonische Rückfragen geklärt und vervollständigt.

Unterschiedliche Formen der Dokumentation in den Gesundheitsämtern erschweren bei einigen Fragen die Beantwortung. So wurde z.B. in einigen Ämtern nur die Anzahl der Kontakte und nicht die Anzahl der wirklich erreichten Personen dokumentiert. Teilweise wurden nur die Beratungen gezählt, die einen HIV-Antikörpertest einschlossen. Für Asylbewerber wurden meistens separate Statistiken geführt. Hier wurde nicht nach Geschlecht unterschieden und auch positive HIV-Testergebnisse wurden weder geschlechtsspezifisch noch nach Alter und Übertragungsweg dokumentiert.

4 Auswertung

4.1 Erreichte Beratungsstellen

Von den 398 angeschriebenen Gesundheitsämtern beteiligten sich 174 Einrichtungen mit insgesamt 209 Beratungsstellen an unserer Befragung. Die Anzahl der beteiligten Gesundheitsämter ist also nicht identisch mit der Anzahl der Fragebögen. Die Rücklaufquote errechnet sich nach den beteiligten Gesundheitsämtern, sie entspricht ca. 44%, wobei die Rücklaufquote mit 46% in den alten Bundesländern wesentlich besser ausgefallen ist, als in den neuen Bundesländern (38%).

Tabelle 1: Zahl der angeschriebenen Gesundheitsämter pro Bundesland und Rücklauf der Fragebögen⁹

Bundesland	Gesundheitsämter angeschrieben	Gesundheitsä. Antwort (Rücklaufquote)	Einrichtungen Rücklauf der Fragebögen
Baden-Württemberg	35	29 (83%)	39
Bayern	74	21 (28%)	24
Berlin	9	7* (78%)	10
Brandenburg	18	9 (50%)	9
Bremen	2	2* (100%)	2
Hamburg	2	2* (100%)	2
Hessen	24	10 (42%)	12
Mecklenburg-Vorpommern	18	10 (56%)	10
Niedersachsen	42	12 (29%)	13
Nordrhein-Westfalen	53	28 (53%)	36
Rheinland-Pfalz	24	11 (46%)	14
Saarland	6	3 (50%)	5
Sachsen	28	13 (46%)	14
Sachsen-Anhalt	23	4 (17%)	4
Schleswig-Holstein	14	6 (43%)	8
Thüringen	26	7 (27%)	7
Gesamt	398	174 (44%)	209

* Zentralisierte Beratungsstellen in großstädtischen Ballungsgebieten

In sieben Gesundheitsämtern gab es kein Angebot zu AIDS und/oder STDs, so dass die Angaben von 202 Beratungsstellen zur Auswertung gelangten. Nach Angeboten unterteilt, haben uns wesentlich mehr AIDS-Beratungen als STD-Beratungen geantwortet. In den insgesamt 202 Beratungseinrichtungen mit Angebot wird in 160 Fällen AIDS-Beratung und in 102 Fällen STD-Beratung angeboten. Insgesamt also haben wir 262 Beratungsangebote zu AIDS und STD erfasst.

⁹ In Hessen und Mecklenburg-Vorpommern beauftragte jeweils ein Gesundheitsamt die örtlichen AIDS-Hilfen mit den entsprechenden Aufgaben.

4.2 Zur Repräsentativität des Fragebogenrücklaufs¹⁰

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Vollerhebung sämtlicher Gesundheitsämter in der Bundesrepublik Deutschland. Die Bruttostichprobe hat 389 Gesundheitsämter einbezogen. Die Nettostichprobe erfasst 174 Gesundheitsämter, d.h. der Fragebogenrücklauf beträgt 44%. Damit befindet sich der Rücklauf innerhalb des üblichen Rücklaufs von 10-70% im oberen Mittelfeld der Erwartungswerte. Bezüglich der Repräsentativität der Nettostichprobe ist zu klären, ob systematische Einflüsse für das Beantworten bzw. Nichtbeantworten der Fragebögen verantwortlich sind. Für die hier interessierenden Fragestellungen sind nur solche Einflüsse von Bedeutung, die auf Ausstattung, Auslastung und Arbeitsweise der Gesundheitsämter zurückzuführen sind. Da dies uns im Einzelnen nicht bekannt ist, kann diese Frage leider nicht erschöpfend behandelt werden. Das Vorliegen eines spezifischen "response- bzw. nonresponse-bias" erscheint jedoch aus mehreren Gründen nicht plausibel. Zum einen sind die Angebotsprofile der antwortenden Gesundheitsämter sehr verschieden und sehr vielfältig. Es haben sowohl sehr kleine Einrichtungen aus ländlichen Strukturen als auch sehr große Einrichtungen aus großstädtischen Ballungsräumen in ausreichender Anzahl geantwortet. Darunter waren auch 40 Gesundheitsämter, die noch bis Ende des Jahres 2000 mit einer Untersuchungspflicht für Prostituierte gearbeitet haben. Diese Tatsache deutet darauf hin, dass eine Verzerrung dahingehend, dass überwiegend der SPI-Forschung gegenüber wohlgesonnene Gesundheitsämter geantwortet haben könnten, ebenfalls eher unwahrscheinlich ist. Seit vielen Jahren treten wir in eigenen Veranstaltungen und Fortbildung für freiwillig und anonym wahrzunehmende Angebote in diesen Bereichen ein. Darüber hinaus haben ein Teil der nichtantwortenden Gesundheitsämter ihre Nichtteilnahme uns gegenüber mit der Empfehlung des Deutschen Städtetages, die Teilnahme zu verweigern, begründet. Hier liegt also keine repräsentativitätsvermindernde spezifische Verzerrung vor. Allerdings muss angemerkt werden, dass der Rücklauf für die einzelnen Bundesländer sehr unterschiedlich ausfällt, wie Tabelle 1 darstellt.

Dies bedeutet bezüglich der Repräsentativität, dass die 10 überdurchschnittlich vertretenen Bundesländer (Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Saarland und Sachsen) insgesamt gut abgebildet sind, Länder wie Sachsen-Anhalt und Thüringen jedoch nur einen sehr geringen Rücklauf haben, wodurch bei diesen Ländern die Repräsentativität am ehesten eingeschränkt ist. Insgesamt ist die Repräsentativität jedoch ausreichend, zumal die statistische Auswertung lediglich deskriptive und keinesfalls inferenzstatistische Methoden beinhaltet.

¹⁰ siehe hierzu Stenger (1986).

Schaubild 1: Erreichte Gesundheitsämter nach Bundesländern



4.3 Zur Struktur der erreichten Beratungsstellen

4.3.1 Zur Integration von AIDS- und STD-Beratung

Im Rahmen des „Großmodell Gesundheitsämter – AIDS“¹¹ wurden von Ende der 80er Jahre an 304 Gesundheitsämter mit eigenen Beratungsstellen und speziellen Fachkräften für AIDS-Prävention einschließlich Beratung und Test eingerichtet. Mit dieser Maßnahme wurde damals auf die neue Erkrankung reagiert und das benötigte Beratungsangebot in einem relativ zügigen Prozess bundesweit etabliert. Die meisten Gesundheitsämter erhielten im Rahmen dieses Modellprogramms erstmalig eine mit dem Schwerpunkt AIDS ausgestattete Personalstelle. Damit waren sie die ersten (und oft über lange Jahre einzigen), die Vor-Ort direkte persönliche Beratung und Testung anbieten konnten.

Nach Auslaufen dieses Modellprogramms „Großmodells Gesundheitsämter - AIDS“ 1991 stellte die wissenschaftliche Begleitforschung zum Modellprogramm zusammenfassend fest "... dass durch die gute Aufnahme der Gesundheitsämter als AIDS-Beratungsstelle durch die Bevölkerung dem Sofortprogramm der Bundesregierung ein wichtiger Schritt in Richtung auf eine umfassende und sachgerechte Aufklärung gelungen ist. Eine gute Fortbildung der AIDS-

¹¹ Im Rahmen des Sofortprogramms der Bundesregierung zur Bekämpfung der Immunschwächekrankheit AIDS von 1987 – 1991 durchgeführtes Modellprogramm.

Fachkräfte an den Gesundheitsämtern kann eine korrekte, dem individuellen Beratungsbedarf angepasste und umfassende Information der Bevölkerung zum Thema AIDS gewährleisten."¹²

Bereits damals gaben die Autoren eine weitreichende Empfehlung:

"Nach Beendigung des Großmodells wird die Fortsetzung der AIDS-Prävention durch die Gesundheitsämter nach Art und Umfang des Beratungsangebotes in den alten Bundesländern von jedem einzelnen Gesundheitsamt ohne Bundeshilfe zu gestalten sein. Inhaltlich wird es darauf ankommen, die zukünftigen Aufgaben des Gesundheitsamtes in der AIDS-Beratung im Verhältnis zu anderen Institutionen festzulegen. Aufgaben des Gesundheitsamtes werden in einem kostenlosen HIV-Antikörpertest, in der Koordinationsfunktion AIDS-bezogener Beratungsangebote auf Kreis- oder Stadtebene und in der Ergänzung bestehender Beratungsangebote gesehen. Ziel ist eine Integration der AIDS-Prävention in ein umfassendes Konzept zur regionalen Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst."¹³

Damals wurde, wie bereits weiter oben dargestellt, der angrenzende aber z.T. aufgrund der gegensätzlichen Strukturen schwierige STD-Bereich an keiner Stelle des Evaluationsberichtes erwähnt. Fachlich war auch nach damaligen Erkenntnissen eine Verbindung zwischen AIDS- und STD-Prävention bereits bekannt. Die WHO bezeichnete bereits Mitte der 80er Jahre STDs als Marker für eine AIDS-Gefährdung. Auch der (z.T.) gleiche Übertragungsweg legt eine Verbindung der Prävention nahe.

Darüber hinaus wäre eine Erörterung der Kooperationsbeziehungen zwischen AIDS- und STD-Prävention zur damaligen Zeit heute für uns von großem Wert. Wir wären in der Lage, das heutige Verhältnis dieser beiden Bereiche mit der damaligen Situation zu vergleichen und damit auch Entwicklungen festzustellen und zu bewerten. Die damals herrschende Hysterie um das Thema AIDS in der öffentlichen Debatte machte aber eine besonders sensible und vorsichtige Vorgehensweise notwendig, die sowohl den direkten Vergleich der beiden Bereiche als auch eine statistische Erhebung durchgeführter Tests ausschloss.

Allein in der Schlussfolgerung klingt die Sorge an, in welcher Weise Länder und Kommunen diese zukünftige Aufgabe der AIDS-Beratung meistern werden. Besorgt waren die Autoren in erster Linie wegen der finanziellen Belastung, die zukünftig ohne Beteiligung des Bundes von Kommunen, Landkreisen und Bundesländern zu tragen sei. Darüber hinaus wurde vermutet, dass es „in den Ländern ... hinsichtlich der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Rahmen der AIDS-Bekämpfung wahrscheinlich unterschiedliche Zielsetzungen“¹⁴ gäbe.

Wie stellt sich also heute die Struktur der Angebote von AIDS- und STD-Beratung in den Gesundheitsämtern dar? Bereits in der Vorbefragung im Herbst 2000 konnten wir feststellen, dass, obwohl für die meisten der damals befragten 35 Gesundheitsämter eine Integration von AIDS- und STD-Beratung berichtet wurde, in den meisten Fällen diese „Integration“ nur formal bestand. Sowohl personell als auch beim Angebotsprofil und den erreichten Zielgruppen waren die Überschneidungen marginal.

Unsere Hauptstudie bestätigt im wesentlichen diesen Befund. In einem guten Drittel (34%) der befragten Gesundheitsämter waren die Bereiche AIDS- und STD-Beratung in einer Beratungsstelle zusammengefasst, in zwei Dritteln der Beratungseinrichtungen hingegen nicht. 35% der Gesundheitsämter unterhielten eine von der STD-Beratung unabhängige AIDS-Beratungsstelle. In 43 Gesundheitsämtern (26%) war die Integration beider Bereiche nur formal

¹² Thoben, I (1991), S. 24.

¹³ Thoben, I (1991), S. 24.

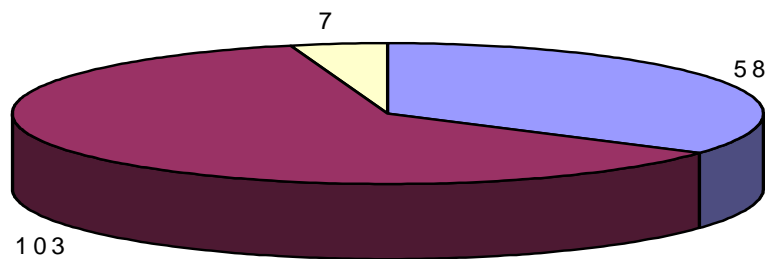
¹⁴ Thoben, I (1991), S. 167.

erfolgt, d.h. AIDS- und STD-Beratung firmieren zwar nach außen hin unter einer Adresse, inhaltlich und personell sind sie aber völlig getrennt voneinander. Dieser Typus einer Beratungsstelle ist eindeutig ein „Alt-Bundesländermodell“, nur 2 der formal verbundenen Beratungsstellen befinden sich in den neuen Bundesländern. In 4% der befragten Gesundheitsämter wurde zur Zeit der Befragung gar kein Angebot im AIDS- und/oder STD-Bereich (mehr) vorgehalten.

Diagramm 1: Kooperationsformen in einzelnen Gesundheitsämtern

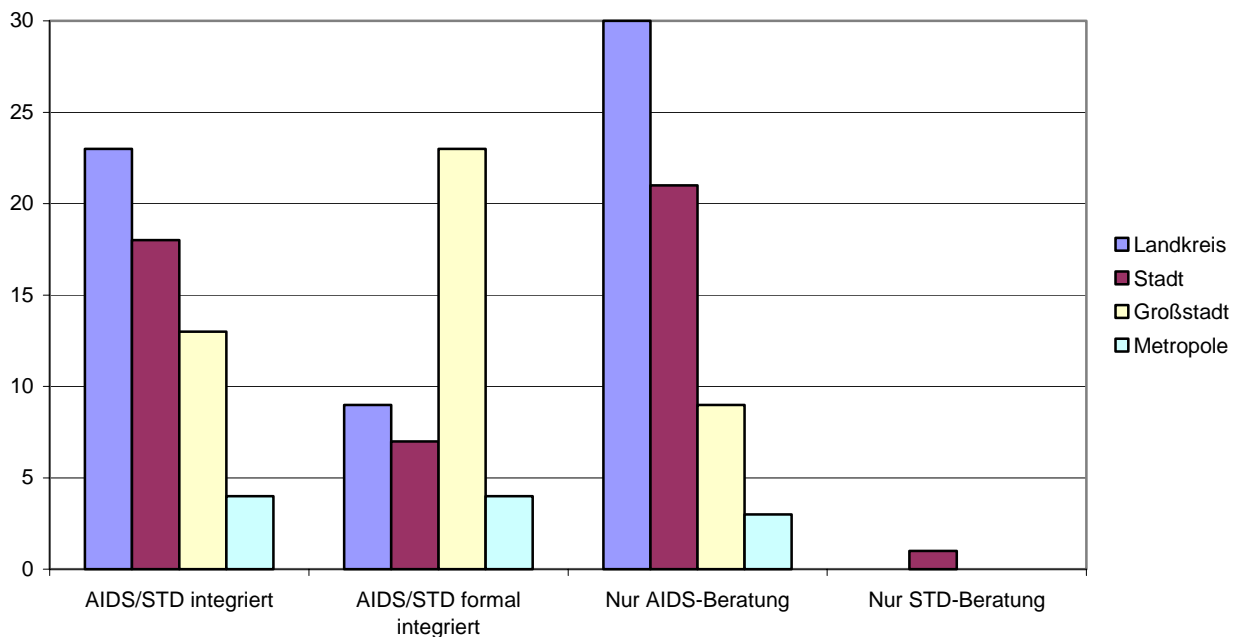
Dass dieser Struktur der Beratungseinrichtungen in Deutschland sowohl inhaltliche als auch

■ AIDS/STD integriert ■ AIDS/STD formal integriert/nur AIDS/ nur STD ■ Kein Angebot



organisatorische Gesichtspunkte zugrunde liegen, ist ersichtlich, wenn man im folgenden die Lage der Beratungseinrichtungen betrachtet. Ständen rein organisatorische Erwägungen für eine entsprechende Struktur im Vordergrund, würde man insbesondere die integrierten Einrichtungen in erster Linie in Landkreisen und Städten unter 100.000 Einwohner/innen vermuten, die insgesamt über weniger Personal in diesen Bereichen verfügen und weniger Aufgaben an andere Einrichtungen delegieren können. In unserem Sample sind aber sowohl die integrierten (40% von 58) als auch die eigenständigen Beratungsstellen (51% von 59) hauptsächlich in Landkreisen anzutreffen, in Metropolen (ab 1 Mio. Einwohner/innen) sind alle drei Organisationsformen gleichmäßig verteilt. Die „formal“ verbundenen Beratungseinrichtungen (23 von 43) sind hauptsächlich in Großstädten (ab 100.000 Einwohner/innen) anzutreffen.

Diagramm 2: Lage und Struktur der Beratungsstellen



37 formal integrierte Beratungsstellen schickten Fragebogen A und B für das jeweilige Arbeitsgebiet zurück. Aus sechs Beratungsstellen erhielten wir nur den Fragebogen B zurück, der sich auf den Arbeitsbereich HIV/AIDS bezieht.

4.3.2 Reichweite der Angebote

Insbesondere die AIDS-Aufklärungskampagnen Ende der 80er Jahre beinhalteten intensive und differenzierte Informationen zur AIDS-Prävention, so dass in erstaunlich kurzer Zeit die Mehrheit der Bevölkerung nicht nur wusste, was AIDS ist und wie man sich schützen kann, sondern auch den vielen Themen rund um AIDS viel Interesse entgegenbrachte. In den repräsentativen telefongestützten Erhebungen zu „Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland“ werden Informationsstand, Schutzmotivation sowie Einstellung der Bevölkerung jährlich erfragt¹⁵. Nach der aktuellen Studie des Jahres 2000 nutzen ca. 2% der Gesamtbevölkerung die Angebote der Gesundheitsämter, um sich fachlich beraten zu lassen. Dieser Anteil der Gesamtbevölkerung hat in den letzten Jahren stetig abgenommen. Auch die Anzahl der HIV-Tests ist rückläufig. Der Höhepunkt der Nachfrage nach Beratung durch Gesundheitsämter lag im Jahr 1990 (8%)¹⁶, in einem Jahr also, in dem sich das „Großmodell Gesundheitsämter – AIDS“ noch in der Aufbauphase befand.

Da wir in unserer Erhebung in erster Linie auf Anzahl und Zusammensetzung persönlich beratener Klientel Wert gelegt haben, ist eine direkte umfassende Einschätzung der Reichweite, die einen Vergleich mit den Daten der BZgA¹⁷ liefert, nicht möglich. Fokussiert man auf persönlich Beratene, so schwankt die Reichweite in den von uns befragten Einrichtungen zwischen 0,2% und 2,2% der Bevölkerung (Mittelwert 0,26%) in den jeweiligen Einzugsgebieten. Mit 0,37% haben Einrichtungen in Städten (bis 100.000 Ew.) die größte Reichweite,

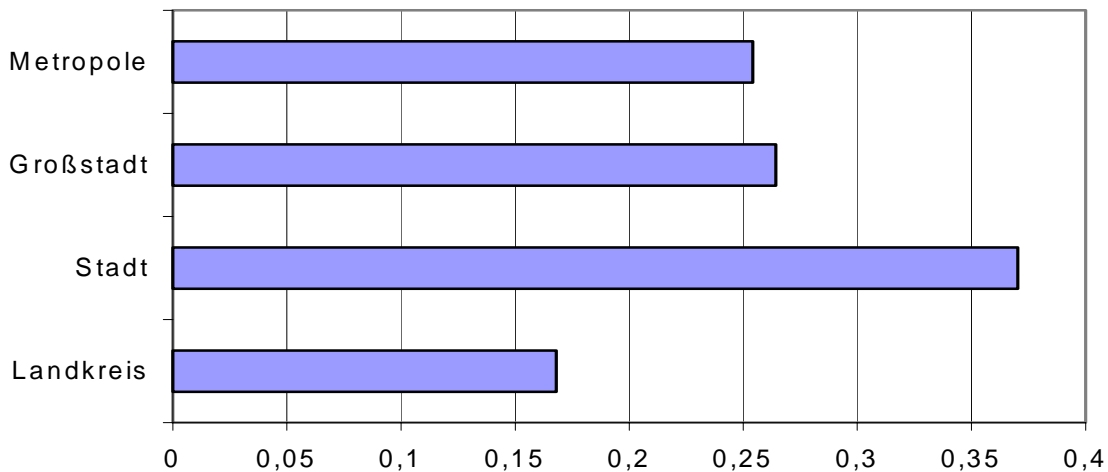
¹⁵ siehe hierzu BZgA (Hg.) (2001).

¹⁶ BZgA (Hg.) (2001), S. 14.

¹⁷ „Fachliche Beratung“ im Sinne der BZgA- Umfrage beinhaltet auch telefonische Beratung und anders geartete Informationsbeschaffung.

gefolgt von Großstädten und Metropolen (beide ca. 0,26%). Die niedrigste Zahl wurde mit 0,17% aus den Beratungseinrichtungen aus Landkreisen berichtet, mit einer Streuung von 0,2% bis maximal 1%.

Diagramm 3: Reichweite (individuelle Beratung) in Relation zur Bevölkerung der Einzugsgebiete



Da insbesondere in den Landkreisen viele Gesundheitsämter aufgrund der knappen personellen Ressourcen ein nur sehr eingeschränktes Angebot mit z.T. nicht mehr als 2 Std. pro Woche aufrecht erhalten können, ist dieses Ergebnis nicht weiter verwunderlich. Erstaunlich erscheint uns schon eher, dass die mit Abstand größte Reichweite aus Städten bis zu 100.000 Einwohner/innen berichtet wird und nicht aus Großstädten oder Metropolen, obwohl diese in absoluten Zahlen die höchsten Klientenzahlen angeben (bis zu 8.000 pro Einrichtung). Uns erreichten vielfach Kommentare aus Landkreisen und Städten darüber, dass viele Klient/innen aus Sorge um eine Geheimhaltung eher Gesundheitsämter in Großstädten und Metropolen aufsuchen würden und dafür auch längere Fahrzeiten in Kauf nähmen. Eine Erklärung kann darin liegen, dass hier die Reichweite pro Angebot dargestellt wird und sich daraus eine gewisse Verzerrung ergibt. Gesundheitsämter in Metropolen und Großstädten verfügen in der Regel über mehrere Angebote, z.T. getrennt für AIDS und STDs, darüber hinaus gibt es Alternativen bei anderen Anbietern (z.B. den AIDS-Hilfen).

4.3.3 Lage der einzelnen Beratungsstellen und damit verbundene Besonderheiten

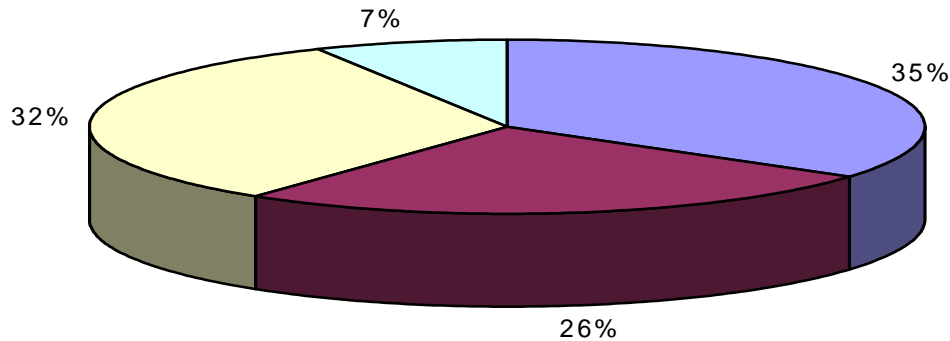
Die Lage der einzelnen Beratungsstellen und damit verbundene Besonderheiten interessierten uns, weil diese einen Einfluss auf die Arbeitsweise und Zielgruppen der einzelnen Beratungsstellen vermuten lassen.

Obwohl die insgesamt hohe Mobilität und die massenmediale Verbundenheit der Bevölkerung in den letzten 20 – 30 Jahren eher zu einer Angleichung von Lebensverhältnissen, Wertanschauungen und Lebensstilen geführt hat, findet AIDS- und STD-Prävention auf dem Lande ganz andere Gegebenheiten vor, als in Großstädten und Metropolen. Der Vergleich zwischen Landkreisen, Städten, Großstädten und Metropolen wird deshalb von uns aus unterschiedlichen Gesichtspunkten immer wieder herangezogen.

Von den insgesamt 202 befragten Beratungsstellen¹⁸ befanden sich 70 (35%) in einem Landkreis, 52 (26%) in einer Stadt, 65 (32%) in einer Großstadt und 15 (7%) in einer Metropole.

Diagramm 4: Lage der einzelnen Beratungsstellen

■ Landkreis ■ Stadt (bis 100000) ■ Großstadt (ab 100000 E.) ■ Metropole (ab 500 000)



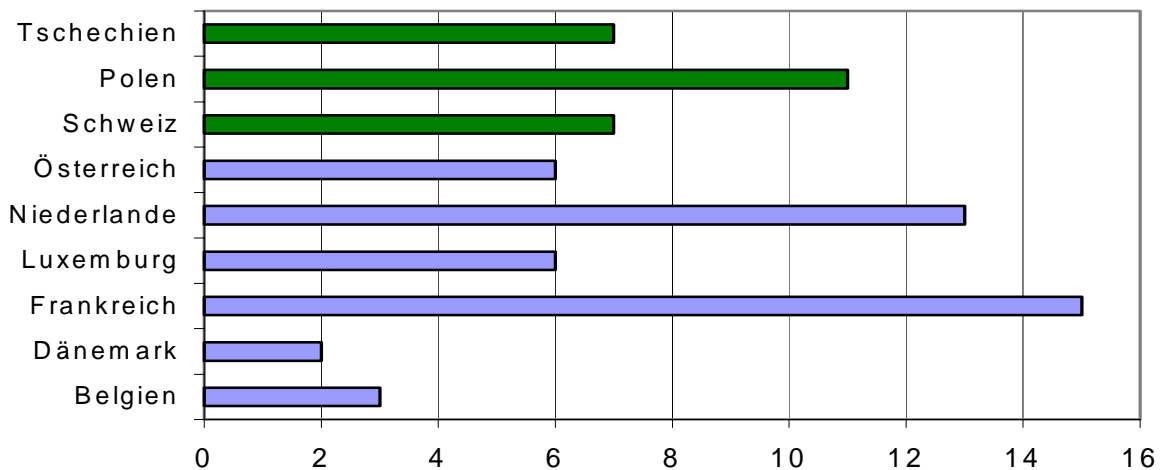
Größe und Profil eines Ortes haben Einfluss auf die Lebensgestaltung der Bewohner. Ebenso ist die geographische Lage ein wichtiger Faktor, der das Geschehen maßgeblich beeinflussen kann. Grenzregionen sind in dieser Hinsicht besondere Regionen. Ein fast immer vorhandenes Wohlstandsgefälle, kulturelle sowie wirtschaftliche und rechtliche Unterschiede zu beiden Seiten der Grenzen bilden „Push und pull“-Faktoren, die zu vielerlei grenzüberschreitenden Aktivitäten anreizen und unter Umständen die Herausbildung von Milieus fördern, die im Sinne einer STD- und AIDS-Gefährdung mehr riskante Verhaltensweisen vermuten lassen. Die SPI-Forschung gGmbH hat aus diesen Gründen von 1994 bis 2000 ein Modellprogramm durchgeführt, dessen Aufgabe in der Etablierung grenzüberschreitender AIDS- und STD-Prävention in Prostitutions- und Drogenszenen bestand¹⁹.

Fast ein Drittel (29%), also insgesamt 60 der von uns befragten Beratungsstellen liegen in Grenzregionen zu insgesamt neun Ländern. 25 Beratungsstellen liegen in den Grenzregionen zu Polen, Tschechien und der Schweiz, also an der EU-Außengrenze. Insbesondere zu den zentraleuropäischen Staaten Polen und Tschechien bestehen besonders große Unterschiede, die problematische Entwicklungen begünstigen. Das Einzugsgebiet einiger Beratungsstellen grenzt an zwei Nachbarländer. Folgende angrenzenden Nachbarländer wurden genannt:

¹⁸ Im folgenden beziehen sich unsere Auswertungen auf die Gesamtheit der Beratungsstellen und nicht mehr auf die Anzahl der Gesundheitsämter.

¹⁹ siehe hierzu SPI-Forschung gGmbH (2000).

Diagramm 5: Anzahl der Beratungsstellen in Grenzregionen



Beratungsstellen in Grenzregionen zu Frankreich (15), den Niederlanden (13) und Polen (11) sind besonders häufig in unserer Befragung vertreten

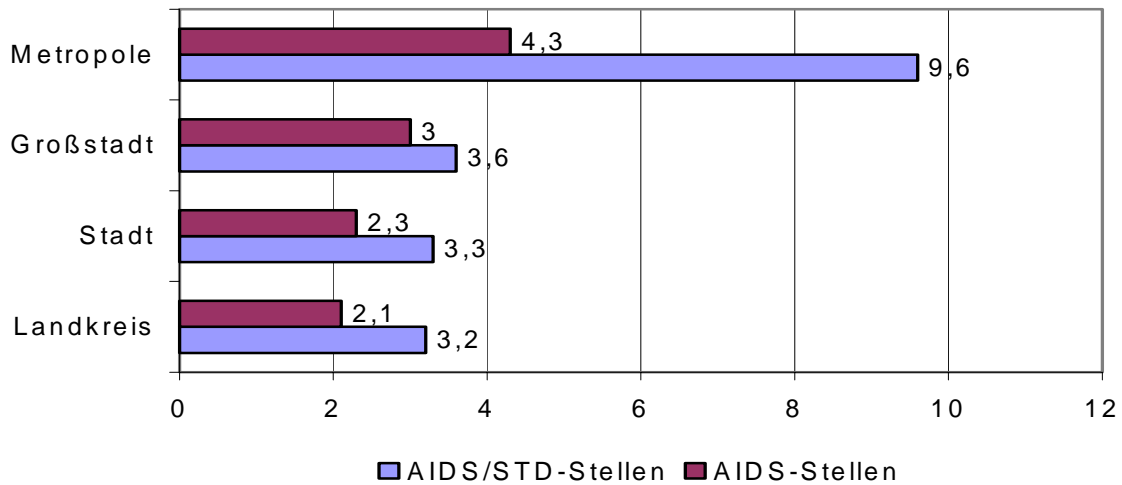
Aber auch im Lande selbst bilden besondere strukturelle Merkmale Herausforderungen an die Präventions- und Betreuungsarbeit in den Gesundheitsämtern. Insbesondere das Vorhandensein vieler, meist alleinreisender Gäste (überwiegend Männer) bedeutet häufig Anreize für das Anbieten sexueller Dienstleistungen, da auch dieses „Gewerbe“ nach Angebot und Nachfrage funktioniert. Hier interessieren in erster Linie Häfen, Messestädte/Kongreßzentren, internationale Verkehrsknotenpunkte sowie Militärstützpunkte. Insgesamt 140 Beratungseinrichtungen nannten uns solche besonderen Bedingungen.

Die meisten Beratungsstellen haben sich mit ihren Angeboten auf die besonderen regionalen Bedingungen eingestellt und entwickelten spezielle Angebote für spezifische Zielgruppen wie z.B. Prostituierte.

4.3.4 Personalausstattung und deren Veränderung in den letzten fünf Jahren

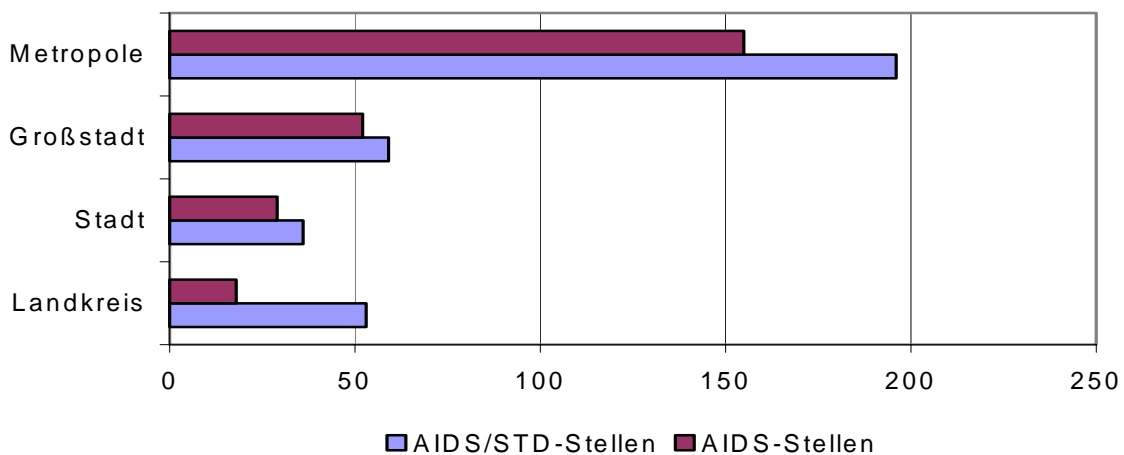
Neben geographischen und regionalen Besonderheiten ist das Angebotsprofil der Einrichtungen in hohem Maße von der Personalausstattung und -struktur abhängig. In den 202 befragten AIDS- und/oder STD-Beratungsstellen werden hauptsächlich folgende Berufsgruppen beschäftigt: Ärzte/innen, Krankenschwestern und Krankenpfleger, Arzthelfer/innen, Sozialarbeiter/innen, Psychologen/innen, Verwaltungsangestellte und Sprachmittlerinnen. Da in vielen Gesundheitsämtern eine Personalstelle häufig mehrere inhaltliche Bereiche abdecken muss, haben wir neben der Anzahl der Stellen auch nach den zur Verfügung stehenden Stunden pro Woche gefragt. Im Durchschnitt sind AIDS/STD Beratungsstellen mit 3,9 Stellen und 64 Wochenstunden pro Einrichtung besser ausgestattet, als AIDS-Beratungsstellen mit 2,6 Stellen und 41 Wochenstunden. Aufgeteilt nach Lage ergibt sich folgendes Bild:

Diagramm 6: Personalausstattung der AIDS/STD- und AIDS-Beratungseinrichtungen nach Lage



Auch die zur Verfügung stehenden Stunden pro Woche fallen zwischen den beiden Bereichen AIDS/STD und AIDS sehr unterschiedlich aus.

Diagramm 7: Personalstunden pro Woche nach AIDS/STD und AIDS und Lage der Beratungseinrichtungen

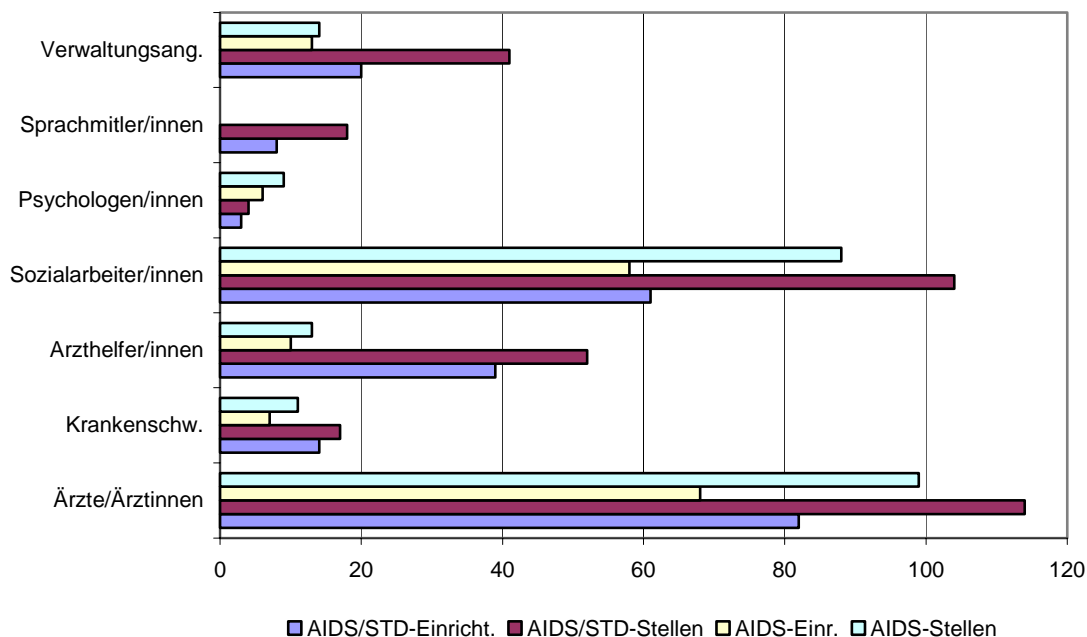


Insgesamt gesehen verfügen also AIDS/STD- Beratungseinrichtungen in Metropolen über die größten personellen Ressourcen. Die geringste Ausstattung wurde von Einrichtungen in kleinen Städten berichtet. Landkreise verfügen im AIDS/STD-Bereich im Vergleich über eine etwas bessere Personalausstattung pro Einrichtung.

Neben der vorhandenen Arbeitszeit wird das Angebotsprofil maßgeblich von zur Verfügung stehenden Professionen geprägt. Ohne Ärztin oder Arzt entfällt das entsprechende diagnostische oder/und therapeutische Angebot, aufsuchende Arbeit findet in erster Linie in Einrichtungen statt, die über Sozialarbeiter/innen verfügen.

Insgesamt verfügen die von uns befragten Gesundheitsämter über folgende Berufsgruppen:

Diagramm 8: Berufsgruppen im Überblick



Ärzte/Ärztinnen und Sozialarbeiter/innen sind in beiden Bereichen die am stärksten vertretenen Berufsgruppen, wobei längst nicht alle Einrichtungen über diese Professionen verfügen. Während 85% der AIDS/STD-Einrichtungen Ärzte/Ärztinnen beschäftigen, verfügen im AIDS-Bereich nur 64% der Einrichtungen über entsprechendes Personal. Über Sozialarbeiter/innen verfügen 64% der AIDS/STD-Einrichtungen und 55% der AIDS-Einrichtungen. Krankenschwestern, Arzthelfer/innen, Sprachmittler/innen und Verwaltungsangestellte kommen im größeren Umfang ausschließlich im AIDS/STD-Bereich vor, Psychologen/innen sind eher in der AIDS-Beratung vertreten, aber vergleichsweise überall sehr selten. D.h. 15% der Einrichtungen im AIDS/STD-Bereich und fast 40% im AIDS-Bereich können gar kein eigenes medizinisches Angebot machen, weil entsprechende Kräfte nicht zur Verfügung stehen. In beiden Bereichen fehlen in 36-45% der Einrichtungen Mitarbeiter/innen mit sozialarbeiterischen Kompetenzen. Dieser aufgrund der finanziellen Verhältnisse von Kommunen und Landkreisen in nächster Zukunft kaum auszugleichende Mangel an grundsätzlicher Personalausstattung könnte in den betreffenden Einrichtungen nach Einführung des IfSG zu einer existenziellen Frage werden. Ohne ärztliches Angebot ist insbesondere eine STD-Beratungsstelle für Klienten und Klientinnen auf freiwilliger Basis nicht attraktiv (auch nicht sinnvoll). Das Erreichen von speziellen Zielgruppen steht und fällt ohne Untersuchungspflicht mit der Durchführung Aufsuchender Sozialarbeit.

Darüber hinaus sind Mitarbeiter/innen in AIDS-Einrichtungen gehalten, über die eigentliche inhaltliche Arbeit hinaus die meisten Verwaltungsaufgaben selbst zu erledigen, da entsprechende Kollegen und Kolleginnen fehlen.

4.3.5 Personalveränderungen in den letzten fünf Jahren

Kommunen und Landkreise, die Träger der Gesundheitsämter, beklagen in den letzten Jahren massive Einschränkungen der Haushalte. Die vorgenommenen Kürzungen sind natürlich auch an den Gesundheitsämtern nicht vorüber gegangen.

39% (78) der befragten Einrichtungen berichteten über Stellenreduzierungen in den letzten fünf Jahren. Überwiegend handelte es sich dabei um Kürzung der Arbeitszeit bis hin zur ersatzlosen Streichung von ganzen Stellen in 56 Einrichtungen. 33 AIDS/STD-Beratungsstellen waren davon betroffen gegenüber 26 AIDS-Beratungsstellen. In 7 Gesundheitsämtern kann z.Z. überhaupt kein Angebot mehr zu AIDS und STD vorgehalten werden.

Im ärztlichen Bereich wurden von 28 Beratungsstellen Veränderungen angegeben. Dabei reicht das Spektrum von allgemeinen Kürzungen, Zusammenlegung (bspw. AIDS und andere chronische Krankheiten) und damit verbundener Übernahme zusätzlicher Tätigkeiten, langes Vakanthalten von Stellen bis hin zu ersatzloser Streichung der entsprechenden Stelle bspw. nach Ausscheiden der Mitarbeiter/innen aus Altersgründen.

Im psychosozialen Bereich waren in 16 Beratungsstellen Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagogen/innen und eine Psychologin von Personaleinsparungen betroffen, durch Kürzung der Arbeitszeit, Übernahme zusätzlicher Arbeitsgebiete außerhalb des AIDS/STD-Bereichs und Umsetzungen in andere Gesundheitsämter.

In sieben Beratungsstellen wurde die Arbeitszeit für medizinisch-technische Mitarbeiterinnen, Arzthelferinnen und Krankenschwestern reduziert. In drei Fällen kam es zur Streichung der Arzthelferinnenstelle. In einem Gesundheitsamt entfiel die Stelle der Verwaltungskraft. Zwei Gesundheitsämter mussten Streichungen bei Honorarkräften in Kauf nehmen. 13 weitere Beratungsstellen gaben Personalabbau und Stundenzahlreduzierung ohne nähere Erläuterungen an. In einem Fall wurde die Stelle des AIDS-Koordinators ersatzlos gestrichen.

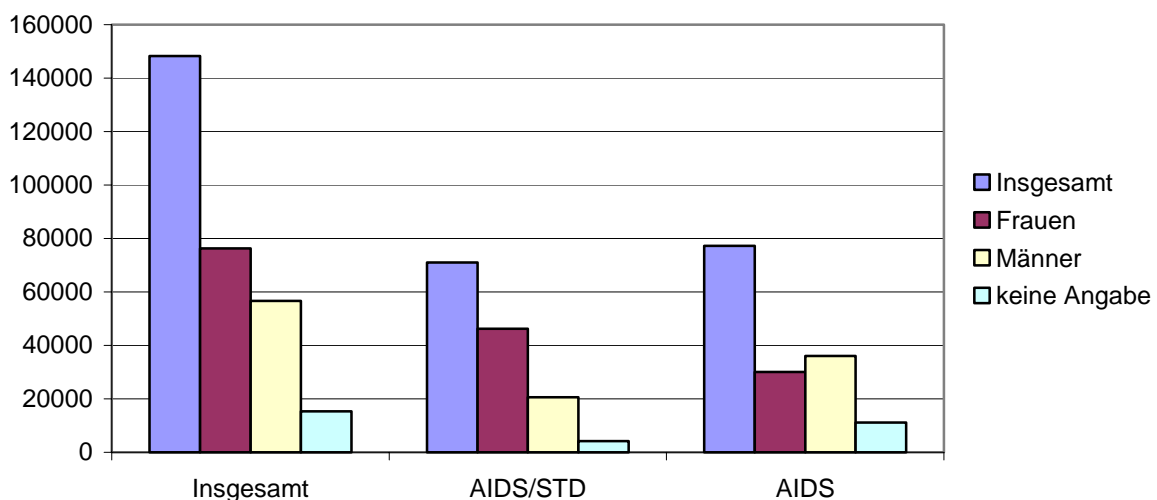
In 12 Gesundheitsämtern, davon in 7 AIDS- und STD-Beratungsstellen und in 5 AIDS-Beratungsstellen, kam es jedoch auch zu Personalaufstockungen. Im ärztlichen Bereich handelte es sich dabei um die Festeinstellung einer Ärztin und die Bereitstellung von Honorarmitteln für fachärztliche Versorgung (Gynäkologin) bei Bedarf. Fünf Beratungsstellen gaben die Einstellung von Sozialpädagogen/innen an, eine konnte wieder einen Jahrespraktikanten annehmen. In vier Gesundheitsämtern konnte die Stundenzahl ausgebaut werden, eine Stelle (nach einem Jahr) neu besetzt werden und durch Umstrukturierung mehr Zeit für den AIDS/STD-Bereich gewonnen werden.

5 Erreichte Klientel und einzelne Zielgruppen

Beratung, Diagnostik und Therapie (nur STD) stellen im Rahmen des bundesweiten AIDS- und STD-Präventionskonzeptes (Primär- und Sekundärprävention)²⁰ wichtige und unverzichtbare Angebote dar. Auf kommunaler und regionaler Ebene sind Gesundheitsämter häufig die einzigen, die diese Kombination von personalkommunikativen und personenbezogenen Leistungen kompetent anbieten können. Ergänzt werden diese Leistungen durch die Beratungsangebote regionaler AIDS-Hilfen und zum Teil anderer freier Träger sowie niedergelassener Fachärzte und –kliniken. Die Ermittlung personenbezogener Leistungen im Rahmen direkter Beratung und Betreuung waren deshalb für uns von zentraler Bedeutung.

Die 202 von uns befragten Beratungsstellen erreichten im Jahr 2000 insgesamt ca. 150.000 (genau: 148.315) Personen. Dabei handelt es sich um persönliche Klient/inn/enkontakte im Gesundheitsamt und während der aufsuchenden Arbeit. Im Rahmen der Beantwortung dieser Frage wurde deutlich, dass die Art und Weise, wie Gesundheitsämter ihre Arbeit dokumentieren, bundesweit sehr unterschiedlich ist. In einigen Gesundheitsämtern wurde nur die Zahl der Beratungen dokumentiert, nicht die der tatsächlich erreichten Personen. Einige Beratungsstellen dokumentierten die Kontakte im Gesundheitsamt und während aufsuchender Arbeit nicht getrennt von der Zahl der durch Präventionsveranstaltungen erreichten Klienten/innen. An diesem Punkt hat sich unsere Vorgehensweise im Rahmen der Datenerhebung sehr bewährt: Die Datenerhebung selbst war nicht anonym. So konnten wir missverständliche oder fehlende Daten mit den Ansprechpartner/innen in den jeweiligen Gesundheitsämtern besprechen und zum großen Teil nachträglich klären. In einigen wenigen Fällen, in denen diese Klärung nicht möglich war, haben wir zum Teil auf die Angaben verzichtet, so dass die von uns ermittelte Zahl der betreuten Klienten/innen und Patienten/innen eine realistische Mindestgröße der direkt betreuten Personen darstellt.

Diagramm 9: Erreichte Klientel (Beratung, Diagnostik, Therapie)

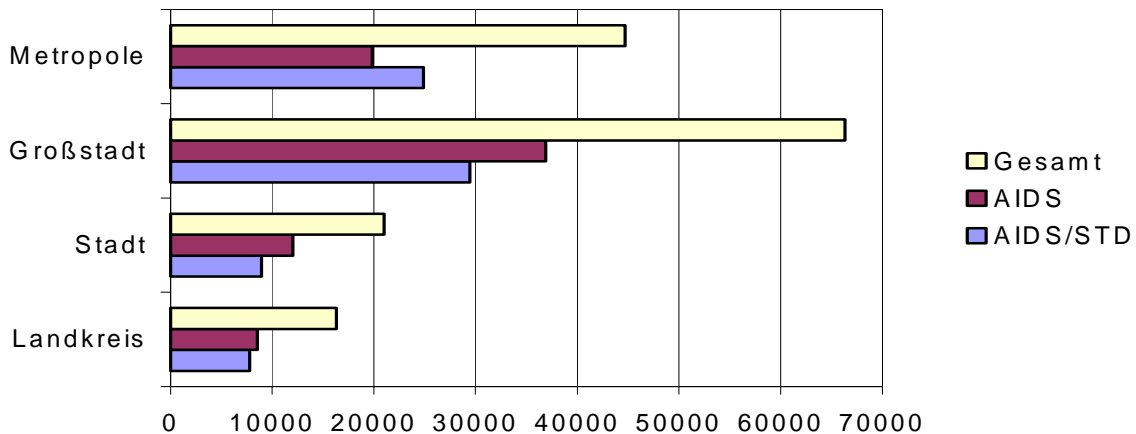


Von den insgesamt erreichten Klienten und Klientinnen waren 76 310 (51%) weiblich, 56 661 (38%) männlich und 78 (0,05%) transsexuell. Zu 15.266 (10%) Klienten/innen fehlte die Geschlechtsangabe. Sechs AIDS/STD-Beratungsstellen und acht AIDS-Beratungsstellen konnten keine Angaben über die Zahl der absolut erreichten Klienten/innen machen. Damit liegt der Anteil fehlender Daten unter 10% und kann als sehr valide gelten.

²⁰ Zu Prävention und Gesundheitsförderung siehe auch Schwarz (2000) S. 151ff.

Nach Lage betrachtet, wurde der überwiegende Teil der Klientel (ca. 110.000 Personen) von Einrichtungen in Großstädten und Metropolen erreicht. In absoluten Zahlen ergibt sich folgendes Bild:

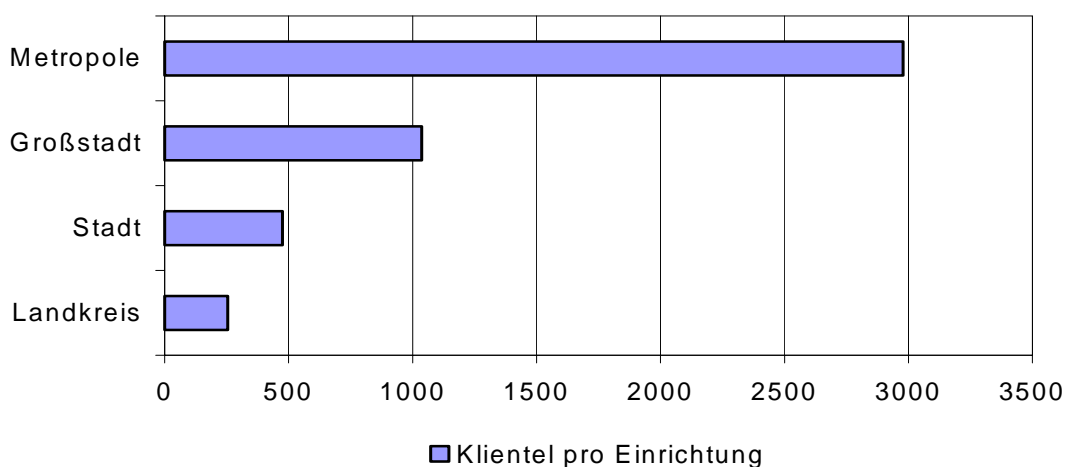
Diagramm 10: Erreichte Klientel nach Lage



Sowohl Metropolen als auch Großstädte sind in unserer Studie überdurchschnittlich gut vertreten, da es aber wesentlich mehr Großstädte mit bis zu 500.000 Einwohnern als Metropolen ab 500.000 Einwohner in Deutschland gibt, ist die Zahl der absolut erreichten Klientel in Großstädten mit ca. 66.000 erreichten Personen größer als in Metropolen mit ca. 44.000.

Pro Beratungseinrichtung hatten im Durchschnitt Einrichtungen in Metropolen mit ca. 2.980 erreichten Personen die größte Klientel. In Großstädten werden durchschnittlich noch 1.040 Personen erreicht, in Städten 470 und in Landkreisen 255.

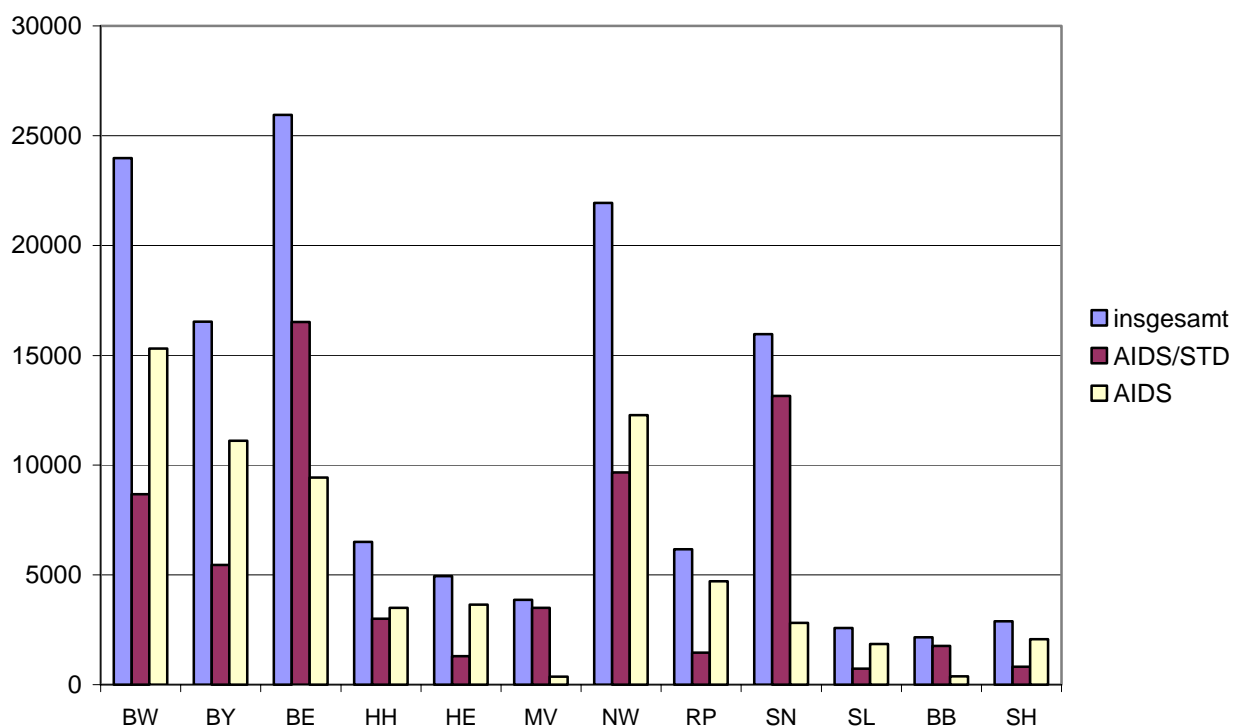
Diagramm 11: Im Durchschnitt erreichte Klientel nach Lage



AIDS- und STD-Angebote werden also in erster Linie in Großstädten und Metropolen angenommen. Die wesentlich umfangreichere Personalausstattung insbesondere in Metropolen ermöglichte die Schaffung auch zielgruppenspezifischer Zugänge und trug wesentlich zur Erhöhung der Klientel in den einzelnen Einrichtungen in Metropolen bei.

Schauen wir uns der Verteilung der Klientel nach Bundesländer an, so ergibt sich folgendes Bild:

Diagramm 12: Erreichte Klientel nach Bundesländern (ohne Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Bremen²¹)



In absoluten Zahlen wurden die meisten Klienten/innen aus Einrichtungen der Bundesländer Berlin, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Bayern und Sachsen berichtet.

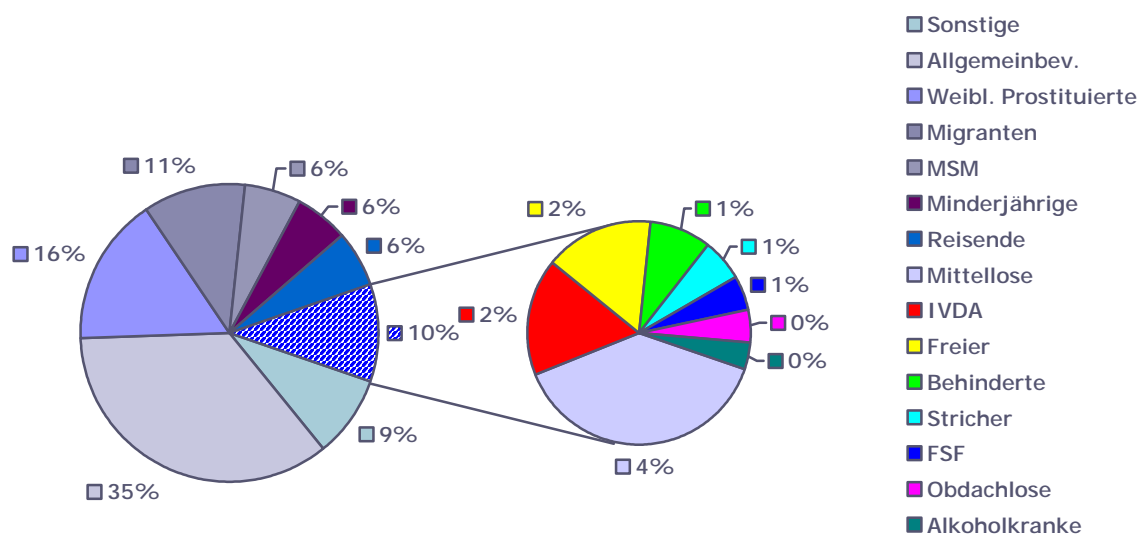
Es ergibt sich hier die Frage, wie diese Daten einzuschätzen sind. Sind 150.000 erreichte Personen viel oder gemessen an der Problematik doch eher wenig? Ist die niedrige Reichweite (im Mittel ca. 0.3%) bezogen auf die jeweiligen Einzugsbereiche der Einrichtungen eher ein Indiz für Ineffektivität der Arbeit? Entscheidend erscheint doch hier die Frage, ob AIDS- und STD-Beratungsstellen von Gesundheitsämtern diejenigen Personen erreichen, die zum einen sich in bezug auf eine mögliche Infektion mit HIV oder einer anderen STD risikohaft verhalten haben und die zum anderen aufgrund individueller Beweggründe oder der Zugehörigkeit zu spezifischen Zielgruppen den Gang zum niedergelassenen Arzt scheuen. Somit wären die Variablen Zielgruppenorientierung, tatsächlich erreichte Zielgruppen und ermittelte Infektionen wichtige Grundlagen für die Beantwortung der Fragen, wie relevant die hier dargestellte Arbeit für die Prävention von AIDS und STDs tatsächlich ist. Wir stellen hier zunächst die tatsächlich erreichten Zielgruppen dar und vergleichen dann diese Angaben mit der Zielgruppenorientierung der Einrichtungen.

²¹ Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen sind schlecht repräsentiert, in Bremen fehlt die STD-Beratung.

5.1 Tatsächlich erreichte Zielgruppen im Überblick

Die Allgemeinbevölkerung stellt mit über 50.000 (38%) Ratsuchenden die größte Gruppe, gefolgt von mehr als 23.700 Prostituierten (16%) und ca. 16.300 Migrant/innen (11%). Ein großer Teil dieser Personen mit migrationsspezifischem Hintergrund ist ebenfalls dem Prostitutionsmilieu zuzuordnen, aber bei weitem nicht alle. Wir gehen im Folgenden auf einzelne Zielgruppen noch detaillierter ein. Erst an dritter Stelle folgen in der Gesamtauflistung 8.900 Männer, die Sex mit Männern haben (6%), an vierter Stelle Minderjährige und die bereits erwähnten „Reisenden“ (ebenfalls 8.900 also 6%) und an fünfter Stelle knapp 5.933 Mittellose (4%). Wichtige Zielgruppen wie Freier, IVDA (gut 2.950 und damit 2%), und 1.500 Stricher (1%) spielen insgesamt in den Beratungseinrichtungen von Gesundheitsämtern eine eher marginale Rolle. Weitere Zielgruppen wie Frauen, die auch Sex mit Frauen haben, Obdachlose und Alkoholranke bilden bis zu 1% der Klientel. Gemeinsam mit der Zielgruppe der Mittellosen machen sie 10% der Gesamtklientel aus.

Diagramm 13: Erreichte Zielgruppen im Überblick



Insbesondere Männer, die fürchten, sich im Rahmen von Kontakten zu Prostituierten und Strichern eventuell infiziert haben zu können, werden sich im Rahmen der Beratungsgespräche nicht immer offenbaren, so dass es hier größere Überschneidungen mit der Gruppe „Allgemeinbevölkerung“ geben dürfte. Auch zur Gruppe der „Reisenden mit riskanten sexuellen Kontakten im Ausland“ gibt es größere Überschneidungen. Gemessen an der Relevanz dieser Zielgruppen für Prävention muss jedoch eine erschreckende Unterrepräsentanz festgestellt werden.

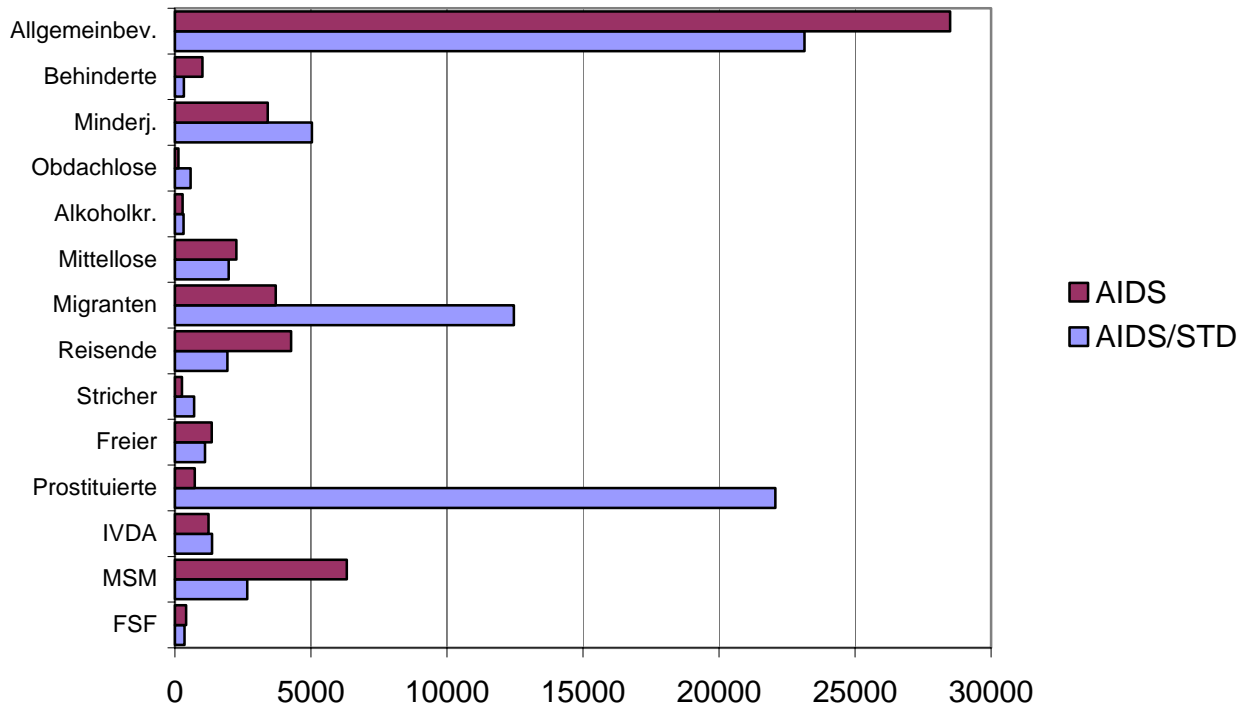
5.2 Erreichte Zielgruppen im Vergleich

Wir vergleichen an dieser Stelle zunächst die großen Bereiche AIDS/STD (96 Einrichtungen) und AIDS (106 Einrichtungen). Aufgrund des Angebotsprofils der im AIDS/STD-Bereich enthaltenen 58 integrierten AIDS- und STD- Beratungseinrichtungen ist eine klare Trennung zwischen AIDS-Beratung auf der einen und STD-Beratung auf der anderen Seite nicht mög-

lich. Aber auch der methodisch nicht ganz reine Vergleich gibt viele aufschlussreiche Hinweise über die Unterschiede in den erreichten Zielgruppen.

Im AIDS/STD-Bereich wurden im Jahr 2000 mehr Frauen erreicht als Männer, der Grund hierfür liegt im Schwerpunkt „weibliche Prostitution“.

Diagramm 14: Vergleich erreichte Zielgruppen: AIDS/STD und AIDS



Bei einem Vergleich der erreichten Zielgruppen stellt die Zielgruppe „Allgemeinbevölkerung“ in beiden Bereichen die größte Gruppe dar. „Allgemeinbevölkerung“ bezeichnet in diesem Zusammenhang alle Personen, die nicht einer anderen spezifischen Zielgruppe zuzuordnen sind. Es kann also durchaus Personen geben, deren soziale Verhältnisse oder/und Infektionsrisiken vergleichbar sind mit denen aus spezifischen Zielgruppen. Im AIDS/STD-Bereich sind Prostituierte, auch mit Migrationshintergrund, die hauptsächlich erreichte Zielgruppe. Der vergleichsweise große Anteil von Minderjährigen in der Beratung in beiden Bereichen ist wohl in erster Linie auf eine erfolgreiche Präventionsarbeit an Schulen zurückzuführen. Männer, die Sex mit Männern haben, finden sich erwartungsgemäß in größerer Anzahl in der AIDS-Beratung. Die Zielgruppe „Reisende“, als „Reisende mit riskanten sexuellen Kontakten im Ausland“ definiert, ist im AIDS-Bereich in weit größerer Anzahl anzutreffen, als im AIDS/STD-Bereich.

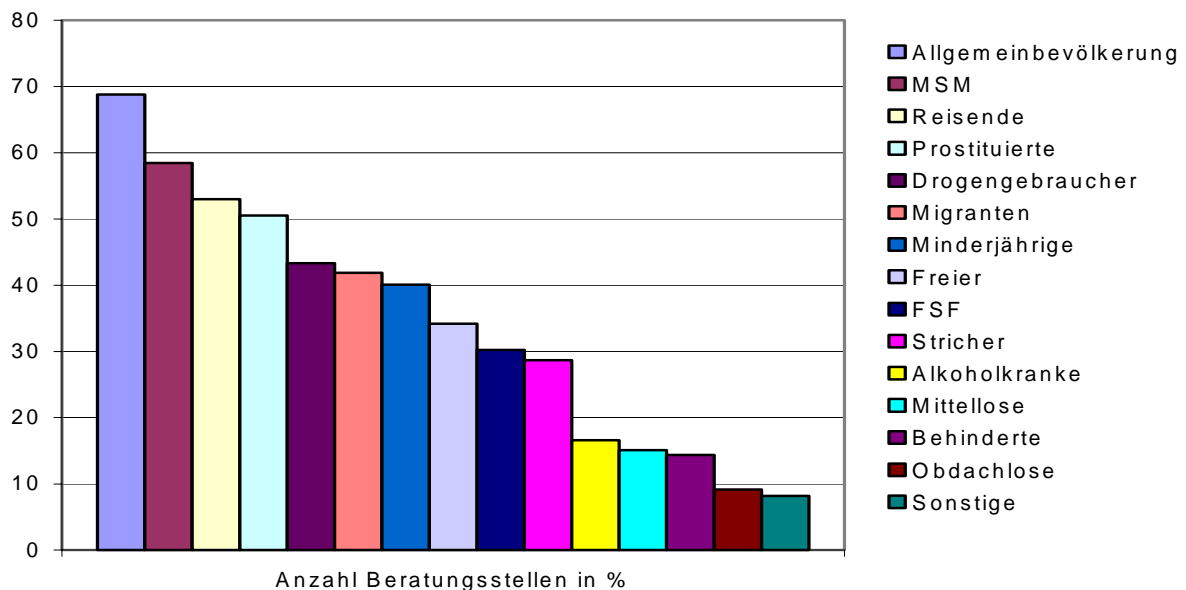
5.3 Zielgruppenorientierung der einzelnen Beratungsstellen

Über die Abfrage konkret beratener Personen hinaus haben wir auch gefragt, an welche speziellen Zielgruppen sich das Angebot der Beratungseinrichtungen richtet. Hier ergibt sich ein Bild, das eher in Form eines „Ranking“ auf die Relevanz hinweist, die die einzelnen Zielgruppen nach Auffassung der AIDS- und STD-Beratungsstellen haben.

Fast 70% der befragten Beratungsstellen wollen mit ihrem Angebot die Allgemeinbevölkerung erreichen, ein Wert, der durchaus mit den tatsächlich erreichten Personen übereinstimmt.

Alle übrigen Werte differieren mehr oder minder stark von den tatsächlich erreichten Zielgruppen. Über die Hälfte (58,42%) der Beratungsstellen gaben an, Männer, die auch Sex mit Männern haben, erreichen zu wollen. Dieser Wert zeigt die epidemiologische Relevanz dieser Gruppe insbesondere für eine HIV-Infektion, spiegelt aber nicht den Anteil von MSM wider. Mit 53% stehen „Reisende mit riskanten sexuellen Kontakten im Ausland“ an dritter Stelle des Rankings.

Diagramm 15: Zielgruppenorientierung der jeweiligen Einrichtungen



Genau die Hälfte der von uns befragten Beratungsstellen (50%) gibt weibliche Prostituierte und deren soziales Umfeld als wichtige Zielgruppe an, damit Platz vier unseres Rankings. Platz fünf wird von der Zielgruppe Drogengebraucher/innen eingenommen, einer Gruppe die in Wirklichkeit nur einen verschwindend geringen Teil der tatsächlich erreichten Klientel ausmacht. 42% der Einrichtungen möchten gerne Migranten und Migrantinnen erreichen, also Platz sechs unseres Rankings. Auch Minderjährige stehen als Zielgruppe mit 40% der Einrichtungen hoch im Kurs (Platz sieben). 34% würden gerne Freier erreichen (Platz acht) und 30% Frauen, die Sex mit Frauen haben (Platz neun). Stricher (Platz 10) wurden noch von 29% der Einrichtungen benannt, Alkoholranke, Obdachlose, Mittellose, Behinderte wurden nur noch von einem kleinen Teil der Einrichtungen als Zielgruppen aufgeführt. Darüber hinaus wurden von einigen Einrichtungen „sonstige Zielgruppen“ angegeben: Hier wurden Opfer von Gewalt und Menschenhandel, Passantinnen im grenzüberschreitenden Verkehr, Transitskraftfahrer und AIDS-Phobiker genannt.

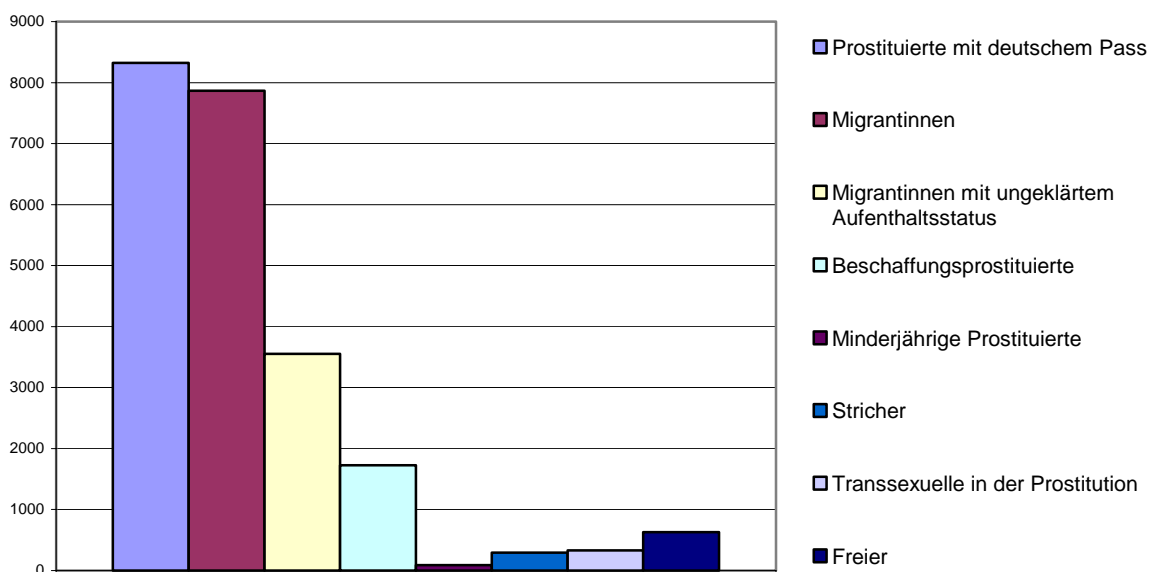
5.4 Die Zielgruppe der Prostituierten in den AIDS/STD-Beratungsstellen

Prostituierte sind in den von uns befragten 96 Einrichtungen mit STD Angebot nach der Allgemeinbevölkerung die wichtigste Zielgruppe. In der AIDS-Beratung treten sie kaum in Erscheinung. Allein 44 dieser 96 Einrichtungen im AIDS/STD-Bereich haben bis zum Ende des Jahres 2000 mit einer Untersuchungspflicht für Prostituierte gearbeitet. Wir haben deshalb

den Versuch unternommen, diese Zielgruppe noch weiter zu unterteilen. Uns interessierte insbesondere, wie hoch jeweils der Anteil von Prostituierten mit deutschem Pass, minderjährigen Prostituierten, Migrantinnen, Migrantinnen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus sowie Beschaffungsprostituierten ist. Allerdings konnte ein großer Teil der Einrichtungen (37) die Frage nach der Zusammensetzung dieser Zielgruppe nicht beantworten. Die folgenden Aussagen sind daher nur Anhaltswerte und geben keine verallgemeinerbare Auskunft.

Für Beobachter/innen der Entwicklung dieses Bereiches in den letzten zehn Jahren ist es nicht verwunderlich, dass Prostituierte mit deutschem Pass und Migrantinnen zu fast gleichen Teilen als größte Gruppen von allen hier antwortenden AIDS/STD-Beratungsstellen erreicht wurden. Der Anteil der Migrantinnen in der Prostitution hat sich stetig erhöht. Waren es Anfang der 90er Jahre je nach Region geschätzte 25% - 50%²², so liegen heute die Schätzungen bei 50% – 75% Migrantinnen in den jeweiligen Prostitutionsszenen. Migrantinnen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus wurden vorzugsweise von Beratungsstellen erreicht, die auch vor Einführung des IfSG bereits anonym wahrzunehmende Angebote für diese Zielgruppe eingerichtet hatten. Beschaffungsprostituierte machten insgesamt einen nur geringeren Anteil der Klientel aus. Schwierig sind Angaben zu minderjährigen Prostituierten. Sie sind nach Aussagen der Mitarbeiter/innen oft nicht als solche zu identifizieren, da sie in der Beratungsstelle ein höheres Lebensalter angeben.

Diagramm 16: Zielgruppe Prostitution im STD-Bereich



Stricher gelten insgesamt als schwer erreichbare Zielgruppe. Sie wurden von einigen Beratungsstellen teilweise durch Kooperation mit ortsansässigen Stricherprojekten erreicht, spielen aber in der Statistik der STD-Beratungsstellen kaum eine Rolle. In noch geringerem Ausmaß sind sie allerdings in der AIDS-Beratung zu finden. Als minderjährige und zum Teil drogenkonsumierende Personen in schwierigen sozialen Verhältnissen (häufig Migrationshintergrund) mit homosexuellen Kontakten stellen sie eine wichtige Zielgruppe für die AIDS- und STD-Prävention dar. Wo also werden Stricher medizinisch/venerologisch beraten und

²² siehe hierzu Leopold/Steffan (1994).

betreut? Auch eine ansonsten sehr empfehlenswerte kürzlich erschienene Studie über die Lebenslage von Strichern in Köln, Düsseldorf und im Ruhrgebiet gibt darüber leider keine erschöpfende Auskunft²³. Auch Transsexuelle in der Prostitution sind nur in verschwindend geringer Anzahl in den Einrichtungen anzutreffen.

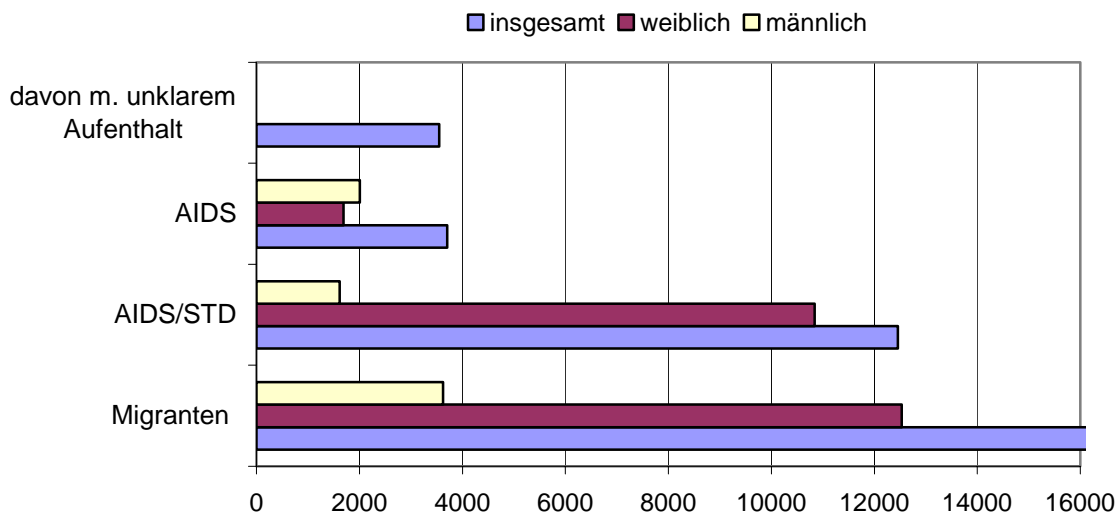
Die Zielgruppe der Freier wird nicht nur durch STD-Beratungsstellen erreicht. Sie ist sogar in der AIDS-Beratung in größerem Ausmaß vertreten. Dies deutet auf das unterschiedliche Profil dieser beiden Bereiche hin. In der STD-Beratung gelten Freier als schwer erreichbare Zielgruppe, die entweder durch aufsuchende Arbeit oder über die Vermittlung durch Prostituierte (sogenannte „Stammfreier“) angesprochen werden.

Sechs integrierte AIDS/STD-Beratungsstellen gaben noch sonstige weitere Zielgruppen an, wie z.B. Callboys, „HWG-Personen“, nicht (mehr) in der Prostitution tätige Ausländerrinnen, Lebensgefährten und Zuhälter von Prostituierten, ehemalige Prostituierte sowie Opfer von Menschenhandel an. Diese Zielgruppen treten aber insgesamt in so geringen Ausmaß in Erscheinung, dass sie nicht mehr quantifizierbar sind.

5.4.1 Migrantinnen in der Prostitution

Migranten und Migrantinnen sind mit über 16.000 erreichten Personen die drittgrößte Gruppe (nach Allgemeinbevölkerung und Prostituierte) der erreichten Klientel überhaupt. Die überwiegende Zahl dieser Migrant/innen ist weiblich (ca. 14.100) und wird von STD-Beratungsstellen erreicht. Hier gibt es also einen klaren Zusammenhang zwischen der zielgruppenspezifischen (aufsuchenden) Arbeit dieser Einrichtungen im Prostitutionsmilieu.

Diagramm 17: Klientel mit Migrationshintergrund



Beratung und z.T. auch medizinische Betreuung wird hauptsächlich in den Sprachen Englisch, Französisch, Russisch, Spanisch und Thai angeboten. Die Beratung erfolgt mit Hilfe von Sprachmittlerinnen und kulturellen Mediator/innen und darüber hinaus durch sprachkundige Sozialarbeiter/innen und Ärzt/innen. Dieses Angebot hat in einigen Regionen dazu geführt, dass der Zugang zu einzelnen ethnische Gruppen stark erleichtert wurde. So ist zwar der ursprüngliche Zugang über Prostitution entstanden, über Mund-zu-Mund-Propaganda suchen

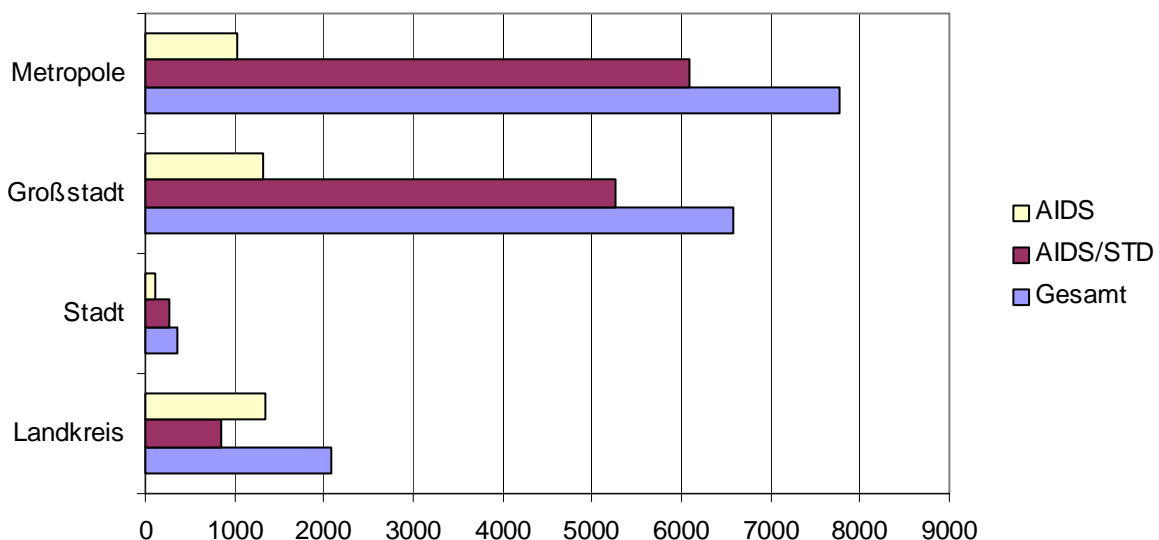
²³ Michael T. Wright (2001).

aber auch Menschen dieser speziellen ethnischen Gruppen die Einrichtungen auf, die mit Prostitution nichts (mehr) zu tun haben. Insbesondere für Menschen ohne Krankenversicherung und mit unklarem rechtlichem Aufenthaltsstatus (geschätzt werden ca. 3.600) gehören STD-Beratungsstellen zu den wenigen Anlaufstellen medizinischer Betreuung, die ihnen offen stehen. Hieraus ergeben sich natürlich vielfältige Probleme. Die STD-Beratungsstellen sind im wesentlichen auf STD begrenzt, weitergehende diagnostische und therapeutische Leistungen können an diese Gruppe nur schwer vermittelt werden.

Wie das obige Diagramm zeigt, überwiegt in der AIDS-Beratung der Männeranteil (ca.2.000) unter der Klientel mit migrationsspezifischem Hintergrund. Dieser Effekt weist wieder auf das unterschiedliche Profil der Beratungsstellen hin. Personen, die vermuten, sich mit einer sexuell übertragbaren Erkrankung infiziert haben zu können, suchen in erster Linie die AIDS-Beratung auf.

Migrant/innen sind in erster Linie Klientel von STD-Beratungsstellen in Großstädten und Metropolen. Ein Ergebnis, das sicherlich vor dem Hintergrund des Prostitutionsbezuges dieser Klientel so zu erwarten war.

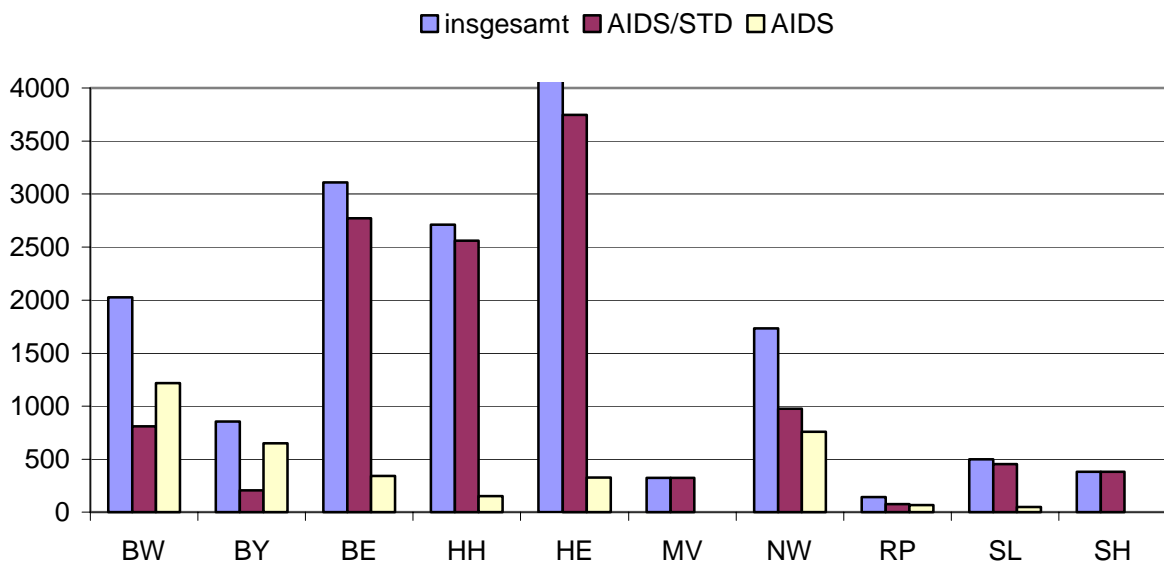
Diagramm 18: Migrant/innen nach Lage der Beratungsstellen



Interessant und in gewisser Weise auf den ersten Blick unerwartet ist zum einen, dass Beratungsstellen in Landkreisen wesentlich mehr Migrant/innen erreichen, als Beratungseinrichtungen in kleinen Städten und dass es zum anderen in den Landkreisen in erster Linie die AIDS-Beratungsstellen sind, die Migrant/innen erreichen. Woran könnte das liegen? Auf regionale Besonderheiten, wie z.B. Grenznähe usw. ist unter Punkt 4.3.2 bereits eingegangen worden. Aber warum sind es in den Landkreisen in erster Linie AIDS-Beratungseinrichtungen, und nicht dem allgemeinen Muster folgend, STD-Beratungsstellen?

Wir stellen im folgenden dar, in welchem Umfang Klientel mit Migrationshintergrund in einzelnen Bundesländern erreicht wurde und glauben hier eine Lösung für diese Frage gefunden zu haben.

Diagramm 19: Klient/innen mit Migrationshintergrund nach ausgewählten Bundesländern



In Baden-Württemberg und Bayern²⁴, zwei Bundesländer, die flächendeckend ganz überwiegend bis Ende des Jahres 2000 in der STD-Beratung mit einer Untersuchungspflicht für Prostituierte gearbeitet haben und darüber hinaus über ausgeprägte ländliche Strukturen verfügen, werden insgesamt mehr Migrant/innen von AIDS-Beratungseinrichtungen erreicht als von STD-Beratungsstellen. In Berlin, Hamburg und Hessen, Bundesländer, die zumindest in Metropolen und Großstädten seit vielen Jahren die Untersuchungspflicht für Prostituierte abgeschafft haben (in Berlin z.B. 1987), stimmt der Trend: Migrant/innen werden in erster Linie von STD-Beratungsstellen erreicht. Interessant erscheint die Situation in Nordrhein-Westfalen. In diesem Bundesland ist im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung²⁵ jede Kommune, jeder Landkreis selbst auch für die fachliche Ausrichtung der Angebote zuständig. Die Angebotslandschaft in der STD-Beratung gleicht daher einem Flickenteppich. Auch im Ballungsraum des Ruhrgebietes wechselte das Angebot von Kommune zu Kommune. So haben z.B. die Städte Düsseldorf und Wuppertal an der Untersuchungspflicht für Prostituierte bis Ende das Jahres 2000 festgehalten, während Köln seit vielen Jahren die Untersuchungspflicht abgeschafft hat. Auch NRW bestätigt also unsere These.

In Regionen, in denen bis Ende des Jahres 2000 eine Untersuchungspflicht für Prostituierte bestand, wurden Migrant/innen überwiegend durch die freiwillig und anonym wahrzunehmenden Angebote der AIDS-Beratungsstellen erreicht. In Regionen ohne Untersuchungspflicht, wurden Migrant/innen zum ganz überwiegenden Teil von den freiwillig und z.T. auch anonym wahrzunehmenden Angeboten der STD-Beratungsstellen erreicht. Dieser Trend verstärkt sich durch zielgruppenspezifische (aufsuchende) Arbeit in den einzelnen Einrichtungen. (hierzu siehe auch Punkt 6.3. „Aufsuchende Arbeit“).

Zusammenfassend ist zum einen auffällig, wie stark ausgeprägt die Unterschiede in der Zusammensetzung der Klientel in den AIDS- und STD-Einrichtungen sind. Zwar stellt in beiden Bereichen die „Allgemeinbevölkerung“ die größte der erreichten Zielgruppen dar, im AIDS/

²⁴ Die Werte für Bayern sind aufgrund des geringen Rücklaufs (28%) insgesamt nicht aussagekräftig, sie belegen aber einen Trend und sind deshalb dennoch hier aufgenommen worden.

²⁵ siehe hierzu ÖGD-Gesetz in NRW, Lenhard (2000).

STD-Bereich ist aber ein eindeutiger Schwerpunkt erkennbar. Die Zielgruppen im Prostitutionskontext (Prostituierte, Migrant/innen) übersteigen zusammengenommen den Anteil der Allgemeinbevölkerung. Weibliche Prostituierte stellen demnach in den AIDS/STD-Beratungsstellen in Deutschland die Hauptzielgruppe dar.

Im AIDS-Bereich überwiegt eindeutig die „Allgemeinbevölkerung“ als Hauptzielgruppe, die weiteren stark vertretenen Zielgruppen (MSM, „Reisende“, Minderjährige und Mittellose) sind weit weniger ausgeprägt. Insgesamt ist auffällig, dass die ebenfalls prostitutionsbezogenen Zielgruppen Freier und „Reisende“²⁶ in der AIDS-Beratung stärker vertreten sind als im STD-Bereich. Diese unterschiedliche Gewichtung deutet neben dem sich unterscheidenden Angebotsprofil auch auf das unterschiedliche Bewusstsein von einer eventuellen Gefährdung in der Bevölkerung hin. Personen, die aus eigenem Antrieb wegen einer befürchteten Gefährdungssituation im Rahmen von sexuellen Kontakten eine Beratungseinrichtung aufsuchen, gehen in erster Linie in eine AIDS-Beratungsstelle. Die STD-Beratungsstellen erreichen ihre Klientel in erster Linie durch speziell und eigens geschaffene Zugänge.

5.5 Veränderung der Klienten/innenstruktur nach Einführung des IfSG im Jahr 2001

Mit der Einführung des IfSG im Jahre 2001 war insbesondere in solchen Einrichtungen mit einer starken Veränderung der Klientel zu rechnen, die noch bis Ende 2000 mit einer Untersuchungspflicht für Prostituierte gearbeitet hatten und deren Klientel hauptsächlich aus dieser Zielgruppe bestand. So gaben erwartungsgemäß über 43% (41) der Beratungsstellen aus dem AIDS/STD-Bereich eine Veränderung der Klientel nach Einführung des IfSG an, gegenüber nur 7,5% (8) der AIDS-Beratungsstellen.

Die Mehrzahl dieser Einrichtungen (24 oder fast 50%) beklagte einen drastischen Rückgang der Klient/innenzahlen aus dem Prostitutionsbereich. In fünf Einrichtungen (10%) nehmen Prostituierte das Angebot überhaupt nicht mehr wahr, zwei Einrichtungen (4%) beschreiben, dass nur noch 20% der vorher erreichten Sexworkerinnen kommen, 14 Beratungsstellen (knapp 29%) sprechen von rückläufigen Zahlen und in zwei Fällen (4%) wird speziell der rückläufige Anteil an Migrantinnen aus Russland, Lettland und Litauen betont. In je einem Fall kommen weniger Stricher und weniger Suchtkranke in die Beratungsstelle. Insbesondere in den Einrichtungen, die bisher keine aufsuchende Arbeit etabliert hatten (115 Beratungsstellen, also 57% aller von uns befragten), war der Rückgang besonders dramatisch. Diese Einrichtungen fürchten insgesamt um ihre Existenz. Nach Beendigung der Datenerhebung zu dieser Studie sind bereits einige geschlossen worden.

Aber es gibt trotz des frühen Stadiums der Einführung des IfSG nicht nur negative Entwicklungen zu berichten. Sieben der Einrichtungen, die Veränderungen berichteten (17,5%), gaben gleichzeitig einen Rückgang für eine bestimmte Zielgruppe und eine Zunahme für eine andere an. In drei Beratungsstellen ging der Anteil von Prostituierten zurück aber der Anteil der Allgemeinbevölkerung steigt. In einer Einrichtungen nehmen jetzt Männer aus der Allgemeinbevölkerung verstärkt das STD-Angebote in Anspruch, sicherlich eine erfreuliche Entwicklung. In einem Fall haben die Mitarbeiter/innen nach Aufhebung der Untersuchungspflicht die aufsuchende Arbeit intensiviert, und nun suchen mehr Migrantinnen Rat und Hilfe.

²⁶ „Reisende mit riskanten sexuellen Kontakten im Ausland“ beinhaltet auch die Zielgruppe „Sextourismus“.

In drei Beratungsstellen haben sich die Zielgruppen innerhalb des Prostitutionsmilieus verschoben. So kommen in einem Fall weniger deutsche Prostituierte, dafür jedoch mehr Migrantinnen. In den anderen beiden Einrichtungen nimmt der Anteil von Prostituierten aus Lateinamerika ab, es kommen jeweils verstärkt Frauen aus Osteuropa und Frauen mit reguliertem Aufenthaltsstatus.

Immerhin acht Beratungsstellen gaben auch eine Zunahme an Klienten/innen an. Dabei handelt es sich um die Allgemeinbevölkerung, die verstärkt STD-Angebote in Anspruch nimmt, darunter insbesondere Männer.

Von den AIDS-Beratungsstellen, die eine Veränderung der Klientel berichteten, wird in erster Linie vermerkt, dass Prostituierte nach Einführung des IfSG nicht mehr zur Untersuchung erscheinen.

Eine AIDS-Beratungsstelle beschreibt den Rückgang von Prostituierten aber eine Zunahme von Männern, die auch Sex mit Männern haben. Fünf Einrichtungen beschreiben die Zunahme folgender Zielgruppen: Asylbewerber, heterosexuelle Frauen ohne Drogengebrauch, Jugendliche unter 18 Jahren, Frauen allgemein und verstärkte Testanfragen aus der Allgemeinbevölkerung bei neuer Partnerschaft.

Diese Veränderungen werden im wesentlichen auf eine veränderte Außendarstellung der Beratungseinrichtungen zurückgeführt.

6 Angebote der Beratungsstellen für AIDS und/oder STDs

Wie bereits dargestellt, unterscheiden sich die AIDS-Beratungsstellen von den AIDS/STD-Beratungsstellen durch Angebot, Personalausstattung und Klientel. Alle AIDS/STD-Beratungsstellen beraten ihr spezifisches Klientel (Prostitutionsmilieu) auch zu AIDS, während AIDS-Beratungsstellen nur selten zu STDs beraten. Wenn es im folgenden also um Beratungen und Tests zu AIDS geht, wird nicht nach AIDS- und STD-Bereich unterschieden. Bei allen anderen Themen bleibt der Vergleich erhalten.

6.1 Angebote zu HIV/AIDS

6.1.1 Beratung zu HIV/AIDS und Durchführung von HIV-Antikörpertests (AIDS- und STD-Beratungseinrichtungen)

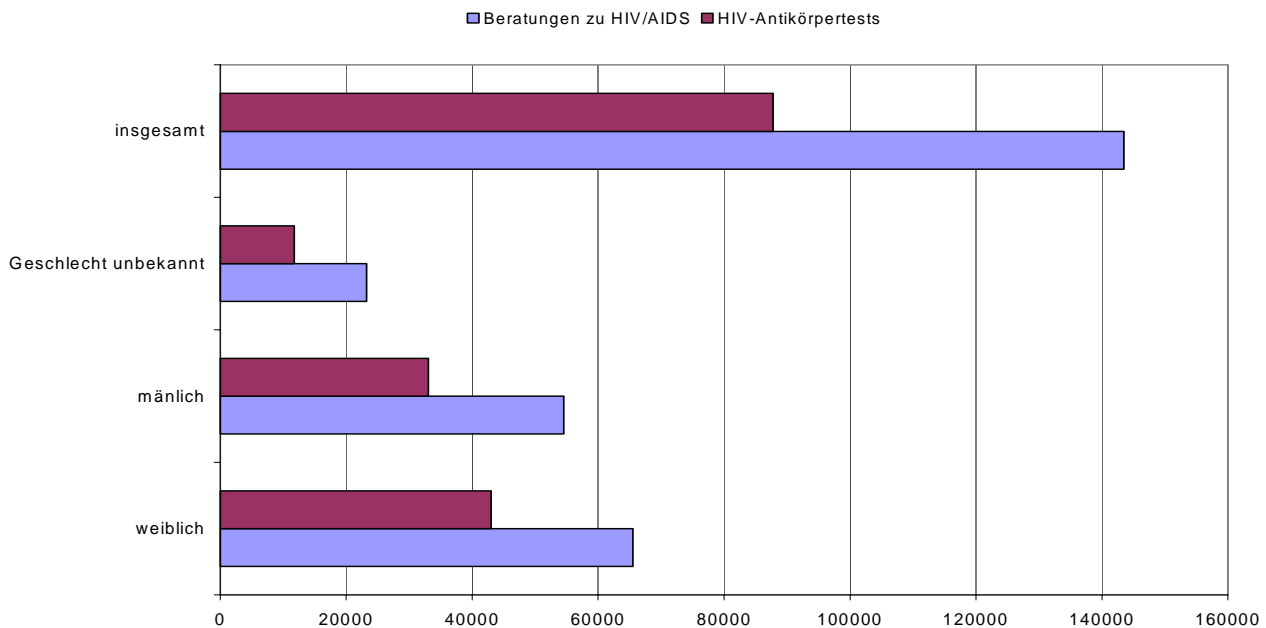
Von den 202 befragten Beratungsstellen bieten 197 Beratungen zum Thema „HIV-Infektion und AIDS“ an. Fünf Beratungsstellen sind „formal“ integriert mit einer strikten Trennung zwischen STD- und AIDS-Bereich. In vier wird nur zu STDs beraten. Klienten mit Fragen zum Thema „HIV/AIDS“ werden an die AIDS-Beratungsstelle verwiesen. Eine Beratungsstelle führte vor Einführung des IfSG ausschließlich Pflichtuntersuchungen für Prostituierte und in diesem Rahmen auch HIV-Antikörpertests durch. Beratungen zu HIV/AIDS erfolgten jedoch in der assoziierten AIDS-Beratungsstelle.

Im Jahr 2000 wurden von den befragten Beratungsstellen insgesamt 143.465 Personen zu HIV/AIDS beraten, davon 65.505 Frauen und 54.541 Männer. Bei 23.219 Beratungen fehlten Angaben zum Geschlecht.

HIV-Antikörpertests wurden von insgesamt 196 der befragten Einrichtungen durchgeführt. Die vier Beratungsstellen, die keine Beratungen zu HIV/AIDS anbieten, verweisen auch zur Durchführung des Antikörpertests an die AIDS-Beratungsstelle. Eine Einrichtung ist nach Umstrukturierung für ein erweitertes Spektrum chronischer Krankheiten zuständig und führt keine Tests mehr durch. In einer anderen Kommune wurden Beratungsaufgaben an die örtliche AIDS-Hilfe übertragen. HIV-Antikörpertests werden in der STD-Beratungsstelle durchgeführt.

Insgesamt führten die Einrichtungen der Gesundheitsämter in dem von uns erfragten Zeitraum 87.771 HIV-Antikörpertests durch, 43.007 bei weiblichen und 33.013 bei männlichen Klienten. Für 11.751 Tests fehlt die Angabe des Geschlechts.

Diagramm 20: Beratungen und HIV-Antikörpertests im Jahr 2000



Es werden also insgesamt wesentlich mehr Beratungen durchgeführt als Tests. Dies deutet auf eine hohe Qualität bei der Durchführung der Testberatungen hin. Berater/innen nehmen ihre Aufgabe offensichtlich sehr ernst. Bei Fehlen eines Risikos oder wenn das risikohafte Verhalten einer zu beratenden Person noch keine drei Monate (diagnostisches Fenster) zurückliegt, wird kein Test durchgeführt. Insgesamt wurden etwas mehr Frauen beraten und getestet als Männer. Da aber in einem für diese Unterscheidung beträchtlichen Teil die Angaben zum Geschlecht fehlen, ist diese Angabe nicht wirklich verlässlich.

An dieser Stelle haben wir eine der wenigen Vergleichsmöglichkeiten mit den Angeboten im Rahmen des von 1987-1991 durchgeführten Modellprogramms „Großmodell Gesundheitsämter – AIDS“. Die absoluten Beratungszahlen für die 304 am Großmodell beteiligten Gesundheitsämter wurden gut dokumentiert. Für den Zeitraum von Februar 1989 bis Februar 1991 (zwei Jahre) wurden insgesamt 212.798 persönliche „Auskünfte/Beratungen“ dokumentiert, das entspricht einem Schnitt von 743 Beratungen pro Einrichtung und Jahr²⁷. Nach Ergebnissen der von der BZgA jährlich durchgeführten repräsentativen Telefonumfrage „AIDS im öffentlichen Bewusstsein“²⁸ wurde im Jahr 1990, das in diesem Zeitraum enthalten ist, von der Allgemeinbevölkerung die fachliche Beratung der Gesundheitsämter mit 8 % vergleichsweise stark frequentiert. Dieser Wert ist danach stetig gesunken und liegt seit einigen Jahren konstant bei 2%. Wenn wir allerdings die durchschnittlichen Beratungen pro Einrichtung von 1990 mit dem Jahr 2000 vergleichen, können wir kein Nachlassen der Beratungstätigkeit zu HIV/AIDS feststellen. In unserer Studie wurden pro Einrichtung und Jahr im Durchschnitt 728 Beratungen durchgeführt, ein Wert, der mit dem von 1990 ungefähr vergleichbar ist.

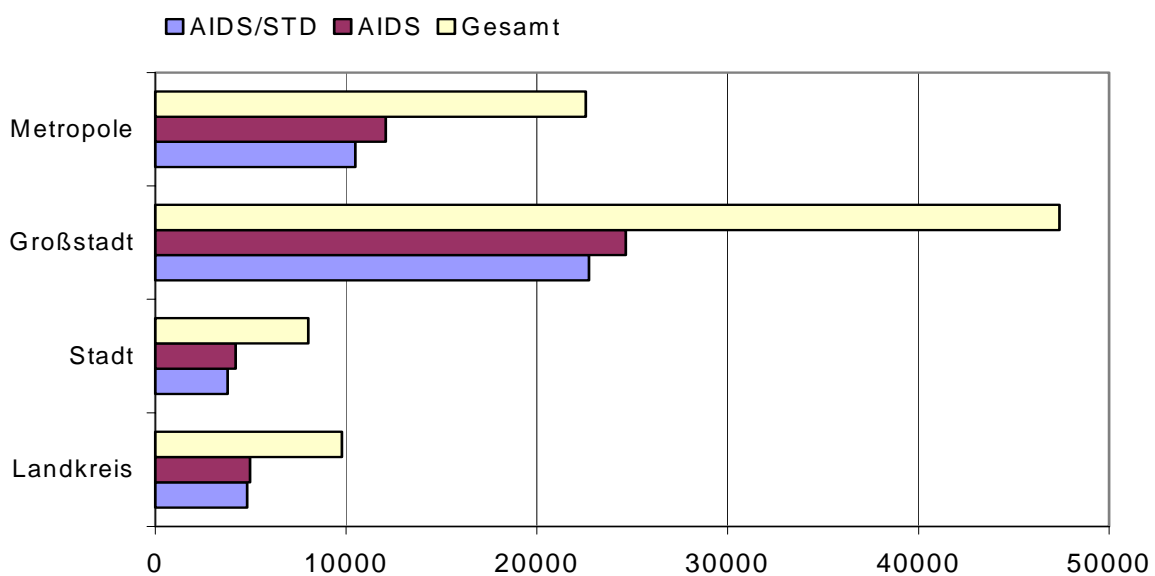
²⁷ gsf (Hg.) (1991), Seite 62.

²⁸ BZgA (2002), Seite 13.

Die Anzahl der durchgeführten HIV-Antikörpertests lässt sich nicht mit den Daten des Großmodells Gesundheitsämter vergleichen, da entsprechende Angaben damals leider nicht dokumentiert wurden.²⁹ Auch sonstige Vergleichsmöglichkeiten sind eher rar. Vielfach werden HIV-Infektionen im allgemeinen gesundheitlichen Versorgungssystem entdeckt, das die Person aufgrund eines gesundheitlichen Problems aufsucht. Auch in der Frühschwangerschaft werden positive HIV-Antikörpertestergebnisse bei niedergelassenen Gynäkologen/innen im Rahmen der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen ermittelt.

In unserer Studie wurden die 87.771 HIV-Antikörpertests zu 54% in Großstädten durchgeführt. Auf Einrichtungen in Metropolen entfallen 20% der durchgeführten Tests, auf Einrichtungen in Städten 7% und in Landkreisen 9%.

Diagramm 21: Durchgeführte HIV-Antikörpertests nach Lage



Nicht nur die größte Anzahl erreichter Klientel wird zum überwiegenden Teil von Einrichtungen in Metropolen und Großstädten angegeben, sondern erwartungsgemäß auch zusammengekommen 74% der durchgeführten HIV-Antikörpertests.

6.1.2 Anonymität der Angebote

Die Einführung von anonym wahrzunehmenden Beratungs- und Testangeboten zu HIV/AIDS erfolgte Mitte der 80er Jahre und wurde im großen Stil mit der Implementation des „Großmodells Gesundheitsämter – AIDS“ in den Gesundheitsämtern etabliert. Damit wurde die Präventionsstrategie der WHO übernommen, wonach die Stärkung des Gesundheitsbewusstseins des Einzelnen erfolgversprechender ist zur Bekämpfung von AIDS als repressive kontrollierende Maßnahmen³⁰. Deshalb ist die Frage, wie anonym die Angebote zu AIDS-Beratung und HIV-Antikörpertests tatsächlich sind, gerade dann wichtig, wenn diese auf den ersten Blick überall gleich anonym vorgehalten werden.

²⁹ siehe hierzu P.4. in diesem Bericht und Thoben, I. (1991).

³⁰ siehe hierzu AIDS/STD und nationale Grenzen SPI(1994) und UNAIDS-Report (www.unaids.org).

115 Beratungsstellen gaben an, dass das Beratungsangebot immer anonym ist. In 79 Einrichtungen wird die Beratung nicht in jedem Fall anonym durchgeführt. In vier Beratungsstellen besteht keine Anonymität aufgrund der noch praktizierten Untersuchungspflicht für Prostituierte. Weitere vier STD-Einrichtungen haben eine formal integrierte AIDS-Beratungsstelle und verweisen ihre Klientel dort hin. Auch HIV-Antikörpertests sind nicht überall und in nicht in jedem Fall auch anonym erhältlich.

Tabelle 2: Anonym wahrzunehmende Angebote zu AIDS-Beratung und HIV-Antikörpertests

Einrichtungen	Immer anonym	nicht immer anonym	namentlich
Beratungen	115	79	4
HIV-Antikörpertests	107	85	5

Bei jenen Beratungsstellen, die nicht in jedem Fall ein anonymes Beratungsangebot vorhalten, fragten wir, in welchen Fällen die Anonymität aufgehoben wird. Wir konnten im wesentlichen zwei Begründungsmuster unterscheiden.

Zum einen wird die Anonymität auf **Wunsch von Klienten/innen** aufgehoben:

In zunehmendem Maß wünschen Klienten/innen ein ärztliches Attest über ihren HIV-Antikörperstatus, bspw. für die Einreise oder Erteilung einer Arbeitserlaubnis im Ausland, In Vitro Fertilisation³¹, nach beruflicher Exposition³², zum Abschluss von Versicherungen und darüber hinaus aus anderen persönlichen Gründen. Hier folgen die Berater/innen also den Wünschen der Klienten/innen, wenn sie die Anonymität aufheben.

Zum anderen muss die Anonymität aufgrund von **Bestimmungen und Verordnungen** aufgehoben werden. HIV-positive Patienten müssen z.B. ihre Identität preisgeben, um sozialrechtliche Ansprüche geltend zu machen, für Stiftungsanträge sowie bei Überweisungen zur ärztlichen Behandlung oder Weiterbetreuung. Zwei Beratungsstellen führen Beratung und Tests für Asylbewerber durch. Auch diese geschehen aufgrund von Verordnungen und die Anonymität wird nicht gewahrt. An der Sinnhaftigkeit dieser Maßnahmen zweifelte z.B. der Nationale AIDS-Beirat in seinem im Jahre 2001 verabschiedeten Votum zur „Migration“³³. Im Rahmen der von einigen Beratungsstellen praktizierten Untersuchungspflicht für Prostituierte vor Einführung des IfSG wurden ärztliche Bescheinigungen ausgestellt.

6.1.3 Kostenlosigkeit der Angebote

Das Beratungsangebot wird in allen Beratungsstellen kostenlos vorgehalten. Der HIV-Antikörpertest wird prinzipiell auch überall kostenlos angeboten. Wenn Kosten entstehen, so geschieht das im Zusammenhang mit dem Ausstellen einer ärztlichen Bescheinigung. In 165 Beratungsstellen ist der HIV-Antikörpertest immer kostenlos. 29 Einrichtungen erheben eine Gebühr für das Ausstellen von Attesten, die sich zwischen €5,11 und €35,79 bewegt. Im Mittel kostet ein HIV-Antikörpertest mit Bescheinigung € 19,18. Zwei Beratungsstellen können ihr Testangebot über Krankenschein abrechnen.

³¹ Künstliche Befruchtung.

³² Beruflich bedingtes Infektionsrisiko, bspw. bei medizinischem Personal und damit verbundenen haftungsrechtlichen Konsequenzen für den Arbeitgeber.

³³ siehe hierzu www.bmg.de.

6.1.4 HIV-Antikörpertestergebnisse im Jahr 2000 (AIDS- und AIDS/STD-Beratungsstellen)

Ein HIV-Antikörpertest sollte nur nach einer ausführlichen Beratung und nur dann durchgeführt werden, wenn die ratsuchende Person sich in Bezug auf die Übertragungswege des Virus riskant verhalten hat. Trotz eines solchermaßen riskanten Verhaltens wird das Ergebnis aufgrund der epidemiologischen Verbreitung von HIV in Deutschland in vielen Fällen negativ ausfallen, glücklicherweise. Eine niedrige Zahl von ermittelten positiven Testergebnissen hieße also nicht, dass das Gesundheitsamt in erster Linie von Personen aufgesucht wird, die kein wirkliches Übertragungsrisiko hatten. Freiwillig und vertraulich wahrzunehmende AIDS-Beratung und HIV-Antikörpertests sind wichtige Bausteine in einem allgemeinen Präventionskonzept, dessen Wirksamkeit inzwischen international nachgewiesen ist. The UNAIDS Report führt dazu aus:

„HIV counselling and testing has long been valued as a strategy for providing psychological support, especially for infected individuals. However, its usefulness for HIV prevention was questioned. Now, research supported by WHO, the UNAIDS Secretariat, USAID and other institutions has shown that voluntary counselling and testing can help reduce HIV risk behaviour.“³⁴

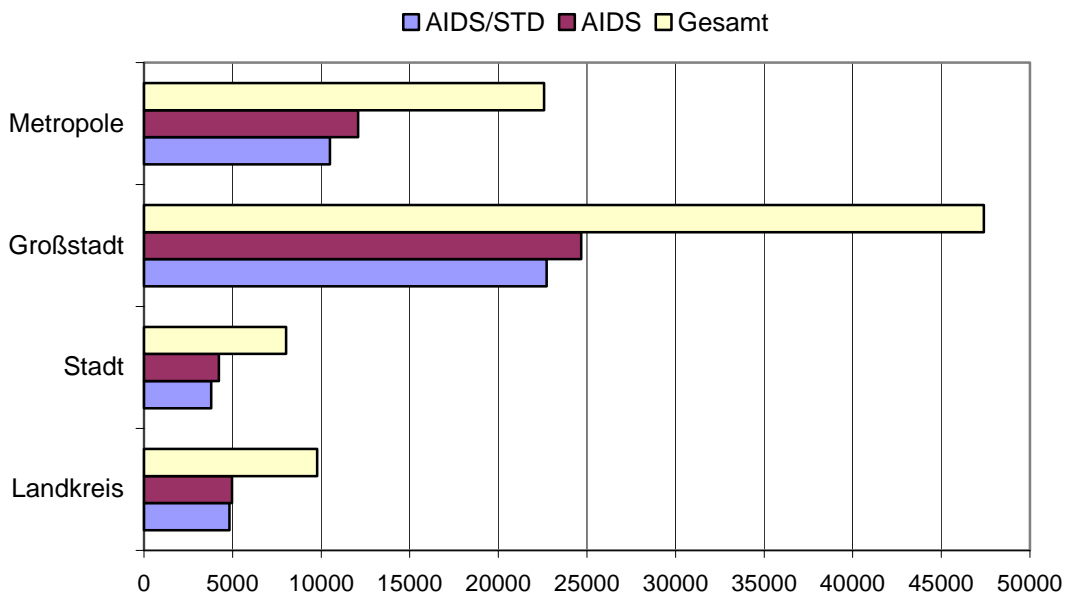
In Verbindung mit einer angemessenen Beratung kann also ein freiwillig wahrgenommener HIV-Antikörpertest helfen, riskante Verhaltensweisen zu reduzieren und sich somit direkt im Sinne einer verbesserten Prävention auf das Verhalten Einzelner auswirken. Ein freiwillig und anonym wahrzunehmendes Testangebot gehört im Zusammenhang mit Prävention zu einem Lern- und Erfahrungsprozess für das ratsuchende Individuum und ist auch gerade bei einer nur geringen Verbreitung des HI-Virus sinnvoll. Die Gesundheitsämter leisten hier einen sehr wichtigen Beitrag zur Prävention, ganz unabhängig von der Anzahl der ermittelten positiven Testergebnisse.

Was können wir aber aus einer in Relation zu den im RKI erfassten Neuinfektionen für das Jahr 2000 relativ hohen Anzahl von positiven Testergebnissen schließen? Im folgenden stellen wir die von den befragten Gesundheitsämtern (zur Erinnerung: es handelt sich um 44% der Gesundheitsämter mit einem entsprechenden Angebot) ermittelten positiven Testergebnisse dar. Insgesamt wurden 416 positive HIV-Antikörpertests im Jahr 2000 ermittelt. Es waren 141 Frauen, 254 Männer und zwei Transsexuelle davon betroffen. Bei 19 positiven Testergebnissen fehlten die Angaben zum Geschlecht. Nach Rücksprache mit Ärzte/innen im Gesundheitsamt, gehen wir davon aus, dass 10 - 15% dieser positiven Testergebnisse auf bereits vorher positiv getestete Personen entfallen. Die ganz überwiegende Mehrheit dieser Tests ist also auf bisher nicht bekannte Infektionen (Erstdiagnosen) zurückzuführen.

Erwartungsgemäß wurde die Mehrheit der positiven HIV-Testergebnisse von AIDS-Beratungsstellen ermittelt (237), jedoch ist der Anteil der von AIDS/STD-Beratungsstellen ermittelten positiven Testergebnisse erstaunlicherweise sehr hoch, er beträgt 43% (177 Fälle). Interessant erscheint uns auch die Aufteilung der positiven Testergebnisse nach Lage der Beratungsstellen.

³⁴ UNAIDS (2000), S. 37.

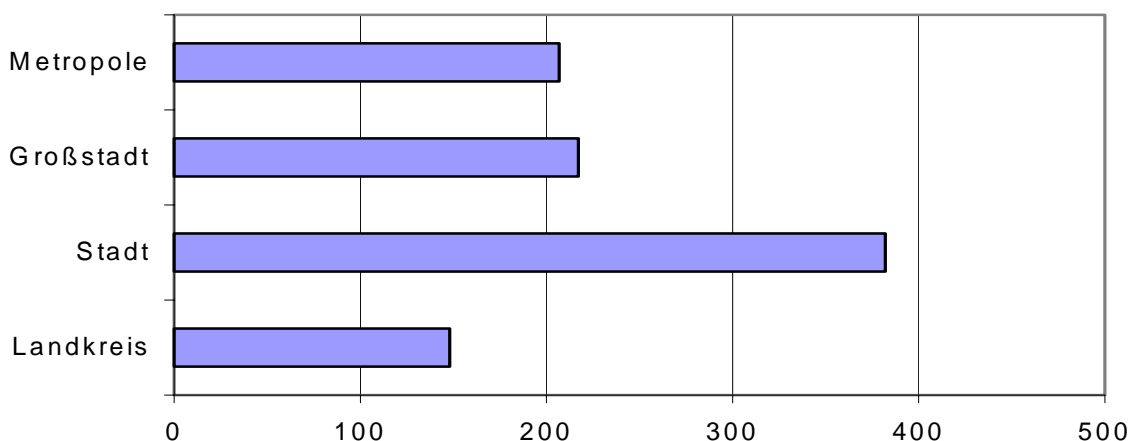
Diagramm 22: Positive HIV-Antikörpertests nach Lage



Danach wurden in Beratungseinrichtungen in Großstädten über die Hälfte (218) aller 416 berichteten positiven Testergebnisse ermittelt und 26% (108) in Metropolen, in Städten 7% (29) und in Landkreisen 9% (37). Diese Angaben stehen im Verhältnis zu der jeweils erreichten Klientel und den durchgeführten HIV-Antikörpertests und sind damit erwartungsgemäß. Interessant ist auch, dass in Landkreisen mehr positive Testergebnisse ermittelt werden, als in Städten. Dies bestätigt den Trend, dass Landkreise mehr Zugang zu spezifischen Zielgruppen (z.B. Migranten/innen) haben, als die kleinen Städte.

Setzt man die durchgeführten HIV-Antikörpertests mit den ermittelten positiven Ergebnissen ins Verhältnis, so ergibt sich folgendes Bild:

Diagramm 23: Positives Testergebnis pro durchgeführte HIV-Antikörpertests nach Lage

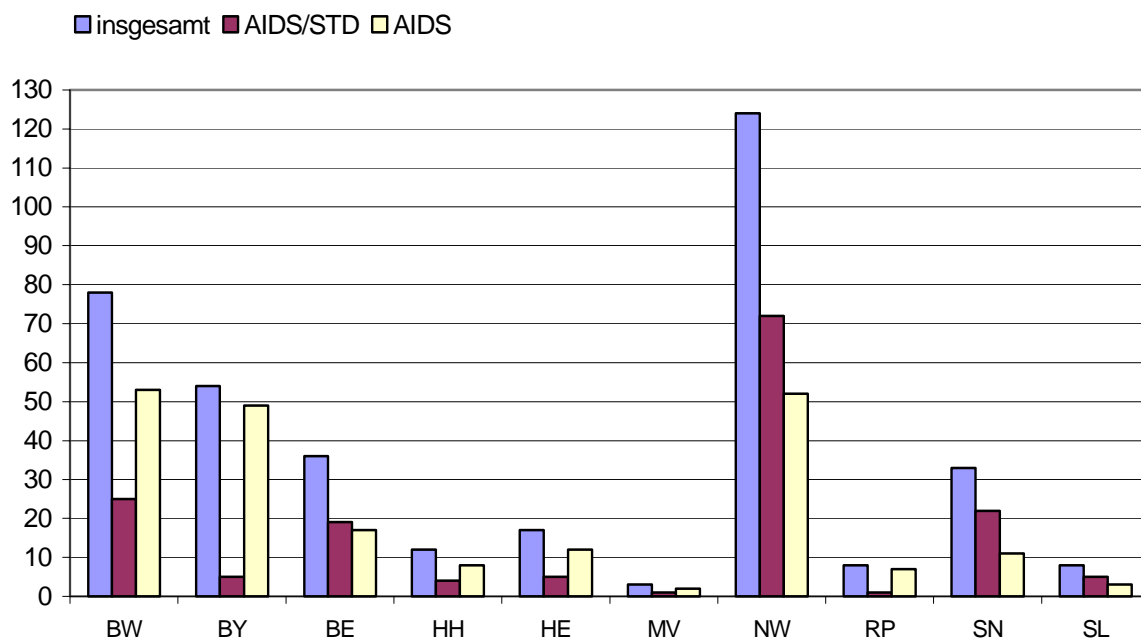


Die Einrichtungen in Landkreisen ermitteln also die meisten positiven Ergebnisse in Relation zur Anzahl der durchgeführten Tests. Ein angesichts der epidemiologischen Verbreitung von HIV/AIDS in Deutschland erstaunliches Ergebnis, dass sich aber mit der Betreuung spezifischer Klientel (z.B. Migranten/innen) erklären lässt. Metropolen und Großstädte liegen erwartungsgemäß in etwa gleich auf; kleine Städte folgen mit großem Abstand, der sich aus der geringeren Verbreitung von HIV/AIDS in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet erklären lässt.

Schauen wir uns die berichteten positiven Testergebnisse nach Bundesländern an, so fallen verschiedene Trends auf. In Bundesländern, in denen bis Ende des Jahres 2000 noch mit einer Untersuchungspflicht für Prostituierte gearbeitet wurde, werden wesentlich mehr positive Testergebnisse von den anonym und kostenlos wahrzunehmenden AIDS-Beratungsstellen ermittelt. Auch beim Erreichen von Personen mit migrationsspezifischem Hintergrund gab es ein ähnliches Muster.

Im Vergleich zwischen den berichteten Zahlen aus Berlin, Hamburg und NRW bestätigt sich der oben bereits beschriebene Trend über den Unterschied zwischen Einrichtungen mit und solchen ohne Untersuchungspflicht für Prostituierte.

Diagramm 24: Positive HIV-Antikörpertests nach Bundesländern



Gemäß ihrer epidemiologischen Situation wurden aus den neuen Bundesländern mit Ausnahme von Sachsen erwartungsgemäß wenig positive Testergebnisse gemeldet.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, in welchem Maß der öffentliche Gesundheitsdienst bundesweit überhaupt an der Ermittlung positiver HIV-Antikörpertests beteiligt ist. Wir verglichen die epidemiologischen Daten des Robert-Koch-Instituts bzgl. positiver HIV-Antikörpertests und Infektionsrisiken mit den von uns erhobenen Daten aus den Gesundheitsämtern.

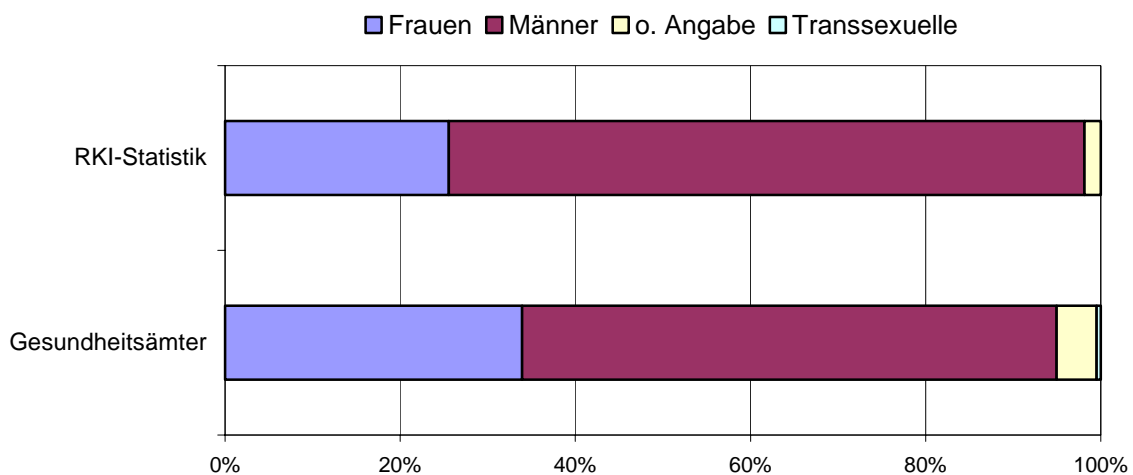
Bei der Zahl positiver HIV-Antikörpertests legten wir die vom Robert-Koch-Institut dokumentierten Erstdiagnosen im Jahr 2000 zugrunde. Die bundesweite Statistik des RKI doku-

mentiert für das Jahr 2000 insgesamt 1.704 neue HIV-Infektionen. Ziehen wir die 15% ab, die wahrscheinlich auf Doppeltestungen zurückzuführen sind, bleiben 354 neue positive HIV-Tests, die von Beratungseinrichtungen in Gesundheitsämtern ermittelt wurden, das wären ca. 21% aller Neuinfektionen im Jahr 2000, die von 44% der Beratungsstellen in den Gesundheitsämtern durchgeführt wurden. Dieser Wert erscheint uns durchaus glaubhaft und valide. Eine Hochrechnung auf alle Einrichtungen in Gesundheitsämtern ist allerdings auf der Basis unserer Ergebnisse nicht möglich. Insbesondere Großstädte und Metropolen sind in einem weit höherem Anteil (39%) vertreten.

Im folgenden vergleichen wir die statistischen Daten des Robert-Koch-Instituts in Berlin³⁵ mit unseren Ergebnissen.

In den Gesundheitsämtern werden insbesondere in den AIDS/STD-Beratungsstellen wesentlich mehr Frauen als Männer zu HIV/AIDS und HIV-Antikörpertest beraten. Dementsprechend liegt auch der Anteil positiver Testergebnisse von Frauen mit 34% höher als bei den Daten des RKI mit nur 26% Frauenanteil.

Diagramm 25: Positive HIV-Tests nach Geschlecht im Vergleich



Dem gegenüber sind 61% der positiv getesteten Personen in den Beratungsstellen der Gesundheitsämter männlich. Bei den Erstdiagnosen des RKI für das Jahr 2000 beträgt der Anteil männlicher Personen 73%. Bei 5% der positiven Testergebnisse aus den Gesundheitsämtern war das Geschlecht unbekannt, in der Statistik des RKI sind es 2%.

6.1.5 Infektionsrisiken

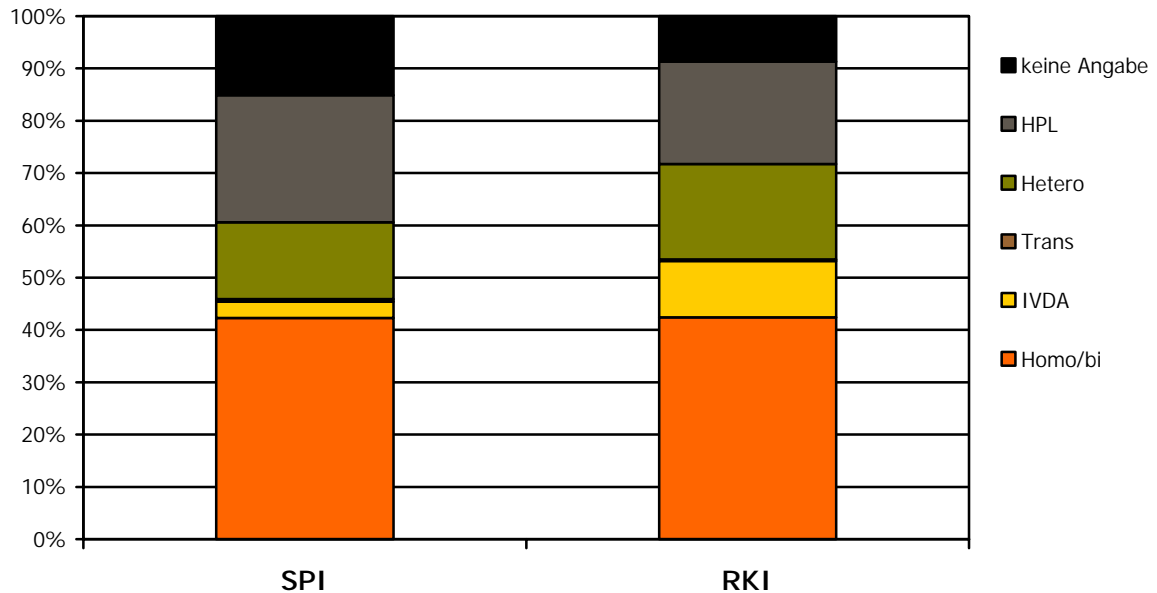
Aufgrund der verschiedenen dokumentierten Infektionsrisiken kann man die statistischen Angaben unserer Studie mit denen des RKI vergleichen. Laut RKI Statistik sind 18% der HIV-positiv getesteten Patienten in Deutschland ursprünglich in sogenannten Hochprävalenzländern beheimatet³⁶. Bei den positiven Testergebnissen aus den Gesundheitsämtern fällt ein höherer Anteil von Personen aus Hochprävalenzländern auf, er beträgt 24%: D.h. es ließen

³⁵ RKI (2001).

³⁶ Als Hochprävalenzländer werden Länder bezeichnet, in den die HIV-Infektion stark verbreitet ist, z.B. Länder in Schwarz-Afrika.

sich relativ gesehen viel mehr Personen aus Hochprävalenzländern in Gesundheitsämtern testen, als statistisch wahrscheinlich war.

Diagramm 26: Positive HIV-Testergebnisse (2000): Vergleich Studie Gesundheitsämter und Epidemiologie RKI



Der Anteil positiv getesteter homo- und bisexueller Personen liegt bei den von den Beratungseinrichtungen ermittelten positiven Testergebnissen mit 42% etwas höher als in der bundesweiten Statistik mit 39% und entspricht damit in etwa den statistischen Erwartungen wie ebenfalls die Angaben zur heterosexuellen Transmission. Auffällig ist der in Relation zu den Daten des RKI geringere Anteil von Drogenkonsumenten.

Die hier festzustellenden Unterschiede zur Statistik des Robert-Koch-Instituts entsprechen den bereits dargestellten Ergebnissen zur erreichten Klientel und sind damit erwartungsgemäß und glaubwürdig. Erwartungsgemäß sind also mehr Migrantinnen/innen (insbesondere Frauen aus Hochprävalenzländern) unter den positiv getesteten Personen und vergleichsweise wenig Drogengebraucher/innen.

6.1.6 Alter bei Erstdiagnose

Die Altersstruktur bei Erstdiagnose in den Beratungsstellen kann nicht direkt mit den RKI Daten verglichen werden. Aus den Gesundheitsämtern liegen uns Zahlen für das Jahr 2000 vor. In den Veröffentlichungen des Robert-Koch-Instituts wird die Altersverteilung ab 1993 angegeben und nicht für jedes Jahr einzeln aufgeschlüsselt.

Über 70% der Klienten, die ihr positives Testergebnis in einer Beratungsstelle eines Gesundheitsamtes erhielten, waren 20 bis 39 Jahre alt. Diese Angaben entsprechen ungefähr der Altersverteilung bei Diagnosestellung, die ab 1993 vom Robert-Koch-Institut angegeben wird und entsprechen damit der statistischen Erwartung.

Tabelle 3: Alter bei Diagnose der HIV-Infektion/AIDS

	weiblich	männlich	transsexuell	insgesamt
unter 20 Jahre	4	2		6
20-24 Jahre	36	31		67
25-29 Jahre	47	62		109
30-39 Jahre	30	103		133
40-49 Jahre	6	33		39
50-59 Jahre	3	6		9
über 60 Jahre	0	0		0
transsexuell	0	0	2	2
Keine Angabe	6	31		51*
insgesamt	132	268	2	416

*(inkl. 14 ohne Angabe Geschlecht)

Da die Beratungseinrichtungen in den Gesundheitsämtern aufgrund ihrer Aufgaben- und Angebotsstruktur die medizinische und auch den größten Teil der psychosozialen Betreuung von HIV-positiven Menschen nicht leisten können, interessierte uns, an welche Einrichtungen HIV-positiv Klienten/innen weitervermittelt werden.

Insgesamt vermitteln 87% aller 202 befragten Beratungsstellen positiv getestete Klienten/innen weiter an andere Einrichtungen. Genannt wurden in erster Linie psychosoziale Betreuungs- und Beratungseinrichtungen. Die lokalen AIDS-Hilfen spielen bei der psychosozialen Begleitung und Betreuung eine wichtige Rolle. Von den 179 Beratungsstellen, die an andere Einrichtungen weiterverweisen, nennen 55 die ortsansässigen AIDS-Hilfe. Des Weiteren werden andere regionale Selbsthilfegruppen, spezielle AIDS-Projekte wie bspw. „AIDS und Kinder“, Beratungsstellen anderer freier Träger wie AWO und DRK, Psychotherapiezentren, psychologische Praxen, Drogenberatungsstellen, Pflegedienste, betreute Wohneinrichtungen, Fördervereine aber auch eine „Hurenselbsthilfe“ genannt.

Für die medizinische Weiterbetreuung nennen 97 Beratungsstellen spezialisierte Arztpraxen, Universitätskliniken oder städtische Kliniken mit AIDS/HIV-Schwerpunkt.

6.2 Angebote zu sexuell übertragbaren Erkrankungen (STDs)

In die Darstellung zu Angeboten zu HIV/AIDS (Punkt 6.1) sind Daten sowohl aus der AIDS- wie auch aus der STD-Beratung eingeflossen, da beide Typen von Beratungseinrichtungen ihre unterschiedliche Klientel auch zu AIDS beraten. Im Folgenden behandeln wir ausschließlich die Daten der 96 Beratungsstelle die (auch) zu STDs ein Angebot unterhalten. Die Darstellung ist gegliedert in Beratung/Untersuchung und Therapie. Von der Organisationsform her handelte es sich um 58 integrierte, 37 formal integrierte und eine ausschließliche STD-Beratungsstelle³⁷.

Unter Punkt 1.2 „Rechtliche Grundlagen“ sind wir bereits auf die Gesetzeslage vor Einführung des IfSG eingegangen. An dieser Stelle soll noch einmal darauf hingewiesen werden, dass diese Gesetzeslage für das Jahr 2000, aus dem die folgenden Daten stammen, noch Gültigkeit hatte. Auf der Grundlage des GeschlKrG musste jede Gemeinde über 50 000 Einwohner eine Beratungsstelle für Geschlechtskrankheiten unterhalten. Als Geschlechtskrankheiten galten ausschließlich die vier im Gesetz definierten Erkrankungen (Gonorrhö, Syphilis (Lues), Ulcus molle und Venerische Lymphknotenentzündung). Nur diese waren laut Gesetz zu diagnostizieren und zu überwachen. In Bayern wurde auf der Grundlage des BuSeuchG noch ein HIV-Antikörpertest für Prostituierte und Drogengebraucher verpflichtend vorgeschrieben. Angewandt wurde diese Gesetzeslage fast ausschließlich auf Prostituierte. So hatten auch im Jahre 2000 noch 44 der befragten Beratungsstellen (46%) eine Untersuchungspflicht für Prostituierte. Aber bereits zu Beginn der 90er Jahre waren die Angebote der Gesundheitsämter für den Bereich Geschlechtskrankheiten sehr unterschiedlich und im Wandel begriffen. Bereits damals führten wir aus:

„Was die Gesundheitsämter im einzelnen tatsächlich anbieten können, hängt in erster Linie von den erlassenen amtsärztlichen Verfügungen und von der Personalzumessung ab. Insbesondere in der Gestaltung des medizinischen und psychosozialen Angebots einiger Einrichtungen sind darüber hinaus modellhafte Ansätze zu erkennen, die Unterstützungs- und Versorgungsbedürfnisse der zu betreuenden Klientel in den Mittelpunkt der Arbeit stellen“³⁸

Nach der Einführung des IfSG haben bereits 12 Einrichtungen ihr Untersuchungsangebot und 10 ihr Behandlungsangebot erweitert.

6.2.1 Beratung und Untersuchung

Alle 96 in die Studie einbezogenen Beratungsstellen bieten Beratung zu STDs an. Im Jahr 2000 wurden insgesamt 63.099 Beratungen durchgeführt, 41.749 bei Frauen und 5.766 bei Männern. Zu 15.584 Beratungen lag keine Geschlechtsangabe vor. Pro Einrichtung wurden im Durchschnitt 657 Beratungen zu STDs durchgeführt; also im Durchschnitt 70 Beratungen weniger als zu HIV/AIDS. In 75 Einrichtungen (78%) kann die Beratung auch anonym in Anspruch genommen werden. D.h. auch in einem Teil der Beratungsstellen (21 von 44), in denen Prostituierte nicht anonym betreut werden, da eine Untersuchungspflicht besteht, können andere Ratsuchende das Beratungsangebot auch anonym in Anspruch nehmen.

Untersuchungsmöglichkeiten gibt es nicht in allen Beratungsstellen mit STD-Angebot. 71 der 96 Einrichtungen, also fast 74%, halten ein Untersuchungsangebot vor, dass sich z.T. aber ausschließlich auf die „klassischen“ Geschlechtskrankheiten bezieht. Im Jahr 2000 wurden

³⁷ Zur Definition der unterschiedlichen Organisationsstrukturen der Beratungseinrichtungen in Gesundheitsämtern siehe P. 4.4. „Zur Struktur der erreichten Beratungsstellen“.

³⁸ Leopold/Steffan (1994), S. 278.

insgesamt 106.653 Untersuchungen durchgeführt, 68.574 bei weiblichen und 2.558 bei männlichen Klienten. Auch eine Untersuchung ist in 50% der Einrichtungen anonym möglich, mit Ausnahme von Prostituierten bei im Jahr 2000 noch bestehender Untersuchungspflicht.

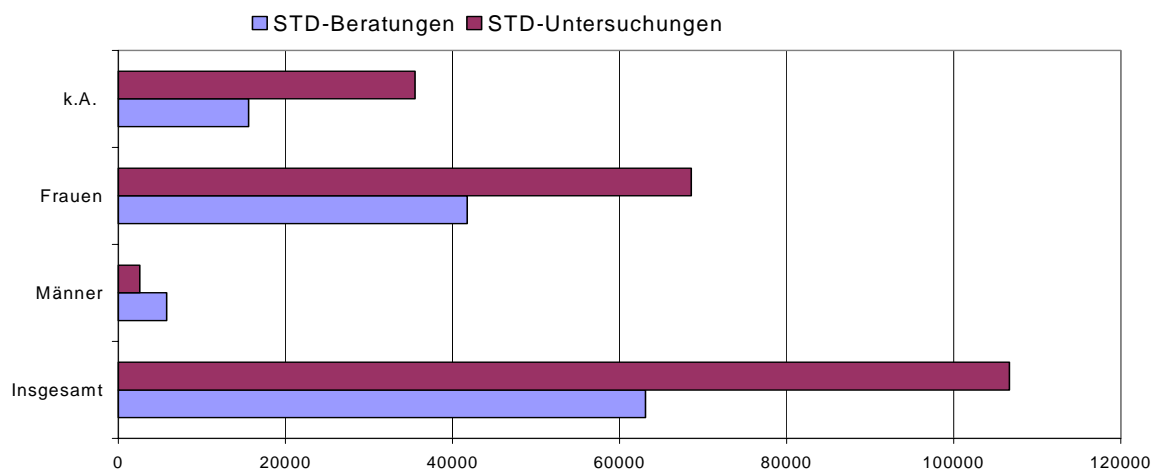
Tabelle 4: Beratungen und Untersuchungen zu STDs

	Beratungen*	Untersuchungen *
Männer	5.766 (9,14%)	2.558 (2,4 %)
Frauen	41.749 (66,16%)	68.574 (64,3)
K.A. Geschlecht	15.584 (24,7%)	35.521 (33,31%)
Insgesamt	63.099 (100%)	106.653 (100%)

*absolute Zahlen und (Prozent)

Mit 66% waren ca. zwei Drittel der beratenen und untersuchten (64%) Klientel weiblich. Auch wenn bei einem großen Teil die Geschlechtsangaben fehlten, ist der Befund sehr deutlich: Männer sind als Klienten in der STD-Beratung eine absolute Minderheit. Hier macht sich die Spezialisierung vieler STD-Beratungsstellen auf weibliche Prostituierte bemerkbar.

Diagramm 27: Beratungen und Untersuchungen zu STDs

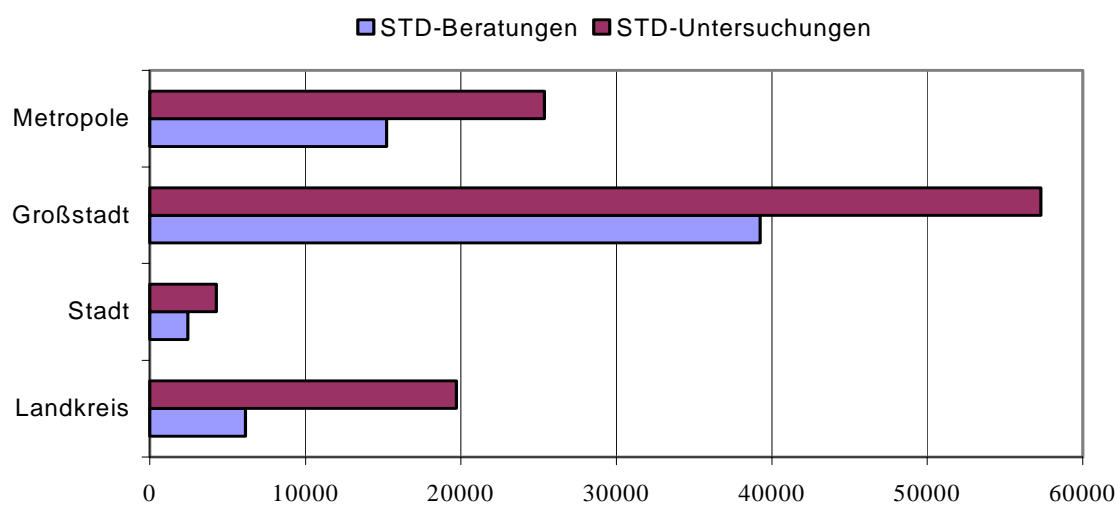


An dieser Stelle wird ein zweiter struktureller Unterschied zu AIDS deutlich: Die Anzahl der durchgeführten HIV-Antikörpertests liegt um ca. 1/3 niedriger als die durchgeführten Beratungen. Im STD-Bereich übersteigt die Anzahl der durchgeführten Untersuchungen die der Beratungen. Wie sind diese Daten zu werten? Hier spielt sicherlich zu einem beträchtlichen Teil die Untersuchungspflicht für Prostituierte eine Rolle. Prostituierte, die zum Teil in 14tägigem Abstand einbestellt werden, werden nicht jedes Mal aufs neue beraten. Zum anderen kann es sich z.T. aber auch um Probleme in der Dokumentation in einzelnen Gesundheits-

ämtern handeln. Es werden pro Klientin mehrere Untersuchungen durchgeführt, die einzeln erfasst wurden. Darüber hinaus gibt es viele asymptomatische Verläufe bei häufig vorkommenden Geschlechtskrankheiten, die nachhaltige gesundheitliche Schäden verursachen können und deshalb auch wiederholte Untersuchungen rechtfertigen. So werden beispielsweise Cervixkarzinome und Infertilität bei Frauen z.T. auf Geschlechtskrankheiten zurückgeführt (z.B. Chlamydien und Papillomaviren).

Die Aufschlüsselung der STD-Beratungen und -Untersuchungen nach Lage ergibt vom Muster her eine von den AIDS-Angeboten bereits bekannte Verteilung. Der größte Anteil von STD-Beratungen und -Untersuchungen wird in Großstädten und Metropolen durchgeführt.

Diagramm 28: STD-Beratungen und -Untersuchungen nach Lage

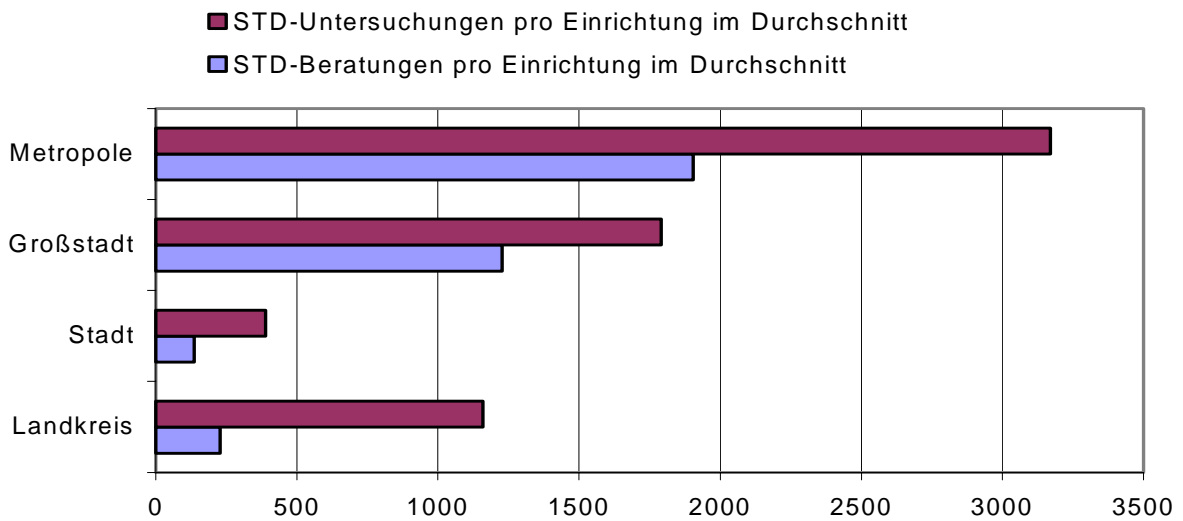


Wobei überall mehr Untersuchungen als Beratungen durchgeführt werden und auch hier, wie bereits bei den AIDS-Beratungen und HIV- Antikörpertests, die Landkreise höhere Zahlen aufweisen, als die kleinen Städte. Während für Beratungen zu STDs von 89% (85 der Einrichtungen) Zahlen angegeben wurden, fehlen hier Angaben zu Untersuchungen von 30% (28 Einrichtungen) der Einrichtungen. Das liegt daran, dass 50% der Einrichtungen in Landkreisen und kleinen Städten (27 von 55) keine Untersuchungen zu STDs anbieten. Die hier aufgeführten Untersuchungen werden also nur von der Hälfte der Einrichtungen in kleinen Städten und Landkreisen durchgeführt, ein erstaunliches Ergebnis! Dagegen werden in Großstädten und Metropolen bis auf einen Fall (40 von 41 Einrichtungen) überall auch Untersuchungen zu STDs angeboten.

Auch die Verteilung von STD-Beratung und -Untersuchung pro Einrichtung und Lage ergibt ein bereits gewohntes Bild: Die zahlenmäßig größte Klientel haben Einrichtungen in Metropolen (1905 Beratungen und 3170 Untersuchungen pro Einrichtung im Durchschnitt), die insbesondere in der STD-Beratung auch über die mit Abstand beste Personalausstattung verfügen³⁹.

³⁹ siehe Punkt 6.3 Personalausstattung.

Diagramm 29: STD-Beratungen und –Untersuchungen (im Durchschnitt) nach Lage der Einrichtung

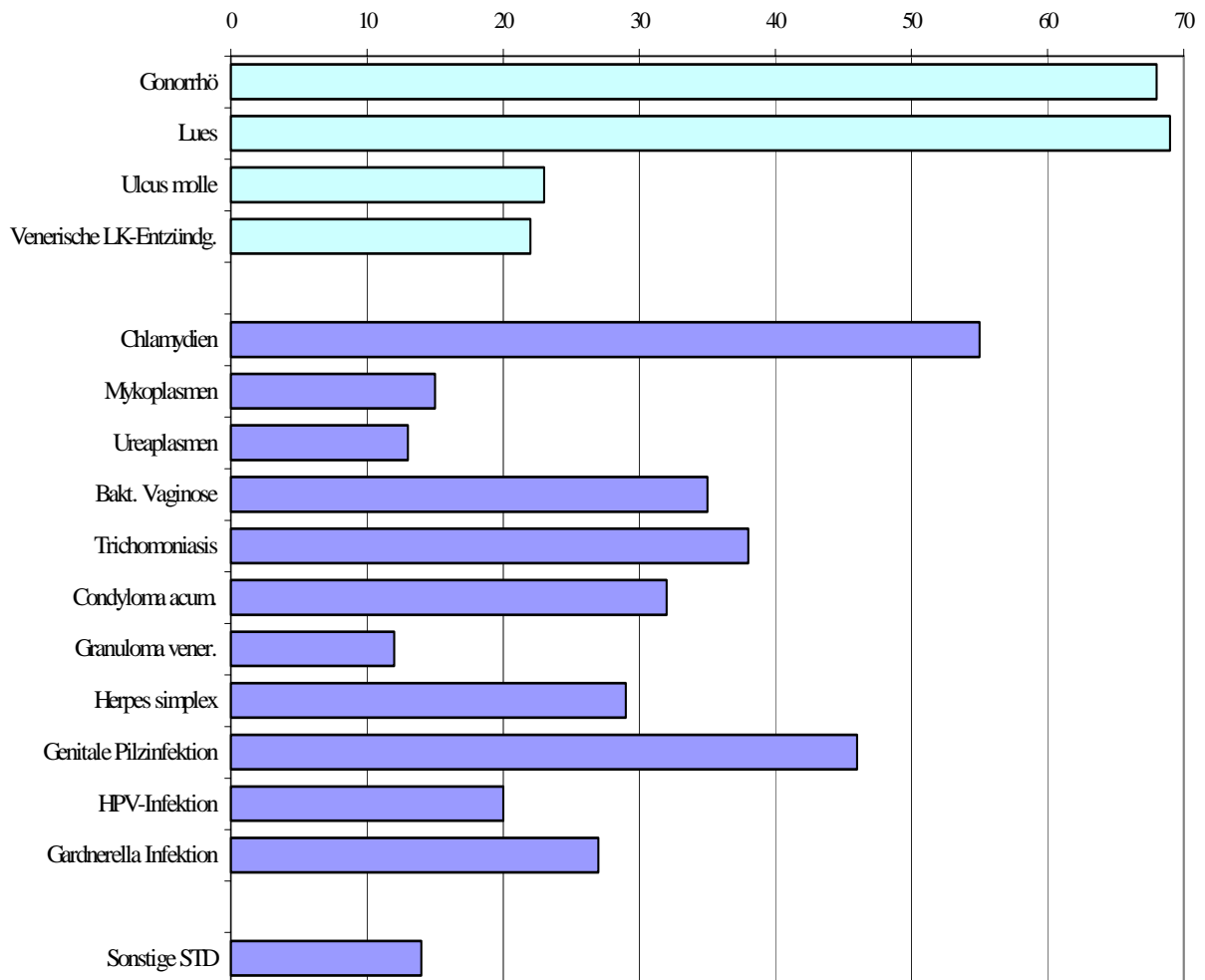


Der bereits gewohnte Unterschied zwischen Landkreisen und kleinen Städten fällt hier, insbesondere was Untersuchungen zu STDs angeht, besonders deutlich aus. In Landkreisen ist ca. jede fünfte Untersuchung auf STDs auch von einer Beratung begleitet, in den kleinen Städten ist es jede dritte. Großstädte und Metropolen weisen eine sehr ähnliche Relation auf, auf 1,5 Untersuchungen erfolgte eine Beratung.

Dass sich diese Relation zwischen Untersuchungen und Beratungen zu STDs nicht vollständig durch die regelmäßige Einbestellung untersuchungspflichtiger Prostituierter erklären lässt, haben wir bereits erörtert. Der große Unterschied zwischen Landkreisen und Städten auf der einen und Metropolen und Großstädten auf der anderen Seite dürfte aber sehr wohl auf Routineuntersuchungen im Rahmen einer Untersuchungspflicht beruhen. In STD-Beratungsstellen dieser Landkreise und kleinen Städte sehen wir nach Einführung des IfSG und infolgedessen der Abschaffung der Untersuchungspflicht für Prostituierte die größten Probleme in einer Weiterführung der Arbeit. Einerseits sind die Klientinnenzahlen stark rückläufig, andererseits sind durch die knappe Personalausstattung den Umgestaltungsmöglichkeiten des Angebots (mehr aufsuchende Arbeit, mehr Öffentlichkeitsarbeit etc.) enge Grenzen gesetzt.

Wenden wir uns jetzt den Untersuchungsangeboten auf STDs im Einzelnen zu. Das Untersuchungsangebot der einzelnen STD-Beratungseinrichtungen für viele weitverbreitete sexuell übertragbare Erkrankungen ist sehr unterschiedlich, wie wir bereits in der Voruntersuchung (Expertise) feststellen mussten. Von 70% der Beratungsstellen werden Untersuchungen auf Gonorrhö und Lues angeboten, auf zwei der insgesamt vier sexuell übertragbaren Erkrankungen, die offiziell bis Ende 2000 im Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten genannt wurden. Untersuchungen auf die anderen beiden im Gesetz genannten STDs, Ulcus molle und die (seltene) venerische Lymphknotenentzündung werden von nur ca. 24% der Einrichtungen angeboten.

Diagramm 30: Untersuchungsangebote in STD-Beratungsstellen



Darüber hinaus werden Untersuchungen auf weitere STDs in einer beträchtlichen Anzahl der Beratungsstellen angeboten. Am häufigsten werden Untersuchungen auf Chlamydien (57%), genitale Pilzinfektionen (48%), Trichomoniasis (40%) sowie vaginale Bakteriose und Condyloma acuminata (35%) vorgehalten. Auf Herpes simplex- und Gardnerella-Infektionen untersuchen nur noch 29% der Gesundheitsämter, gefolgt von HPV-Infektion (gut 20%), Mykoplasmen und Ureaplasmen (15%) und schließlich Granuloma venerum (12%).

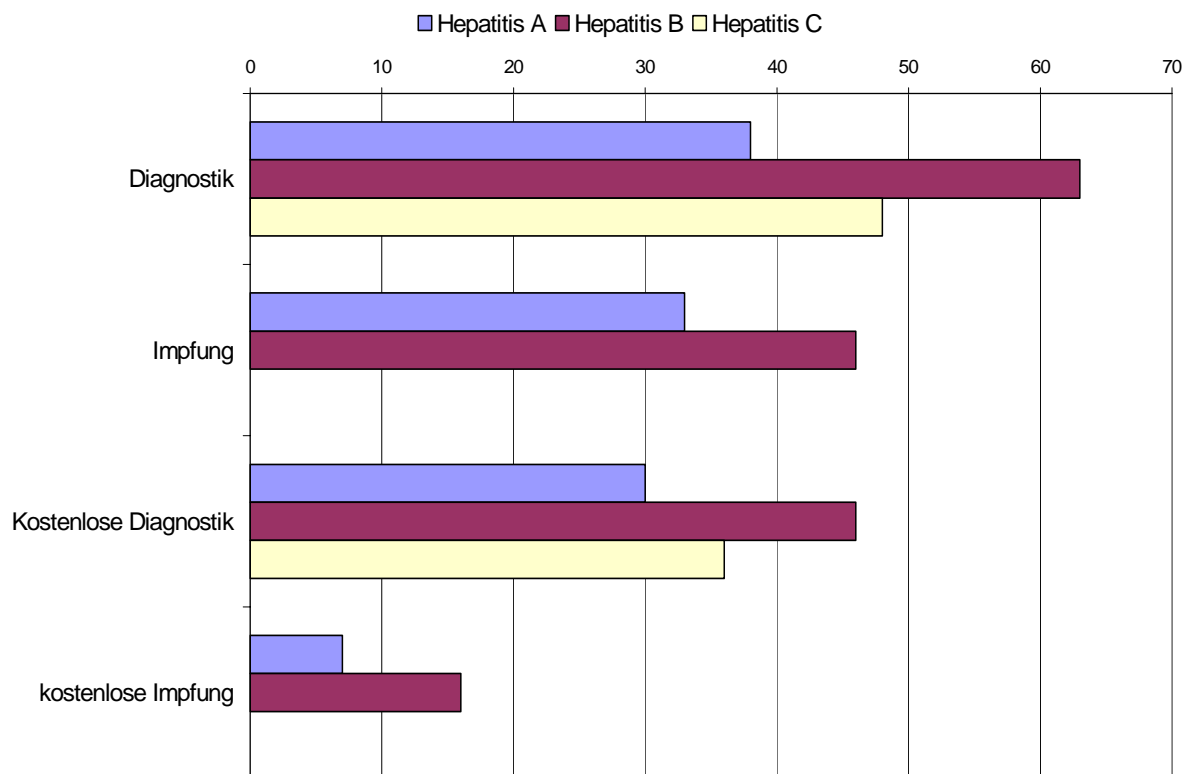
Darüber hinaus wurden von einzelnen Einrichtungen als weitere untersuchte Infektionen Epizoonosen wie Scabies und Pediculi, Harnblaseninfektion, eitrige Cervizitis und PID⁴⁰ genannt. Auf solche „sonstigen“ STDs untersuchen gut 14% der Beratungsstellen. Nur in einer einzigen Beratungsstelle kann auf alle sexuell übertragbaren Erkrankungen untersucht werden.

Insgesamt ist erkennbar, dass bereits vor der Einführung des IfSG eine breite Vielfalt an Untersuchungsangeboten etabliert war. Eine bundesweite Vereinheitlichung des Angebotes im Sinne des IfSG dahingehend, dass eine STD-Beratungseinrichtung mit medizinischem Untersuchungsangebot auch die nach heutigem Standard wichtigen STDs untersuchen kann, steht jedoch noch aus.

⁴⁰ Pelvic Inflammatory Disease (entzündliche Erkrankung des Beckens).

Dass es auch in der Vergangenheit trotz alter Gesetzeslage gelungen ist, bei entsprechender Förderung eine als wichtig erkannte Maßnahme durchführen zu lassen, zeigt das Beispiel der Hepatitisserologie und -impfung in STD-Beratungseinrichtungen des ÖGD. Im Gegensatz zur Diagnostik einiger weit verbreiteter STDs ist dieses Angebot in den Beratungseinrichtungen vergleichsweise gut etabliert.

Diagramm 31: Hepatitisserologie und -impfung in STD-Beratungseinrichtungen



Untersuchungsangebote auf Hepatitis B werden in 63 und damit gut 65% der befragten Beratungsstellen vorgehalten, mehrheitlich (in 46 Einrichtungen) sogar kostenlos und anonym. Eine Hepatitis C-Serologie wird in 50% (48) der Einrichtungen angeboten (davon in 36 kostenlos) und Hepatitis A-Diagnostik in fast 40% (38) der Einrichtungen. Impfungen gegen Hepatitis A und B werden in 33 (davon in 7 kostenlos) beziehungsweise 46 (davon in 16 kostenlos) Einrichtungen angeboten. Es überrascht, dass in 53% der Einrichtungen eine Untersuchung auch auf weitere Hepatitiden möglich ist.

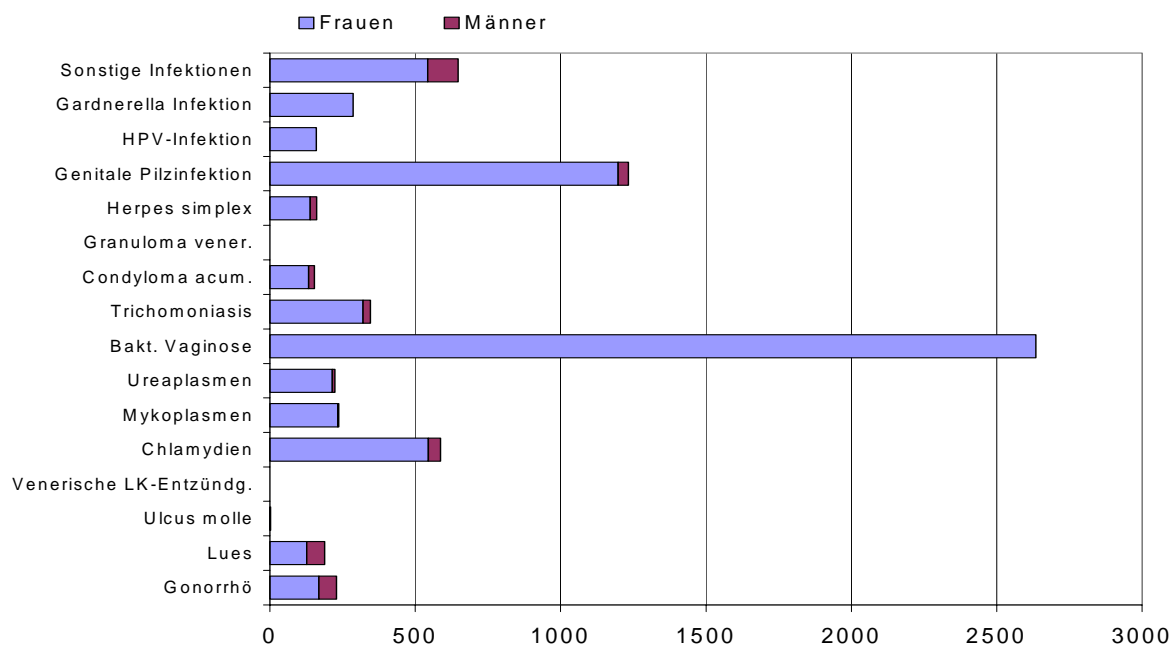
Viele STD-Beratungseinrichtungen bieten darüber hinaus ihrer spezifischen Klientel weitergehende Untersuchungsmöglichkeiten an. 26 Einrichtungen (27%) führen auf Wunsch auch Schwangerschaftstests durch, 31 (gut 32%) bieten allgemeine körperliche Untersuchungen an und in 10 Einrichtungen ist eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung möglich. Darüber hinaus wurden weitere Untersuchungsmöglichkeiten wie Röntgendiagnostik (3 Beratungsstellen), Urinuntersuchungen, Impfungen (2 Beratungsstellen), Diabetesuntersuchung und Diagnostik von Hauterkrankungen (2 Beratungsstellen) genannt. Speziell für Klientel mit migrationspezifischem Hintergrund, die häufig nicht über entsprechende Krankenversicherungen verfügt und für die STD-Beratungsstellen eine der wenigen Möglichkeiten darstellen, überhaupt in den Genuss einer gesundheitlichen Versorgung zu kommen, sind solche Angebote sehr wichtig.

6.2.2 Diagnostizierte STDs im Jahr 2000

Erwartungsgemäß sind STDs sehr viel häufiger diagnostiziert worden als HIV-Infektionen: Insgesamt wurde 7087 mal eine STD diagnostiziert, damit wurde in jeder 15. Untersuchung ein positiver Befund festgestellt. Zum Vergleich: auf einen positiven HIV-Befund kamen im Durchschnitt 210 negative HIV-Antikörpertests.

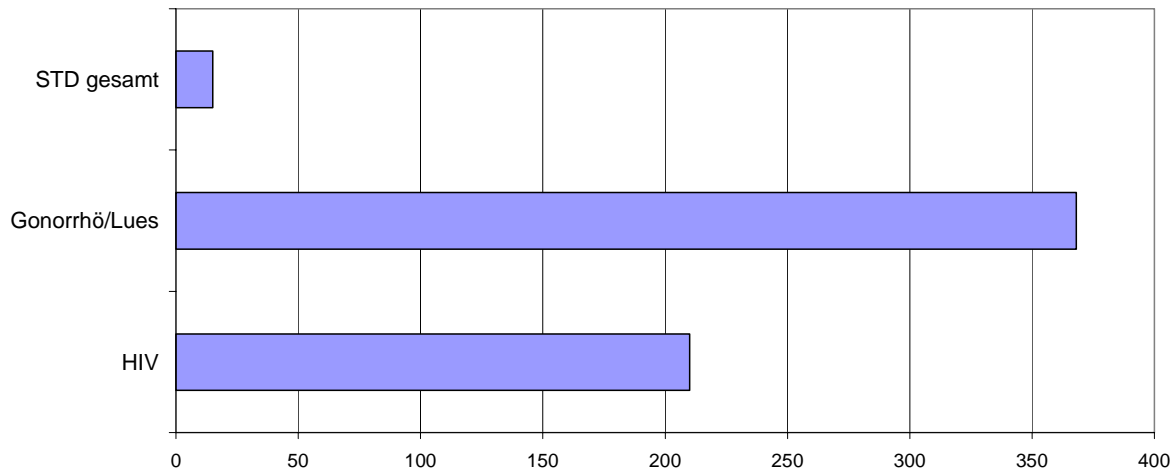
Insgesamt wurden in den STD-Beratungsstellen der Gesundheitsämter, wie bereits ausgeführt, erheblich mehr weibliche Patienten (6.704) auf STDs untersucht als männliche (383). Der Anteil der Männern zugeordneten STDs betrug also 5,4%! Zusammengenommen mit den überwiegend weiblichen Mitarbeiter/innen erscheinen damit die STD-Beratungsstellen der Gesundheitsämter als Angebot von Frauen für Frauen. Diese Unterrepräsentanz wird auch deutlich, wenn wir die diagnostizierten STDs im Überblick darstellen.

Diagramm 32: Diagnostizierte STDs im Jahr 2000



Am häufigsten wurden bakterielle Vaginosen diagnostiziert, genau in 2635 Fällen (37%) gefolgt von genitalen Pilzinfektionen (1.198 Fälle oder 17%). Chlamydien wurden in 545 Fällen festgestellt, Trichomoniasis in 321 Fällen, Gardnerella Infektionen in 266 Fällen. Die im alten Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten genannten „klassischen“ STDs (Gonorrhö, Syphilis, Ulcus molle, venerische Lymphknotenentzündung) treten kaum in Erscheinung: Es wurden insgesamt nur 168 Fälle von Gonorrhö (2,4%) und 127 Fälle von Lues (1,8%) ermittelt. Die beiden klassischen Geschlechtskrankheiten zusammengenommen wurden nur bei jeder 368. Untersuchung diagnostiziert. Damit scheinen diese Erkrankungen zumindest in der hier untersuchten Klientel wesentlich seltener aufzutreten als HIV-Infektionen/AIDS mit einem positiven Ergebnis auf 210 HIV-Antikörpertests.

Diagramm 33: Durchgeführte Untersuchungen pro diagnostiziertem Fall (HIV/AIDS und STDs)



Ein Vergleich mit einer bundesweiten Statistik ist an dieser Stelle leider nur sehr eingeschränkt möglich. Beim Statistischen Bundesamt wurden für das Jahr 2000 nur meldepflichtige „klassische“ STDs dokumentiert. Für die hauptsächlich in den Gesundheitsämtern ermittelten STDs gibt es also keine bundesweite Dokumentation. Darüber hinaus gilt die statistische Erfassung auch dieser klassischen STDs als überaus mangelhaft. Wir haben also in Deutschland eine sehr gute statistische Erfassung von HIV und AIDS und eine sehr schlechte Erfassung aller anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen. Insbesondere der Anstieg bestimmter STDs (wie beispielsweise Syphilis) könnte aber auch auf eine möglicherweise steigende Verbreitung von HIV hinweisen. The UNAIDS Report führt dazu folgendes aus:

„There is a scientific evidence that a person with an untreated sexually transmitted disease (STD) is up to 6-10 times more likely to pass on or acquire HIV during sex. According to current hypothesis, the risk of becoming HIV-infected from a single exposure is increased 10-300-fold in the presence of a genital ulcer. In light of the rapidly accumulating evidence that STDs fuel HIV transmission, more attention has begun to be focused on STD prevention and care as a means of HIV prevention.“⁴¹

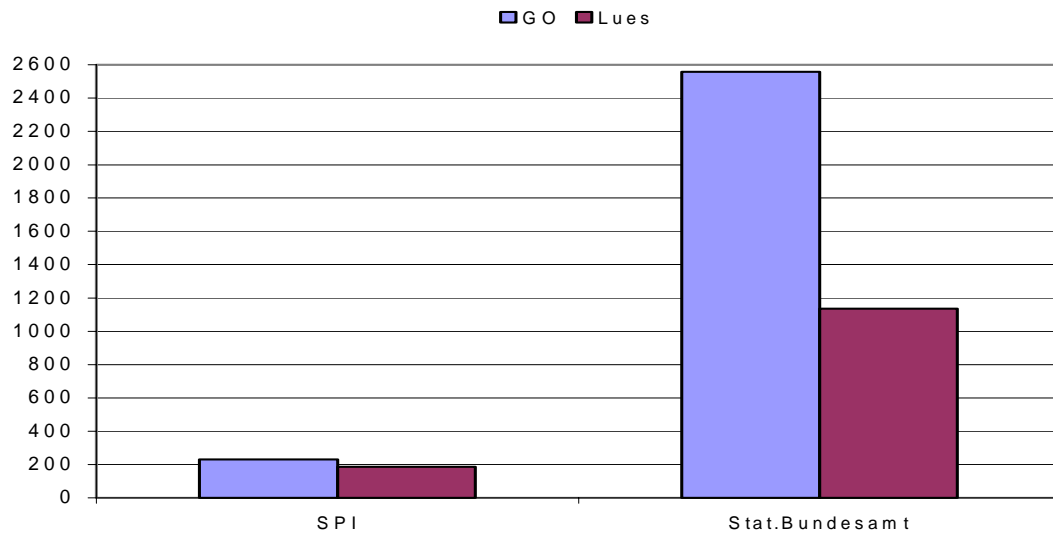
Aufgrund dieser schlechten Datenlage fehlt also in Deutschland ein wichtiges Frühwarnsystem für die Beurteilung der epidemiologischen Entwicklung von HIV. Nach Einführung des IfSG soll das RKI deshalb Sentinel-Studien zur verbesserten Erfassung der Verbreitung von STDs durchführen.⁴²

Vergleichen wir also die in unserer Studie ermittelten Fälle von GO (Gonorrhö) und Lues (Syphilis) mit der entsprechenden Statistik des Statistischen Bundesamtes des Jahres 2000, so ergibt sich folgendes Bild:

⁴¹ UNAIDS (2000), S. 42.

⁴² Eine solche prospektive Untersuchung ist beim RKI gerade in Vorbereitung.

Diagramm 34: Diagnostizierte „klassische“ STDs: Vergleich SPI und Statistisches Bundesamt



Nur 11% der ohnehin in der amtlichen Statistik wahrscheinlich stark unterdokumentierten Fälle von Gonorrhö und Syphilis wurden in den STD-Beratungsstellen der von uns befragten Gesundheitsämter ermittelt. Wie lässt sich dieser Befund erklären? Da gleichzeitig viele andere STDs diagnostiziert wurden, ist es wahrscheinlich, dass diese beiden „klassischen“ STDs zur Zeit nach anderen Mustern verbreitet werden und hauptsächlich Personen betreffen, die nicht zur Klientel von Gesundheitsämtern gehören.

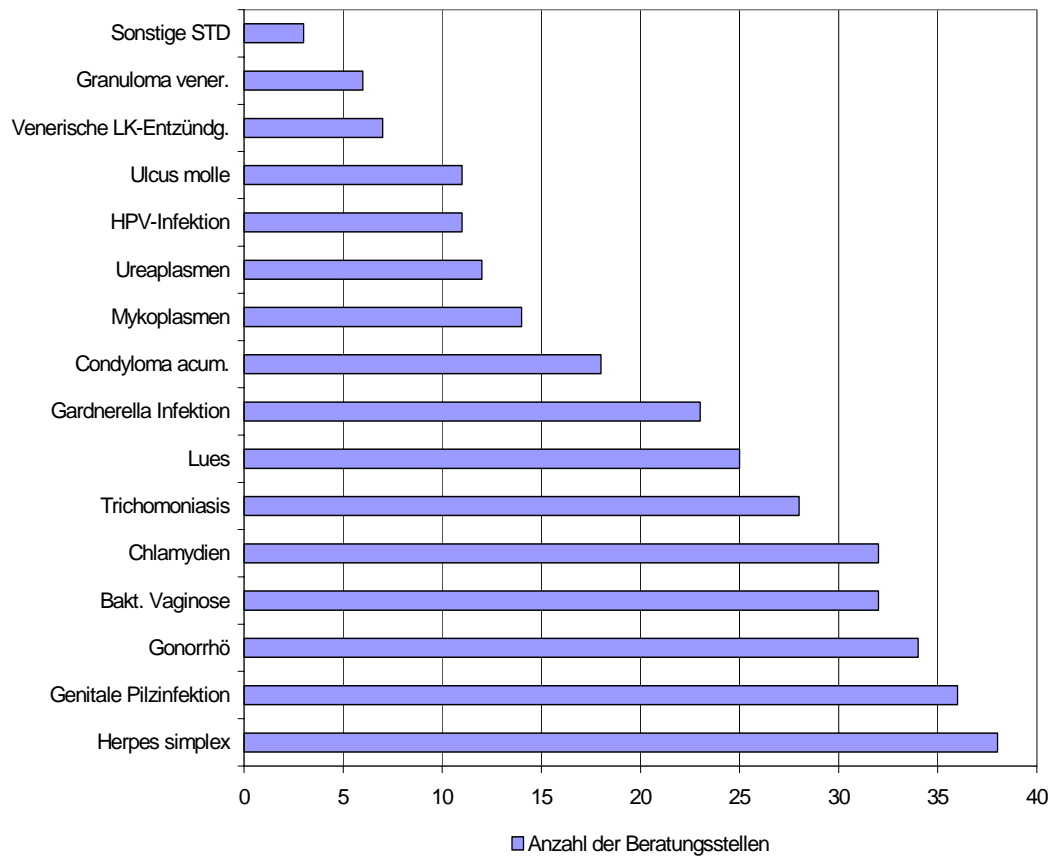
6.2.3 Behandlungsangebote zu STDs

Nach der alten Gesetzeslage war eine Behandlung durch Gesundheitsämter nicht vorgesehen. In der Ersten Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens war eine medizinische Behandlung durch das Gesundheitsamt sogar ausgeschlossen. In Gesundheitsdienstgesetzen einiger Bundesländer (z.B. Berlin und Hamburg) war aber dieses Behandlungsverbot aufgehoben⁴³, dies ermöglichte die Behandlung von STDs zumindest in einzelnen Notfällen. Mit der Abschaffung der Untersuchungspflicht für Prostituierte ab Mitte der 80er Jahre vorwiegend in den nördlichen Bundesländern und der Einführung von aufsuchender Arbeit wurden andere Zielgruppen erreicht. Ein Behandlungsangebot zumindest in Einzelfällen erschien dringend erforderlich. Diese Erfahrungen wurden im IfSG aufgegriffen. Neben der Abschaffung der Untersuchungspflicht für Prostituierte und der erregernabhängigen Definition von sexuell übertragbaren Erkrankungen ist die Einführung einer Behandlungsmächtigung zumindest in Einzelfällen die dritte wichtige Neuerung für die Beratungsstellen der Gesundheitsämter.

Behandlungsmöglichkeiten werden nach Erkrankungen unterschiedlich in 3 - 38 Einrichtungen angeboten.

⁴³ Bales (2001), S. 163 f.

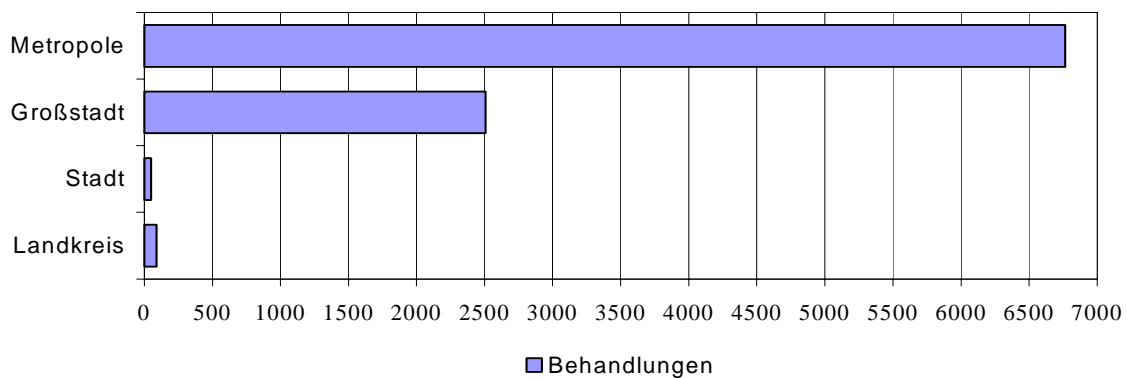
Diagramm 35: Behandlungsmöglichkeiten von STDs in Beratungseinrichtungen



Am häufigsten konnte Herpes simplex behandelt werden, in 38 oder ca. 40% der Einrichtungen. Die Gonorrhö kann von 35% der befragten Beratungsstellen behandelt werden, Lues von 26%. Die zugegeben seltene Venerische Lymphknotenentzündung und Ulcus molle nur von knapp 7% der Einrichtungen.

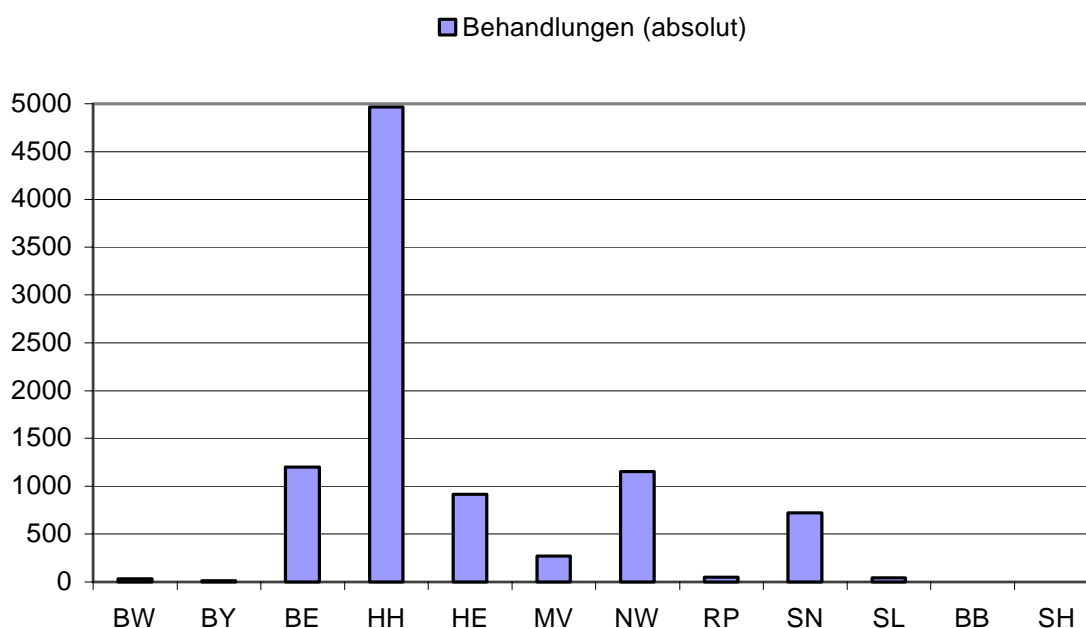
Behandlungen in größerer Anzahl wurden im Jahr 2000 allerdings nur in wenigen Einrichtungen, insbesondere in Metropolen, durchgeführt.

Diagramm 36: Durchgeführte Behandlungen von STDs nach Lage



6.766 (72%) Behandlungen in Metropolen stehen 2.508 (27%) Behandlungen in Großstädten, 49 in Städten und 90 in Landkreisen gegenüber. Dass insbesondere eine Behandlung im Rahmen von STD-Angeboten in Gesundheitsämtern in erster Linie in Metropolen und großstädtischen Ballungsgebieten angeboten wird, zeigt auch die Aufteilung der durchgeführten Behandlung nach Bundesländern. Diese Behandlungen wurden in ca. 50% der Einrichtungen auch anonym durchgeführt.

Diagramm 37: Durchgeführte Behandlungen von STDs nach Bundesländern



Aus Hamburg, Berlin, NRW (Ruhrgebiet mit Köln), Hessen (Frankfurt) und Sachsen (mit den Metropolen Leipzig und Dresden) wurden Behandlungen im nennenswerten Umfang berichtet. Selbst Länder mit einem vergleichsweise geringen Angebot im STD-Bereich wie etwa Mecklenburg-Vorpommern liegen hier noch vor Baden-Württemberg, Bayern und Rheinland-Pfalz.

Während das Angebot der AIDS-Beratung fast durchgängig kostenlos ist, nur für das Ausstellen ärztlicher Bescheinigungen wird eine Gebühr erhoben, ist das Angebot der Diagnostik und Therapie in den STD-Beratungsstellen in 50% der Beratungsstellen zum Teil kostenpflichtig. Diese Kostenpflichtigkeit variiert in den einzelnen Einrichtungen von Erregertyp zu Erregertyp. Neben der Untersuchung klassischer STDs werden noch am häufigsten Untersuchungen auf Chlamydien, genitale Pilzinfektionen und Trichomoniasis auch kostenlos angeboten. Dabei ist es auch unterschiedlich, von wem Kosten erhoben werden. Z.T. müssen Prostituierte Untersuchungs- und Behandlungskosten selbst tragen, z.T. Personen aus der „Normalbevölkerung“. Verordnungen auf Privatrezept sind fast überall möglich, auf Krankenschein behandelt bisher nur eine verschwindend geringe Anzahl von Einrichtungen.

6.2.4 Gründe für die Nachfrage nach kostenfreien Angeboten⁴⁴

Da in der AIDS-Beratung alle Angebote (Beratung und Test) zum ganz überwiegenden Teil routinemäßig kostenlos angeboten werden, wird das Thema „Kosten“ in den Beratungen auch nicht immer thematisiert. Der tatsächliche Bedarf an kostenlosen Angeboten ist deshalb in der AIDS-Beratung nur schwer abzuschätzen. Zunehmend gehen allerdings auch AIDS-Beratungen dazu über, für die Durchführung des HIV-Antikörpertests u.U. ein Entgelt zu verlangen. Zukünftig wird auch hier genauer ermittelt werden müssen, in welchen Fällen und aus welchen Motiven heraus Klient/innen auf eine Kostenlosigkeit des Angebots angewiesen sind. Auch das IfSG erkennt die Wichtigkeit von kostenfreien Angeboten, geht aber von einer von der Beraterin/dem Berater zu treffenden Entscheidung im Einzelfall aus⁴⁵. Wird in der Beratung entschieden, dass diese spezielle Person die Kosten nicht tragen kann, müssen diese von der öffentlichen Hand getragen werden.

Ganz anders stellt sich die Situation in den Beratungsstellen mit STD-Schwerpunkt dar. Hier gibt es eigentlich keine Einrichtung, in der nicht auch kostenpflichtige Angebote gemacht werden. Dies betrifft sowohl die Diagnostik, als auch die Therapie von STDs. Deshalb wird das Thema „Kosten“ fast immer in den Beratungsgesprächen erörtert. Allerdings haben in unserer Befragung nur 58% (60 Einrichtungen) Angaben zu diesem Thema gemacht. Da das Thema „Kosten“ von Diagnostik und Therapie insbesondere für die kommunalen Träger der Gesundheitsämter von entscheidender Bedeutung ist, soll hier dennoch auf eine Darstellung nicht verzichtet werden.

Im Jahr 2000 waren in den hier berücksichtigten 60 Einrichtungen ca. 11.000 Personen auf eine kostenfreie Diagnostik und/oder Behandlung angewiesen. In Relation auf die gesamte im AIDS/STD-Bereich betreute Klientel (ca. 70.000) wären das 16 %. Hochgerechnet muss man also mit schätzungsweise 25 - 30% der Klientel rechnen, die in den AIDS/STD-Beratungsstellen auf eine kostenfreie Betreuung angewiesen sind.

Von diesen ca. 11.000 Personen waren insgesamt 4.080 Personen (38%) aufgrund einer fehlenden Krankenversicherung auf kostenlose Angebote angewiesen. Aufenthaltsrechtliche Probleme führten bei 2.013 (18%) Personen zur Übernahme der Kosten durch die öffentliche Hand.

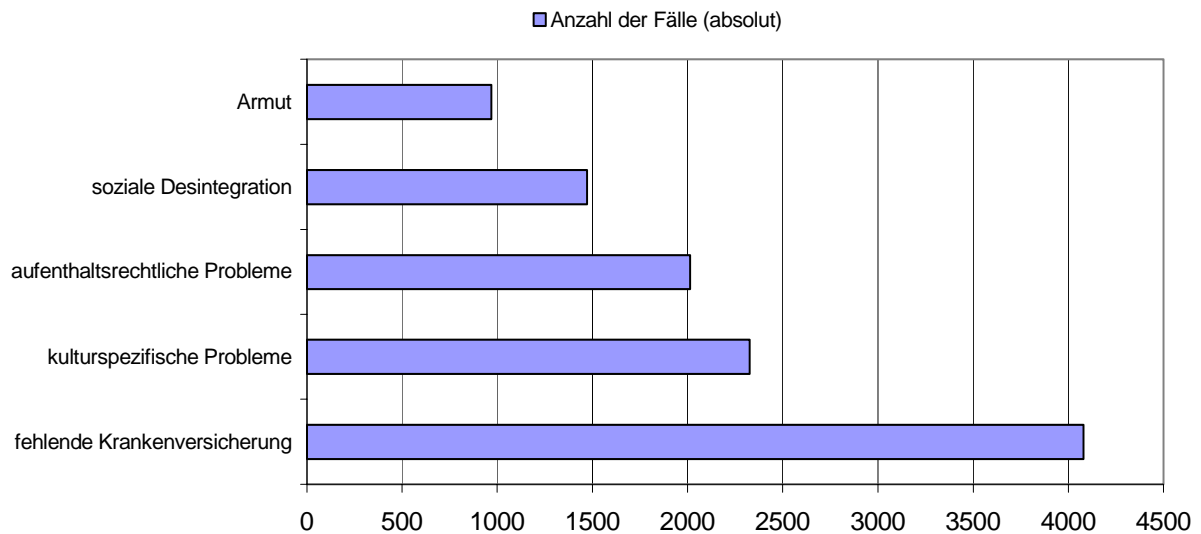
In 2.326 Fällen (21%) wurden kulturspezifische Gründe angeführt. Unter „kulturspezifischen Gründen“ verstehen wir in diesem Zusammenhang in erster Linie Ängste vor Diskriminierung und Ausgrenzung insbesondere im familiären Zusammenhang, die dazu führen, dass betroffene Personen sich niedergelassenen Ärzten gegenüber nicht offenbaren können. Hierunter fallen beispielsweise junge Migrantinnen, denen aufgrund des kulturellen Hintergrundes jegliche sexuelle Aktivität vor einer Hochzeit von ihren Familien untersagt ist.

Soziale Desintegration (z.B. durch Obdachlosigkeit, und i.v.Drogenkonsum) wurde in 1.472 Fällen (13%) angeführt und Armut in 970 Fällen (9%).

⁴⁴ Beratung ist immer und überall kostenlos und wird deshalb hier nicht erörtert.

⁴⁵ IfSG, §19, Absatz 2, siehe auch P. 1.2. Rechtliche Grundlagen.

Diagramm 38: Gründe für eine Inanspruchnahme kostenfreier Angebote

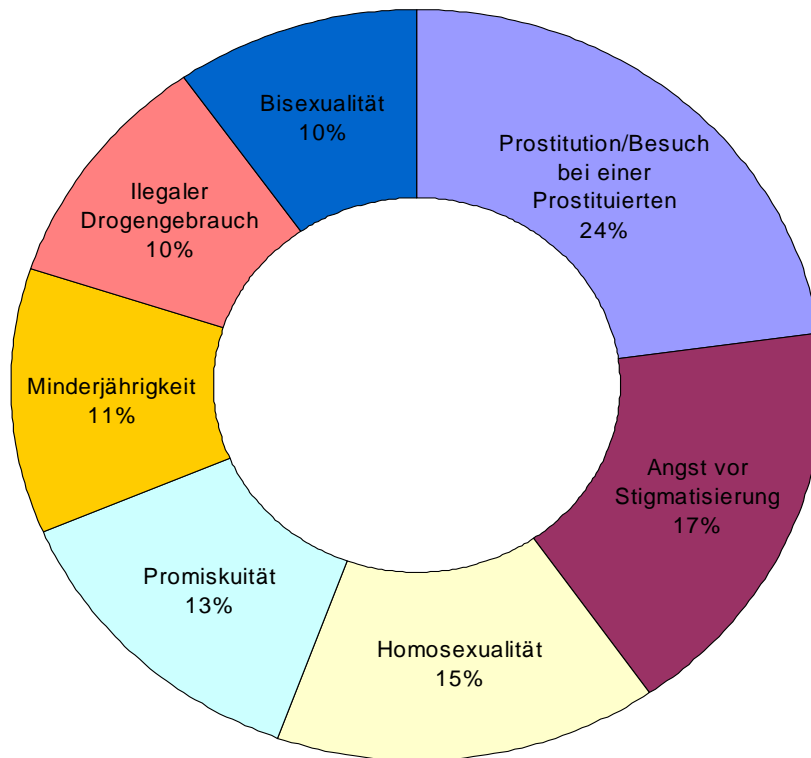


Bereits in unserer Vorbefragung (Expertise) berichteten Mitarbeiter/innen, dass zunehmend Menschen aufgrund fehlender Krankenversicherung und anderer sozialer Notlagen auf eine Kostenfreiheit der Angebote angewiesen sind. Dieser Trend scheint sich fortzusetzen. Insbesondere die AIDS/STD-Beratungsstellen erreichen eine Klientel, die kaum in eine medizinische Versorgung von niedergelassenen Ärzten zu integrieren ist.

6.2.5 Gründe für eine Inanspruchnahme anonymer Angebote

Auch dieser Punkt ist ausschließlich auf den AIDS/STD-Bereich beschränkt, da die Angebote der AIDS-Beratung ohnehin immer (bis auf wenige Ausnahmen, siehe Punkt 6.1.2) anonym sind und deshalb entsprechendes in den Beratungsgesprächen zwar zugesichert aber nicht im Einzelnen erörtert werden muss. Insbesondere auf eine anonym mögliche Inanspruchnahme der Angebote wird im IfSG §19 großer Wert gelegt. Begründet wird dies mit der guten Erfahrung in der AIDS-Beratung. Da wir im Jahre 2000 noch eine Untersuchungspflicht für Prostituierte in 44 AIDS/STD-Beratungsstellen hatten, eine Anonymität für diesen Personenkreis also nicht bestand, verzichteten wir an dieser Stelle auf eine zahlenmäßige Darstellung der Klientel und stellen ausschließlich die Einschätzungen der Beratungseinrichtungen dar. Die am häufigsten genannten Gründe für eine Inanspruchnahme eines anonymen Angebots waren Prostitution bzw. der Besuch bei einer Prostituierten, gefolgt von Angst vor Stigmatisierung, Homosexualität, Minderjährigkeit, illegaler Drogengebrauch und schließlich Bisexualität.

Diagramm 39: Von Einrichtungen genannte Gründe für eine Inanspruchnahme anonymer Angebote



27 AIDS/STD-Beratungsstellen (28%) beobachteten eine Veränderung der Nachfrage nach anonymen Angeboten im ersten Halbjahr 2001, also nach der Einführung des IfSG. Insgesamt wird insbesondere von Einrichtungen, die mit Beginn des Jahres 2001 die Untersuchungspflicht für Prostituierte abschaffen mussten, immer wieder, so auch in diesem Zusammenhang, der Rückgang ihres prostitutionsspezifischen Klientels beklagt. Einige stellen aber dar, dass gleichzeitig zur sinkenden Zahl der Klient/innen die Nachfrage nach anonymen Angeboten steigt.

6.3 Aufsuchende Sozialarbeit

Ein Zugang für Ratsuchende zur AIDS oder STD- Beratung kann auf zwei Ebenen erfolgen. Zum einen kann durch entsprechende Öffentlichkeitsarbeit für die Beratungsstellen ein positives von der Bevölkerung akzeptiertes Profil geschaffen werden. Dies geschieht zum Thema AIDS durch die Aufklärungskampagnen der BZgA und wird ergänzt durch die Öffentlichkeitsarbeit der Einrichtungen vor Ort. Zum Thema AIDS ist dies weitgehend gelungen. In der Bevölkerung insgesamt gibt es sowohl ein verbreitetes Problembewusstsein und eine entsprechende Akzeptanz der AIDS-Beratungsstellen. Wir haben in diesem Bericht bereits an mehreren Stellen darauf hingewiesen.

Zum anderen können Zielgruppen in szenemäßigen Zusammenhängen direkt aufgesucht werden. Insbesondere die zielgruppenspezifische Reichweite der Angebote in der AIDS- und STD-Beratung ist auf die Schaffung spezifischer niedrigschwelliger Zugangsmöglichkeiten angewiesen. Die aufsuchende Sozialarbeit dient zum einen dem direkten Bekanntmachen der Angebote und zum anderen der Beratung zu AIDS und STDs im Rahmen der Prävention. Darüber hinaus können mittel- und längerfristig soziale Beziehungen zur Klientel aufgebaut werden, um Einzelnen die Inanspruchnahme von Beratung zu erleichtern und zwischen der Zielgruppe und der Beratungseinrichtung ein vertrauensvolles Klima zu schaffen. Aufsuchende Arbeit ist deshalb eine wichtige Methode zum Erreichen insbesondere solcher Menschen, die wegen ihrer sozialen Situation oder aus Angst vor Stigmatisierung sich scheuen, niedergelassene Ärzte/innen aufzusuchen und bei denen in Bezug auf AIDS und STDs risikoreiche Verhaltensweisen vermutet werden.

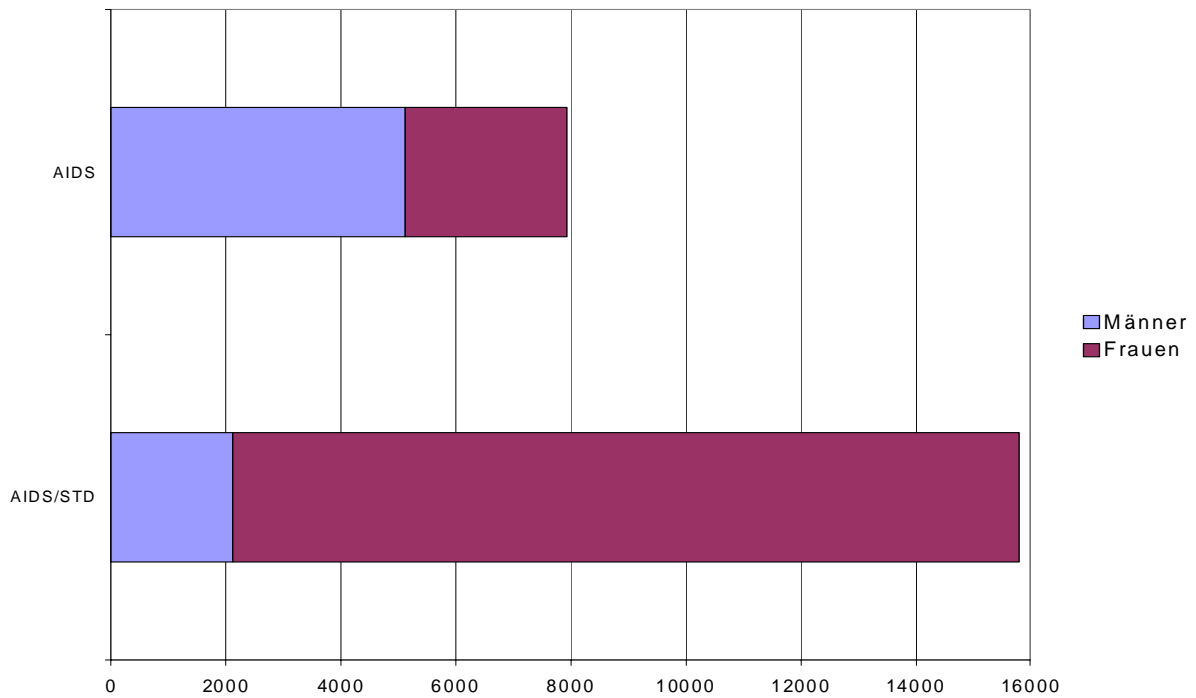
Aufsuchende Arbeit findet in 82 (fast 41%) der 202 befragten Beratungsstellen statt. Davon sind 50 AIDS/STD-Beratungsstellen, also 52% der befragten und 32 AIDS-Beratungsstellen, 30% der von uns insgesamt befragten. Aufsuchende Arbeit wird also in erster Linie in den AIDS/STD-Beratungsstellen durchgeführt, wir haben an mehreren Stellen in diesem Bericht bereits darauf hingewiesen⁴⁶. Mit der Einführung des IfSG veränderten insbesondere Einrichtungen, die bisher mit einer Untersuchungspflicht für Prostituierte gearbeitet haben, ihr Angebot. In acht Beratungsstellen wurde aufsuchende Arbeit eingeführt und in 13 die bereits vorhandene aufsuchende Arbeit erweitert.

6.3.1 Erreichte Klientel

Im AIDS/STD-Bereich wurden im Rahmen der aufsuchenden Sozialarbeit im Jahr 2000 15.787 Personen erreicht, davon 13.685 Frauen und 2.102 Männer. Von den AIDS-Beratungsstellen wurden 7.939 Klienten/innen erreicht. Hier sind es mehr Männer (5.125 Klienten) als Frauen (2.814 Klientinnen).

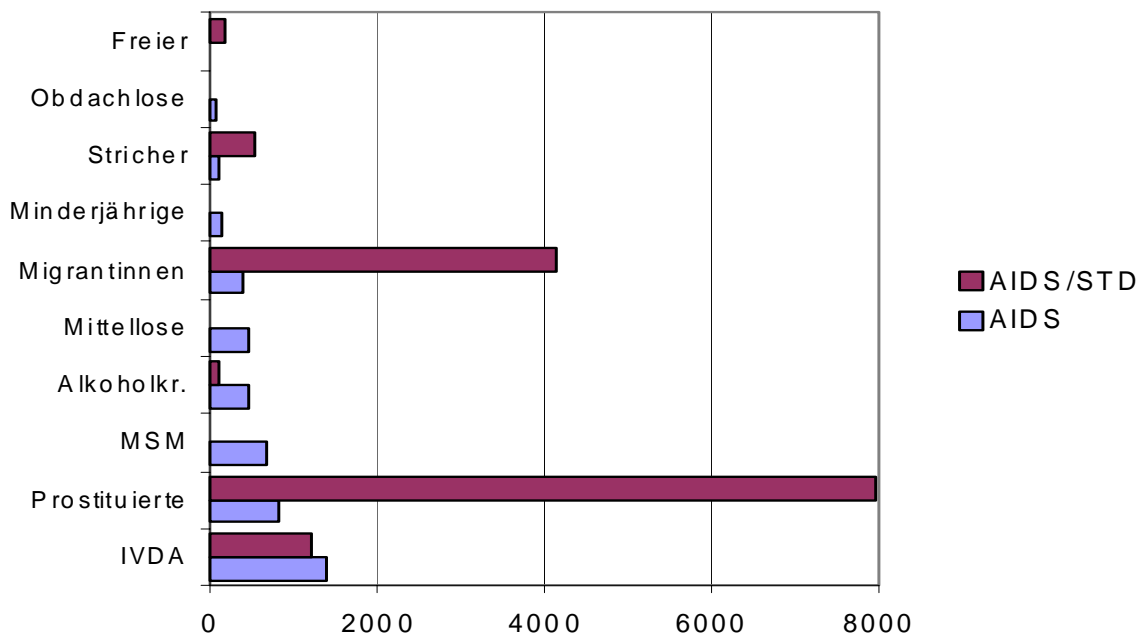
⁴⁶ siehe u.a. Punkt 6.3.1: Erreichte Klientel.

Diagramm 40: Erreichte Personen im Rahmen aufsuchender Sozialarbeit nach Geschlecht



Auch bei der Betrachtung der aufsuchenden Arbeit wird einer der hauptsächlichen Unterschiede zwischen der AIDS- und der AIDS/STD-Beratung in den Gesundheitsämtern deutlich: Die AIDS/STD-Beratung konzentriert sich vornehmlich auf das Erreichen von weiblichen Prostituierten inklusive Migrantinnen in der Prostitution, also auf ihre spezifische Klientel.

Diagramm 41: Im Rahmen aufsuchender Arbeit erreichte Zielgruppen



Aber auch Drogengebraucher/innen, Stricher und Freier werden von einigen AIDS/STD-Beratungsstellen im Rahmen aufsuchender Arbeit erreicht.

Die AIDS-Beratungsstellen führen insgesamt viel weniger aufsuchende Arbeit durch und erreichen deshalb erwartungsgemäß im Rahmen dieser Arbeit weniger Personen. Drogengebraucher/innen, MSM und Prostituierte sind die hauptsächlichen Zielgruppen.

6.4 Sonstige Angebote

In diesem Kapitel behandeln wir zusammenfassend weitere sonstige Angebote in den AIDS- und STD-Beratungseinrichtungen der Gesundheitsämter⁴⁷. Diese sonstigen Angebote gehen zwar häufig über die zentrale Aufgabe der AIDS/ STD-Prävention hinaus, sind aber mit dieser eng verbunden und keineswegs marginal. „Präventionsmaßnahmen können sich sowohl auf das Verhalten von Individuen und Gruppen (Verhaltensprävention) als auch auf Veränderungen der biologischen, technischen oder sozialen Umwelt (Verhältnisprävention) beziehen⁴⁸“. Insbesondere die Einbeziehung von Personen, die aufgrund ihrer sozialen Situation oder befürchteter Stigmatisierung nur schwer zu erreichen sind, erfordert einen ganzheitlichen Ansatz. Diese können häufig bei über eine AIDS/STD-Prävention hinausgehendem Beratungsbedarf nicht einfach weiterverwiesen werden, da sie nur im Schutz des aufgebauten Vertrauensverhältnisses einer Beratung gegenüber aufgeschlossen sind.

6.4.1 Beratung und Betreuung

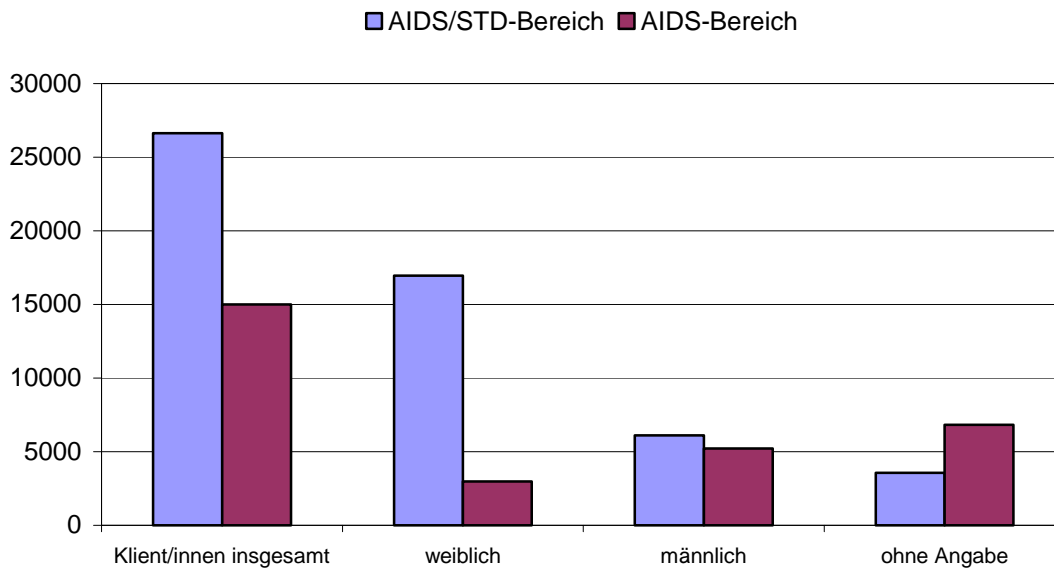
Psychosoziale Beratung und Betreuung haben deshalb einen wichtigen Stellenwert im Rahmen der Arbeit der AIDS- und STD-Beratungsstellen. Sie werden in 71% also 68 der AIDS/STD-Einrichtungen und in 72% der AIDS-Beratungsstellen (76 Einrichtungen) angeboten. Leider konnten nicht alle befragten Beratungsstellen Auskunft darüber geben, wie viele Personen psychosoziale Beratung und Begleitung im Jahr 2000 in Anspruch genommen haben. Wir erhielten Auskunft darüber von 59 Beratungsstellen aus dem AIDS/STD-Bereich und von 55 aus dem AIDS-Bereich, das entspricht 87% bzw. 72% der Einrichtungen, die ein solches Angebot vorhalten. Der tatsächliche Umfang auch psychosozial beratener und betreuer Personen dürfte also eher größer sein, als im folgenden dargestellt.

Im Jahr 2000 wurden insgesamt 41.647 Personen auch psychosozial beraten und begleitet, ca. 28% der gesamten Klientel. Im AIDS/STD-Bereich waren dies 26.638 Klienten/innen, darunter 16.948 Frauen, 6.116 Männer sowie 3.574 Personen ohne Geschlechtsangabe. In den AIDS-Beratungsstellen wurden im gleichen Zeitraum erheblich weniger Klienten/innen, nämlich insgesamt 15.009, davon 2.969 Frauen, 5.218 Männer und 6.822 ohne Angabe des Geschlechts, in Rahmen psychosozialer Beratung und Begleitung erreicht.

⁴⁷ insbesondere im in diesem Bereich unterscheiden sich die Einrichtungen sehr stark. Wir bitten um Nachsicht, dass wir nur Angebote darstellen können, die eine größere Anzahl von Einrichtungen anbieten.

⁴⁸ Schwarz (2000) S. 153.

Diagramm 42: Psychosoziale Beratung und Begleitung (Anzahl der Personen nach Geschlecht)



Psychosoziale Beratung und Begleitung wird also in beiden Einrichtungstypen durchgeführt, ist aber überwiegend eine Domäne der AIDS/STD-Beratungseinrichtungen.

6.4.2 Beratungsangebote im Einzelnen

- Sozialberatung

Am häufigsten wird in 59 AIDS/STD-Beratungsstellen (62%) soziale Beratung angeboten, davon in 43 Einrichtungen (45%) z.T. auch anonym und in 50%, also 48 Beratungsstellen, kostenlos. Längerfristige soziale Beratungen mit mehr als fünf Kontakten finden in 40 AIDS/STD-Einrichtungen (42%) statt.

Im AIDS-Bereich steht die soziale Beratung an zweiter Stelle. Hier bieten 62 Beratungsstellen (59%) soziale Beratungen an. In 41 Einrichtungen (39%) ist die Inanspruchnahme anonym möglich, in 47 (44%) kostenlos. Soziale Beratungen mit mehr als fünf Kontakten bieten 35 AIDS-Beratungsstellen (33%) an.

- Sexualberatung

Am zweithäufigsten wird im AIDS/STD-Bereich Sexualberatung angeboten, nämlich in 52 Beratungsstellen (54%), davon in 39 Einrichtungen (41%) anonym und in 40 (42%) kostenlos. Längerfristige Sexualberatungen sind in 16 Beratungsstellen (17%) möglich.

AIDS-Beratungsstellen bieten zu 56% (59 Stellen) Sexualberatung an und damit steht dieser Arbeitsschwerpunkt an dritter Stelle im Beratungsangebot. In 48 Einrichtungen (45%) ist dieses Angebot anonym und in 49 Stellen (46%) kostenlos. Sexualberatungen mit mehr als fünf Klienten/innenkontakten werden in 20 AIDS-Beratungsstellen (19%) angeboten.

- Beratung zu AIDS-Phobie⁴⁹

Beratungen zu AIDS-Phobie werden in 66 der AIDS-Beratungsstellen (62%) und damit am häufigsten in diesem Bereich angeboten. In 50 AIDS/STD-Einrichtungen (52%) ist dieses Angebot ebenfalls etabliert und steht insgesamt an dritter Stelle des gesamten Beratungsangebots. In 52 AIDS-Beratungsstellen (49%) wird dieses Angebot anonym vorgehalten und ist in 53 Einrichtungen (50%) ebenfalls kostenlos. Längerfristige AIDS-Phobie Beratung ist in 30 Stellen (28%) möglich.

Im AIDS/STD-Bereich bieten 40 Beratungsstellen (42%) anonyme und kostenlose Beratung zu diesem Thema an, längerfristig in 21 Einrichtungen (22%).

- Psychologische Beratung

Am viert häufigsten wird in beiden Bereichen psychologische Beratung angeboten. 26 AIDS/STD-Beratungsstellen (27%) halten ein entsprechendes Angebot vor, davon 16 Einrichtungen (17%) auch anonym und 19 (20%) kostenlos. Längerfristige psychologische Beratung kann in 13 Beratungseinrichtungen (14%) in Anspruch genommen werden. Im AIDS-Bereich halten 42 Beratungsstellen (40%) dieses Angebot vor, davon in 31 Fällen (29%) auch anonym und in 35 (33%) kostenlos. Längerfristige Angebote gibt es in 24 Einrichtungen (23%).

- Schuldenberatung

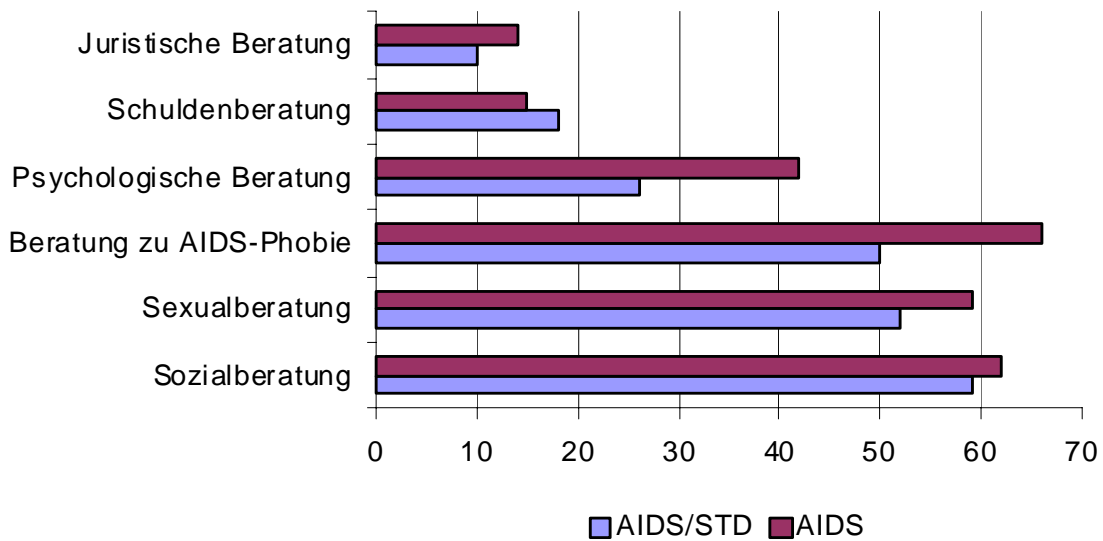
Schuldenberatung finden wir in 18 AIDS/STD-Beratungsstellen (19%) und in 15 AIDS-Beratungseinrichtungen (14%). Dieses Angebot ist im AIDS/STD-Bereich zu 9% (neun Beratungsstellen) anonym und in 17% (16 Beratungsstellen) kostenlos. Nur neun Einrichtungen (9%) sind in der Lage eine längerfristige Schuldenberatung durchzuführen. In den AIDS-Beratungsstellen ist dieses Angebot zu 8% (acht Beratungsstellen) anonym und zu 11% (12 Beratungsstellen) kostenlos. Längerfristig wird eine Schuldenberatung in fünf Einrichtungen (5%) vorgehalten.

- Juristische Beratung

Durchgeführt werden diese Beratungen von Rechtsanwält/inn/en, die über Honorar beschäftigt werden. Juristische Beratung wird relativ selten angeboten, nur in 10 AIDS/STD-Beratungsstellen (14%) und in 14 AIDS-Beratungsstellen (13%). 10 AIDS/STD-Einrichtungen (10%) bieten diese anonym an und 19 (17%) kostenlos. Längerfristige Angebote finden wir in 13 Beratungsstellen (14%). Im AIDS-Bereich wird ein entsprechendes Angebot in 14 Einrichtungen (13%) gemacht, davon in acht (8%) anonym, in 11 (10%) kostenlos und in sechs Beratungsstellen (6%) auch längerfristig.

⁴⁹ Unter AIDS-Phobie versteht man eine übergroße Angst vor Ansteckung, die das Leben maßgeblich beeinflussen kann. Personen mit solchen Ängsten suchen immer wieder Beratungsstellen auf, weil sie sich testen lassen wollen.

Diagramm 43: Sonstige Beratungsangebote nach Einrichtungen



Insbesondere Sozialberatung, Sexualberatung und Beratung zum Thema AIDS-Phobie wird in fast 70% der Einrichtungen angeboten und ist damit in diesem Bereich gut vertreten. Jedoch sind die Mehrzahl der Angebote einmalige Beratungen, nur wenige Einrichtungen sind in der Lage, eine solche Beratung auch längerfristig durchzuführen, was in einer schwierigen sozialen oder und psychischen Situation durchaus erforderlich sein kann. Auch sind diese Angebote nicht immer anonym möglich und auch nicht immer kostenlos.

6.4.3 Betreuung

Über eine Beratung hinausgehende psychosoziale Betreuungsangebote können im Rahmen von HIV- und STD-Prävention relevant sein, wenn sie Problemlagen spezieller Zielgruppen aufgreifen, die mit HIV/AIDS und/oder STDs assoziiert sind. Darüber hinaus existieren für einige Themen, wie beispielsweise „Ausstieg aus der Prostitution“ nur wenige spezialisierte Einrichtungen, an die Klienten/innen mit entsprechender Problematik überhaupt weitervermittelt werden können. Insbesondere im AIDS/STD-Bereich haben sich Einrichtungen gewissermaßen notgedrungen auch auf solche häufig die personellen Ressourcen überstrapazierenden Betreuungsangebote spezialisiert, da regional entsprechende Angebote fehlten.

- Betreuungsangebote in den AIDS/STD-Beratungsstellen

Eine psychosoziale Betreuung im AIDS/STD-Bereich wird hauptsächlich für mit dem Themenkreis „Prostitution“ in Verbindung stehende Probleme angeboten. Fast die Hälfte (49%) der befragten AIDS/STD-Beratungsstellen, nämlich 47, halten ein solches Angebot vor. Ca. 30% (29 Einrichtungen) machen in diesem Zusammenhang auch anonyme Angebote, in 37 Beratungsstellen (39%) kann eine Betreuung auch kostenlos in Anspruch genommen werden. Eine längerfristige Betreuung (mindestens 5 Betreuungstermine) ist in 34 Einrichtungen (35%) möglich.

39 AIDS/STD-Beratungsstellen (40%) bieten speziell eine Ausstiegsbegleitung für Frauen an, die aus der Prostitution aussteigen wollen. Im Zusammenhang mit einem solchen Ausstiegswunsch stellen sich häufig soziale und psychische Probleme, die die betroffenen Frauen allein nicht lösen können. Wir haben 1997 eine Studie zu dieser Problematik vorgelegt⁵⁰. Dieses

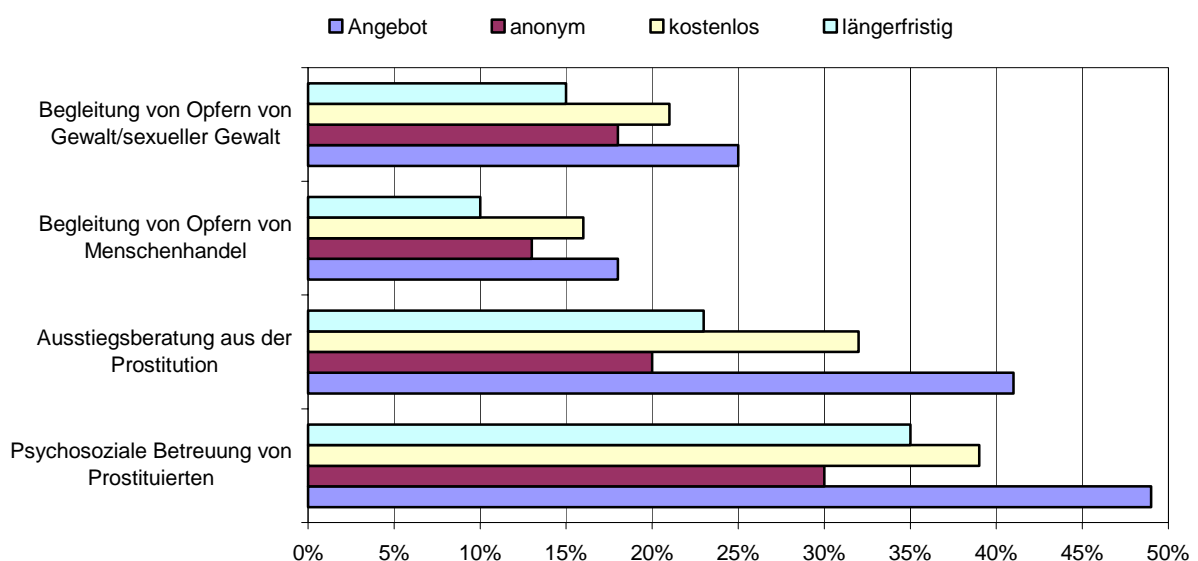
⁵⁰ siehe hierzu Leopold/Steffan (1997).

Angebot ist 19 Einrichtungen (20%) anonym, in 31 Einrichtungen (32%) kostenlos und in 22 (23%) auch langfristig möglich.

Opfer von Menschenhandel werden in 17 AIDS/STD-Beratungsstellen (18%) betreut. In 12 Beratungseinrichtungen (13%) kann dieses Angebot auch anonym und in 15 (13%) kostenlos wahrgenommen werden. Längerfristige Betreuung von Opfern von Menschenhandel wird in 10 Beratungsstellen (10%) angeboten.

24 AIDS/STD-Einrichtungen begleiten auch Opfer von Gewalt und sexuellem Missbrauch. Dabei ist dieses Angebot zu 18% anonym (in 17 Beratungsstellen) und zu 21% (in 20 Beratungseinrichtungen) kostenlos. Ein längerfristiges Angebot zu diesem Arbeitsschwerpunkt halten 14 Beratungsstellen (15%) vor.

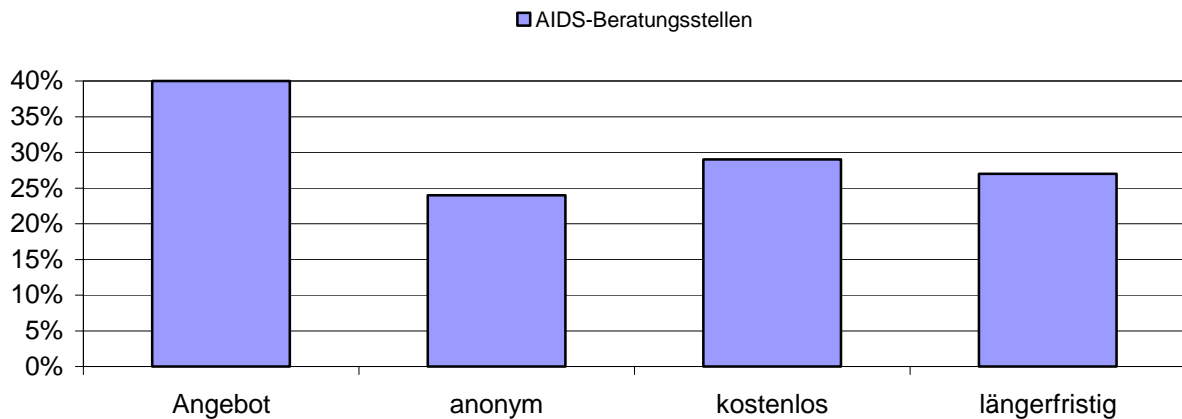
Diagramm 44: Betreuungsangebote im AIDS/STD-Bereich nach Einrichtungen



- Betreuungsangebote in den AIDS-Beratungsstellen

Im AIDS-Bereich bieten 42 AIDS-Beratungsstellen (40%) auch eine psychosoziale Betreuung insbesondere aber nicht nur für HIV-Infizierte an. Dabei kann das Angebot in 25 Einrichtungen (24%) anonym wahrgenommen werden, in 31 Beratungsstellen (29%) ist es kostenlos. Eine längerfristige Betreuung ist in 29 Beratungseinrichtungen (27%) möglich.

Diagramm 45: Betreuungsangebot im AIDS-Bereich nach Einrichtungen



Insgesamt wird also in den AIDS/STD-Beratungsstellen ein umfangreicheres Betreuungsangebot gemacht als in der AIDS-Beratung. Dieses umfangreichere Betreuungsangebot ist allerdings fast ausschließlich auf Probleme im Zusammenhang mit Prostitution konzentriert. HIV-Infizierte und auch AIDS-Kranke und deren Angehörige werden dagegen überwiegend von AIDS-Beratungsstellen auch längerfristig betreut.

6.4.4 Veranstaltungen außerhalb der Einrichtungen im Rahmen von Primärprävention und Multiplikatoren/innenschulungen

Veranstaltungen im Rahmen von Primärprävention werden in erster Linie von AIDS-Beratungseinrichtungen angeboten. Dabei steht die Arbeit mit Jugendlichen und Schülern im Vordergrund.

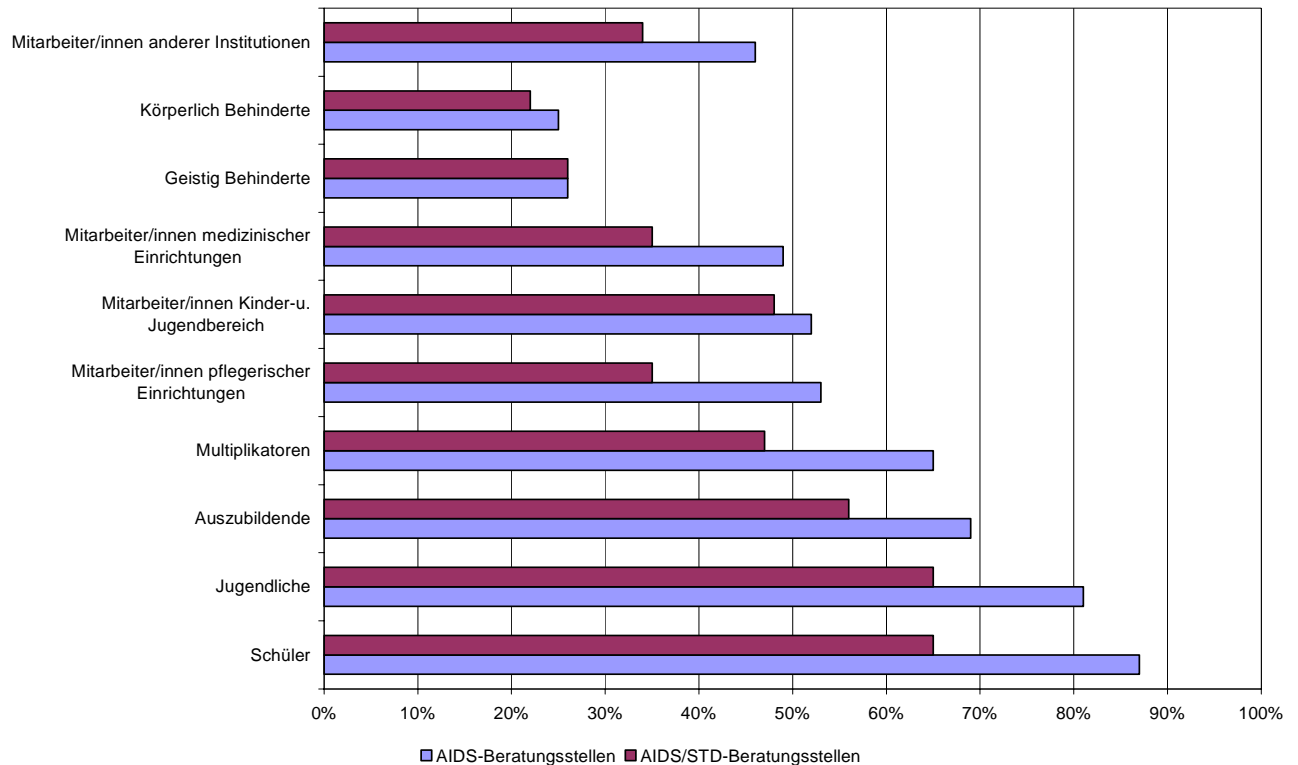
Von den AIDS-Beratungsstellen bieten 87% Primärprävention für Schüler, 81% für Jugendliche und 69% für Auszubildende an. Im AIDS/STD-Bereich machen 68% primärpräventive Angebote für Schüler, 65% für Jugendliche und 56% für Auszubildende.

Des Weiteren wenden sich 65% der AIDS-Einrichtungen an Multiplikatoren/innen, 53% an Mitarbeiter/innen pflegerischer Einrichtungen und 52% an Mitarbeiter/innen im Kinder- und Jugendbereich gefolgt von 49%, die Angebote für Beschäftigte in medizinischen Einrichtungen machen.

48% der AIDS/STD-Beratungsstellen bieten Primärprävention für Mitarbeiter/innen im Kinder- und Jugendbereich an, 47% für Multiplikatoren/innen sowie jeweils 35% für Mitarbeiter/innen medizinischer und pflegerischer Einrichtungen.

Auch im Behindertenbereich werden Präventionsangebote vorgehalten, gut ein Viertel aller befragten AIDS-Einrichtungen machen Angebote für körperlich und geistig behinderte Menschen. Von den AIDS/STD-Beratungsstellen wenden sich 26% an geistig behinderte und 22% an körperlich behinderte Menschen. Mitarbeiter/innen anderer Institutionen wurden von 46% der AIDS-Beratungsstellen und 34% der AIDS/STD-Beratungsstellen im Rahmen von Primärprävention erreicht.

Diagramm 46: Angebote im Rahmen von Primärprävention und Multiplikator/ innenschulungen nach Einrichtungen

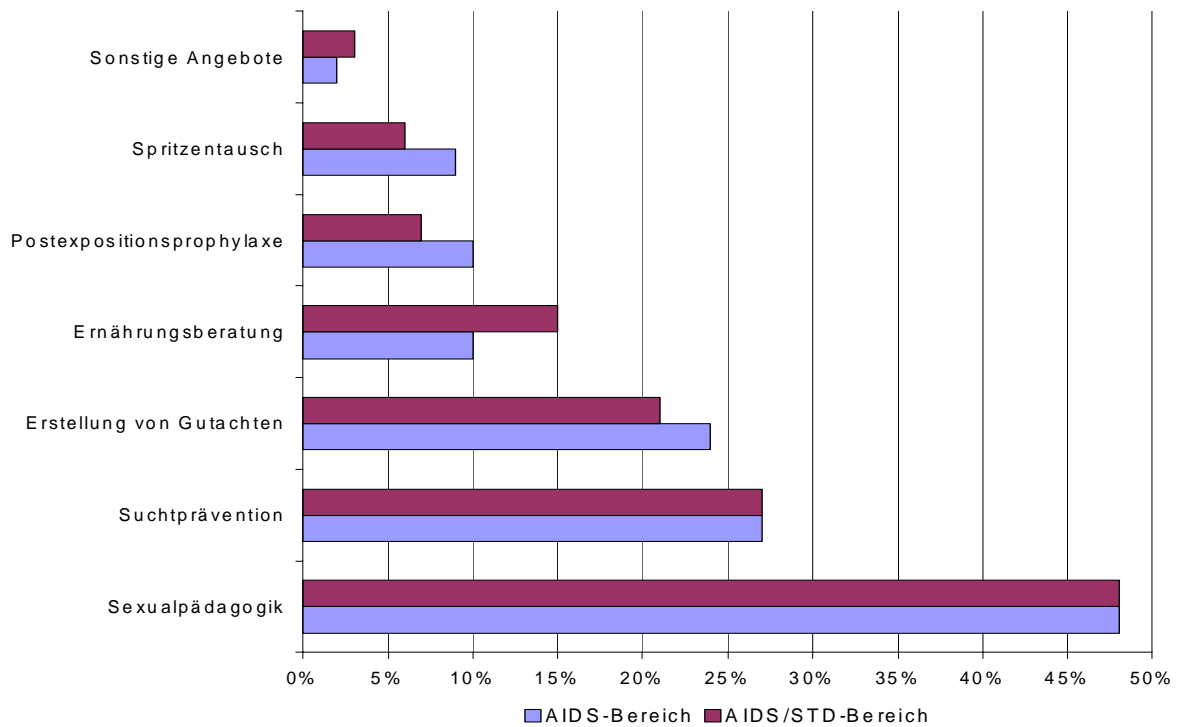


14% der AIDS/STD-Einrichtungen machen Angebote für weitere Zielgruppen, dabei wurden Allgemeinbevölkerung, Insassen von Justizvollzugsanstalten, Asylbewerber, Studenten/innen, Migranten/innen, Kraftfahrer, Grenzgänger und Besucher von Volkshochschulen genannt.

6.4.5 Weitere spezifische Angebote und Aufgaben

Sexualpädagogik und Suchtprävention werden in beiden Bereichen gleich häufig, jeweils von 48% bzw. 27% der befragten Einrichtungen angeboten. Die Erstellung von Gutachten erfolgt in 24% der AIDS- und in 21% der AIDS/STD-Beratungsstellen. Das Angebot einer Ernährungsberatung machen 10% der AIDS-Einrichtungen und immerhin 15% der AIDS/STD-Beratungsstellen. Eine Postexpositionsprophylaxe halten 10% der AIDS-Einrichtungen und 7% der AIDS/STD-Beratungsstellen vor, und am Spritzentausch sind 9% der befragten Stellen im AIDS-Bereich und 6% im AIDS/STD-Bereich beteiligt.

Diagramm 47: Weitere spezifische Angebote und Aufgaben nach Einrichtungen



6.4.6 Öffentlichkeitsarbeit, Informationsmaterial und Expert/innen-schulungen

Im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit sind 83% der AIDS- und 76% der AIDS/STD-Beratungsstellen aktiv. Eigenes Informationsmaterial erstellen 43% der Einrichtungen aus dem AIDS-Bereich und 50% aus dem AIDS/STD-Bereich. Schulungs- und Qualifizierungsmaßnahmen für Experten/innen werden von 28% der AIDS- und von 22% der AIDS/STD-Beratungsstellen angeboten. Generelle Koordinationsaufgaben übernehmen 58% der AIDS-Einrichtungen und 43% der AIDS/STD-Beratungsstellen.

7. Inanspruchnahme von Fortbildungsmaßnahmen durch Mitarbeiter/innen und geschätzter Qualifizierungsbedarf

Insbesondere ein Bereich, der sich so stark im Wandel befindet, erfordert auch kontinuierliche Qualifizierungsanstrengungen von allen Beschäftigten. Im Rahmen des „Großmodells Gesundheitsämter–AIDS“ konnten Ende der 80er Jahre umfangreiche und begleitende Qualifizierungsmaßnahmen vom BMG durchgeführt werden. Im Anschluss daran oblag auch diese wichtige Aufgabe im wesentlichen den Ländern (z.B. Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen, Landesgesundheitsämter) und Kommunen.

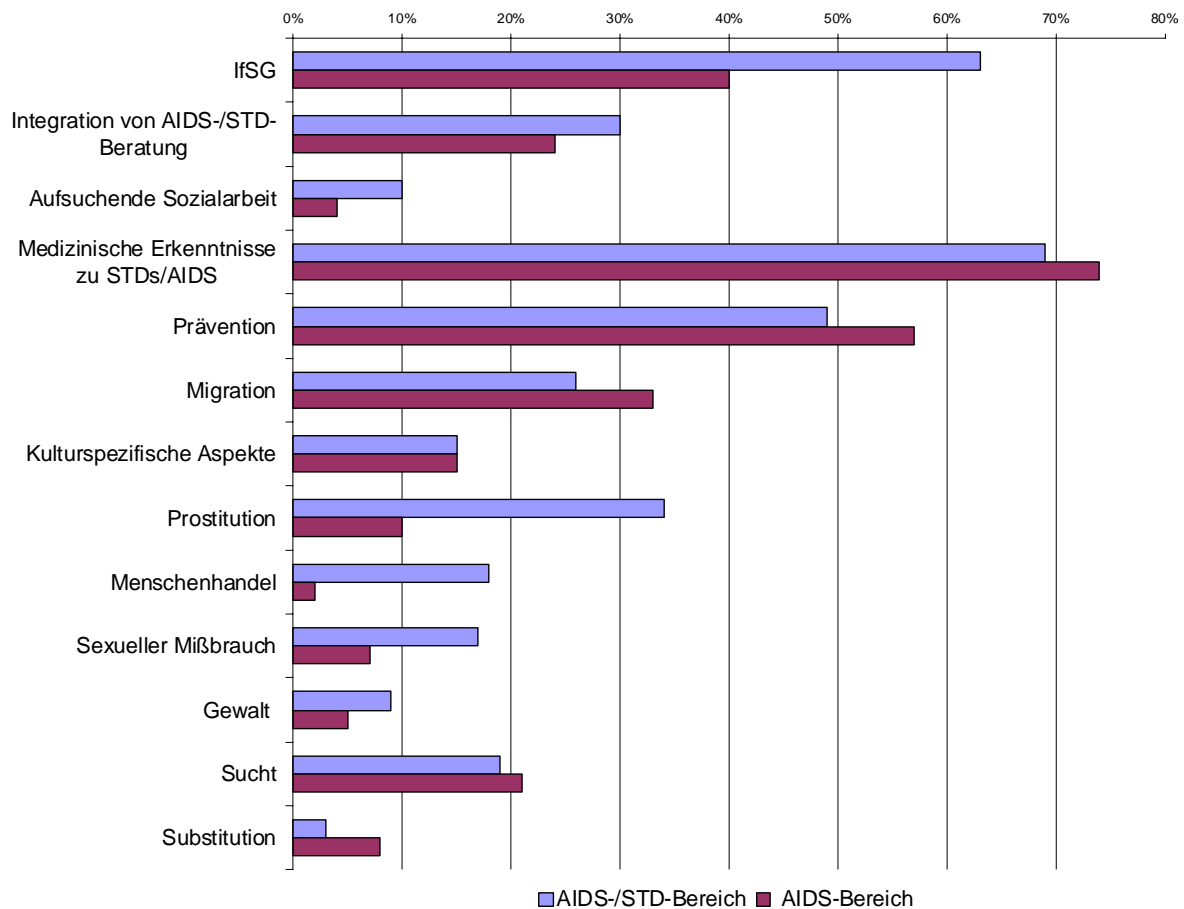
7.1. Inanspruchnahme von Qualifizierungsmaßnahmen

In diesem Zusammenhang interessierte uns die Inanspruchnahme von Qualifizierungsmaßnahmen durch die Mitarbeiter/innen in den von uns befragten Einrichtungen. Wir fragten zu welchen Themen Qualifizierungsangebote im Jahr 2000 wahrgenommen wurden. Ärzte/innen und Sozialarbeiter/innen, die beiden größten in den Beratungsstellen vertretenen Berufsgruppen, besuchen im Durchschnitt ca. 3 Qualifizierungsmaßnahmen pro Jahr. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern oder der Lage sind hier so minimal, dass wir auf eine detailliertere Darstellung verzichten können. Andere Berufsgruppen sind weit weniger an Qualifizierungsmaßnahmen beteiligt, sie sind aber auch nicht überall vertreten. Über 70% (141 Einrichtungen) der Gesundheitsämter unterstützten die Qualifizierung ihrer Mitarbeiter/innen, z.T. auch finanziell. Hier existieren ebenfalls kaum Unterschiede zwischen Metropole, Großstadt, Stadt und Landkreis oder Bundesländern. Trotzdem setzten die meisten darüber hinaus eigene Mittel für ihre Qualifizierung ein, Ärzte/innen im Schnitt 675 DM pro Jahr und Sozialarbeiter/innen durchschnittlich 525 DM⁵¹.

Die Themenpalette der wahrgenommenen Qualifizierungsmaßnahmen ist insgesamt sehr breit und vielfältig, folgt aber in wesentlichen Bereichen der bisherigen zielgruppenspezifischen Ausrichtung der Einrichtungen. Im folgenden stellen wir deshalb diese Qualifizierungsmaßnahmen in zwei Gruppen dar. Aufgrund der zu diesem Zeitpunkt anstehenden Implementation des IfSG interessierte uns natürlich insbesondere, in welchem Umfang Qualifizierungsmaßnahmen hierzu wahrgenommen wurden.

⁵¹ Da die Befragung sich auf das Jahr 2000 bezieht, geben wir die Werte in DM an.

Diagramm 48: Im Jahr 2000 in Anspruch genommene Qualifizierungsmaßnahmen



Insbesondere Qualifizierungsmaßnahmen zum IfSG selbst wurden sehr viel häufiger von Mitarbeiter/innen aus AIDS/STD-Beratungseinrichtungen besucht. Insgesamt 63% dieser Einrichtungen (60) benannten dieses Thema. Hier kommt wahrscheinlich zum Ausdruck, dass die Einführung des IfSG direkte und konkrete Auswirkungen insbesondere auf die AIDS/STD-Beratungseinrichtungen hatte, in den AIDS-Beratungseinrichtungen die Arbeit aber bisher ohne besondere Veränderungen weitergeführt werden konnte⁵². Prävention allgemein (49% oder 47 Einrichtungen im AIDS/STD-Bereich und 57% oder 60 Einrichtungen im AIDS-Bereich) und medizinische Erkenntnisse zu STDs und AIDS werden allerdings von Mitarbeiter/innen beider Bereiche im hohen Maße frequentiert (69% oder 66 Einrichtungen im AIDS/STD-Bereich und 74% oder 78 Einrichtungen im AIDS-Bereich). Auch diese Maßnahmen können im Zusammenhang mit der Vorbereitung der Implementation des IfSG stehen.

Themen wie Aufsuchende Sozialarbeit (10%), Prostitution (34%), Menschenhandel (18%) und Sexueller Missbrauch (17%) werden erwartungsgemäß in erster Linie von AIDS/STD-Beratungseinrichtungen benannt, analog zur bisherigen Konzentration dieser Einrichtungen auf weibliche Prostituierte. Eine Ausnahme bildet das Thema „Migration“. Der Besuch dieser Maßnahme hat wohl eher mit einer gewünschten Orientierung auf bestimmte neu zu erreichende Zielgruppen zu tun, als mit der Struktur der tatsächlich erreichten Klientel⁵³. Erstaun-

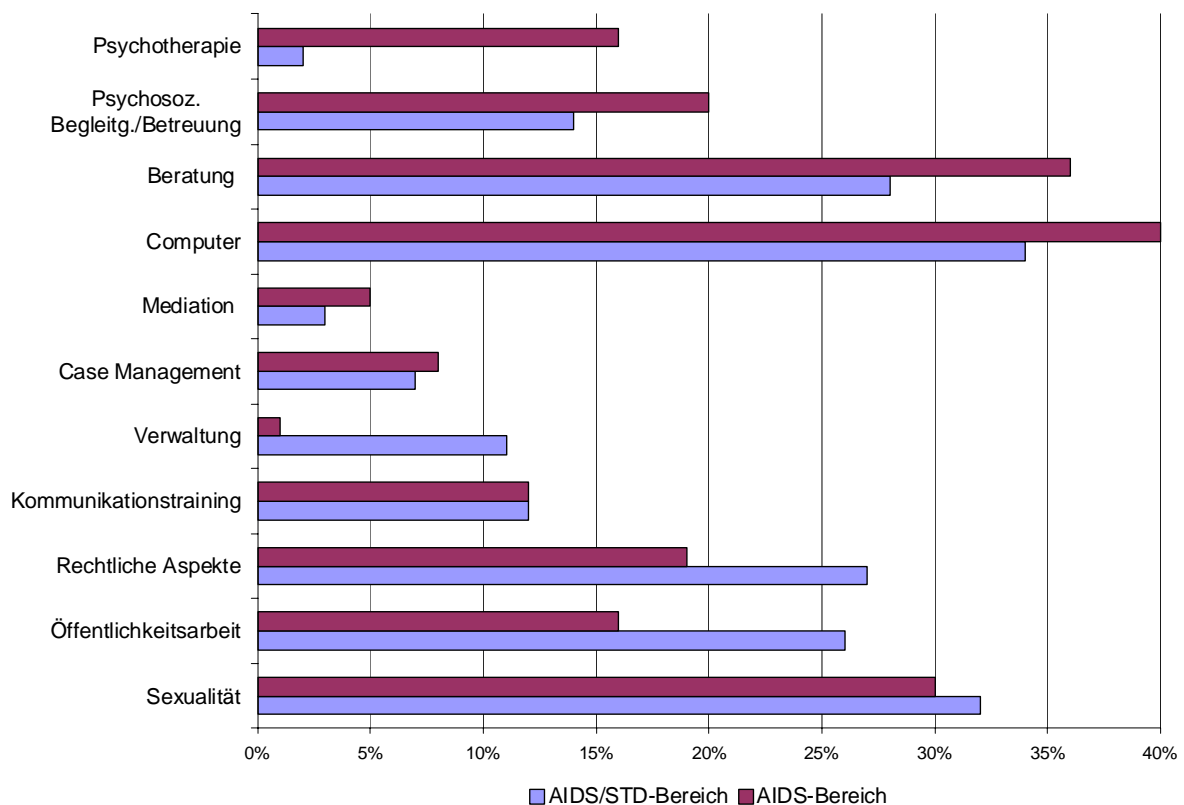
⁵² siehe hierzu auch P. (Veränderungen).

⁵³ siehe hierzu P. 5.3.: Zielgruppenorientierung.

licherweise nahmen nämlich mehr Beratungsstellen aus dem AIDS-Bereich (33% oder 35 Einrichtungen) Fortbildungsangebote zum Thema „Migration“ in Anspruch, als AIDS/STD-Beratungsstellen (26% oder 25 Einrichtungen), obwohl die letzteren sehr viel mehr Klientel mit migrationsspezifischem Hintergrund betreuen. Das Thema „Sucht“ wird gleichermaßen von beiden Einrichtungstypen benannt (AIDS/STD-Einrichtungen 19% und 21% der AIDS-Beratungsstellen) ebenso wie Angebote zu kulturspezifischen Aspekten (15%).

Zu allgemeineren Themen, die beide Arbeitsbereiche betreffen, wurden die Qualifizierungsangebote folgendermaßen in Anspruch genommen:

Diagramm 49: Inanspruchnahme weiterer Qualifizierungsangebote



Fortbildungen zu den Themen „Computer“ (40 bzw. 34%) und „Beratung“ (36% bzw. 28%) wurden von Einrichtungen aus beiden Bereichen häufig besucht.

Das besondere Interesse an Themen wie Beratung, psychosoziale Begleitung/Betreuung, Psychotherapie, Case Management und Psychotherapie belegt ein weiteres Mal, dass AIDS-Beratungsstellen eher an allgemeinen Themen interessiert sind, gemäß ihrer stärkeren Ausrichtung auf die Allgemeinbevölkerung.

In den AIDS/STD-Beratungsstellen wurden Qualifizierungsangebote zu den Themen Sexualität, Öffentlichkeitsarbeit, rechtliche Aspekte, Kommunikationstraining und Verwaltung häufiger wahrgenommen als in den AIDS-Beratungsstellen. Im Bereich „Öffentlichkeitsarbeit“ bildeten sich Mitarbeiter/innen aus 26% der AIDS/STD-Beratungsstellen fort, hingegen nur aus 16% der AIDS-Beratungsstellen. Im Rahmen der Einführung des IfSG sind Einrichtungen, die auch den STD-Bereich abdecken, bestrebt, die Veränderungen im Angebotsprofil auch öffentlich bekannter zu machen. Dementsprechend erscheint das Qualifizierungsthema „Öffentlichkeitsarbeit“ besonders wichtig zu sein. Den Luxus, an Qualifizierungsmaßnahmen zum Thema „Verwaltung“ teilzunehmen, leisten sich offensichtlich fast ausschließlich Ein-

richtungen, die überhaupt über entsprechendes Personal im nennenswerten Umfang verfügen, also Einrichtungen aus dem AIDS/STD-Bereich⁵⁴.

Darüber hinaus wurden viele einzelne Themen benannt, von denen hier nur einige aufgelistet werden sollen: Gesundheitsförderung, Management im „Non Profit Bereich“, pädagogisch vermittelnde Methoden, Reisemedizin und Impfungen, überregionale Fachtreffen zu STDs, HIV und Menschenhandel, Fachtagung AIDS, Mädchenarbeit, Sponsoring/Fundraising und Sterbebegleitung.

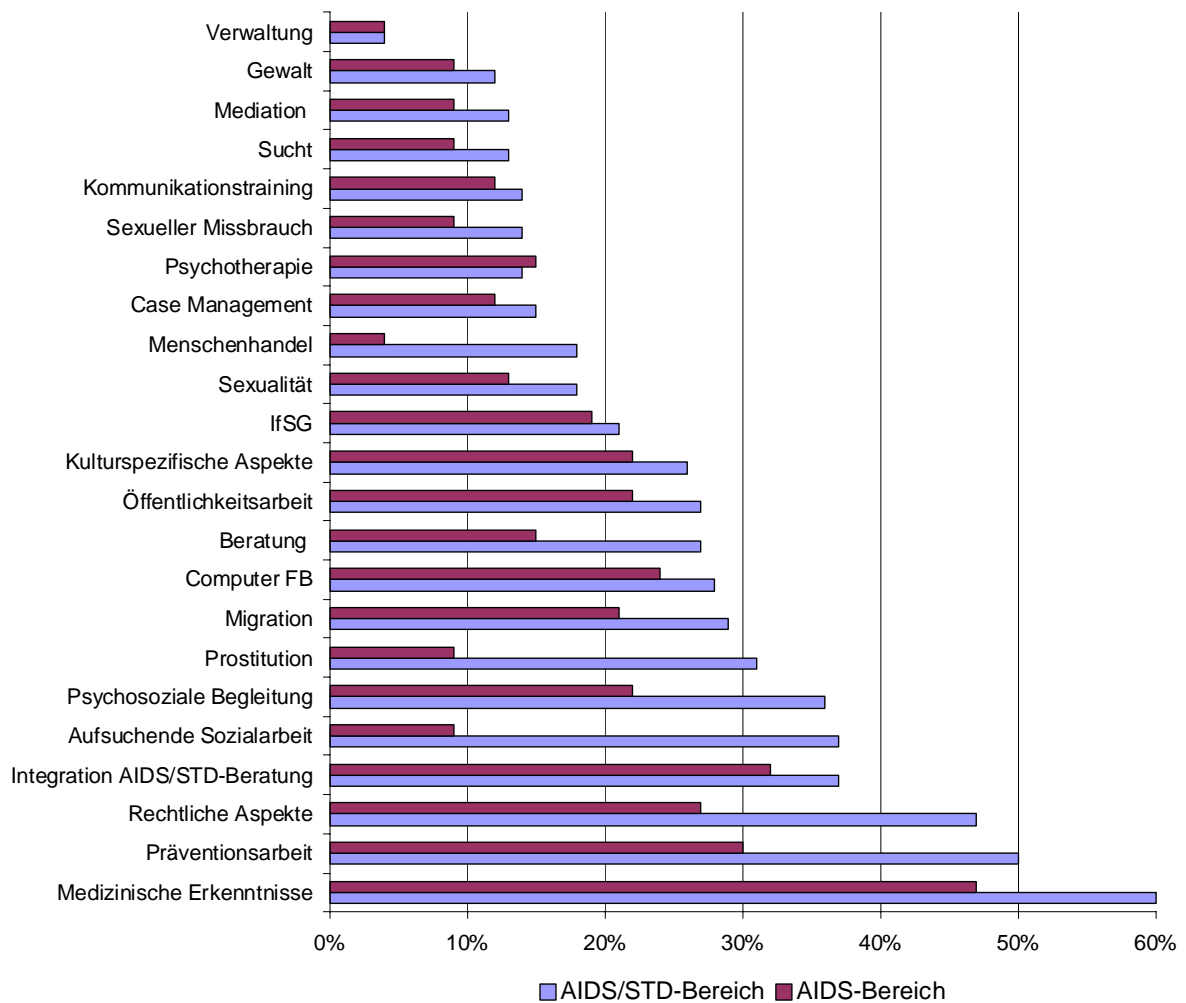
7.2 Qualifizierungsbedarf

Das Spektrum des von den Einrichtungen benannten Bedarfs an Qualifizierungsmaßnahmen ist genauso vielfältig und unterschiedlich, wie die bereits besuchten Qualifizierungsmaßnahmen. Insgesamt wird von den AIDS/STD-Einrichtungen ein größerer Qualifizierungsbedarf gesehen, als von den AIDS-Einrichtungen. Insbesondere Themen wie „Medizinische Erkenntnisse“, „Präventionsarbeit“, „Rechtliche Aspekte“ und „Integration AIDS/STD-Beratung“ wurden von beiden Einrichtungstypen vorrangig benannt, Themen also, die bereits bei den besuchten Qualifizierungsmaßnahmen die Liste des Rankings anführten.

Themen wie „Aufsuchende Sozialarbeit“, „Prostitution“ und „Menschenhandel“ sind in erster Linie für Einrichtungen des AIDS/STD-Bereichs von Interesse, hier ist also wieder das Muster des unterschiedlichen Angebotsprofils erkennbar.

⁵⁴ siehe hierzu Punkt 4.3 Personalausstattung und -veränderung.

Diagramm 50: Qualifizierungsbedarf nach Einrichtungen



Insgesamt sehen nur wenige Einrichtungen (5% also 10 Einrichtungen) keinen Qualifizierungsbedarf, jedoch dürfte es bei der Unterschiedlichkeit der genannten Themen und bei dem unterschiedlichen Verständnis der Mitarbeiter/innen der beiden Einrichtungstypen schwierig sein, ein gemeinsames, für alle gleichermaßen interessantes Qualifizierungsprogramm zu konzipieren und anzubieten.

8 Schlussfolgerungen und Gestaltungsvorschläge

Die AIDS- und STD-Beratungseinrichtungen der Gesundheitsämter in Deutschland erfüllen eine wichtige Aufgabe im Rahmen von Prävention, Diagnostik und Behandlung (nur STDs) von sexuell übertragbaren Erkrankungen. Das neue Infektionsschutzgesetz trägt dem Rechnung, indem es die Aufgaben der Gesundheitsämter in zwei Paragraphen (§§ 3 und 19) benennt und definiert. Jedoch bestehen zwischen der AIDS- und STD-Beratung in den Gesundheitsämtern große Unterschiede aufgrund unterschiedlicher historischer und rechtlicher Entwicklungen. Während die AIDS-Beratung und Diagnostik überall in Deutschland gleichermaßen anonym und kostenlos angeboten wird, bietet die STD-Beratung ein sehr uneinheitliches Bild. Noch bis Ende des Jahres 2000 wurde insbesondere in den südlichen Bundesländern in STD-Beratungsstellen fast ausschließlich Prostituierte betreut, die einer Untersuchungspflicht unterlagen. Das diagnostische Angebot ist nach wie vor sehr uneinheitlich und beschränkt sich z.T. auf wenige Erkrankungen. Behandlungen werden bisher nur in einigen Metropolen im nennenswerten Umfang angeboten.

Insgesamt stellen sich die AIDS- und STD-Beratungsstellen in bezug auf Angebotsprofil und erreichte Zielgruppen sehr uneinheitlich dar.

STD-Beratungsstellen erreichen ihre überwiegend aus weiblichen Prostituierten und Migrantinnen bestehende Klientel über direkte Zugänge wie beispielsweise Aufsuchende Sozialarbeit. Migrantinnen in der Prostitution wurden überwiegend von großstädtischen Einrichtungen ohne Untersuchungspflicht erreicht. Nicht nur Beratung, Diagnostik und Therapie (falls angeboten) ist überwiegend auf diese Klientel zugeschnitten, sondern auch darüber hinausgehende Angebote wie Beratung und (längerfristige) Betreuung. Dieses spezifische Klientel wird auch zu AIDS beraten und getestet. Die Allgemeinbevölkerung erreichen STD-Beratungsstellen erst in zweiter Linie.

In ca. jeder 15. Untersuchung wurde eine sexuell übertragbare Infektion ermittelt. Insgesamt 40% der von den in der vorliegenden Studie beteiligten Einrichtungen festgestellten positiven HIV-Antikörpertestergebnisse kamen ebenfalls aus den STD-Beratungseinrichtungen.

In den AIDS-Beratungsstellen überwiegt die Allgemeinbevölkerung, es sind sehr viel weniger Personen direkten Zielgruppen zuzuordnen. MSM, Reisende mit riskanten sexuellen Kontakten im Ausland, Migranten/innen (überwiegend männliche!) sind weitere aber eben sehr viel kleinere Zielgruppen, Überschneidungen zur Klientel der STD-Beratungsstellen scheint es kaum zu geben, Prostituierte sind in der AIDS-Beratung kaum vorhanden. Aufsuchende Arbeit wird in geringerem Umfang durchgeführt, darüber hinausgehende Angebote der Beratung und Betreuung stehen in erster Linie im Zusammenhang mit der Problematik einer HIV-Infektion/AIDS-Erkrankung und sind nicht einzelnen Zielgruppen zuzuordnen. Das Angebot ist immer anonym und fast immer kostenlos wahrzunehmen und im gesamten Bundesgebiet einheitlich. Jedoch wird nur selten auch zu STDs beraten. Im Gegensatz zu der Thematik der sexuell übertragbaren Erkrankungen ist das Thema AIDS in der Bevölkerung gut verankert. Personen, die befürchten, sich im Rahmen eines Sexualkontaktes infiziert haben zu können, suchen in erster Linie AIDS-Beratungsstellen auf. 60% der von den in der vorliegenden Studie beteiligten Einrichtungen festgestellten positiven HIV-Antikörpertests kommen aus den AIDS-Beratungseinrichtungen

Nach unserer Schätzung stammen insgesamt ca. 20% der im Jahr 2000 in Deutschland festgestellten HIV- Erstdiagnosen aus (überwiegend großstädtischen) Gesundheitsämtern. Bei einer

Reichweite pro Gesundheitsamt von im Durchschnitt 0,26% der Bevölkerung im jeweiligen Einzugsgebiet ist dies ein sehr gutes Ergebnis. Gesundheitsämter haben für die Problematik AIDS ein eindeutiges Profil. Im Gegensatz dazu sind andere sexuell übertragbare Erkrankungen in der Bevölkerung kaum bekannt, die Gesundheitsämter werden als STD-Beratungsstellen nicht im entsprechenden Maße wahrgenommen.

Mit der Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) wurde ein zeitgemäße rechtliche Grundlage für die Arbeit der Gesundheitsämter in diesem Bereich geschaffen, in der STD-Beratung ist die Veränderung deutlich sichtbar. Neben der Abschaffung der Untersuchungspflicht sind die erregerunabhängige Definition von sexuell übertragbaren Erkrankungen, die Wahrnehmung der Angebote auch anonym und kostenlos und die Behandlungsermächtigung in Einzelfällen die wichtigsten Neuerungen. Jedoch erweist sich insbesondere in Einrichtungen, die bis Ende des Jahres 2000 noch mit einer Untersuchungspflicht für Prostituierte gearbeitet haben, die Umgestaltung des Angebots als schwierig. Hier hat die neue Gesetzeslage die Arbeit in den Einrichtungen eher destabilisiert als beflügelt. Es mangelt an grundsätzlicher Personalausstattung in den Bereichen Medizin und Sozialarbeit, an entsprechenden Fortbildungen zur Einführung einer Diagnostik, die insbesondere die häufig vorkommenden STDs erkennen kann, an Beratungskonzepten und -standards und an Kenntnissen zu Methoden z.B. der aufsuchenden Sozialarbeit. Ohne öffentliche (auch kommunale) Unterstützung speziell dieser Einrichtungen wird eine zeitgemäße Umgestaltung nicht gelingen.

Gestaltungsvorschläge

Kurzfristig sind Beratungsangebote zu stabilisieren und Mitarbeiter/innen durch entsprechende Fortbildungsangebote zu schulen. Viele Kommunen sollten sich stärker zu ihrer Verantwortung für diesen Bereich bekennen. Eine entsprechende Unterstützung durch Länder und Bund könnte dabei helfen. So sollte beispielsweise die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von der BZgA durchgeführte Aufklärungskampagne auf die neuen Gegebenheiten hin weiterentwickelt werden.

Mittelfristig ist nach den vorliegenden Studienergebnissen eine Verbesserung der Kooperation von AIDS- und STD-Beratungseinrichtungen angeraten. Integrative Konzepte sollten breite Unterstützung finden, gemeinsame Beratungsstandards entwickelt werden. Die BZgA sollte dem Thema STDs in entsprechenden Präventionskampagnen mehr Raum geben, um die Bevölkerung mit dieser Thematik vertraut zu machen. Ein Kompetenznetz „Prävention“ könnte die wichtigen Akteure in diesem Bereich (Gesundheitsämter, nichtstaatliche Organisationen wie z.B. AIDS-Hilfen und Pro Familia, niedergelassene Fachärzte der Gynäkologie und Venerologie, Spezialkliniken sowie die BZgA) zusammenführen, um eine gemeinsame Strategie zu entwickeln.

Langfristig könnte grundsätzlich überprüft werden, ob nicht eine Integration der Angebote in ein Konzept zur sexuellen Gesundheit eine adäquate und zeitgemäße Entwicklung darstellt.

9. Kurzfassung

9.1 Einführung

Gesundheitsämter in Deutschland spielen eine wichtige aber aus unterschiedlichen Gründen häufig unterschätzte Rolle im Rahmen der Prävention von STDs und AIDS. Medizinische und sozialpädagogische Mitarbeiter/innen der ca. 400 Gesundheitsämter, die ein entsprechendes Angebot unterhalten, sind neben den AIDS-Hilfen oftmals die einzigen vor Ort, die Ratsuchende und Betroffene direkt und persönlich beraten, HIV-Antikörpertests durchführen und auch medizinisch, zumindest bei STDs, behandeln können. In den letzten Jahren waren Arbeitsfelder, Arbeitsweisen und Zielgruppen der AIDS- und STD-Präventionsarbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) einem starken Wandel unterworfen. Durch die Einführung des Infektionsschutzgesetzes zum 1.1.2001 sind außerdem die rechtlichen Grundlagen für diesen Bereich neu geregelt worden.

Empirische Studien zur Arbeit in diesem Bereich liegen zum großen Teil viele Jahre zurück, behandeln nur Ausschnitte oder sind so allgemein gehalten, dass sie die erforderlichen Erkenntnisse nicht abbilden können. Vor diesem Hintergrund führte die SPI-Forschung gGmbH mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit die vorliegende quantitative Vollerhebung in 398 Gesundheitsämtern in Deutschland durch.

9.2. Hintergrund

Die Bekämpfung der Immunschwächekrankheit AIDS stellte Mitte der 80er Jahre eine große gesundheitspolitische Herausforderung dar. Eine Herausforderung, die auf vielen Ebenen schnelle und wirksame Maßnahmen erforderte. Den Erfahrungen, die bereits in anderen Ländern (z.B. USA) vorlagen, wurde deshalb mit Einrichtung von unabhängigen AIDS-Beratungsstellen gefolgt. Um möglichst viele betroffene und gefährdete Menschen, die in erster Linie unter Homosexuellen und Drogengebern vermutet wurden, zu erreichen, war das Angebot von Anfang an auf Beratung und Betreuung fokussiert sowie anonym und kostenlos.

Die Aufgaben der Beratungsstellen für Geschlechtskrankheiten waren traditionell (bis zum Jahr 2001) durch gesetzliche Vorgaben bestimmt. Das überwiegend medizinisch ausgerichtete Angebotsprofil beschränkte sich größtenteils auf die Diagnose der im GeschlkrG benannten Infektionskrankheiten, damit verbundener Infektionsquellenforschung und Kontrolle, z.B. durch die Anordnung einer Untersuchungspflicht. Aufgrund der föderalen Struktur der Bundesrepublik Deutschland und den damit verbundenen gesetzgebenden Möglichkeiten auf Länderebene entwickelte sich insbesondere in den letzten 20 Jahren eine weit gefächerte und differenzierte Angebotsstruktur auch im STD-Bereich. Wobei in den nördlichen Bundesländern anonym und kostenlos wahrzunehmende Angebote ohne Untersuchungspflicht für Prostituierte überwogen, während die südlichen Bundesländer eher auf Kontrolle, Kommstrukturen und Untersuchungspflicht setzten.

Wir hatten also bis Ende des Jahres 2000 auf der einen Seite einheitlich strukturierte Angebote zur AIDS-Prävention, immer und überall anonym und kostenlos und auf der anderen Seite das breit gefächerte, sich in grundsätzlichen Auffassungen widersprechende Angebot im STD-Bereich. Vor diesem Hintergrund ist es "rückwirkend geradezu erstaunlich, dass es ge-

lungen ist, ohne aktuelle Vorbilder und ganz im Kontrast zur traditionellen Seuchenhygiene ein Präventionskonzept mehrheitsfähig zu machen, das auf dem Angebot anonymer Testberatung und -durchführung sowie den Methoden personalintensiver Kommunikation und staatlicher Unterstützung der Selbsthilfeansätze beruht".⁵⁵

9.3 Studiendesign

Aufgrund der dürftigen empirischen Datenlage zur AIDS- und STD-Prävention in den Gesundheitsämtern einerseits und der überschaubaren Anzahl an Institutionen andererseits führten wir auf Grundlage der Ergebnisse der Vorbefragung ("Expertise") eine Gesamterhebung mittels quantitativer Instrumente in 398 Gesundheitsämtern mit entsprechenden Angeboten durch. Grundlage dieses Verteilers bildete eine Liste der BZgA, die von uns mit Unterstützung einzelner Bundesländer aktualisiert wurde.

Ziel dieser Studie war die Schaffung einer verbesserten Datenbasis, die zum einen hilft, die gesundheitspolitischen Maßnahmen in der praktischen Umsetzung durch die Gesundheitsämter besser zu beurteilen und zum anderen die Grundlage für zukünftige Maßnahmen bietet.

Es wurden Daten in folgenden Bereichen erhoben:

- ◆ Personelle Ausstattung (medizinisch, psychosozial und administrativ)
- ◆ Räumliche Ausstattung (für medizinische Betreuung und psychosoziale Beratung)
- ◆ Angebotsprofil (medizinische Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten, psychosoziale Beratung und aufsuchende Arbeit, Zusammenhang von AIDS- und STD-Beratung)
- ◆ Arbeitsweise (Kontrollaufgaben, anonym, freiwillig und kostenlos wahrzunehmende Angebote, Perspektiven vor dem Hintergrund der Einführung des neuen IfSG)
- ◆ Anzahl sowie Struktur der Klientel (Allgemeinbevölkerung): Geschlecht, Alter, sexuelle Orientierung; im Zusammenhang mit Prostitution: Geschlecht, Alter, besondere Zielgruppen wie Migrantinnen, Stricher, Beschaffungsprostituierte, Freier, etc.
- ◆ Art und Umfang der personenbezogenen Leistungen für spezifische Zielgruppen (Medizinisch: Diagnostik, Therapie; Betreuung: (aufsuchende) Beratung und psychologische Unterstützung; Träger der Leistungen: Selbstzahler, Krankenkassen, Öffentliche Hand)
- ◆ Qualifizierungen der Mitarbeiter/innen sowie Qualifizierungswünsche
- ◆ Befunde (HIV/AIDS und sexuell übertragbare Erkrankungen)

Entwickelt wurden die Erhebungsinstrumente auf Grundlage der Ergebnisse der im Herbst 2000 durchgeführten Vorbefragung (Expertise). Struktur, Umfang und Aufbau der Fragebögen wurden außerdem mit einzelnen Experten und Expertinnen diskutiert.

Die Fragebögen wurden bis Anfang August 2001 an alle 398 uns bekannten AIDS- und/oder STD-Beratungsstellen in Gesundheitsämtern bundesweit verschickt. Die Rücksendung der Fragebögen sollte bis zum 30.09.2001 erfolgen, wurde aber aufgrund von Verzögerungen bis zum 30.11.2001 verlängert. Insgesamt erhielten wir 209 Fragebögen aus 174 Gesundheitsämtern. Die Daten der Fragebögen wurden eingegeben und bearbeitet (SPSS).

⁵⁵ Schmacke (1996) S. 38.

9.4 Auswertung

Die Rücklaufquote errechnet sich nach den beteiligten Gesundheitsämtern, sie entspricht ca. 44%, wobei die Rücklaufquote mit 46% in den alten Bundesländern wesentlich besser ausgefallen ist, als in den neuen Bundesländern (38%). In sieben Gesundheitsämtern gibt es kein Angebot zu AIDS und/oder STD, so dass die Angaben von 202 Beratungsstellen zur Auswertung gelangten. Repräsentativitätsvermindernde spezifischen Verzerrungen konnten nicht festgestellt werden.

Struktur der Beratungseinrichtungen

Bereits in der Vorbefragung im Herbst 2000 konnten wir feststellen dass, obwohl für die meisten der damals befragten 35 Gesundheitsämter eine Integration von AIDS- und STD-Beratung berichtet wurde, in den meisten Fällen diese „Integration“ nur formal bestand. Sowohl personell als auch beim Angebotsprofil und den erreichten Zielgruppen waren die Überschneidungen marginal. Unsere Hauptstudie bestätigt im wesentlichen diesen Befund. In einem guten Drittel (34%) der befragten Gesundheitsämter waren die Bereiche AIDS- und STD-Beratung in einer Beratungsstelle zusammengefasst, in zwei Dritteln der Beratungseinrichtungen hingegen nicht. 35% der Gesundheitsämter unterhielten eine von der STD-Beratung unabhängige AIDS-Beratungsstelle. In 43 Gesundheitsämtern (26%) war die Integration beider Bereiche nur formal erfolgt. Dieser Typus einer Beratungsstelle ist eindeutig ein „Alt“-Bundesländermodell, nur 2 der formal verbundenen Beratungsstellen befinden sich in den neuen Bundesländern. In 4% der Gesundheitsämter wird zur Zeit gar kein Angebot im AIDS- und/oder STD-Bereich (mehr) vorgehalten.

Reichweite der Angebote

Insbesondere die AIDS-Aufklärungskampagnen Ende der 80er trugen dazu bei, dass in erstaunlich kurzer Zeit die Mehrheit der Bevölkerung wusste, was AIDS ist und wie man sich schützen kann. In den repräsentativen telefongestützten Erhebungen zu „Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland“ werden Informationsstand, Schutzmotivation sowie Einstellung der Bevölkerung jährlich erfragt⁵⁶. Danach nutzen ca. 2% der Gesamtbevölkerung die Angebote der Gesundheitsämter, um sich fachlich beraten zu lassen.

Da wir in unserer Erhebung in erster Linie auf Anzahl und Zusammensetzung persönlich beratener Klientel Wert gelegt haben, ist eine direkte umfassende Einschätzung der Reichweite, die einen Vergleich mit den Daten der BZgA liefert, nicht möglich. Fokussiert man auf persönlich Beratene, so schwankt die Reichweite in den von uns befragten Einrichtungen zwischen 0,2% und 2,2 % der Bevölkerung (Mittelwert 0,26%) in den jeweiligen Einzugsgebieten. Mit 0,37% haben Einrichtungen in Städten (bis 100.000 Ew.) die größte Reichweite, gefolgt von Großstädten (bis 500.000 Ew.) und Metropolen ab 500.000 Ew. (beide ca. 0,26%). Die niedrigste Zahl wurde mit 0,17% aus den Beratungseinrichtungen aus Landkreisen berichtet, mit einer Streuung von 0,2% bis maximal 1%.

Lage der Beratungsstellen

Die Lage der einzelnen Beratungsstellen und damit verbundene Besonderheiten interessierten uns, weil diese einen Einfluss auf die Arbeitsweise und Zielgruppen der einzelnen Beratungsstellen vermuten lassen. Von den insgesamt 202 befragten Beratungsstellen⁵⁷ befanden sich 70 (35%) in einem Landkreis, 52 (26%) in einer Stadt, 65 (32%) in einer Großstadt und 15 (7%) in einer Metropole.

⁵⁶ siehe hierzu BZgA (Hg.) (2001).

⁵⁷ Im folgenden beziehen sich unsere Auswertungen auf die Gesamtheit der Beratungsstellen und nicht mehr auf die Anzahl der Gesundheitsämter.

Insgesamt 25 Beratungsstellen liegen in der Grenzregion zu Polen, Tschechien und der Schweiz, also an der EU – Außengrenze. Das Einzugsgebiet einiger Beratungsstellen grenzt an zwei Nachbarländer. Aber auch im Lande selbst bilden besondere strukturelle Merkmale Herausforderungen an die Präventions- und Betreuungsarbeit in den Gesundheitsämtern. Insbesondere das Vorhandensein vieler, meist alleinreisender Gäste (überwiegend Männer) bedeutet häufig Anreize für das Anbieten sexueller Dienstleistungen, da auch dieses „Gewerbe“ nach Angebot und Nachfrage funktioniert. Hier interessierten in erster Linie Häfen, Messestädte/Kongreßzentren, internationale Verkehrsknotenpunkte sowie Militärstützpunkte. Insgesamt 140 Beratungseinrichtungen nannten uns solche besonderen Bedingungen.

Personalausstattung und deren Veränderung in den letzten fünf Jahren

Neben geographischen und regionalen Besonderheiten ist das Angebotsprofil der Einrichtungen in hohem Maße von der Personalausstattung und -struktur abhängig. In den 202 befragten AIDS- und/oder STD-Beratungsstellen werden hauptsächlich folgende Berufsgruppen beschäftigt: Ärzte/innen, Krankenschwestern und Krankenpfleger, Arzthelfer/innen, Sozialarbeiter/innen, Psychologen/innen, Verwaltungsangestellte und Sprachmittlerinnen. Im Durchschnitt sind AIDS/STD Beratungsstellen mit 3,9 Stellen und 64 Wochenstunden pro Einrichtung besser ausgestattet, als AIDS-Beratungsstellen mit 2,6 Stellen und 41 Wochenstunden. Insgesamt gesehen verfügen AIDS/STD- Beratungseinrichtungen in Metropolen über die größten personellen Ressourcen. Die geringste Ausstattung wurde von Einrichtungen in kleinen Städten berichtet. Landkreise verfügen im STD-Bereich im Vergleich über eine etwas bessere Personalausstattung pro Einrichtung.

Ärzte/innen und Sozialarbeiter/innen sind in beiden Bereichen die am stärksten vertretenen Berufsgruppen, wobei längst nicht alle Einrichtungen über diese Professionen verfügen. Während 85% der AIDS/STD-Einrichtungen Ärzte/innen beschäftigen, verfügen im AIDS-Bereich nur 64% der Einrichtungen über entsprechendes Personal. Über Sozialarbeiter/innen verfügen 64% der AIDS/STD-Einrichtungen und 55% der AIDS-Einrichtungen. Krankenschwestern, Arzthelfer/innen, Sprachmittler/innen und Verwaltungsangestellte kommen im größeren Umfang ausschließlich im AIDS/STD-Bereich vor, Psychologen/innen sind eher in der AIDS-Beratung vertreten, aber vergleichsweise überall sehr selten.

D.h. 15% der Einrichtungen im AIDS/STD-Bereich und fast 40% im AIDS-Bereich können gar kein eigenes medizinisches Angebot machen, weil entsprechende Kräfte nicht zur Verfügung stehen. In beiden Bereichen fehlen in 36 - 45% der Einrichtungen Mitarbeiter/innen mit sozialarbeiterischen Kompetenzen. Dieser aufgrund der finanziellen Verhältnisse von Kommunen und Landkreisen in nächster Zukunft kaum auszugleichende Mangel an grundsätzlicher Personalausstattung könnte in den betreffenden Einrichtungen nach Einführung des IfSG zu einer existenziellen Frage werden. Ohne ärztliches Angebot ist insbesondere eine STD-Beratungsstelle für Klienten und Klientinnen auf freiwilliger Basis nicht attraktiv (auch nicht sinnvoll). Das Erreichen von speziellen Zielgruppen steht und fällt ohne Untersuchungspflicht mit der Durchführung aufsuchender Sozialarbeit.

Kommunen und Landkreise, die Träger der Gesundheitsämter, beklagen in den letzten Jahren massive Einschränkungen der Haushalte. Die vorgenommenen Kürzungen sind natürlich auch an den Gesundheitsämtern nicht vorüber gegangen. 39% (78) der befragten Einrichtungen berichteten über z.T. erhebliche Stellenreduzierungen in den letzten 5 Jahren.

9.5 Erreichte Klientel und einzelne Zielgruppen

Die 202 von uns befragten Beratungsstellen erreichten im Jahr 2000 insgesamt ca. 150.000 Personen. Dabei handelt es sich um persönliche Klienten/innenkontakte im Gesundheitsamt und während der aufsuchenden Arbeit. Von den insgesamt Erreichten waren 76.310 (51%) weiblich, 56.661 (38%) männlich und 78 (0,05%) transsexuell. Zu 15.266 (10%) Klienten/innen fehlte die Geschlechtsangabe.

Nach Lage betrachtet, wurde der überwiegende Teil der Klientel (ca. 110.000 Personen) von Einrichtungen in Großstädten und Metropolen erreicht. Pro Beratungseinrichtung hatten im Durchschnitt Einrichtungen in Metropolen mit ca. 2.980 erreichten Personen die größte Klientel. In Großstädten werden durchschnittlich noch 1.040 Personen erreicht, in Städten 470 und in Landkreisen 255. In absoluten Zahlen wurden die meisten Klienten/innen aus Einrichtungen der Bundesländer Berlin, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Bayern und Sachsen berichtet.

Die Allgemeinbevölkerung stellt mit über 50.000 (38%) Ratsuchenden die größte Gruppe, gefolgt von mehr als 23.700 Prostituierten (16%) und ca. 16.300 Migranten/innen (11%). Ein großer Teil dieser Personen mit migrationsspezifischem Hintergrund ist ebenfalls dem Prostitutionsmilieu zuzuordnen. Erst an dritter Stelle folgen in der Gesamtaufzählung 8.900 Männer, die Sex mit Männern haben (6%), an vierter Stelle Minderjährige und „Reisende“⁵⁸ (ebenfalls jeweils 8.900 also 6%) und an fünfter Stelle 5.933 Mittellose (4%). Wichtige Zielgruppen wie Freier, IVDA (gut 2.950 und damit 2%), und Stricher (1.500 oder 1%) spielen insgesamt in den Beratungseinrichtungen von Gesundheitsämtern eine eher marginale Rolle. Weitere Zielgruppen wie Frauen, die auch Sex mit Frauen haben, Obdachlose und Alkohol- kranke bilden bis zu 1% der Klientel.

Insbesondere Männer, die fürchten, sich im Rahmen von Kontakten zu Prostituierten und Strichern eventuell infiziert haben zu können, werden sich im Rahmen der Beratungsgespräche nicht immer offenbaren, so dass es hier größere Überschneidungen mit der Gruppe „Allgemeinbevölkerung“ geben dürfte. Gemessen an der Relevanz dieser Zielgruppen für Prävention muss jedoch eine erschreckende Unterrepräsentanz festgestellt werden.

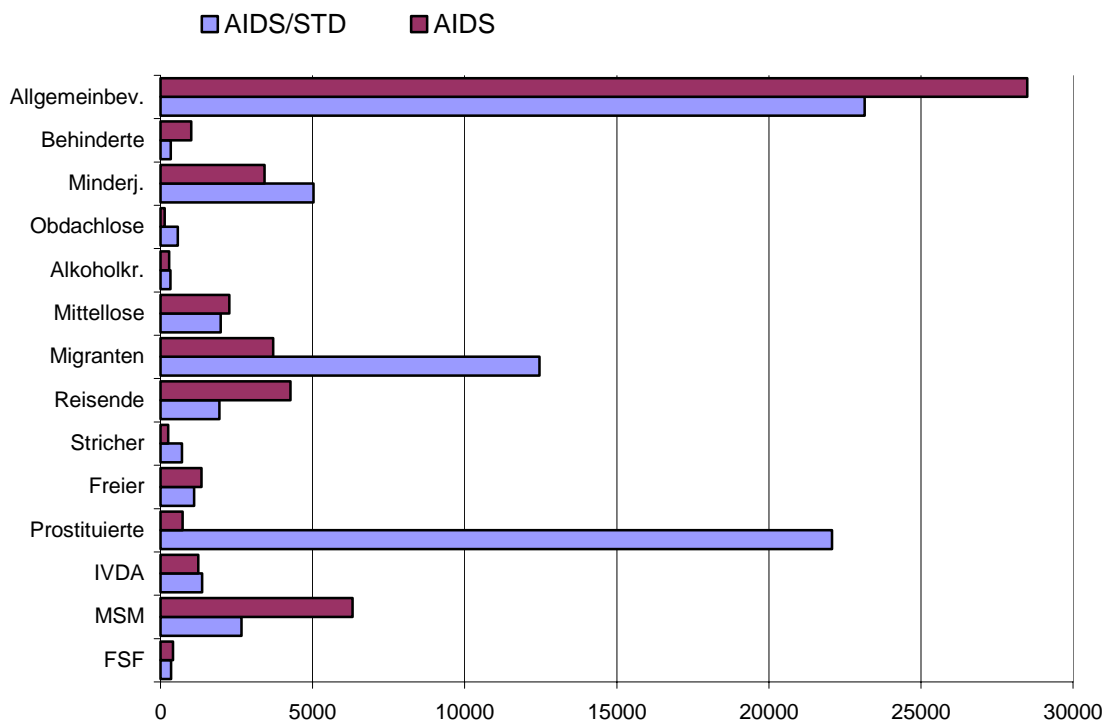
Erreichte Zielgruppen im Vergleich

Wir vergleichen an dieser Stelle zunächst die großen Bereiche AIDS/STD (96 Einrichtungen) und AIDS (106 Einrichtungen). Aufgrund des Angebotsprofils der im AIDS/STD-Bereich enthaltenen 58 integrierten AIDS- und STD- Beratungseinrichtungen ist eine klare Trennung zwischen AIDS-Beratung auf der einen und STD-Beratung auf der anderen Seite nicht möglich. Aber auch der methodisch nicht ganz reine Vergleich gibt viele aufschlussreiche Hinweise über die Unterschiede in den erreichten Zielgruppen.

Im AIDS/STD-Bereich wurden im Jahr 2000 mehr Frauen erreicht als Männer, der Grund hierfür liegt im Schwerpunkt „weibliche Prostitution“

⁵⁸ „Reisende mit riskanten sexuellen Kontakten im Ausland“

Diagramm 51: Vergleich erreichte Zielgruppen: AIDS/STD und AIDS



Bei einem Vergleich der erreichten Zielgruppen stellt die Zielgruppe „Allgemeinbevölkerung“ in beiden Bereichen die größte Gruppe dar. Im AIDS/STD-Bereich sind Prostituierte, auch mit Migrationshintergrund, die hauptsächlich erreichte Zielgruppe. Der vergleichsweise große Anteil von Minderjährigen in der Beratung in beiden Bereichen ist wohl in erster Linie auf eine erfolgreiche Präventionsarbeit an Schulen zurückzuführen. Männer, die Sex mit Männern haben, finden sich erwartungsgemäß in größerer Anzahl in der AIDS-Beratung. Die Zielgruppe „Reisende“, ist im AIDS-Bereich in weit größerer Anzahl anzutreffen, als im AIDS/STD-Bereich.

Die Zielgruppe der Prostituierten in den AIDS/STD- Beratungsstellen

Weibliche Prostituierte sind in den von uns befragten 96 Einrichtungen mit AIDS/STD Angebot nach der Allgemeinbevölkerung die wichtigste Zielgruppe. In der AIDS-Beratung treten sie kaum in Erscheinung. Für Beobachter/innen der Entwicklung dieses Bereiches in den letzten zehn Jahren ist es nicht verwunderlich, dass Prostituierte mit deutschem Pass und Migrantinnen zu fast gleichen Teilen als größte Gruppen von allen hier antwortenden AIDS/STD-Beratungsstellen erreicht wurden. Der Anteil der Migrantinnen in der Prostitution hat sich stetig erhöht. Waren es Anfang der 90er Jahre je nach Region geschätzte 25% - 50%⁵⁹, so liegen heute die Schätzungen bei 50% – 75% Migrantinnen in den jeweiligen Prostitutionsszenen⁶⁰. Migrantinnen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus wurden vorzugsweise von Beratungsstellen erreicht, die auch vor Einführung des IfSG bereits anonym wahrzunehmende Angebote für diese Zielgruppe eingerichtet hatten. Beschaffungsprostituierte machten insgesamt einen nur geringen Anteil der Klientel aus.

Stricher gelten insgesamt als schwer erreichbare Zielgruppe. Sie wurden von einigen Beratungsstellen teilweise durch Kooperation mit ortsansässigen Stricherprojekten erreicht, spie-

⁵⁹ siehe hierzu Leopold/Steffan (1994).

⁶⁰ SPI-Forschung gGmbH (Hg.) (2000).

len aber in der Statistik der STD-Beratungsstellen kaum eine Rolle. In noch geringerem Ausmaß sind sie allerdings in der AIDS-Beratung zu finden. Auch Transsexuelle in der Prostitution sind nur in verschwindend geringer Anzahl in den Einrichtungen anzutreffen.

Die Zielgruppe der Freier ist sogar in der AIDS-Beratung in größerem Ausmaß vertreten als in den AIDS/STD-Einrichtungen. In der STD-Beratung gelten Freier als schwer erreichbare Zielgruppe, die entweder durch aufsuchende Arbeit oder über die Vermittlung durch Prostituierte (sogenannte „Stammfreier“) angesprochen werden.

Migranten/innen in der Prostitution

Migranten und Migrantinnen sind mit über 16.000 erreichten Personen die drittgrößte Gruppe (nach Allgemeinbevölkerung und Prostituierte) innerhalb der erreichten Klientel überhaupt. Die überwiegende Zahl dieser Migranten/innen ist weiblich (ca. 14.100) und wird von STD-Beratungsstellen erreicht. Hier gibt es einen klaren Zusammenhang zu der zielgruppenspezifischen (aufsuchenden) Arbeit dieser Einrichtungen im Prostitutionsmilieu.

Beratung und z.T. auch medizinische Betreuung wird hauptsächlich in den Sprachen Englisch, Französisch, Russisch, Spanisch und Thai angeboten. So ist zwar der ursprüngliche Zugang über Prostitution entstanden, über Mund-zu-Mund-Propaganda suchen aber auch Menschen dieser speziellen ethnischen Gruppen die Einrichtungen auf, die mit Prostitution nichts (mehr) zu tun haben. Insbesondere für Menschen ohne Krankenversicherung und mit unklarem rechtlichem Aufenthaltsstatus (geschätzt werden ca. 3.600) gehören STD-Beratungsstellen zu den wenigen Anlaufstellen medizinischer Betreuung, die ihnen offen stehen. Hieraus ergeben sich natürlich vielfältige Probleme.

Migranten/innen sind in erster Linie Klientel von STD-Beratungsstellen in Großstädten und Metropolen. Ein Ergebnis, das sicherlich vor dem Hintergrund des Prostitutionsbezuges dieser Klientel so zu erwarten war. Interessant und in gewisser Weise auf den ersten Blick unerwartet ist, dass Beratungsstellen in Landkreisen wesentlich mehr Migranten/innen erreichen, als Beratungseinrichtungen in kleinen Städten. In Regionen, in denen bis Ende des Jahres 2000 eine Untersuchungspflicht für Prostituierte bestand, wurden Migranten/innen überwiegend durch die freiwillig und anonym wahrzunehmenden Angebote der AIDS-Beratungsstellen erreicht. In Regionen ohne Untersuchungspflicht, wurden Migranten/innen zum ganz überwiegenden Teil von den freiwillig und z.T. auch anonym wahrzunehmenden Angeboten der STD-Beratungsstellen erreicht.

Zusammenfassend ist auffällig, wie stark ausgeprägt die Unterschiede in der Zusammensetzung der Klientel in den AIDS- und STD-Einrichtungen sind. Zwar stellt in beiden Bereichen die „Allgemeinbevölkerung“ die größte der erreichten Zielgruppen dar, im AIDS/STD-Bereich ist aber ein eindeutiger Schwerpunkt erkennbar. Die Zielgruppen im Prostitutionskontext (Prostituierte, Migranten/innen) übersteigen zusammengenommen den Anteil der Allgemeinbevölkerung. Weibliche Prostituierte stellen demnach in den AIDS/STD-Beratungsstellen in Deutschland die Hauptzielgruppe dar.

Im AIDS-Bereich überwiegt eindeutig die „Allgemeinbevölkerung“ als Hauptzielgruppe, die weiteren stark vertretenen Zielgruppen (MSM, „Reisende“, Minderjährige und Mittellose) sind weit weniger ausgeprägt. Insgesamt ist auffällig, dass die ebenfalls prostitutionsbezogenen Zielgruppen Freier und „Reisende“⁶¹ in der AIDS-Beratung stärker vertreten sind, als im STD-Bereich. Diese unterschiedliche Gewichtung deutet neben dem sich unterscheidenden

⁶¹ „Reisende mit riskanten sexuellen Kontakten im Ausland“ beinhaltet auch die Zielgruppe „Sextourismus“.

Angebotsprofil auch auf das unterschiedliche Bewusstsein von einer eventuellen Gefährdung in der Bevölkerung hin. Personen, die aus eigenem Antrieb wegen einer befürchteten Gefährdungssituation im Rahmen von sexuellen Kontakten eine Beratungseinrichtung aufsuchen, gehen in erster Linie in eine AIDS-Beratungsstelle. Die STD-Beratungsstellen erreichen ihre Klientel in erster Linie durch speziell und eigens geschaffene Zugänge.

Mit der Einführung des IfSG im Jahre 2001 war insbesondere in solchen Einrichtungen mit einer starken Veränderung der Klientel zu rechnen, die noch bis Ende 2000 mit einer Untersuchungspflicht für Prostituierte gearbeitet hatten und deren Klientel hauptsächlich aus dieser Zielgruppe bestand. So gaben erwartungsgemäß über 43% (41) der Beratungsstellen aus dem AIDS/STD-Bereich eine Veränderung der Klientel nach Einführung des IfSG an, gegenüber nur 7,5% (acht) der AIDS-Beratungsstellen.

Die Mehrzahl dieser Einrichtungen (24 oder fast 50%) beklagte einen drastischen Rückgang der Klienten/innenzahlen aus dem Prostitutionsbereich. Diese Einrichtungen fürchten vielfach um ihre Existenz.

Aber es gibt trotz des frühen Stadiums der Einführung des IfSG nicht nur negative Entwicklungen zu berichten. Sieben der Einrichtungen, die Veränderungen berichteten (17,5%), gaben gleichzeitig einen Rückgang für eine bestimmte Zielgruppe und eine Zunahme für eine andere an. In drei Beratungsstellen ging der Anteil von Prostituierten zurück aber der Anteil der Allgemeinbevölkerung steigt.

9.6 AIDS-Beratung und HIV-Antikörpertest (AIDS- und AIDS/STD-Beratungsstellen)

Alle AIDS/STD-Beratungsstellen beraten ihr spezifisches Klientel (Prostitutionsmilieu) auch zu AIDS, während AIDS-Beratungsstellen nur selten zu STDs beraten. Wenn es im folgenden also um Beratungen und Tests zu AIDS geht, wird nicht nach AIDS- und STD-Bereich unterschieden. Bei allen anderen Themen bleibt der Vergleich erhalten.

Im Jahr 2000 wurden von den befragten Beratungsstellen insgesamt 143.465 Personen zu HIV/AIDS beraten, davon 65.505 Frauen und 54.541 Männer. Bei 23.219 Beratungen fehlten Angaben zum Geschlecht. Insgesamt führten die Einrichtungen der Gesundheitsämter in dem von uns erfragten Zeitraum 87.771 HIV-Antikörpertests durch, 43.007 bei weiblichen und 33.013 bei männlichen Klienten/innen. Für 11.751 Tests fehlt die Angabe des Geschlechts.

Es werden also insgesamt wesentlich mehr Beratungen durchgeführt als Tests. Dies deutet auf eine hohe Qualität bei der Durchführung der Testberatungen hin. Insgesamt wurden etwas mehr Frauen beraten und getestet als Männer. Da aber in einem für diese Unterscheidung beträchtlichen Teil die Angaben zum Geschlecht fehlen, ist diese Angabe nicht wirklich verlässlich.

An dieser Stelle haben wir eine der wenigen Vergleichsmöglichkeiten mit den Angeboten im Rahmen des von 1987-1991 durchgeführten Modellprogramms „Großmodell Gesundheitsämter – AIDS“. Wenn wir die durchschnittlichen Beratungen pro Einrichtung von 1990 mit dem Jahr 2000 vergleichen, können wir kein Nachlassen der Beratungstätigkeit zu HIV/AIDS feststellen. In unserer Studie wurden pro Einrichtung und Jahr im Durchschnitt 728 Beratungen durchgeführt, ein Wert, der mit dem von 1990 ungefähr vergleichbar ist. Die Anzahl der

durchgeführten HIV-Antikörpertests lässt sich nicht mit den Daten des Großmodells Gesundheitsämter vergleichen, da entsprechende Angaben damals nicht dokumentiert wurden.⁶²

In unserer Studie wurden die 87.771 HIV-Antikörpertests zu 54% in Großstädten durchgeführt. Auf Einrichtungen in Metropolen entfallen 20% der durchgeführten Tests, auf Einrichtungen in Städten 7% und in Landkreisen 9%. Nicht nur die größte Anzahl erreichter Klientel wird zum überwiegenden Teil von Einrichtungen in Metropolen und Großstädten berichtet, sondern erwartungsgemäß auch zusammengenommen 74% der durchgeführten HIV-Antikörpertests.

115 Beratungsstellen gaben an, dass das Beratungsangebot immer anonym ist. In 79 Einrichtungen wird die Beratung nicht in jedem Fall anonym durchgeführt. In vier Beratungsstellen besteht keine Anonymität aufgrund der im Jahr 2000 noch praktizierten Untersuchungspflicht für Prostituierte. Zum einen wird die Anonymität auf Wunsch von Klienten/innen aufgehoben. Zum anderen muss die Anonymität aufgrund von Bestimmungen und Verordnungen aufgehoben werden. HIV-positive Patienten/innen müssen z.B. ihre Identität preisgeben, um beispielsweise sozialrechtliche Ansprüche geltend zu machen. Zwei Beratungsstellen führen Beratung und Tests für Asylbewerber durch. Auch diese geschehen aufgrund von Verordnungen und die Anonymität wird nicht gewahrt. An der Sinnhaftigkeit dieser Maßnahmen zweifelte z.B. der Nationale AIDS-Beirat in seinem im Jahre 2001 verabschiedeten Votum zur „Migration“⁶³.

Das Beratungsangebot wird in allen Beratungsstellen kostenlos vorgehalten. Der HIV-Antikörpertest wird prinzipiell auch überall kostenlos angeboten. Wenn Kosten entstehen, so geschieht das im Zusammenhang mit dem Ausstellen einer ärztlichen Bescheinigung.

9.7 HIV-Antikörpertestergebnisse im Jahr 2000 (AIDS- und AIDS/STD-Beratungsstellen)

Ein freiwillig und anonym wahrzunehmendes Testangebot gehört im Zusammenhang mit Prävention zu einem Lern- und Erfahrungsprozess für das ratsuchende Individuum und ist auch gerade bei einer nur geringen Verbreitung des HI-Virus sinnvoll. Die Gesundheitsämter leisten hier einen sehr wichtigen Beitrag zur Prävention, ganz unabhängig von der Anzahl der ermittelten positiven Testergebnisse.

Insgesamt wurden 416 positive HIV-Antikörpertests im Jahr 2000 ermittelt. Es waren 141 Frauen, 254 Männer und zwei Transsexuelle davon betroffen. Bei 19 positiven Testergebnissen fehlten die Angaben zum Geschlecht. Nach Rücksprache mit Ärzten/innen im Gesundheitsamt, gehen wir davon aus, dass 10% - 15% dieser positiven Testergebnisse auf bereits vorher positiv getestete Personen entfallen. Die ganz überwiegende Mehrheit dieser Tests ist also auf bisher nicht bekannte Infektionen (Erstdiagnosen) zurückzuführen.

Erwartungsgemäß wurde die Mehrheit der positiven HIV-Testergebnisse von AIDS-Beratungsstellen ermittelt (237), jedoch ist der Anteil der von AIDS/STD-Beratungsstellen ermittelten positiven Testergebnisse erstaunlicherweise sehr hoch, er beträgt 43 % (177 Fälle). Interessant erscheint uns auch die Aufteilung der positiven Testergebnisse nach Lage der Beratungsstellen. Danach wurden in Beratungseinrichtungen in Großstädten über die Hälfte

⁶² siehe hierzu P.4. in diesem Bericht und Thoben, I. (1991).

⁶³ siehe hierzu www.bmg.de

aller berichteten positiven Testergebnisse ermittelt (218) und 26% in Metropolen, in Städten 7% und in Landkreisen 9%. Diese Angaben stehen im Verhältnis zu der jeweils erreichten Klientel und den durchgeführten HIV-Antikörpertests und sind damit erwartungsgemäß.

Interessant ist auch, dass in Landkreisen mehr positive Testergebnisse ermittelt werden, als in Städten (66 zu 22). Dies bestätigt den Trend, dass Landkreise mehr Zugang zu spezifischen Zielgruppen (z.B. Migranten/innen) haben, als die kleinen Städte.

Schauen wir uns die berichteten positiven Testergebnisse nach Bundesländern an, so fällt auf, dass in den Ländern, in denen bis Ende des Jahres 2000 noch mit einer Untersuchungspflicht für Prostituierte gearbeitet wurde, wesentlich mehr positive Testergebnisse von den anonym und kostenlos wahrzunehmenden AIDS-Beratungsstellen ermittelt wurden. Gemäß ihrer epidemiologischen Situation wurden aus den neuen Bundesländern mit Ausnahme von Sachsen erwartungsgemäß wenig positive Testergebnisse gemeldet.

Die bundesweite Statistik des RKI dokumentiert für das Jahr 2000 insgesamt 1.704 neue HIV-Infektionen. Ziehen wir die 15% ab, die wahrscheinlich auf Doppeltestungen zurückzuführen sind, bleiben 354 HIV-Erstdiagnosen, die von Beratungseinrichtungen in Gesundheitsämtern ermittelt wurden, das wären ca. 21% aller Neuinfektionen im Jahr 2000, die von 44% der Beratungsstellen in den Gesundheitsämtern durchgeführt wurden. In den Gesundheitsämtern werden insbesondere in den AIDS/STD-Beratungsstellen wesentlich mehr Frauen als Männer zu HIV/AIDS und einem HIV-Antikörpertest beraten. Dementsprechend liegt auch der Anteil der positiven Testergebnisse von Frauen mit 34% höher als bei den Daten des RKI mit nur 26% Frauenanteil.

Bei den positiven Testergebnissen aus den Gesundheitsämtern fällt ein höherer Anteil von Personen aus Hochprävalenzländern auf. Während laut RKI Statistik 18 % der HIV-positiv getesteten Patienten aus Hochprävalenzländern kommen, sind es in den Gesundheitsämtern 24%. Der Anteil positiv getesteter homo- und bisexueller Personen liegt bei den von den Beratungseinrichtungen ermittelten positiven Testergebnissen mit 42% etwas höher als in der bundesweiten Statistik mit 39% und entspricht damit in etwa den statistischen Erwartungen wie ebenfalls die Angaben zur heterosexuellen Transmission. Auffällig ist der in Relation zu den Daten des RKI geringere Anteil von Drogenkonsumenten/innen.

Die hier festzustellenden Unterschiede zur Statistik des Robert-Koch-Instituts entsprechen den bereits dargestellten Ergebnissen zur erreichten Klientel und sind damit erwartungsgemäß und glaubwürdig. Erwartungsgemäß sind also mehr Migranten/innen (insbesondere Frauen aus Hochprävalenzländern) unter den positiv getesteten Personen und vergleichsweise wenig Drogengebraucher.

9.8 Angebote zu sexuell übertragbaren Erkrankungen (STDs)

Alle 96 in die Studie einbezogenen Beratungsstellen bieten Beratung zu STDs an. Im Jahr 2000 wurden insgesamt 63.099 Beratungen durchgeführt, 41.749 bei Frauen und 5.766 bei Männern. Zu 15.584 Beratungen lag keine Geschlechtsangabe vor. Pro Einrichtung wurden im Durchschnitt 657 Beratungen zu STDs durchgeführt; pro Einrichtung also im Durchschnitt 70 Beratungen weniger als zu HIV/AIDS. In 75 Einrichtungen (78%) kann die Beratung auch anonym in Anspruch genommen werden. D.h. auch in einem Teil der Beratungsstellen (21 von 44), in denen Prostituierte nicht anonym betreut wurden, da im Jahr 2000 noch eine Un-

tersuchungspflicht besandt, können andere Ratsuchende das Beratungsangebot auch anonym in Anspruch nehmen.

Untersuchungsmöglichkeiten gibt es in 71 der 96 Einrichtungen, also fast 74%, dieses bezieht sich z.T. aber ausschließlich auf die „klassischen“ Geschlechtskrankheiten⁶⁴. Im Jahr 2000 wurden insgesamt 106.653 Untersuchungen durchgeführt, 68.574 bei weiblichen und 2.558 bei männlichen Klienten. Auch eine Untersuchung ist in 50% der Einrichtungen anonym möglich, mit Ausnahme von Prostituierten bei im Jahr 2000 noch bestehender Untersuchungspflicht.

Tabelle 5: Beratungen und Untersuchungen zu STDs

	Beratungen*	Untersuchungen *
Männer	5.766 (9,14%)	2.558 (2,4 %)
Frauen	41.749 (66,16%)	68.574 (64,3)
K.A. Geschlecht	15.584 (24,7%)	35.521 (33,31%)
Insgesamt	63.099 (100%)	106.653 (100%)

*(absolute Zahlen und Prozent)

Mit 66% war ca. zwei Drittel der beratenen und untersuchten (64%) Klientel weiblich. Auch wenn bei einem großen Teil die Geschlechtsangaben fehlten, ist der Befund sehr deutlich: Männer sind als Klienten in der STD-Beratung eine absolute Minderheit. Hier macht sich die Spezialisierung vieler STD-Beratungsstellen auf weibliche Prostituierte bemerkbar.

Im STD-Bereich übersteigt die Anzahl der durchgeführten Untersuchungen die der Beratungen. Hier spielt sicherlich zum einen beträchtlichen Teil die Untersuchungspflicht für Prostituierte eine Rolle. Prostituierte, die zum Teil in 14tägigem Abstand einbestellt werden, werden nicht jedes Mal aufs neue beraten. Zum anderen kann es sich z. T. aber auch um Probleme in der Dokumentation in einzelnen Gesundheitsämtern handeln. Es werden pro Klientin mehrere Untersuchungen durchgeführt, die einzeln erfasst wurden. Darüber hinaus gibt es viele asymptomatische Verläufe bei häufig vorkommenden sexuell übertragbaren Erkrankungen, die nachhaltige gesundheitliche Schäden verursachen können und deshalb auch wiederholte Untersuchungen rechtfertigen

Die Aufschlüsselung der STD-Beratungen und -Untersuchungen nach Lage ergibt vom Muster her eine von den AIDS-Angeboten bereits bekannte Verteilung. Der größte Anteil von STD-Beratungen und -Untersuchungen wird in Großstädten und Metropolen durchgeführt. Auch die Verteilung von STD-Beratung und -Untersuchung pro Einrichtung und Lage ergibt ein bereits gewohntes Bild: Die zahlenmäßig größte Klientel haben Einrichtungen in Metropolen (1.905 Beratungen und 3.170 Untersuchungen pro Einrichtung im Durchschnitt), die insbesondere in der STD-Beratung auch über die mit Abstand beste Personalausstattung verfügen. Der bereits gewohnte Unterschied zwischen Landkreisen und kleinen Städten fällt hier, insbesondere was Untersuchungen zu STDs angeht, besonders deutlich aus. In Landkreisen ist ca. jede fünfte Untersuchung auf STDs auch von einer Beratung begleitet, in den klei-

⁶⁴ als klassische Geschlechtskrankheiten bezeichnet man die im alten GeschlKrG benannten Erkrankungen (Lues, Gonorrhö, Ulcus molle, Venerische Lymphknotenentzündung).

nen Städten ist es jede dritte. Großstädte und Metropolen weisen eine sehr ähnliche Relation auf, auf 1,5 Untersuchungen erfolgte eine Beratung.

Das Untersuchungsangebot der einzelnen STD-Beratungseinrichtungen für viele weitverbreitete sexuell übertragbare Erkrankungen ist sehr unterschiedlich, wie wir bereits in der Voruntersuchung (Expertise) feststellen mussten. Von 70% der Beratungsstellen werden Untersuchungen auf Gonorrhö und Lues angeboten, auf zwei der insgesamt vier sexuell übertragbaren Erkrankungen, die offiziell bis Ende 2000 im Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten genannt wurden. Untersuchungen auf die anderen beiden im Gesetz genannten STDs, Ulcus molle und die (seltene) venerische Lymphknotenentzündung werden von nur ca. 24% der Einrichtungen angeboten.

Darüber hinaus werden Untersuchungen auf weitere STDs in einer beträchtlichen Anzahl von Beratungsstellen angeboten. Am häufigsten werden Untersuchungen auf Chlamydien (57%), genitale Pilzinfektionen (48%), Trichomoniasis (40%) sowie vaginale Bakteriose und Condyloma acuminata (35%) vorgehalten. Auf Herpes simplex- und Gardnerella-Infektionen untersuchen nur noch 29% der Gesundheitsämter, gefolgt von HPV-Infektion (gut 20%), Mykoplasmen und Ureaplasmen (15%) und schließlich Granuloma venerum (12%).

Dass es auch in der Vergangenheit trotz alter Gesetzeslage gelungen ist, bei entsprechender Förderung eine als wichtig erkannte Maßnahmen durchführen lassen, zeigt das Beispiel der Hepatitisserologie und -impfung in STD-Beratungseinrichtungen. Im Gegensatz zur Diagnostik einiger weit verbreiteter STDs ist dieses Angebot in den Beratungseinrichtungen vergleichsweise gut etabliert. Untersuchungsangebote auf Hepatitis B werden in 63 und damit gut 65% der befragten Beratungsstellen vorgehalten, mehrheitlich (in 46 Einrichtungen) sogar kostenlos und anonym.

Insgesamt ist erkennbar, dass bereits vor der Einführung des IfSG eine breite Vielfalt an Untersuchungsangeboten etabliert war. Eine bundesweite Vereinheitlichung des Angebotes im Sinne des IfSG dahingehend, dass eine STD-Beratungseinrichtung mit medizinischem Untersuchungsangebot auch alle nach heutigem Standard wichtigen STDs untersuchen kann, steht jedoch noch aus.

Diagnostizierte STDs im Jahr 2000

Erwartungsgemäß sind STDs sehr viel häufiger diagnostiziert worden als HIV-Infektionen: Insgesamt wurde 7.087 mal eine STD diagnostiziert. Damit wurde in jeder 15. Untersuchung ein positiver Befund festgestellt. Zum Vergleich: auf einen positiven HIV-Befund kamen im Durchschnitt 210 negative HIV-Antikörpertests.

Insgesamt wurden in den STD-Beratungsstellen der Gesundheitsämter, wie bereits ausgeführt, erheblich mehr weibliche Patienten (6.704) auf STDs untersucht als männliche (383). Der Anteil der Männern zugeordneten STDs betrug also 5,4%! Zusammengefasst, mit den überwiegend weiblichen Mitarbeiter/innen, erscheinen damit die STD-Beratungsstellen der Gesundheitsämter als Angebot von Frauen für Frauen.

Am häufigsten wurden bakterielle Vaginosen diagnostiziert, genau in 2.635 Fällen (37%) gefolgt von genitalen Pilzinfektionen (1.198 Fälle oder 17%). Chlamydien wurden in 545 Fällen festgestellt, Trichomoniasis in 321 Fällen, Gardnerella Infektionen in 266 Fällen. Die im alten Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten genannten „klassischen“ STDs treten kaum in Erscheinung: Es wurden insgesamt nur 168 Fälle von Gonorrhö (2,4%) und 127 Fälle von Lues (1,8%) ermittelt. Die beiden klassischen Geschlechtskrankheiten zusam-

mengenommen wurden nur bei jeder 368. Untersuchung auf STDs diagnostiziert. Damit scheinen diese Erkrankungen zumindest in der hier untersuchten Klientel wesentlich seltener aufzutreten als HIV-Infektionen/AIDS mit einem positiven Ergebnis auf 210 HIV-Antikörpertests.

Ein Vergleich mit einer bundesweiten Statistik ist an dieser Stelle leider nur sehr eingeschränkt möglich. Beim Statistischen Bundesamt wurden für das Jahr 2000 nur meldepflichtige „klassische“ STDs dokumentiert. Für die hauptsächlich in den Gesundheitsämtern ermittelten STDs gibt es also keine bundesweite Dokumentation. Darüber hinaus gilt die statistische Erfassung auch dieser klassischen STDs als überaus mangelhaft. Wir haben also in Deutschland eine sehr gute statistische Erfassung von HIV/AIDS und eine sehr schlechte Erfassung aller anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen. Insbesondere der Anstieg von STDs könnte aber auch auf eine möglicherweise steigende Verbreitung von HIV hinweisen.⁶⁵

Aufgrund dieser schlechten Datenlage fehlt also in Deutschland ein wichtiges Frühwarnsystem für die Beurteilung der epidemiologischen Entwicklung der HIV-Infektion. Nach Einführung des IfSG soll das RKI deshalb Sentinel-Studien zur verbesserten Erfassung der Verbreitung von STDs durchführen.⁶⁶

Behandlungsangebote zu STDs

Nach der alten Gesetzeslage war eine Behandlung durch Gesundheitsämter nicht vorgesehen. In der Ersten Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens war eine medizinische Behandlung durch das Gesundheitsamt sogar ausgeschlossen. In Gesundheitsdienstgesetzen einiger Bundesländer (z.B. Berlin und Hamburg) war aber dieses Behandlungsverbot aufgehoben⁶⁷. Dies ermöglichte die Behandlung von STDs zumindest in einzelnen Notfällen. Neben der Abschaffung der Untersuchungspflicht für Prostituierte und der erregerunabhängigen Definition von sexuell übertragbaren Erkrankungen ist die Einführung einer Behandlungsermächtigung zumindest in Einzelfällen die dritte wichtige Neuerung für die Beratungsstellen der Gesundheitsämter.

Behandlungsmöglichkeiten werden nach Erkrankungen unterschiedlich in 3 – 38 Einrichtungen angeboten

Am häufigsten konnte Herpes Simplex behandelt werden, in 38 oder ca. 40% der Einrichtungen. Die Gonorrhö kann von 35% der befragten Beratungsstellen behandelt werden, Lues von 26%, die zugegeben seltene Venerische Lymphknotenentzündung und Ulcus molle nur von knapp 7% der Einrichtungen. Behandlungen in größerer Anzahl wurden im Jahr 2000 allerdings nur in wenigen Einrichtungen, insbesondere in Metropolen, durchgeführt.

Während das Angebot der AIDS-Beratung fast durchgängig kostenlos ist, nur für das Ausstellen ärztlicher Bescheinigungen wird eine Gebühr erhoben, ist das Angebot von Diagnostik und Therapie in den STD-Beratungsstellen in 50% der Beratungsstellen z. T. kostenpflichtig. Diese Kostenpflichtigkeit variiert in den einzelnen Einrichtungen nach Erregertyp. Neben der Untersuchung „klassischer“ STDs werden noch am häufigsten Untersuchungen auf Chlamydien, genitale Pilzinfektionen und Trichomoniasis auch kostenlos angeboten. Dabei ist es auch unterschiedlich, von wem Kosten erhoben werden. Z.T. müssen Prostituierte Untersuchungs- und Behandlungskosten selbst tragen, z.T. Personen aus der „Normalbevölkerung“. Verordnungen auf Privatrezept sind fast überall möglich, auf Krankenschein behandelt bisher nur eine verschwindend geringe Anzahl von Einrichtungen.

⁶⁵ UNAIDS (2000), S. 42.

⁶⁶ Eine solche prospektive Untersuchung ist beim RKI gerade in Vorbereitung.

⁶⁷ Bales (2001), S. 163 f.

Gründe für die Nachfrage nach kostenfreien Angeboten⁶⁸

Das IfSG erkennt die Wichtigkeit von kostenfreien Angeboten, geht aber von einer von der Beraterin/dem Berater zu treffenden Entscheidung im Einzelfall aus⁶⁹. Wird in der Beratung entschieden, dass diese spezielle Person die Kosten nicht tragen kann, müssen diese von der Öffentlichen Hand getragen werden. Im Jahr 2000 waren in den hier berücksichtigten 60 Einrichtungen ca. 11.000 Personen (16%) auf eine kostenfreie Diagnostik und/oder Behandlung angewiesen. Hochgerechnet muss man mit schätzungsweise 25% – 30% Bedürftigkeit der Klientel rechnen. Als Gründe wurden fehlende Krankenversicherung, kulturspezifische Aspekte, aufenthaltsrechtliche Probleme, soziale Desintegration und Armut angeführt. Insbesondere die AIDS/STD-Beratungsstellen erreichen eine Klientel, die kaum in die medizinische Versorgung von niedergelassenen Ärzten zu integrieren ist.

Gründe für eine Inanspruchnahme anonymer Angebote

Insbesondere auf eine anonym mögliche Inanspruchnahme der Angebote wird im IfSG §19 großer Wert gelegt. Die am häufigsten genannten Gründe für eine Inanspruchnahme eines anonymen Angebots waren Prostitution bzw. der Besuch bei einer Prostituierten, gefolgt von Angst vor Stigmatisierung, Homosexualität, Minderjährigkeit, illegaler Drogengebrauch und schließlich Bisexualität.

27 AIDS/STD-Beratungsstellen (28%) beobachteten eine Veränderung der Nachfrage nach anonymen Angeboten im ersten Halbjahr 2001, also nach der Einführung des IfSG. Insgesamt wird besonders von Einrichtungen, die mit Beginn des Jahres 2001 die Untersuchungspflicht für Prostituierte abschaffen mussten, immer wieder, so auch in diesem Zusammenhang, der Rückgang ihrer prostitutionsspezifischen Klientel beklagt. Einige stellen aber dar, dass gleichzeitig zur sinkenden Zahl der Klienten/innen die Nachfrage nach anonymen Angeboten steigt.

9.9 Aufsuchende Sozialarbeit

Aufsuchende Arbeit ist eine wichtige Methode zur Erreichung insbesondere solcher Menschen, die wegen ihrer sozialen Situation oder aus Angst vor Stigmatisierung sich scheuen, niedergelassene Ärzte/innen aufzusuchen und bei denen in bezug auf AIDS und STDs risikoreiche Verhaltensweisen vermutet werden.

Aufsuchende Arbeit findet in 82 (fast 41%) der 202 befragten Beratungsstellen statt. Davon sind 50 AIDS/STD-Beratungsstellen, also 52% der insgesamt befragten und 32 AIDS-Beratungsstellen, 30% der von uns insgesamt befragten. Aufsuchende Arbeit wird also in erster Linie in den AIDS/STD-Beratungsstellen durchgeführt. Mit der Einführung des IfSG veränderten insbesondere Einrichtungen, die bisher mit einer Untersuchungspflicht für Prostituierte gearbeitet haben, ihr Angebot. In acht Beratungsstellen wurde aufsuchende Arbeit eingeführt und in 13 die bereits vorhandene aufsuchende Arbeit erweitert. Die AIDS/STD-Beratung konzentriert sich vornehmlich auf die Erreichung von weiblichen Prostituierten inklusive Migrantinnen in der Prostitution, also auf ihre spezifische Klientel. Aber auch Drogenraucher/innen, Stricher und Freier werden von einigen AIDS/STD-Beratungsstellen im Rahmen aufsuchender Arbeit erreicht. Die AIDS-Beratungsstellen führen insgesamt viel weniger aufsuchende Arbeit durch und erreichen deshalb erwartungsgemäß im Rahmen dieser Arbeit

⁶⁸ Beratung ist immer und überall kostenlos und wird deshalb hier nicht erörtert.

⁶⁹ IfSG, §19, Absatz 2, siehe auch P. 1.2. Rechtliche Grundlagen.

weniger Personen. Drogengebraucher/innen, MSM und Prostituierte sind die hauptsächlichen Zielgruppen.

9.10 Sonstige Angebote

In diesem Kapitel behandeln wir zusammenfassend weitere sonstige Angebote in den AIDS- und STD-Beratungseinrichtungen der Gesundheitsämter. Diese sonstigen Angebote gehen zwar häufig über die zentrale Aufgabe der AIDS/ STD-Prävention hinaus, sind aber mit dieser eng verbunden und keineswegs marginal. Insbesondere die Einbeziehung von Personen, die aufgrund ihrer sozialen Situation oder befürchteter Stigmatisierung nur schwer zu erreichen sind, erfordert einen ganzheitlichen Ansatz.

Beratung und Betreuung

Psychosoziale Beratung und Betreuung haben einen wichtigen Stellenwert im Rahmen der Arbeit der AIDS- und STD-Beratungsstellen. Sie werden in 71% also 68 der AIDS/STD-Einrichtungen und in 72% der AIDS-Beratungsstellen (76 Einrichtungen) angeboten. Psychosoziale Beratung und Begleitung wird in beiden Einrichtungstypen durchgeführt, ist aber überwiegend eine Domäne der AIDS/STD-Beratungseinrichtungen.

Die am häufigsten genannten Beratungsangebote waren Sozialberatung, Sexualberatung, Beratung zu AIDS-Phobie, Psychologische Beratung, Schuldenberatung und rechtliche Beratung⁷⁰. Insbesondere Sozialberatung, Sexualberatung und Beratung zum Thema AIDS-Phobie wird in fast 70% der Einrichtungen angeboten und ist damit in diesem Bereich gut vertreten. Jedoch sind die Mehrzahl der Angebote einmalige Beratungen, nur wenige Einrichtungen sind in der Lage, eine solche Beratung auch längerfristig durchzuführen, was in einer schwierigen sozialen oder/und psychischen Situation durchaus erforderlich sein kann. Auch sind diese Angebote nicht immer anonym möglich und auch nicht immer kostenlos.

Betreuung

Insgesamt wird also in den AIDS/STD-Beratungsstellen ein umfangreicheres Betreuungsangebot gemacht als in der AIDS-Beratung. Dieses umfangreichere Betreuungsangebot ist allerdings fast ausschließlich auf Probleme im Zusammenhang mit Prostitution konzentriert. HIV-Infizierte und auch AIDS-Kranke und deren Angehörige werden dagegen überwiegend von AIDS-Beratungsstellen auch längerfristig betreut.

Veranstaltungen

Veranstaltungen im Rahmen von Primärprävention werden in erster Linie von AIDS-Beratungseinrichtungen angeboten. Dabei steht die Arbeit mit Jugendlichen und Schülern im Vordergrund. Sexualpädagogik und Suchtprävention werden in beiden Bereichen gleich häufig.

⁷⁰ Durchgeführt von dafür befugten Personen

9.11 Inanspruchnahme von Fortbildungsmaßnahmen durch Mitarbeiter/innen und eingeschätzter Qualifizierungsbedarf

Ärzte/innen und Sozialarbeiter/innen, die beiden größten in den Beratungsstellen vertretenen Berufsgruppen, besuchen im Durchschnitt ca. 3 Qualifizierungsmaßnahmen pro Jahr. Andere Berufsgruppen sind weit weniger an Qualifizierungsmaßnahmen beteiligt, sie sind aber auch nicht überall vertreten. Über 70% (141 Einrichtungen) der Gesundheitsämter unterstützten die Qualifizierung ihrer Mitarbeiter/innen, z.T. auch finanziell. Trotzdem setzten die meisten darüber hinaus eigene Mittel für ihre Qualifizierung ein, Ärzte/innen im Schnitt 675 DM pro Jahr und Sozialarbeiter/innen durchschnittlich 525 DM⁷¹.

Die Themenpalette der wahrgenommenen Qualifizierungsmaßnahmen ist insgesamt sehr breit und vielfältig, folgt aber in wesentlichen Bereichen der bisherigen zielgruppenspezifischen Ausrichtung der Einrichtungen. Insbesondere Qualifizierungsmaßnahmen zum IfSG selbst wurden sehr viel häufiger von Mitarbeiter/innen aus AIDS/STD-Beratungseinrichtungen besucht. Prävention allgemein und medizinische Erkenntnisse zu STDs und AIDS werden von Mitarbeiter/innen beider Bereiche im hohen Maße frequentiert (69% oder 66 Einrichtungen im AIDS/STD-Bereich und 74% oder 78 Einrichtungen im AIDS-Bereich). Auch diese Maßnahmen können im Zusammenhang mit der Vorbereitung der Implementation des IfSG stehen.

Themen wie Aufsuchende Sozialarbeit, Prostitution, Menschenhandel und Sexueller Missbrauch werden erwartungsgemäß in erster Linie von AIDS/STD-Beratungseinrichtungen benannt, analog zur bisherigen Konzentration dieser Einrichtungen auf weibliche Prostituierte. Erstaunlicherweise nahmen aber mehr Beratungsstellen aus dem AIDS-Bereich (33% oder 35 Einrichtungen) Fortbildungsangebote zum Thema „Migration“ in Anspruch, als AIDS/STD-Beratungsstellen (26% oder 25 Einrichtungen), obwohl die letzteren sehr viel mehr Klientel mit migrationsspezifischem Hintergrund betreuen. Das Thema „Sucht“ wird gleichermaßen von beiden Einrichtungstypen benannt (AIDS/STD-Einrichtungen 19% und 21% der AIDS-Beratungsstellen) ebenso wie Angebote zu kulturspezifischen Aspekten (15%).

Qualifizierungsbedarf

Das Spektrum des von den Einrichtungen benannten Bedarfs an Qualifizierungsmaßnahmen ist genauso vielfältig und unterschiedlich, wie die bereits besuchten Qualifizierungsmaßnahmen. Insgesamt wird von den AIDS/STD-Einrichtungen ein größerer Qualifizierungsbedarf gesehen, als von den AIDS-Einrichtungen. Insbesondere Themen wie „Medizinische Erkenntnisse“, „Präventionsarbeit“, „Rechtliche Aspekte“ und „Integration AIDS/STD-Beratung“ wurden von beiden Einrichtungstypen vorrangig benannt.

Themen wie „Aufsuchende Sozialarbeit“, „Prostitution“ und „Menschenhandel“ sind in erster Linie für Einrichtungen des AIDS/STD-Bereichs von Interesse, hier ist also wieder das Muster des unterschiedlichen Angebotsprofils erkennbar. Insgesamt sehen nur wenige Einrichtungen (5% also 10 Einrichtungen) keinen Qualifizierungsbedarf, jedoch dürfte es bei der Unterschiedlichkeit der genannten Themen und bei dem unterschiedlichen Verständnis der Mitarbeiter/innen der beiden Einrichtungstypen schwierig sein, ein gemeinsames, für alle gleichermaßen interessantes Qualifizierungsprogramm zu konzipieren und anzubieten.

⁷¹ Da die Befragung sich auf das Jahr 2000 bezieht, geben wir die Werte in DM an.

9.12 Schlussfolgerungen und Gestaltungsvorschläge

Die AIDS- und STD-Beratungseinrichtungen der Gesundheitsämter in Deutschland erfüllen eine wichtige Aufgabe im Rahmen von Prävention, Diagnostik und Behandlung (nur STDs) von sexuell übertragbaren Erkrankungen. Das neue Infektionsschutzgesetz trägt dem Rechnung, in dem es die Aufgaben der Gesundheitsämter in zwei Paragraphen (§§ 3 und 19) benennt und definiert. Jedoch bestehen zwischen der AIDS- und STD-Beratung in den Gesundheitsämtern große Unterschiede aufgrund unterschiedlicher historischer und rechtlicher Entwicklungen. Während die AIDS-Beratung und Diagnostik überall in Deutschland gleichermaßen anonym und kostenlos angeboten wird, bietet die STD-Beratung ein sehr un-einheitliches Bild. Noch bis Ende des Jahres 2000 wurde insbesondere in den südlichen Bundesländern in STD-Beratungsstellen fast ausschließlich Prostituierte betreut, die einer Untersuchungspflicht unterlagen. Das diagnostische Angebot ist nach wie vor sehr uneinheitlich und beschränkt sich z.T. auf wenige Erkrankungen. Behandlungen werden bisher nur in einigen Metropolen im nennenswerten Umfang angeboten.

Insgesamt stellen sich die AIDS- und STD-Beratungsstellen in bezug auf Angebotsprofil und erreichte Zielgruppen sehr uneinheitlich dar.

STD-Beratungsstellen erreichen ihre überwiegend aus weiblichen Prostituierten und Migrantinnen bestehende Klientel über direkte Zugänge wie beispielsweise Aufsuchende Sozialarbeit. Migrantinnen in der Prostitution wurden überwiegend von großstädtischen Einrichtungen ohne Untersuchungspflicht erreicht. Nicht nur Beratung, Diagnostik und Therapie (falls angeboten) ist überwiegend auf diese Klientel zugeschnitten, sondern auch darüber hinausgehende Angebote wie Beratung und (längerfristige) Betreuung. Dieses spezifische Klientel wird auch zu AIDS beraten und getestet. Die Allgemeinbevölkerung erreichen STD-Beratungsstellen erst in zweiter Linie.

In ca. jeder 15. Untersuchung wurde eine sexuell übertragbare Infektion ermittelt. Insgesamt 40% der von den in der vorliegenden Studie beteiligten Einrichtungen festgestellten positiven HIV-Antikörpertestergebnisse kamen ebenfalls aus den STD-Beratungseinrichtungen.

In den AIDS-Beratungsstellen überwiegt die Allgemeinbevölkerung, es sind sehr viel weniger Personen direkten Zielgruppen zuzuordnen. MSM, Reisende mit riskanten sexuellen Kontakten im Ausland, Migranten/innen (überwiegend männliche!) sind weitere aber eben sehr viel kleinere Zielgruppen, Überschneidungen zur Klientel der STD-Beratungsstellen scheint es kaum zu geben, Prostituierte sind in der AIDS-Beratung kaum vorhanden. Aufsuchende Arbeit wird in geringerem Umfang durchgeführt, darüber hinausgehende Angebote der Beratung und Betreuung stehen in erster Linie im Zusammenhang mit der Problematik einer HIV-Infektion/AIDS-Erkrankung und sind nicht einzelnen Zielgruppen zuzuordnen. Das Angebot ist immer anonym und fast immer kostenlos wahrzunehmen und im gesamten Bundesgebiet einheitlich. Jedoch wird nur selten auch zu STDs beraten. Im Gegensatz zu der Thematik der sexuell übertragbaren Erkrankungen ist das Thema AIDS in der Bevölkerung gut verankert. Personen, die befürchten, sich im Rahmen eines Sexualkontaktes infiziert haben zu können, suchen in erster Linie AIDS-Beratungsstellen auf. 60% der von den in der vorliegenden Studie beteiligten Einrichtungen festgestellten positiven HIV-Antikörpertests kommen aus den AIDS-Beratungseinrichtungen.

Nach unserer Schätzung stammen insgesamt ca. 20% der im Jahr 2000 in Deutschland festgestellten HIV-Erstdiagnosen aus (überwiegend großstädtischen) Gesundheitsämtern. Bei einer Reichweite pro Gesundheitsamt von im Durchschnitt 0,26% der Bevölkerung im jeweiligen

Einzugsgebiet ist dies ein sehr gutes Ergebnis. Gesundheitsämter haben für die Problematik AIDS ein eindeutiges Profil. Im Gegensatz dazu sind andere sexuell übertragbare Erkrankungen in der Bevölkerung kaum bekannt, die Gesundheitsämter werden als STD-Beratungsstellen nicht im entsprechenden Maße wahrgenommen.

Mit der Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) wurde ein zeitgemäße rechtliche Grundlage für die Arbeit der Gesundheitsämter in diesem Bereich geschaffen, in der STD-Beratung ist die Veränderung deutlich sichtbar. Neben der Abschaffung der Untersuchungspflicht sind die erregerunabhängige Definition von sexuell übertragbaren Erkrankungen, die Wahrnehmung der Angebote auch anonym und kostenlos und die Behandlungsermächtigung in Einzelfällen die wichtigsten Neuerungen. Jedoch erweist sich insbesondere in Einrichtungen, die bis Ende des Jahres 2000 noch mit einer Untersuchungspflicht für Prostituierte gearbeitet haben, die Umgestaltung des Angebots als schwierig. Hier hat die neue Gesetzeslage die Arbeit in den Einrichtungen eher destabilisiert als beflügelt. Es mangelt an grundsätzlicher Personalausstattung in den Bereichen Medizin und Sozialarbeit, an entsprechenden Fortbildungen zur Einführung einer Diagnostik, die alle vorkommenden STDs erkennen kann, an Beratungskonzepten und -standards und an Kenntnissen zu Methoden z.B. der aufsuchenden Sozialarbeit. Ohne öffentliche (auch kommunale) Unterstützung speziell dieser Einrichtungen wird eine zeitgemäße Umgestaltung nicht gelingen.

Gestaltungsvorschläge

Kurzfristig sind Beratungsangebote zu stabilisieren und Mitarbeiter/innen durch entsprechende Fortbildungsangebote zu schulen. Viele Kommunen sollten sich stärker zu ihrer Verantwortung für diesen Bereich bekennen. Eine entsprechende Unterstützung durch Länder und Bund könnte dabei helfen. So sollte beispielsweise die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von der BZgA durchgeführte Aufklärungskampagne auf die neuen Gegebenheiten hin weiterentwickelt werden.

Mittelfristig ist nach den vorliegenden Studienergebnissen eine Verbesserung der Kooperation von AIDS- und STD-Beratungseinrichtungen angeraten. Integrative Konzepte sollten breite Unterstützung finden, gemeinsame Beratungsstandards entwickelt werden. Die BZgA sollte dem Thema STDs in entsprechenden Präventionskampagnen mehr Raum geben, um die Bevölkerung mit dieser Thematik vertraut zu machen. Ein Kompetenznetz „Prävention“ könnte die wichtigen Akteure in diesem Bereich (Gesundheitsämter, nichtstaatliche Organisationen wie z.B. AIDS-Hilfen und Pro Familia, niedergelassene Fachärzte der Gynäkologie und Venerologie, Spezialkliniken sowie die BZgA) zusammenführen, um eine gemeinsame Strategie zu entwickeln.

Langfristig könnte grundsätzlich überprüft werden, ob nicht eine Integration der Angebote in ein Konzept zur sexuellen Gesundheit eine adäquate und zeitgemäße Entwicklung darstellt.

10. Literaturverzeichnis

- BALES/BAUMANN (2001): *Infektionsschutzgesetz*; Kommentar und Vorschriftensammlung
- BRAND, H., SCHMACKE, N. (1998): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*: Die Rolle kommunaler Gesundheitsdienste in Deutschland; in: *Gesundheitswesen* 60 (S. 626 – 631); Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (2001): Jahresbericht 99/2000
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG, Köln (2001): *Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2000*: Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor Aids; Endbericht
- BZgA (2002): *Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2001*; Endbericht
- GRUNOW, D., GRUNOW-LUTTER, V. (2000): *Der Öffentliche Gesundheitsdienst im Modernisierungsprozess*; Juventa Verlag Weinheim und München
- HEINZ-TROSSEN, A. (1993): *Prostitution und Gesundheitspolitik*; Europäische Hochschulschriften; Peter Lang Vlg. Frankfurt a.M.
- INSTITUT FÜR GESUNDHEITS-SYSTEM-FORSCHUNG (1989): *Begleitforschung zum Großmodell Gesundheitsämter – AIDS*; Schriftenreihe Band 24
- INSTITUT FÜR GESUNDHEITS-SYSTEM-FORSCHUNG (1990): *Begleitforschung zum Großmodell Gesundheitsämter – AIDS*; Schriftenreihe Band 31
- INSTITUT FÜR GESUNDHEITS-SYSTEM-FORSCHUNG (1990): *Großmodell Gesundheitsämter – AIDS*; Abschlußbericht; Schriftenreihe Band 38
- INTERNATIONAL JOURNAL OF STD & AIDS (2001): *International Congress of Sexually Transmitted Infections 24-27 June 2001*
- ISG SOZIALFORSCHUNG UND GESELLSCHAFTSPOLITIK KÖLN; INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSPLANUNG UND STRUKTURFORSCHUNG HANNOVER (1990): *Modellprogramm „Ausbau ambulanter Hilfen für AIDS-Erkrankte im Rahmen von Sozialstationen“ des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit*. Zweiter Zwischenbericht
- KIEHL, W.; ALTMANN, D.: (1993): *AIDS und HIV-Infektionen im Gebiet der ehemaligen DDR*. In: JÄGER, H. (Hg.) (1993): *AIDS und HIV-Infektionen*, Verlag ecomed, Landsberg, München Zürich.
- LAMBERG, J. (1998): *HIV/AIDS – noch eine Aufgabe des ÖGD?*; Amtsarztprüfung. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf; unveröffentlichtes Manuskript
- LENHARDT, P., (2000): *Das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst – ein Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst?*; Amtsarztarbeit, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, unveröffentlichtes Manuskript
- LEOPOLD, B.; STEFFAN E., Paul, N. (1994): *Dokumentation zur rechtlichen und sozialen Situation von Prostituierten in der Bundesrepublik Deutschland*; Schriftenreihe des Bundesministeriums für Frauen und Jugend
- MODELLPROGRAMM DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR JUGEND; FAMILIE; FRAUEN UND GESUNDHEIT (1989): *Psychosoziale AIDS-Beratung in den Ländern*. Stellungnahme der Wissenschaftlichen Begleitung für den Nationalen AIDS-Beirat 6.9.89
- OLTMANS, G., (1997): *Die STD-Beratungsstelle im Gesundheitsamt*; Amtsarztarbeit, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, unveröffentlichtes Manuskript
- RADCLIFFE, K. (2001): *European STD Guidelines*; in: *International Journal of STD & AIDS*
- ROSENBROCK, R., WRIGHT, M.T., (2000): *Partnership and Pragmatism. Germany's response to AIDS prevention and care*

- SATZINGER, W., BUJOK, E., STOCKHAMMER, R., WEBER, R. (1989): *Wissenschaftliche Begleituntersuchung über psychosoziale AIDS-Beratungsstellen in Bayern*. Schlussbericht. Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung München
- SCHMACKE, N. (1996): *Öffentlicher Gesundheitsdienst, Sozialstaat und Kommunale Selbstverwaltung*; Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf
- SCHWARTZ, F.W., BADURA, B., LEIDL, R., RASPE, H., SIEGRIST, J.: *Das Public Health Buch*. Gesundheit und Gesundheitswesen; Urban & Fischer Verlag München
- SPI FORSCHUNG (1995): *HIV/AIDS & STD und nationale Grenzen*; Informationsschrift zum Modellprogramm „Streetwork zur AIDS-Prävention im grenzüberschreitenden Raum ...“
- STEFFAN, E.; RADEMACHER, M. (2000/1): *Gesundheitsämter im Wandel*; Expertise;
- STEFFAN, E.; u.a.(2000): *Umbrella Network*; SPI Forschung
- The UNAIDS Report (2000)
- THOBEN, I. et al (1991): *Großmodell Gesundheitsämter – AIDS*; gsf-Schriftenreihe Band 38
- Wright, M.T. (2001): *Die Lebenslage von Strichern in Köln, Düsseldorf und im Ruhrgebiet: Eine Bedarfsanalyse*

11 Diagramm-, Tabellen und Schaubildverzeichnis

Diagramme:

1	Lage der einzelnen Beratungsstellen	17
2	Lage und Struktur der Beratungsstellen	18
3	Reichweite (individuelle Beratung) in Relation zur Bevölkerung der Einzugsgebiete	19
4	Lage der einzelnen Beratungsstellen	20
5	Angrenzende Nachbarländer	20
6	Personalausstattung der AIDS/STD und AIDS-Beratungseinrichtungen nach Lage	21
7	Personalstunden pro Woche nach AIDS/STD und AIDS und Lage der Beratungseinrichtungen	22
8	Berufsgruppen im Überblick	22
9	Erreichte Klientel (Beratung, Diagnostik, Therapie)	25
10	Erreichte Klientel nach Lage	26
11	Im Durchschnitt erreichte Klientel nach Lage	26
12	Erreichte Klientel nach Bundesländern (ohne Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Bremen)	27
13	Erreichte Zielgruppen im Überblick	28
14	Vergleich erreichte Zielgruppen: AIDS/STD und AIDS	29
15	Zielgruppenorientierung der jeweiligen Einrichtungen	30
16	Zielgruppe Prostitution im STD-Bereich	31
17	Klientel mit Migrationshintergrund	32
18	Migrant/innen nach Lage der Beratungsstellen	33
19	Klient/innen mit Migrationshintergrund nach ausgewählten Bundesländern	34
20	Beratungen und HIV-Antikörpertest im Jahr 2000	38
21	Durchgeführte HIV-Antikörpertests nach Lage	39
22	Positive HIV-Antikörpertests nach Lage	42
23	Positives Testergebnis pro durchgeführte HIV-Antikörpertests nach Lage	42
24	Positive HIV-Antikörpertests nach Bundesländern	43
25	Positive HIV-Tests nach Geschlecht im Vergleich	44
26	Positive HIV-Testergebnisse (2000): Vergleich Studie Gesundheitsämter und Epidemiologie RKI	45
27	Beratungen und Untersuchungen zu STDs	48
28	STD-Beratungen und –Untersuchungen nach Lage	49
29	STD-Beratungen und –Untersuchungen (im Durchschnitt) nach Lage der Einrichtung	50
30	Untersuchungsangebote in STD-Beratungsstellen	51
31	Hepatitisserologie und –impfung in STD-Beratungseinrichtungen	52
32	Diagnostizierte STDs im Jahr 2000	53
33	Durchgeführte Untersuchungen pro diagnostiziertem Fall (HIV/AIDS und STDs)	54

34	Diagnostizierte „klassische“ STDs: Vergleich SPI und statistisches Bundesamt	55
35	Behandlungsmöglichkeiten von STDs in Beratungseinrichtungen	56
36	Durchgeführte Behandlungen von STDs nach Lage	56
37	Durchgeführte Behandlungen von STDs nach Bundesländern	57
38	Gründe für eine Inanspruchnahme kostenfreier Angebote	59
39	Von Einrichtungen genannte Gründe für eine Inanspruchnahme anonymer Angebote	60
40	Erreichte Personen im Rahmen aufsuchender Sozialarbeit nach Geschlecht	62
41	Im Rahmen aufsuchender Arbeit erreichte Zielgruppen	62
42	Psychosoziale Beratung und Begleitung (Anzahl der Personen nach Geschlecht)	64
43	Sonstige Beratungsangebote nach Einrichtungen	65
44	Betreuungsangebote im AIDS/STD-Bereich nach Einrichtungen	67
45	Betreuungsangebot im AIDS-Bereich nach Einrichtungen	67
46	Angebote im Rahmen von Primärprävention und Multiplikator/innenschulungen nach Einrichtungen	69
47	Weitere spezifische Angebote und Aufgaben nach Einrichtungen	70
48	Im Jahr 2000 in Anspruch genommene Qualifizierungsmaßnahmen	72
49	Inanspruchnahme weiterer Qualifizierungsangebote	73
50	Qualifizierungsbedarf nach Einrichtungen	75
51	Vergleich erreichte Zielgruppen: AIDS/STD und AIDS	83

Tabellen:

1	Zahl der angeschriebenen Gesundheitsämter pro Bundesland und Rücklauf der Fragebögen	13
2	Anonym wahrzunehmende Angebote zu AIDS-Beratung und HIV-Antikörpertests	40
3	Alter bei Diagnose der HIV-Infektion/AIDS	46
4	Beratungen und Untersuchungen zu STDs	48
5	Beratungen und Untersuchungen zu STDs	88

Schaubilder:

1	Erreichte Gesundheitsämter nach Bundesländern	15
---	---	----

12 Liste der verwendeten Abkürzungen

AIDS	Aquired Immunodeficiency Syndrome (Erworbenes Immunschwächesyndrom)
BMJFFG	Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit
BMBF	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie

Bundesländer der Bundesrepublik Deutschland:	BW	Baden-Württemberg
	BY	Bayern
	BE	Berlin
	BB	Brandenburg
	HB	Bremen
	HH	Hamburg
	HE	Hessen
	MV	Mecklenburg-Vorpommern
	NW	Nordrhein-Westfalen
	NI	Niedersachsen
	RP	Rheinland-Pfalz
	SL	Saarland
	SN	Sachsen
	ST	Sachsen-Anhalt
	SH	Schleswig-Holstein
	TH	Thüringen

BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
FSF	Frauen, die auch Sex mit Frauen haben
GeschlKrG	Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten
GO	Gonorrhö, Tripper
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Menschliches Immunschwächevirus)
HPL	Hochprävalenzländer
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IVDA	Intravenös Drogenabhängige
Lymph. ing.	Lymphogranuloma inguinale (Venerische Lymphknotenentzündung)
MSM	Männer, die auch Sex mit Männern haben
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
SPSS	Softwaresystem zur Verwaltung und Analyse wissenschaftlicher Daten
STD	Sexually Transmitted Diseases (Sexuell übertragbare Krankheiten)
Syph.	Syphilis, Lues
Ulc. Molle	Ulcus molle (Weicher Schanker)