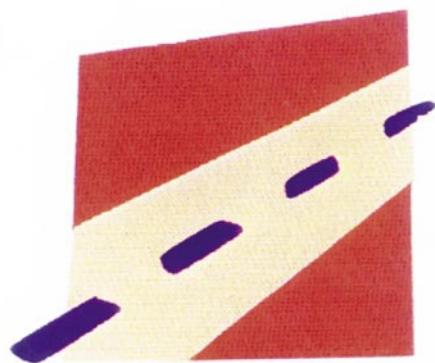


**AIDS und Prostitution in der erweiterten Union,  
altes Thema – neue Wege**



J A N A

Dokumentation der Fachtagung  
„AIDS und Prostitution in der erweiterten Union, altes Thema - neue Wege“  
im Oktober 2004 in der Bezirksregierung in Pilsen.

## Impressum

Herausgeber: JANA - AIDS Präventionsprojekt  
Regierung der Oberpfalz  
Emmeramsplatz 8, 93039 Regensburg

Lektorat: service e.V. - Sexworkers Rights International  
Hessestr. 4, 90443 Nürnberg  
(Ulla Krämer, Martina Schuster)

Übersetzungen: Aliance, Übersetzungsbüro

Gestaltung: Projektarbeit Heine  
c/o U. Heine, Denisstr. 68, 90429 Nürnberg

Druck: Regierung der Oberpfalz  
Emmeramsplatz 8, 93039 Regensburg

© 2006 Alle Rechte vorbehalten  
Abdruck (auch auszugsweise) nur nach Genehmigung der Herausgeberinnen.

## INHALT

- Seite 5** **Vorwort Dokumentation Fachtagung 2004**  
*Elisabeth Suttner-Langer, Dipl.Soz.Päd.(FH), Projektleiterin JANA*
- Seite 7** **Altes Thema – neue Wege**  
*Ulla Krämer, Martina Schuster, Karin Topper  
service e.V. – Sex Workers Rights International*
- Seite 9** **Die Gesetzgebung zur Bekämpfung von  
Geschlechtskrankheiten und die Ausübung der  
Prostitution in der Tschechischen Republik**  
*Prof. MUDr. Vladimír Rešl, CSc., Leiter der dermatologisch-  
venerologischen Abteilung der Universitätsklinik Pilsen*
- Seite 14** **Die HIV Präventionsarbeit der bayerischen Staatsregierung**  
*Ministerialrat Dr. Georg Walzel, Leiter des Referats Sozialmedizin,  
Sucht und Drogen, Bayerisches Staatsministerium für Umwelt,  
Gesundheit und Verbraucherschutz*
- Seite 19** **Die Prävention und Bekämpfung von HIV in Westböhmen**  
*Doc. MUDr. Dalibor Sedláček, PhD, Leiter des AIDS-Zentrums  
der Universität Pilsen*
- Seite 27** **Erfahrungen bei der Umsetzung des  
Infektionsschutzgesetzes**  
*Dr. Heidrun Nitschke, Ärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Gesundheitsamt  
Köln, Beratungsstelle zu sexuell übertragbaren Erkrankungen einschließlich AIDS*
- Seite 37** **Die STD-Untersuchung bei Prostituierten im Bezirk  
Karlsbad**  
*MUDr. Helena Němcová, Leiterin der Hautabteilung des Krankenhauses Sokolov*
- Seite 42** **Neue Möglichkeiten der grenzüberschreitenden  
Zusammenarbeit am Beispiel BORDERNET**  
*Dipl. Soz. Elfriede Steffan, Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der SPI-Forschung gGmbH,  
Sozialpädagogisches Institut Berlin*

## Vorwort Dokumentation Fachtagung 2004

*Sehr geehrte Damen und Herren,*

*Sie halten die zweisprachige Dokumentation unserer bayerisch-tschechischen Fachtagung in Händen.*

*Am 20. Oktober 2004 fand die Tagung zum Thema „AIDS und Prostitution in der erweiterten Union. Altes Thema – neue Wege“ in der Bezirksregierung in Pilsen statt.*

*Die Mitarbeiterinnen von JANA sehen es als ihre Aufgabe, ein binationales Netzwerk von deutschen und tschechischen Fachkräften aufzubauen und ein Forum für den fachlichen Austausch zu ermöglichen.*

*Das Aidspräventionsprojekt JANA hat in den letzten Jahren immer wieder Kooperationspartner auf tschechischer und deutscher Seite zu verschiedenen Themen wie Sexualität, Prostitution, Gesundheitsprävention, Aidsprävention oder Freierarbeit zum Austausch und zur Zusammenarbeit eingeladen.*

*Durch die Möglichkeit, in einer offenen Atmosphäre unterschiedliche Arbeitsansätze und Sichtweisen zu diskutieren, werden eigene Meinungen hinterfragt und neu bedacht. Dies im grenzüberschreitenden Kontext zu praktizieren, ermöglicht ein besseres Verstehen der professionellen Ansätze von Fachkräften des anderen Landes.*

*Im Rahmen unserer Fachtagungen wollen wir einen Prozess unterstützen, der das Verständnis, die Annäherung und Weiterentwicklung von Haltungen und Konzepten beider Länder im Sinne eines gemeinsamen Europas fördert.*

*In der vorliegenden Dokumentation stellen sechs Referenten unterschiedliche Herangehensweisen und Blickpunkte in der Präventionsarbeit mit Prostituierten vor.*

*Die Problematik der Prostitution im Grenzgebiet betrifft beide Länder gleichermaßen. Sexuelle Dienstleistungen werden hauptsächlich von in Deutschland lebenden Männern nachgefragt. Die Frauen sind nur zum Teil Tschechinnen, etwa 2/3 kommen aus anderen Ländern Osteuropas.*

*Die meisten unserer Klientinnen sind in der Arbeit als Prostituierte nicht sozialisiert, haben keinen professionellen Arbeitsansatz und identifizieren sich auch nicht mit einem möglichen Beruf der Sexarbeiterin. Wir betreuen Frauen, die wenig Selbstwertgefühl haben, die ihre Tätigkeit als Prostituierte vor der Familie verheimlichen und um*

die Aufdeckung fürchten. Die Frauen leben in kompletten Abhängigkeitsstrukturen und sind somit den menschenunwürdigen und gewinnorientierten Arbeitsbedingungen weitgehend hilflos ausgeliefert.

Infektionen kennen keine Grenzen, das präventive Vorgehen, um der Ausbreitung von STD's und HIV zu begegnen muss gemeinsam angepackt werden. Die Zahlen der Neuinfektionen steigen deutlich an, insbesondere sind die HIV Neuinfektionen in einigen Ländern Osteuropas besorgniserregend, sie steigen explosionsartig.

In Tschechien wird wohl in nächster Zeit ein Prostitutionsgesetz verabschiedet werden. Wir hoffen, dass durch solche Tagungen die Diskussion, welche Regelungen zum Schutz der Frauen und ihrer Kundschaft nutzvoll sind, fruchtbringend unterstützt wird.

Bei allen Angeboten und rechtlichen Regelungen, die sich an die Frauen in der Prostitution richten, sollte berücksichtigt werden, dass ein Großteil der Betroffenen durch externe Zwänge wie wirtschaftliche, politische und soziale Missstände in diese Situation geraten ist. Vor diesem Hintergrund wird ein freiwilliges, kostenloses und anonymes Angebot der Gesundheitsvorsorge und sozialen Betreuung immer ein Schwerpunkt im Umgang mit Menschen aus sozialen Randgruppen sein.

JANA hat den Anspruch, in der Arbeit eine akzeptierende Haltung gegenüber der momentanen Lebenssituation der Frauen zu zeigen. Wir setzen mit unserem Angebot auf Freiwilligkeit und Eigenverantwortung, da dies die Schlüsselqualifikationen auf eine dauerhafte und nachhaltige Änderung des Verhaltens sind. Durch die Koppelung von Aufklärung und Gesundheitsfürsorge im Rahmen aufsuchender Sozialarbeit lassen sich Risikogruppen sehr gut erreichen und zu einer nachhaltigen Verhaltensänderung motivieren.

Ich hoffe, dass die Zusammenarbeit von deutschen und tschechischen Fachkräften und der fachliche Austausch weitergehen, dass JANA als deutsch-tschechisches Projekt unter deutscher Trägerschaft weiter finanziert wird und auch in Zukunft von tschechischer Seite Unterstützung erfährt.

Regensburg/Domažlice, November 2005

Elisabeth Suttner-Langer, Dipl.Soz.Päd.(FH), Projektleiterin JANA

## Altes Thema – neue Wege

Bei einer Konferenz der Europäischen Gesundheitsminister zur Bekämpfung von AIDS im Februar 2004 in Dublin wurden dramatische Anstiege der Neuinfektionsraten mit HIV in Osteuropa thematisiert.

In der daraus resultierenden „Dubliner Erklärung“ stimmten die Gesundheitsminister Europas überein, dass „dieser Krise durch verstärkte Koordinierung, Zusammenarbeit und Partnerschaft innerhalb und zwischen unseren Ländern zu begegnen“ ist.

Den länderübergreifenden und interdisziplinären Austausch zu fördern, war eine Intention der Tagung „AIDS und Prostitution in der erweiterten Union, altes Thema - neue Wege“. Unterschiedliche Perspektiven, Erfahrungen und Präventionsansätze sind in diesem Band dokumentiert.

Infektionen kennen keine Grenzen - dies gilt auch für HIV/AIDS. Auch Gesundheitskonzepte müssen Grenzen überschreiten.

Gemeinsame Strukturen in Prävention, Diagnose und Behandlung müssen etabliert und ausgeweitet werden. Den politischen und regionalen Veränderungen einer sich erweiternden europäischen Union muss Rechnung getragen werden.

Laut Bericht der ILO vom Mai 2004 wird weltweit die Anzahl der Menschen, die migrieren, um in anderen Ländern Arbeit zu finden, weiter ansteigen. Männer und Frauen werden weiter den Weg der Auswanderung wählen, um ihren Lebensunterhalt zu sichern, unter anderem in der Prostitution. Die EU-Erweiterung vom 1. Mai 2004 bringt eine neue Qualität in diese Migrationsbewegung.

Bisher fehlt es an adäquaten Umgangsweisen mit diesem internationalen Phänomen. Es fehlt an fundierten Analysen, spezifischen Unterstützungsangeboten und an flexiblen Konzepten. Vor allem der schwer zugängliche und hochsensible Bereich der Sexarbeit bedarf einer besonderen Herangehensweise. Ein niedrigschwelliger und akzeptierender Ansatz ermöglicht den Zugang zu den Akteurinnen. Nur so können die Weitergabe von Informationen und spezifische Hilfsangebote auf die tatsächlichen Bedürfnisse und Erfordernisse abgestimmt werden.

Restriktive oder gar kriminalisierende Maßnahmen verstärken ein „Abtauchen“ der Prostitutionsszene in unkontrollierbare Grauzonen und begünstigen Ausbeutungs- und Abhängigkeitsstrukturen. Die Betroffenen sind für Präventionsbotschaften und Behandlungsangebote nicht mehr erreichbar.

*Vielmehr gilt es Veränderungen wahrzunehmen und als neue Herausforderung zu begreifen. Gesundheitspolitik in einer europäischen Dimension erfordert handlungsfähige grenzüberschreitende Strukturen mit einem hohen Maß an Flexibilität. Konzepte müssen permanent evaluiert und an eine sich ständig verändernde Situation angepasst werden. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit von Ländern und Fachbereichen muss verstärkt werden.*

*Die Tagung war eine Plattform, Erfahrung und Wissen auszutauschen. Es müssen weitere Schritte folgen, um Bewährtes mit Innovativem zu verbinden, gemeinsame Strategien zu entwickeln und Handlungskonzepte umzusetzen.*

*Ulla Krämer, Martina Schuster, Karin Topper  
service e.V. – Sex Workers Rights International*



## **Die Gesetzgebung zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten und die Ausübung der Prostitution in der Tschechischen Republik**

Vortrag von Prof. MUDr. Vladimír Rešl, CSc.,  
Leiter der dermatologisch-venerologischen Abteilung der Universitätsklinik Pilsen

### **Die Verbreitung von Geschlechtskrankheiten – Daten und Fakten**

Zur Erfassung von Geschlechtskrankheiten in der Tschechischen Republik gibt es bis zum Jahr 2001 eine offizielle Statistik. Daneben liegen genaue statistische Monatszahlen aus den einzelnen Be-

zirken vor. Die Daten zeigen, dass die Anzahl der an Syphilis Erkrankten gestiegen ist. Zudem gibt es Fälle der angeborenen Syphilis, ein Phänomen, das erstmals nach der Öffnung zum Westen hin aufgetreten ist. Es handelt sich jedoch um eine geringe Anzahl. Zudem sind auch Früh- und Spätsyphilis festzustellen. Eine unerwartete Entwicklung ist beim Tripper zu verzeichnen, dessen Vorkommen ständig zurückgeht. Dabei muss jedoch beachtet werden, dass aufgrund individueller Behandlung einiger Patienten nicht alle Erkrankungen gemeldet werden und damit nicht in der Statistik erfasst sind. Wahrscheinlich ist das Agens durch Antibiotika verändert worden, so dass insgesamt nur wenige Fälle bekannt werden. Betrachtet man den Bezirk Westböhmen, der administrativ in die Bezirke Karlsbad und Pilsen geteilt ist und als unmittelbarer Nachbar des

Bayerischen Bezirkes interessiert, so zeigt sich ein Rückgang der Syphilisfälle. Ähnlich sieht es beim Tripper aus: Die Tendenz ist stets sinkend. Nach der Teilung gab es 104 Fälle, jetzt sind nur noch 21 Erkrankungen zu verzeichnen. Insgesamt haben die tschechischen Bürger um die Hälfte weniger Infektionen als die Ausländer.

Allgemein lässt sich heute sagen, dass der Anstieg der sexuell übertragbaren Krankheiten in der Tschechischen Republik gewissermaßen stabilisiert wurde. In den letzten Jahren haben wir in der ganzen Tschechischen Republik einen Anstieg des Trippers um etwa vier Prozent im Vergleich zu den vorigen Jahren festgestellt. Vielleicht ist es irgendein allgemeines Phänomen oder die Meldetätigkeit wurde durch die Einführung der so genannten Staatsaufsicht verbessert. Ferner haben wir im vergangenen Jahr eine um 30 Prozent niedrigere Anzahl der Syphilisfälle und nur sieben Prozent angeborene Syphilisfälle verzeichnet. Sehr ernst zu nehmen ist jedoch die Tatsache, dass in der ganzen Tschechischen Republik 77 schwangere Frauen an Syphilis erkrankt waren.

Ferner ist bekannt, dass die am meisten betroffenen Personen zwischen 20 und 34 Jahren (die meisten davon 30 Jahre) alt sind und die Frauen zwischen 15 und 29 Jahren (die meisten davon 25 Jahre) alt sind.

Die größte Anzahl der sexuell übertragbaren Krankheiten ist im mährisch-schlesischen Bezirk festzustellen, das heißt in der Gegend von Ostrava (Ostrau) in Nordmähren, dann im Bezirk Ústí nad Labem (Aussig), der an Deutschland grenzt, dann in Prag und im Bezirk Karlovy Vary (Karlsbad). Vor allem Studenten, Schüler und Männer mit Grund- und Mittelschulausbildung sind betroffen. Die Behandlung wird hauptsächlich mit Penizillin als Wahlmedikament durchgeführt. Beim Tripper werden vor allem Tetracyclin oder Azitromycin angewendet.

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass in der Tschechischen Republik zurzeit die Situation relativ günstig ist. In unseren Nachbarländern – die Slowakei bildet hier eine Ausnahme – sind wesentlich höhere Zahlen der sexuell übertragbaren Krankheiten einschließlich HIV zu verzeichnen.

Sind unsere Vorsorgeaktivitäten auf so einem guten Niveau oder verhält sich unsere Bevölkerung doch relativ verantwortungsbewusst? Es sind Unterschiede in der Umgangsweise der Bevölkerung der Klein- und Provinzstädte und der Großstädte festzustellen. Wir haben in unserer Republik, und das gilt auch für die Region Westböhmen, eine verhältnismäßig hohe Anzahl an kleinen Gemeinden. Ich möchte jedoch betonen, dass wir uns selbstverständlich auf unseren Lorbeeren nicht ausruhen dürfen. Wir müssen

unsere Aktivitäten fortsetzen. Jeder aufgedeckte und behandelte Fall, der eine Weiterverbreitung verhindert, ist für uns ein kleiner Sieg.

## Die Gesetzgebung zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten

Der derzeitige Stand der Gesetzgebung ist nicht befriedigend. Zwar wurden einige unsere Problematik betreffende Gesetze im Bereich der Hygiene und Epidemiologie verabschiedet, eine ganze Reihe von Vorschlägen für weitere Vorsorgegesetze ist aber im Parlament stecken geblieben und wurde nicht novelliert. Vor allem sind das Gesetz Nr. 258/2000 GBl über den Öffentlichen Gesundheitsschutz und Änderungen einiger damit zusammenhängender Gesetze verabschiedet worden. Neben der Infektionsproblematik, wie zum Beispiel Wasserhygiene, Desinfektion und Bekämpfung von Nagetieren, ist hier auch ein Abschnitt zur Untersuchung des Virus des menschlichen Immundefizits zu finden.

In der Tschechischen Republik, wie übrigens in ganz Europa, gilt, dass eine Person nicht ohne ihre Zustimmung auf HIV getestet werden darf. Aus bestimmten Gründen, die im Strafbereich liegen, wurde dieses Gesetz leicht verändert. Seitdem kann ein HIV-Test ohne Zustimmung des Betroffenen durchgeführt werden, wenn eine Anklage wegen einer Straftat – zum Beispiel die Gefährdung durch eine Geschlechtskrankheit, Vergewaltigung und Ähnliches – vorliegt. Darüber hinaus werden HIV-Tests bei schwangeren Frauen durchgeführt. Das Gesetz regelt auch das Sammeln und das Verarbeiten der persönlichen Daten. Ferner wurde ein Institut der staatlichen Gesundheitsaufsicht neu aufgebaut, das in jedem Bezirk eine Institution vorsieht. Dort obliegt einem Dermato-Venerologen gemeinsam mit einem Epidemiologen die Administration im Bereich der Prävention und Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten. Diesen institutionellen Umbau hat eine durch die Privatisierung des Gesundheitswesens veränderte Praxis erforderlich gemacht. In diesem Gesetz steht auch, dass wir den Patienten die Behandlung der Syphilis und des Trippers bieten und sie definitiv heilen können. Laut Gesetz sollen sich die Patienten einer ärztlichen Untersuchung unterziehen, die Ratschläge der Ärzte befolgen und keine Tätigkeiten ausüben, die ihrer Gesundheit schaden könnten. Sie sind verpflichtet, die Ärzte zu informieren und es soll eine epidemiologische Untersuchung mit Ermittlung der Kontakte und der Ansteckungsquellen durchgeführt werden. Zudem wurde eine neue Vorschrift – methodische Anleitung zur Lösung der Problematik HIV und AIDS – herausgegeben. Bisher arbeiten wir noch mit selbst ausgearbeiteten

Standards zu allen Geschlechtskrankheiten und dem alten Verordnungsblatt des Gesundheitsministeriums, das seit 1968 gültig ist, nun aber wahrscheinlich von anderen verabschiedeten Gesetzen annulliert werden wird. Ebenfalls wird das Abkommen über Menschenrechte und Biomedizin berücksichtigt, das ein im Rahmen des EU-Beitrittes verabschiedetes Gesetz war. Berücksichtigt wurde auch die Schweigepflicht, die das medizinische Geheimnis und dessen Umfang betrifft.

### Prostitution in Gesetzgebung und Gesundheitsvorsorge

Im Folgenden möchte ich auf den Bereich der Prostitution eingehen. Wir kennen die sogenannte Hotel-, Barprostitution, die unter dem Deckmantel der Massage-, Erotiksalons betrieben wird, die Wohnungsprostitution, wozu auch die Callgirls zählen, und ferner die Straßenprostitution in den Städten mit den Kupplern, Zuhältern und Kriminellen und nicht zuletzt mit der Drogenproblematik. Der epidemiologisch schwierigste Bereich darunter ist die Straßenprostitution, die auf den Parkplätzen und Straßen angeboten und vor allem von den LKW-Fahrern genutzt wird. Bei den zwei zuletzt genannten ist die Übertragungsfahrer der Geschlechtskrankheiten einschließlich AIDS beträchtlich hoch. Ein neuer charakteristischer Zug der Prostitution ist der, dass sie einen bestimmten sozialen Aspekt bekommt. Sie stellt auch eine Möglichkeit der Drogenbeschaffung dar.

Auf unserem Gebiet wurde bereits im Jahr 1885, noch zur Zeit der Monarchie, eine so genannte Reglementierung bzw. ein Vagabundengesetz eingeführt. Nach der Gründung der Tschechoslowakischen Republik im Jahr 1922 wurde es durch ein fortschrittlicheres Aufhebungsgesetz ersetzt, das die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten regelte. Das Gesetz wurde nach und nach novelliert, einige Teile sind nach wie vor gültig. Interessant ist die Konzeption dieses alten Prostitutionsreglements aus der Monarchiezeit, die im Grunde genommen sämtliche Probleme der Prostitution, auf die unsere heutige Öffentlichkeitsarbeit hinweist, bereits berücksichtigt hat. Darin wurde festgelegt, wo die Prostitution betrieben werden darf, wie sie reduziert werden soll, wie die Untersuchungen sein sollen, usw. Wir hatten bis vor kurzem das Problem, dass wir im Jahr 1904 und dann im Jahr 1954 eine Reihe von internationalen Abkommen über Bekämpfung und Aufhebung des Menschenhandels und des Menschenmissbrauchs zur Prostitution getroffen haben. Nach diesen internationalen Abkommen sollte die gesamte Prostitution auf dem Gebiet der Tschechischen Republik strafbar sein. Die Problematik wurde also nicht gelöst, sondern nur umgangen. Vor einiger Zeit kündigten Ungarn und auch

die Tschechische Republik diese Abkommen. Dieser Schritt bedeutete einen Meilenstein in der Gesetzgebung, denn durch die Aufhebung des Abkommens konnte dem Vorwurf begegnet werden, dass der Staat quasi als Zuhälter fungiere. Daneben brachte die bereits erwähnte Einführung der Staatsaufsicht die Lösung für viele bisherige Probleme. Selbstverständlich hat unser Staat neben der Gesundheitslegislative noch weitere Gesetze, die unter anderem die Kuppelei, den sexuellen Missbrauch, die Gefährdung der Moralerziehung usw. bekämpfen. Diese Gesetze bilden einen Bestandteil des Strafgesetzbuches.

Auf Druck der Öffentlichkeit befindet sich derzeit das Gesetz über die Regulierung der Prostitution im Einspruchsverfahren. Dieses Gesetz enthält die Definition der Prostitution und sollte auf Gemeindeebene behandelt werden. Es definiert, welche Personen Prostitutionsdienste anbieten dürfen, und schreibt vor, dass ärztliche Zertifikate ausgestellt werden müssen. Weiterhin legt es die Steuerpflicht für Prostituierte fest und definiert Verstöße. Gemeinden sollen bestimmen, wann die Prostitution ausgeübt werden darf.

Die dermatologische Gesellschaft hat dazu viele Einwände formuliert und mit Rücksicht auf die Wirtschaft ein grundlegendes Untersuchungsschema vorgeschlagen. Es bleibt die Frage, wie das Problem gelöst wird. Das Gesetz gilt für tschechische Bürger und EU-Bürger. Diese hätten auch Anspruch auf Untersuchung und Behandlung im Umfang der Gesundheitsfürsorge des jeweiligen Staates. Nach unserer Erfahrung aus dem Projekt JANA könnte es aber auf die Hälfte oder ein Drittel der Prostituierten nicht zutreffen, denn sie zählen nicht zu den EU-Bürgern. Das ist sehr problematisch, denn die Hauptüberträgerinnen der Infektionen sind Frauen aus der Ukraine, Russland, Weißrussland, Thailand und aus weiteren außereuropäischen Ländern. Zu dem Regulierungsgesetz wurde bereits eine Verordnung erlassen, zu der wir eine Stellungnahme abgegeben haben. Neben anderen Dingen fordern wir vor allem Gutachten und Eingangsuntersuchungen.



Foto: Suttner-Langer, Tagung 2004



## Die HIV Präventionsarbeit der bayerischen Staatsregierung

Vortrag von **Ministerialrat Dr. Georg Walzel**, Leiter des Referats Sozialmedizin, Sucht und Drogen, Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz

Ich leite im Bayerischen Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz das Referat für Drogensucht und AIDS-Prävention, und befasse mich in meinem kurzen Beitrag hauptsächlich mit dem Thema JANA. JANA ist ein wichtiger Bestandteil der bayerischen AIDS-Politik. Es ist ein vergleichsweise kleines, aber wichtiges gemeinsames AIDS-Projekt mit der Republik Tschechien. Ich möchte Ihnen zunächst einen kleinen Einblick in die Gesamtkonzeption der bayerischen AIDS-Versorgung, der AIDS-Politik, geben und dann speziell auf JANA und die aktuellen Probleme der Prävention eingehen.

## HIV Prävention in Bayern

AIDS ist seit ungefähr 20 Jahren bekannt und war in Europa früher hauptsächlich in den westlichen Ländern ein Begriff. Im Osten Europas hatte das Thema AIDS, bedingt auch durch den Eisernen Vorhang, kaum Relevanz. In Bayern sind nach den aktuellen Zahlen des Robert-Koch-Institutes zurzeit ca. 5.000 Menschen HIV – infiziert, davon leben etwa zwei Drittel in der Landeshauptstadt München. Derzeit ist in Deutschland und Bayern bei zwei Personengruppen ein leichter Anstieg der HIV-Infektionen festzustellen. Die am meisten betroffene Gruppe ist die der homosexuell aktiven Männer. Diese Personen erwerben die HIV-Infektion in Deutschland neu. Die zweite Personengruppe, die der Migranten, bringt die Infektion aus den Hochprävalenzländern Afrikas nach Deutschland. Daneben ist ein marginaler Anstieg an Infektionsfällen bei den übrigen Bevölkerungsgruppen festzustellen. Die bayerische Staatsregierung nimmt die Bedrohung durch AIDS sehr ernst und stellt pro Jahr eine hohe Summe für die AIDS-Bekämpfung zur Verfügung. Im Jahr 2005 sind das 4,2 Millionen Euro.

Damit fördern wir ein Netz von elf psychosozialen Beratungsstellen in ganz Bayern, davon fünf in München. Erste Anlaufstelle sind - und bleiben - Beratungsstellen in den Gesundheitsämtern, dazu kommen weitere Unterstützungsangebote für Betroffene und eine ganze Reihe spezieller Projekte, zum Beispiel im Bereich der AIDS-Hilfen und anderer Selbsthilfeorganisationen. Mit diesen Angeboten werden die verschiedenen Bevölkerungsgruppen und betroffenen Personen zielgenau erreicht. Die bayerische AIDS-Politik setzt in erster Linie auf Prävention und in zweiter Linie, gleichberechtigt, auf Hilfen für Betroffene. Wir haben ein ausgebautes System, in dem AIDS-kranke Menschen und auch ihre Partner Beratung, Lebensunterstützung und Hilfe bei Lebensfragen finden. Unser Ziel ist es, dass sich die von AIDS betroffenen Menschen in unserer Gesellschaft sicher fühlen können. Sie sollen bereit und in der Lage sein, sich beispielsweise im Krankenhaus bei einer Operation, bei einem Eingriff oder Ähnlichem, zum Beispiel beim Zahnarzt, usw. zu ihrer Infektion zu bekennen und auf diese Weise den Behandelnden oder im Fall von sexuellen Kontakten den Partner in die Lage versetzen, entsprechende Schutzvorkehrungen zu treffen.

## Probleme im Bereich der AIDS-Prävention

Wir haben im Bereich der AIDS-Prävention zurzeit vier Probleme, die ich hier ansprechen möchte.

### *Sinkendes Risikobewusstsein von Jugendlichen*

Das Hauptproblem ist das drastisch zurückgegangene Risikobewusstsein für AIDS vor allem in der nachwachsenden Generation. Junge Leute sind, zumindest in Deutschland, in Bayern, weniger empfänglich für Botschaften, die auf die Gefahren von- und damit auf die Schutzmöglichkeiten vor AIDS hinweisen. Deshalb wollen wir gerade junge Menschen erreichen. Dazu arbeiten wir mit der BZGA zusammen. Ziel ist es, dass junge Menschen mit der Bedrohung ohne Angst und dennoch souverän umgehen. Wir wollen verhindern, dass Hysterie und Panik ausbrechen, wie wir es Ende der 80er Jahre erleben mussten. Damals war es fast unmöglich, über das Thema AIDS emotionsfrei und ohne Ängste oder sonstige Bedrohungsgefühle zu sprechen.

### *Ansteigender Kondomverzicht bei männlichen Homosexuellen*

Die zweite Risikogruppe, die uns große Sorgen bereitet, sind homosexuell aktive junge Männer, sowohl diejenigen, die neu in die Szenen eintreten als auch diejenigen Männer, die schon lange in Szenen leben. In den homosexuellen Szenen, die in Bayern vor allem in München, aber auch in anderen großen Städten zu finden sind, kommt es immer mehr zu gefährlichen Verhaltensweisen. So wird zunehmend auf den Kondomgebrauch verzichtet, nicht nur aus Nachlässigkeit, sondern bewusst aus einer Lust zum Risiko heraus, die sehr schwer zu fassen und zu begreifen ist.

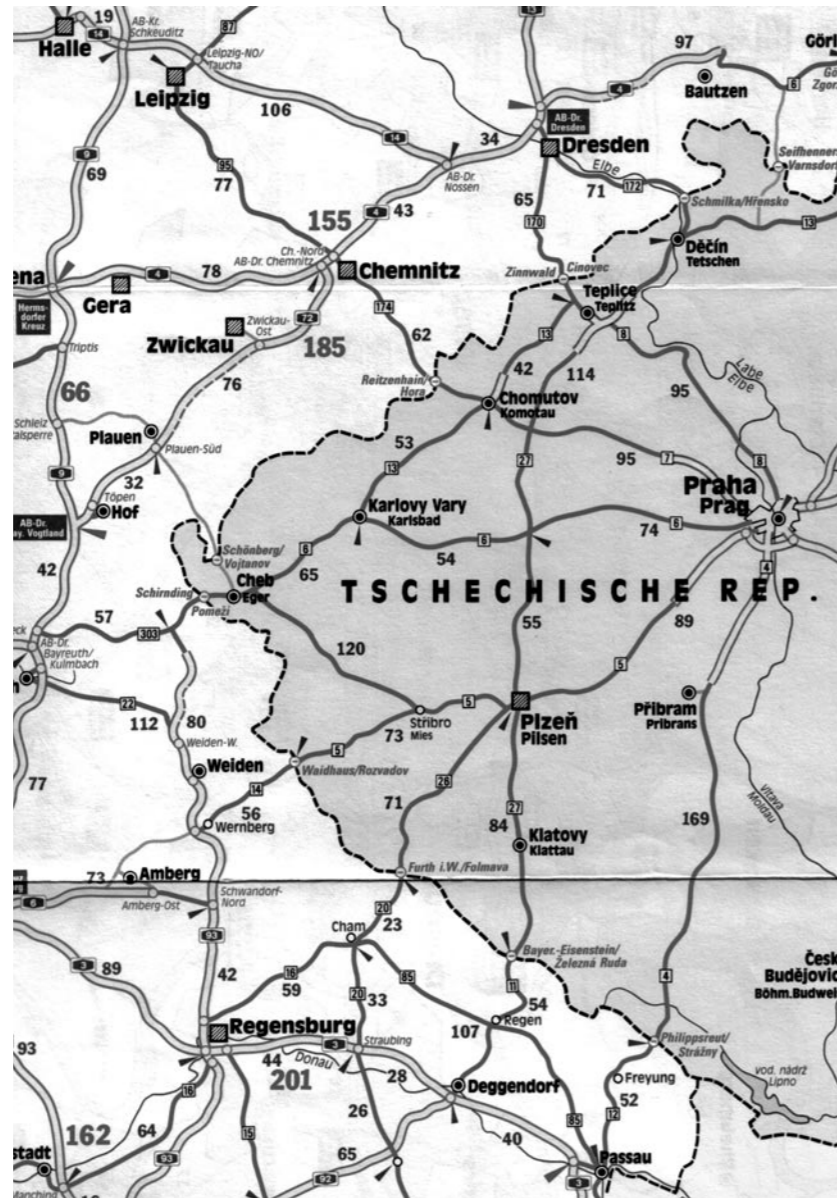
Wir reagieren darauf mit szenenahen Präventionsprojekten, bei denen Mitarbeiter der AIDS-Hilfen in die Szene zu den betroffenen Menschen gehen, diejenigen identifizieren, die durch riskantes Verhalten auffallen und sie ansprechen, um Einsicht und eine Veränderung des Verhaltens zu erreichen. Dafür haben wir allein im Jahr 2004 neben kleineren Projekten in Regensburg und in Nürnberg ein Projekt in München mit einem Budget von ca. 50.000 Euro gestartet.

### *Prostitution in der Migration*

Das dritte große Problem ist teilweise eine Folge der Osterweiterung. Wir haben in Deutschland bisher relativ geringe Zahlen an HIV Infizierten, obwohl es die Krankheit bei uns schon über 20 Jahre gibt. Wir wissen, dass die Infektion vor allem in der Ukraine, in Weißrussland, in den Baltischen Staaten und in der GUS weit verbreitet ist, und wir befürchten, dass es bei offenen Grenzen zu Einschleppungen und Übertragungen kommen könnte. Deswegen schätzen wir die Arbeit von JANA als besonders wichtig ein und sind dem Bezirk Pilsen dankbar, dass wir in unseren Bemühungen unterstützt werden. Da in den tschechischen Clubs viele Frauen arbeiten, die auch aus Hochprävalenzländern kommen, besteht die Gefahr, dass über die Prostitution die Krankheit AIDS auch in Deutschland weiter verbreitet wird. Zwar ist die Zahl der HIV-infizierten Prostituierten tatsächlich nicht sehr hoch, derzeit sind es nur drei von 700 Personen dieser Hochrisikogruppe. Aber wir dürfen nicht davon ausgehen, dass dies ohne gezielte Präventionsarbeit so bleibt und wollen deshalb JANA fortführen. Es ist im Moment schwierig und eine hundertprozentige Voraussage auch nicht möglich, ob und in welcher Form JANA weitergefördert werden kann. Es hängt damit zusammen, dass wir wie überall auch in Bayern stark sparen müssen. Ich kann Ihnen jedoch versichern, dass das Gesundheitsministerium im Rahmen des Möglichen alles daran setzen wird, das Projekt JANA aufrecht zu erhalten und weiterzuführen. Wir wissen, wie wichtig JANA ist, denn wir sehen in dem Projekt einen sinnvollen Ansatz zu verhindern, dass die Krankheit über die Grenzen getragen wird. Zudem sind wir uns unserer Verantwortung bewusst. JANA wäre nicht notwendig, wenn es keine deutschen Kunden für Prostituierte in Tschechien gäbe. Derzeit finanziert der Freistaat Bayern eine halbe Stelle für die Projektleitung und die beiden Stellen für die Streetworkerinnen. Möglicherweise können wir JANA sogar im Rahmen von Bordernet oder eines anderen Projektes, vielleicht auch in einer anderen Form, ausweiten und auf weitere Bezirke von Tschechien ausdehnen. Denn das Phänomen, über das wir hier sprechen, ist keineswegs nur im Bezirk Pilsen zu beobachten.

### *Die schwierige Finanzlage*

Das letzte Problem, ist die Finanzsituation des Staates. Wir in Bayern sind jedoch der Meinung, dass Geld für Prävention immer vorhanden sein müsste und wir werden deswegen alles tun, um die uns wichtig erscheinenden, nachweislich wirkungsvollen Projekte weiter zu erhalten.



## Die Prävention und Bekämpfung von HIV in Westböhmen

Vortrag von **Doc. MUDr. Dalibor Sedláček, PhD,**  
Leiter des AIDS-Zentrums der Universität Pilsen

### Die weltweite Verbreitung der HIV-Infektion

In meinem Vortrag berichte ich über HIV-positive Patienten, die im ehemaligen Bezirk Westböhmen, das heißt auf dem Gebiet der Bezirke Karlsbad und Pilsen wohnen, dem Einzugsgebiet unseres AIDS-Zentrums. Ich möchte zunächst in die Geschichte zurückgehen und an das Jahr 1981 erinnern, als die ersten Fälle der AIDS-Erkrankung in den USA beschrieben wurden. Seitdem hat sich die Situation erheblich verschlechtert. Ende Dezember 2003 waren weltweit insgesamt geschätzt an die 40 Millionen Personen mit HIV infiziert. Zeitgleich sind circa 28 Millionen HIV-positive Personen im fortgeschrittenen Stadium gestorben. Allein im Jahr 2003 wurden fast fünf Millionen Personen neu infiziert und drei Millionen Personen sind weltweit in Folge der AIDS-Erkrankung gestorben. Am schlimmsten betroffen ist die Subsahara-Region in Afrika, das wahrscheinlich als die Wiege dieser Krankheit bezeichnet werden kann. Dahinter folgen Südostasien und in der letzten Zeit, insbesondere in den letzten zwei bis drei Jahren, das Gebiet der ehemaligen Sowjetunion und Osteuropas. Die meisten Neuinfizierungen finden wir in der Subsahara-Region, einem Gebiet, in dem auch die meisten Todesfälle zu verzeichnen sind. Es wird geschätzt, dass innerhalb eines einzigen Tages ungefähr 14.000 Personen auf der Welt infiziert werden, davon 2.000 Kinder unter 15 Jahren. 95 Prozent davon leben in Entwicklungsländern, vor allem in Afrika, Asien und Südamerika.

## **Der Kampf gegen das HIV Virus und die Behandlung der HIV positiven Patienten**

Die meisten Erkrankungen verursacht das menschliche Retrovirus HIV 1. Neben diesem Virus gibt es noch das Virus HIV 2, das aber nur circa fünf Prozent der Erkrankungen auf der Welt auslöst. Heute haben wir ziemlich gute Möglichkeiten, den Replikationszyklus eines Virus zu beeinflussen, das heißt die Fortpflanzung dieses Virus in den angegriffenen menschlichen Zellen zu bremsen. Betroffen sind vor allem die helfenden CD4 positiven T-Lymphozyten, die einen sehr wichtigen Bestandteil der Immunantwort der Abwehrmechanismen eines Menschen bilden. Wenn diese Zellen im Laufe der Zeit durch das Virus HIV 1 vernichtet werden, wird die Immunantwort komplett zerstört. Es treten so genannte opportune Infektionen auf, die bei der normalen Population nicht vorkommen, da sie ausschließlich an eine schwere Störung des Immunsystems, insbesondere an dessen spezifische Zellenkomponenten, gebunden sind.

In den letzten circa zwei bis drei Jahren wird in der klinischen Praxis eine neue Gruppe von Medikamenten eingesetzt, die als Fusionsinhibitoren bezeichnet werden. Diese Präparate können ein sehr wichtiges Glykoprotein an der Oberfläche des HIV-Virus blockieren, das für die Bindung an die Zielzelle verantwortlich ist. Eines der Medikamente, das bereits angewendet wird, heißt Enfuvirtid, firmenmäßig Fuzeon. In der Tschechischen Republik steht uns eine breite Palette von Medikamenten zur Verfügung, die auch in den anderen europäischen Ländern und in den USA eingesetzt werden. Dazu zählt auch das Medikament Enfuvirtid, das zu den neusten Präparaten gehört.

Die Behandlung der HIV positiven Patienten ist komplex. Zunächst werden Medikamente eingesetzt, die den Replikationszyklus inhibieren. Es werden verschiedene Kombinationen verabreicht. Neue Erfahrungen zeigen, dass Monotherapie oder eine Kombination von zwei Präparaten verhältnismäßig schnell zur Resistenz des Virus gegen die Behandlung führen. Derzeit stehen uns 21 Präparate zur Verfügung, die es uns ermöglichen, 1.333 Kombinationen aus drei Präparaten zu gewinnen. Diese Dreifachkombination ist die grundlegende Behandlungsmethode bei HIV-Infektionen. So können wir eine auf den jeweiligen Patienten abgestimmte Behandlungskombination erstellen.

Daneben sind noch eine ganze Reihe anderer Maßnahmen notwendig, vor allem die Behandlung der Komplikationen, die leider durch diese Präparate oft hervorgerufen werden. Kein Präparat ist ohne unerwünschte Nebenwirkungen und auch das am wenigsten schädliche Präparat kann unter bestimmten Bedingungen ziemlich schwere Er-

krankungen hervorrufen. Zudem müssen wir uns selbstverständlich auch der Prophylaxe und der Behandlung der opportunen Infektionen widmen. Das ist vor allem bei Patienten im fortgeschrittenen Stadium, die nur wenige CD4 positive T-Lymphozyten haben, sehr schwierig. Zu den opportunen Infektionen gehören auch die sexuell übertragbaren Krankheiten, die den Zustand verschlechtern. Vor allem bestimmte Genitalverletzungen können das Risiko hundertfach erhöhen oder die Virusdurchdringung hundertfach vereinfachen. Die Patienten müssen regelmäßig beobachtet werden und die Behandlung muss den Resistenzergebnissen angepasst werden. Heutzutage besteht die Möglichkeit, die Typen- aber auch die Phenotypenresistenz festzustellen. Deshalb kann die Behandlung gezielt auf den akuten Zustand des einzelnen Patienten ausgerichtet werden.

Die Voraussetzung für die Aufnahme der Behandlung ist die Adhärenz. Dazu gehören ein Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt, ein kompletter Informationsstand und vollständiges Einlassen des Patienten auf die Behandlung. Ist beim Patienten diese Adhärenz nicht vorhanden, hat es keinen Sinn, die Behandlung aufzunehmen, da diese durch jede auch noch so kleine Nebenreaktion oder Nebenwirkung stark gefährdet ist. Neben der bisher erwähnten medikamentösen Behandlung werden Erholungssport, gesunde Lebensführung, gesunde Verpflegung und vor allem die Akzeptanz der Umgebung von HIV-positiven Patienten empfohlen.

Diese hoch aktive oder kombinierte Behandlung der HIV-Infektion hat den Gesundheitszustand der HIV-positiven Patienten stark beeinflusst. So ist die Sterberate gesunken, und die Anzahl der Krankheiten, die auf opportunen Infektionen basieren, zurückgegangen. Gleichzeitig konnte die Zahl der Krankenhausaufenthalte und der im Krankenhaus verbrachten Tage verringert werden. Ferner sind die Behandlungskosten gesunken, vor allem deshalb, weil die Krankenhausbehandlung finanziell sehr aufwendig ist. Die Lebensdauer wurde länger. Es sei dahingestellt, ob sich auch die Lebensqualität verbessert hat. Auf jeden Fall ist die Arbeitsfähigkeit der Patienten gestiegen.

## **HIV positive Patienten und ihre Behandlung in der Tschechischen Republik**

Was die Behandlung der HIV-positiven Patienten in der Tschechischen Republik betrifft, möchte ich einige wichtige Momente hervorheben. Sie ist ganzstaatlich organisiert und eine wichtige Rolle spielt dabei die therapeutische Subkommission der AIDS-Nationalkommission. Diese Subkommission verfolgt sehr sorgfältig die weltweite Entwicklung

der medikamentösen Behandlung und stimmt sie auf unsere regionalen Bedürfnisse ab. Die Bedingungen für die Behandlungsaufnahme entsprechen den Europäischen Standards. Die Methoden aller Arbeitsstellen, die sich den HIV-positiven Patienten widmen, sind identisch, da alle Leiter der AIDS-Zentren Mitglieder dieser therapeutischen Subkommission sind. Die Behandlung der HIV-positiven Patienten erreicht in der Tschechischen Republik hohes Niveau. Dies stellten auch die WHO-Vertreter fest, die vor einiger Zeit unsere Außenstelle besucht, die Behandlung geprüft, und ihre Qualität mit den anderen europäischen Ländern verglichen haben.

So wie in allen entwickelten Ländern steht in der tschechischen Republik an erster Stelle die hoch aktive Antiretrovirusbehandlung, die aus einer zweifachen Kombination der Nukleosid-Inhibitoren der reversen Transkriptase hervorgeht, der entweder ein Nicht-Nukleosid- oder ein Protease-Inhibitor beigefügt wird. Selbstverständlich haben wir auch beim Ausbruch der Krankheit eine ganze Reihe weiterer Therapiemöglichkeiten. Die finanziell extrem aufwendige Behandlung verursacht Kosten in einer Größenordnung von CZK 300.000 – 400.000 pro Patienten, und zwar für die Grundbehandlung eines unkomplizierten Patienten. Kommen noch andere Faktoren hinzu, dann beläuft sich die Finanzierung der Behandlung auf Millionen. Die Voraussetzung für die Aufnahme der Behandlung ist, wie bereits erwähnt wurde, eine hohe Adhärenz. Solange wir keine Gewissheit haben, dass der Patient vollkommen adhärent ist und in Zukunft zusammenarbeitet, ist es besser, mit der Behandlung abzuwarten und erneut die Bedingungen und Umstände zu erläutern.

In der Tschechischen Republik sind mittlerweile einige HIV-Stämme resistent. Diese Viren und ihre Resistenz können im Nationalreferenzlabor festgestellt werden. Die meisten oben angeführten Medikamente werden von den Krankenkassen bezahlt, nur die neuesten Medikamente, die gerade die Studienphase absolviert haben und in die Praxis eingeführt werden, kommen zu uns in Form eines außerordentlichen Importes. Dafür gibt das Gesundheitsministerium Finanzmittel frei. Jedes AIDS-Zentrum verfügt über eine bestimmte Finanzreserve, die für diese Medikamente verwendet werden kann. Sie werden vor allem dann eingesetzt, wenn die Resistenz bei unseren Patienten einen hohen Grad erreicht hat. Leider reduzierte das Gesundheitsministerium in den letzten Jahren seine Finanzierung. Die ursprünglichen Bilanzen, die sich etwa Mitte der 90er Jahre auf circa CZK 90 Millionen pro Jahr für das ganze Nationalprojekt HIV/AIDS in der Tschechischen Republik belaufen haben, sind in den letzten Jahren in der Größen-

ordnung auf CZK 20 Millionen zurückgegangen. Dadurch ist zukünftig der Zugriff auf manche Medikamente nur noch erschwert möglich.

Ende August 2004 gab es in der Tschechischen Republik insgesamt 703 HIV-positive Personen, davon 179, bei denen die Erkrankung bereits ausgebrochen war. Von diesen 179 sind 109 Personen in Folge einer Sekundärinfektion gestorben. Zu einer vertikalen Übertragung, das heißt von einer HIV-positiven Mutter auf ihr Kind, ist es bisher nur in vier Fällen gekommen, was im Vergleich mit zum Beispiel den afrikanischen Ländern, in denen das Risiko der vertikalen Übertragung bis zu 40 Prozent erreichen kann, ein sehr positives Ergebnis ist. Bei uns ist das Risiko kleiner als zehn Prozent. Neben Ausländern mit Hauptwohnsitz in der Tschechischen Republik sind den Zahlen noch Ausländer zuzurechnen, die hier kurzfristig leben und bei denen die HIV-Infektion ebenfalls nachgewiesen wurde. Das heißt, im August 2004 lebten in der Tschechischen Republik 910 HIV-positive Personen.

Die Pflege der HIV-positiven Patienten in der Tschechischen Republik wird von sieben AIDS-Zentren sichergestellt. Das sind Abteilungen, die sich vor allem in den Infektionsabteilungen oder Infektionskliniken der großen Krankenhäuser, meist in den Bezirksstädten, befinden. Das größte AIDS-Zentrum ist in Prag angesiedelt. Es stellt die methodische Tätigkeit sicher und führt die methodische Aufsicht über die anderen AIDS-Zentren.

## **Das AIDS-Zentrum in Pilsen**

### *Geschichte und aktuelle Angebote*

Das AIDS-Zentrum in Pilsen wurde im Jahr 1994 gegründet. Damals gehörten zu unserem Einzugsgebiet circa 900.000 Einwohner. Als erste Patientin kam im Jahre 1986 eine Frau aus Tansania zu uns. Was die Vorsorgetätigkeit unseres AIDS-Zentrums betrifft, mussten wir uns zuerst mit der Problematik vertraut machen. So absolvierten wir zunächst eine ganze Reihe von Ausbildungen an ausländischen Arbeitsstellen. Gleichzeitig bildeten wir ein Team von Mitarbeitern, die im Stande waren, auch über längere Zeit HIV-positive Patienten zu betreuen. HIV Patienten müssen oft 15-20 Jahre beobachtet werden und zwischen dem Betreuer und dem Patienten entwickelt sich unweigerlich eine gewisse Beziehung, in der die Patienten oft sehr intime Angelegenheiten preisgeben. Dies kann sehr belastend sein.

In der nächsten Phase widmeten wir uns der Öffentlichkeitsarbeit an unterschiedlichen Stufen der Schulen, und zwar sowohl der Grund- und Mittelschulen, als auch in manchen Berufsschulen. In unserer Pionierzeit organisierten wir große Veranstaltungen für hunderte Schulkinder und versuchen diese mit den wenigen Informationen vertraut zu machen, die wir hatten. Wir wurden auch einige Male gebeten, Beiträge für eine Radio- oder Fernsehsendung vorzubereiten. Bei der Vorsorgetätigkeit konzentrierten wir uns vor allem auf die Untersuchung der HIV-Abwehrstoffe.

Wichtig ist auch die nationale und internationale Zusammenarbeit unseres AIDS-Zentrums. Das Zentrum befindet sich im Gebäude der Infektionsklinik in Bory. Unsere Ambulanz ist sehr bescheiden ausgestattet und klein, aber für unsere Bedürfnisse derzeit ausreichend. Sie wird aus Mitteln finanziert, die aus dem Programm HIV/AIDS des Ministerbudgets zur Verfügung gestellt wurden.

Die Zahl der Untersuchungen belief sich bis zum Jahr 1995 auf circa 50, in den Jahren danach auf 100 oder mehr als 100 Untersuchungen pro Jahr. Viele Untersuchungen werden zudem noch in der Hygiene in Pilsen vorgenommen, über deren Anzahl haben wir aber keine Informationen. Seit einigen Jahren stehen uns auch schnelle Tests zur Untersuchung der Abwehrstoffe aus einem Blutstropfen zur Verfügung. Diese Tests sind im Rahmen der Streetwork, aber auch zur schnellen Untersuchung von Patienten sehr nützlich, zum Beispiel wenn das Krankenhauspersonal mit einem Werkzeug verletzt wird, das mit biologischem Material kontaminiert war. Wir erwarten, dass uns in nächster Zeit auch der modernste Test, der Abwehrstoffe im Speichel nachweist und ebenfalls zu den Schnelltests gehört, zur Verfügung steht.

Von den anderen Vorbeugungsaktivitäten möchte ich noch auf einige Angebote und Tätigkeiten unseres AIDS-Zentrums hinweisen. So gibt es zum einen die Helpline, deren Nachfrage allerdings in den letzten Jahren zurückgegangen ist. Zum anderen führen wir Untersuchungen und Arbeiten mit Patienten des AIDS-Zentrums durch und bilden Krankenschwestern der verschiedenen Abteilungen des Fakultätskrankenhauses sowie für das Rote Kreuz oder für das Haus des Lichtes in Prag aus. Weiterhin schulen wir Studenten und Ärzte im Fakultätskrankenhaus, aber auch in anderen Krankenhäusern, zum Beispiel in Marienbad zum Thema der HIV-Problematik. Wir beteiligen uns auch an der Ausbildung der Studenten der medizinischen Fakultät. Gemeinsam mit anderen Organisationen, die im Programm der HIV/AIDS Bekämpfung in der Tschechischen Republik aktiv sind, nehmen wir im Rahmen unserer Möglichkeiten an Aktionen zum Welt-AIDS-Tag teil. Dennoch ist und bleibt unsere Hauptaufgabe die Behandlung unserer HIV-positiven

Patienten. Die Therapie besteht vor allem aus regelmäßigen Kontrollen, zu denen unsere Patienten in circa dreimonatigen Intervallen kommen. Bei dieser Kontrolle oder bei einer klinischen Untersuchung wird dem Patienten biologisches Material, insbesondere Blut, abgenommen und es werden die wichtigsten Parameter untersucht, die uns zeigen, welche Auswirkung die bisherige Behandlung auf den Gesundheitszustand des Betroffenen hatte. Neben den regelmäßigen Beobachtungen, nehmen wir auch Prophylaxen, insbesondere Impfungen gegen opportune Infektionen, vor. Darüber hinaus beteiligen wir uns an einigen nationalen und internationalen Forschungsprojekten.

#### *Betreuung und Pflege der Patienten*

Im Folgenden möchte ich noch auf die Pflege von HIV-positiven Patienten in unserem AIDS-Zentrum eingehen. Ende August 2004 haben wir insgesamt 59 HIV positive Patienten betreut, deren Hauptwohnsitz auf dem Gebiet des Bezirkes Westböhmen war. Im Bezirk Karlsbad werden insgesamt 35 HIV-positive Patienten, im Bezirk Pilsen 24 behandelt. Dabei handelt es sich überwiegend um Männer. Neben unseren Patienten, die aus unserem Bezirk stammen, haben wir noch insgesamt fünf Patienten, die aus einer anderen Region stammen und unser AIDS-Zentrum besuchen, um ihre Anonymität zu wahren. Neben diesen tschechischen Staatsbürgern wurden noch 14 Ausländer an unserem Arbeitsplatz untersucht oder sogar klinisch betreut. Die Mehrheit unserer Patienten befindet sich im klinischen Stadium A, das asymptomatische Stadium, in dem noch keine Beschwerden auftreten. Dies hängt wahrscheinlich auch mit der erfolgreichen Behandlung zusammen, die bei den meisten unserer Patienten ein sehr gutes Feedback bekommt. Leider ist bei zehn Patienten bei denen die AIDS Erkrankung bereits ausgebrochen und vier Patienten sind mittlerweile gestorben. Zurzeit kommen regelmäßig 36 Patienten, wobei sich 33 kombinierter Behandlung (die meisten einer dreifachen Kombination) unterziehen. Was die hoch aktive Antiretrovirusbehandlung betrifft, bekommen die meisten Patienten eine zweifache Kombination. Hinzu kommt noch eine weitere Behandlung, entweder durch einen Nukleosid-Inhibitor oder einen Protease-Inhibitor.

Wir haben auch nachvollzogen, woher HIV-positive Patienten zu uns gekommen sind oder auf welche Weise sie sich angesteckt haben. Zwei Personen haben sich in Afrika, eine Person in Spanien, zwei Personen in Deutschland und eine Person in Thailand angesteckt. Es sind sogar HIV-positive Rumänen zu uns gekommen. Im Laufe der letzten

zehn bis elf Jahre haben wir auch Patienten aus weiteren Ländern kennen gelernt. Die erste Patientin stammte aus Tansania.

Die Besucherzahl unseres AIDS-Zentrums berechnen wir in Form eines Indexes, der sich zusammensetzt aus der tatsächlichen Besucherzahl und den vereinbarten Besuchsterminen. Die Anzahl aller, die zu der Untersuchung erschienen sind, wird dividiert durch alle, die einen Termin hatten. Beträgt die Zahl mehr als 70 Prozent, wird die Arbeit dieses AIDS-Zentrums weltweit als sehr gut geschätzt. Unser schlechtestes Ergebnis war im vorigen Jahr, als die Besucherzahl 78 Prozent betragen hat.

#### *Zusammenarbeit mit weiteren Einrichtungen und Zukunftsperspektiven*

Ich möchte noch kurz darauf hinweisen, dass wir mit allen anderen AIDS-Zentren in der Tschechischen Republik und mit unterschiedlichen Einrichtungen, die sich auf die Betreuung von Drogensüchtigen konzentrieren, zusammenarbeiten. Ebenfalls möchte ich die sehr gute Zusammenarbeit mit JANA hervorheben, die zur Aufnahme und Behandlung von zwei HIV-positiven Frauen geführt hat. Ferner möchte ich auf die Kooperation mit einigen Nichtregierungsorganisationen aufmerksam machen, wie die Streetwork-Organisation „Johanna von der Straße“, und hinweisen auf eine sehr gute Zusammenarbeit mit unserem Nationalreferenzlabor in Prag, das für uns einerseits die Untersuchung der Menge des HIV-Virus im Blut und andererseits die Untersuchung der Resistenz sicherstellt. Daneben arbeiten wir noch in einer Reihe von Forschungsprojekten im In- und Ausland.

Zuletzt möchte ich die Perspektiven unseres Zentrums definieren, die meiner Meinung nach recht zufriedenstellend sind. Wir haben ein sehr gutes Mitarbeiterteam und detaillierte Unterlagen. Zudem verwenden wir die neusten therapeutischen Methoden, die zurzeit zur Verfügung stehen. Die Behandlung unserer Patienten ist auf ziemlich hohem Niveau und mit anderen europäischen Ländern vergleichbar. Die Anwendung von Antiretroviruspräparaten und die Durchführung verschiedener Prophylaxen sind derzeit die wichtigsten Maßnahmen im Kampf gegen diese heimtückische Krankheit. Die Aufgabe der AIDS-Zentren besteht insbesondere darin, dass alle im Referat erwähnten Tätigkeiten optimal aufeinander abgestimmt durchgeführt werden.



## **Erfahrungen bei der Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes**

**Vortrag von Heidrun Nitschke, Ärztin für  
Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Gesundheitsamt Köln, Beratungsstelle zu sexuell  
übertragbaren Erkrankungen einschließlich AIDS**

Seit etwa zehn Jahren leite ich in Köln die Beratungsstelle für sexuell übertragbare Erkrankungen, STD, einschließlich AIDS im städtischen Gesundheitsamt. In meinem Beitrag berichte ich über unsere Erfahrungen mit der Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes, das in Deutschland Anfang 2001 in Kraft getreten ist. Dazu gehe ich auf die historische Entwicklung der Gesundheitspolitik in diesem Bereich ein und erläutere, wie die Kontrolle von STD und von Prostitution bisher in Deutschland durchgeführt wurde. Aus meiner Sicht stellt das Infektionsschutzgesetz im Umgang mit STD einen Paradigmenwechsel dar. Diesen möchte ich aufzeigen, indem ich einen kurzen Bericht zur Situation der Beratungsstellen zu STD und AIDS in den Gesundheitsämtern in den letzten drei Jahren, das heißt in der Zeit des Überganges, gebe und vorstelle, wie wir in Köln die STD-Prävention im Bereich der Sexarbeit handhaben.

## Der Umgang mit STD in der Vergangenheit

Mit einem breiten gesellschaftlichen Konsens wurde 1902 in Deutschland die „Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ gegründet. Beteiligt waren Vertreter der verschiedensten Berufsgruppen von Medizinern bis hin zu Moraltheologen. Die Mitgliederzusammensetzung spiegelte die unterschiedlichen politischen Ansichten, von ganz Rechts bis ganz Links, und die ganze Bandbreite der gesellschaftlichen Einstellung zum Thema wider. Danach dauerte es weitere 25 Jahre, bis es ein Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gab und gleichzeitig die Strafbarkeit der Prostitution abgeschafft wurde.

Zu diesem Zeitpunkt – 1927 in der Weimarer Republik – herrschte eine allgemeine Aufbruchstimmung in der Gesundheitspolitik. So ging man davon aus, dass die Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten nicht nur durch Kontrolle, sondern auch durch Berücksichtigung der Lebenssituation der Menschen, das heißt durch entsprechende Beratung und Hilfen erfolgen müsse. Dem entsprach u. a. die Einrichtung kommunaler Sexualberatungsstellen.

Die Machtübernahme durch die Nationalsozialisten beendete diese Aufbruchstimmung. Ärzte und andere Protagonisten einer sozialen und menschlichen Gesundheitspolitik wurden mehrheitlich ins Exil gedrängt oder kamen in den Konzentrationslagern um. 1943 wurde im Strafgesetzbuch erneut ein Paragraph eingeführt, der die Gefährdung der Volksgesundheit durch Geschlechtskrankheiten mit Arbeitshaus bestrafte und bis in die 60-er Jahre in Kraft blieb. Das seit 1953 gültige „Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ entsprach mit geringen Veränderungen dem Gesetz von 1927. Der Umgang mit der Prostitution und den sexuell übertragbaren Erkrankungen blieb geprägt von repressiven Vorgehensweisen und gesetzlichen Bestimmungen, die teilweise aus der Zeit des Nationalsozialismus stammten und weder den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen noch den veränderten gesellschaftlichen Einstellungen entsprachen. Es dauerte noch fast 50 Jahre, bis wir in 2001 ein modernes Gesetz – das heutige Infektionsschutzgesetz – haben sollten.

## Gesundheitspolitik als Erregerbekämpfung

Wie sah es bis 2001 aus? Im Mittelpunkt der Gesetzgebung standen die Erreger, nicht die von den Krankheiten betroffenen Personen. So waren diverse Regelungen für eine Kontrolle der unterschiedlichen Erreger definiert, während eine Präventionsarbeit mit bestimmten Personengruppen nicht festgelegt war. Das Geschlechtskrankheiten (GK) - Gesetz beschränkte sich auf nur vier bakterielle sexuell übertragbare Erkrankungen. Die Virus-Hepatiden dagegen wurden im Bundesseuchengesetz behandelt. Für HIV/AIDS gab es bewusst nie eine gesetzliche Regelung, weil man hier Schwierigkeiten sah. Und auch andere STD kamen in der Gesetzgebung trotz einer seit den 60er-Jahren deutlich veränderten Epidemiologie nicht vor.

Hinsichtlich der Prostitution könnte man die Position des Geschlechtskrankheitengesetzes mit dem Begriff „Repressive Fürsorge“ umschreiben. Dahinter steckte die Vorstellung, dass vorwiegend weibliche Prostituierte die Erreger tragen und diese in der Allgemeinbevölkerung verbreiten würden; deshalb müsse die Allgemeinbevölkerung vor den infizierten Frauen geschützt werden. Damals stand der (vermeintliche) Schutz der Kunden im Vordergrund, und es gab eine Reihe von Maßnahmen zur Kontrolle der Prostituierten, wie beispielsweise die Registrierung und die Pflichtuntersuchung. Man hatte sich sehr viele Gedanken gemacht, wie diese verwaltungstechnisch durchgesetzt werden konnten: Unter Einbeziehung anderer Behörden und einem sehr lockeren Umgang mit dem Datenschutz, teilweise durchaus unter Verletzung der Intimsphäre der Frauen. So kam es vor, dass das Finanzamt dem Gesundheitsamt den Verdacht meldete, dass eine Frau dem Sexgewerbe nachgehe. Daraufhin gingen die Aufseher des Gesundheitsamtes in den Haushalt dieser Frau, kontrollierten die Größe des Bettes oder zu welcher Tageszeit die Dame im Morgenmantel anzutreffen war. Auf der Basis dieser fragwürdigen Informationen fand dann eine Registrierung als Prostituierte statt. Beratungsziel der Fürsorge war es, die Frauen möglichst zum Aufgeben der Prostitutionstätigkeit zu bewegen. Im Mittelpunkt standen „Lebenshilfe“ und viele Bestimmungen allgemeiner Reglementierung.

Ganz anders sah dagegen die AIDS-Präventionsarbeit aus. Die hauptsächlich betroffene Gruppe der Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten engagierte sich gesellschaftlich und setzte durch, dass den Betroffenen mit Akzeptanz begegnet wurde, dass die Angebote anonym und zielgruppennah waren und dass die Präventionsbotschaften ihrer Lebenswelt entsprachen. Ein Mann, der anonym Sex in einer dunklen Sauna hatte,

wurde zum Beispiel nicht nach seinem Sexualpartner gefragt, damit dieser auch auf HIV untersucht werden konnte. Hier waren andere Botschaften zur Prävention angebracht, und die Datenerhebung war von Anfang an geprägt durch sehr viel Sensibilität. Die HIV-Bekämpfung war also von Anfang an pragmatisch gestaltet und wurde deswegen auch bewusst nicht in die bestehenden gesetzlichen Regelungen einbezogen.

Aus diesem Grund hatten die meisten Gesundheitsämter vor 2001 zwei sehr verschiedene Angebote:

Zum einen gab es die Geschlechtskrankenberatungsstellen, deren theoretische Grundlage besagte, dass das Risiko der Verbreitung von Krankheiten bei einer bestimmten Personengruppe liege. In den Ausführungsbestimmungen zu den Gesetzen wurde den Personen das Attribut HWG (häufig wechselnder Geschlechtsverkehr) zugeordnet, und damit waren im Wesentlichen weibliche Prostituierte gemeint. Ziel dieser Stellen war es, Dritte zu schützen, was mit den klassischen Methoden der Infektionsquellenermittlung und Pflichtuntersuchung sowie der Behandlungspflicht erreicht werden sollte.

Ganz anders sah das in den AIDS-Beratungsstellen aus: Hier wurde davon ausgegangen, dass ungeschützte Sexualkontakte und nicht eine bestimmte Personengruppe für die Verbreitung der Krankheit verantwortlich seien. Nach dem Motto „Aids geht alle an“ richteten sich die Beratungsangebote an die gesamte Bevölkerung. Ziele waren eine Veränderung des Verhaltens und die Anwendung von geeigneten Schutzmaßnahmen. Die Beratung war freiwillig und es wurde Solidarität mit Betroffenen eingefordert.

### **Das Infektionsschutzgesetz als Paradigmenwechsel**

Das aktuelle Infektionsschutzgesetz führt diese beiden Aspekte – Aids und andere STD – zusammen. Es bezieht sich nicht mehr auf eine definierte Anzahl von Erregern – das ist der erste große Paradigmenwechsel, sondern es spricht von sexuell übertragbaren Erkrankungen im Allgemeinen, wobei jederzeit neue Erreger dazu kommen können. Zum ersten Mal wird unmissverständlich ausgedrückt, dass Prävention durch Aufklärung eine öffentliche Aufgabe ist. Paragraph 19 des Gesetzes besagt außerdem, dass das Gesundheitsamt bezüglich sexuell übertragbarer Erkrankungen Beratung und Untersuchung sicherstellen muss. Diese Angebote können auch in Form von Streetwork

erfolgen, und im Einzelfall darf ein Arzt des Gesundheitsamtes auch ambulant behandeln. Als eine weitere große Neuheit können die Angebote zur Behandlung sexuell übertragbarer Erkrankungen auch anonym in Anspruch genommen werden. In der Praxis kann das folgendermaßen aussehen:

Eine Frau kommt zum Gesundheitsamt und sagt: „Ich glaube, ich habe mir da was eingefangen.“ Dann fragt die Kollegin bei der Anmeldung: „Sie wissen, dass Sie anonym bleiben können, wie möchten Sie heißen?“ Die Klientin antwortet: „Ich heiße Jennifer Jackson“. Das Geburtsdatum wird aufgenommen, weil das für die Interpretation der Befunde eventuell wichtig sein kann, und dann wird die Karte unter Jennifer Jackson geführt, solange die Patientin dies wünscht.

Prostitution ist im Gesetz nicht gesondert erwähnt, weil es für die Übertragung von Erregern zunächst nicht relevant ist, ob der sexuelle Kontakt bezahlt oder unbezahlt erfolgt. Prostituierte sind selbstverständlich eine der möglichen Zielgruppen dieser Angebote. Das Gesetz geht aber davon aus, dass es sich hier um Sexualkontakte zwischen erwachsenen Menschen handelt, die mit Zustimmung beider erfolgen. Das Gesetz trifft also keine moralische Wertung und geht davon aus, dass beide Sexualpartner gleichermaßen Verantwortung tragen. Es ist auch ausdrücklich nicht Ziel eines Infektionsschutzgesetzes, Menschen vor sexueller Gewalt zu schützen. Ebenso wie Menschenhandel ist dies ein Tatbestand, der Strafverfolgung erfordert, und mit Infektionsschutz zunächst nichts zu tun hat.

### **Die Erfassung von Daten**

Im Folgenden möchte ich auf das Thema Meldesysteme eingehen, da auf dieser Tagung immer wieder Fragen dazu gestellt wurden. Man kann grob vier Arten von Meldesystemen unterscheiden. Die namentliche Meldung einer Person mit einer sexuell übertragbaren Erkrankung wird durch drei Argumente gerechtfertigt: Erstens wenn eine Therapie durchgesetzt werden sollte, zweitens um eventuell eine dritte Person zu schützen und drittens um eine Infektionsquelle zu ermitteln. Selbst in diesen Fällen ist allerdings sehr fraglich, ob die namentliche Meldung eine sinnvolle Maßnahme darstellt. Für die Gewinnung epidemiologischer Daten zur Planung von Interventionen ist eine namentliche Meldepflicht nicht geeignet. Solche Daten können über anonymisierte Meldungen weitaus besser gewonnen werden. Dies geschieht zum Beispiel über eine Laborberichts-pflicht, indem die Daten von Labors erfasst werden - wie es auch hier in Tschechien

in Ihrem Referenzlabor gehandhabt wird - oder über so genannte Messstellenstudien (Sentinel-Erhebungen). So ist es auch im Infektionsschutzgesetz vorgesehen: In Deutschland gibt es eine Laborberichtspflicht mit Falldefinition nur für Syphilis und HIV, also für die beiden Erkrankungen, für die anhand serologischer Befunde klare Falldefinitionen vorliegen. Bei allen anderen Infektionen, bei denen diagnostische Verfahren und damit die Aussagekraft von Laborbefunden sehr stark variieren, wurde bewusst keine Laborberichtspflicht festgeschrieben. Daneben gibt es eine namentliche Meldepflicht an die Gesundheitsämter bei Hepatitis B und C, da hier neben der sexuellen Übertragung die Übertragung bei medizinischen Maßnahmen sowie durch Blut- und Blutprodukte bedeutsam ist. Zudem wird seit 2003 deutschlandweit eine Messstellenstudie hinsichtlich der anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen durchgeführt, in die Daten von Gesundheitsämtern, Universitätsambulanzen, Fachambulanzen und niedergelassenen Ärzte einbezogen werden.

Der Umfang der Leistung, die eine Beratungsstelle bieten muss - also fachliche Standards oder die Organisationsform des Angebotes, ist im Infektionsschutzgesetz nicht festgelegt. Ebenso wird nur bedingt auf die notwendige Finanzierung eingegangen. Auch zu der Frage, wie die historisch bislang differierenden Stränge AIDS-Beratung und Geschlechtskrankenberatung zusammengeführt werden sollen, gibt es keine Ausführungen. Das hat dazu geführt, dass in den meisten Gesundheitsämtern seit 2001 zwar eine Erweiterung der angebotenen Diagnostik um andere STD stattgefunden hat und dass wir die Sentinel-Erhebung haben. Zugleich ist es aber in den Gesundheitsämtern, die traditionell eher kontrollierend im GK-Bereich vorgegangen sind, zu einem massiven Rückgang der Zahl der Untersuchungen gekommen, da Angebote wie Streetwork nicht parallel ausgebaut, sondern aufgrund der finanziellen Krise vieler deutscher Städte insgesamt eher abgebaut wurden.

### **STD-Beratung in Köln**

Die Stadt Köln hat die Einführung des Infektionsschutzgesetzes sehr ernst genommen und bereits im Vorfeld erste Schritte zur Umstellung auf seine Anforderungen unternommen: Bereits seit Beginn der 90-er Jahre wurde die Pflichtuntersuchung für Prostituierte schleichend abgeschafft sowie AIDS-Beratung und Geschlechtskrankenberatung zusammengelegt. Das Angebot erfolgt auf der Basis von Anonymität. 2000 wurde eine Bedarfshochrechnung erstellt, wie das Angebot aussehen muss, um dem Gesetz zu

entsprechen. Auf Grundlage dieser Berechnung kam es innerhalb dieser Jahre zu einer räumlichen und personellen Erweiterung. Heute haben wir einen vergleichsweise großen Stab von 13 Mitarbeiterinnen.

Unser Angebot gliedert sich in vier Bausteine. Es gibt eine fachärztliche Sprechstunde, besetzt mit zwei Fachärztinnen für Gynäkologie und einer für Urologie. Prävention für spezielle Gruppen findet als Streetwork im Bereich weiblicher Prostitution, als spezielle Gesundheitsberatung für Sexarbeiterinnen und in sexualpädagogischen Veranstaltungen für Jugendliche statt. Außerdem werden jährlich etwa 3.000 anonyme HIV-Antikörpertests mit Beratung sowie zahlreiche Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt. Alle persönlich wahrzunehmenden Angebote sind anonym.

### **Sprechstunde und aufsuchende Arbeit im Prostitutionsmilieu**

In die Sprechstunde kommen Menschen aus völlig unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen, weniger als 50 Prozent sind Sexarbeiterinnen. 67 Prozent der Klienten/-innen sind nicht in Deutschland geboren, die Hälfte ist nicht krankenversichert. Etwa 25 Prozent sind Männer und davon wiederum mehr als die Hälfte Männer mit gleichgeschlechtlichen sexuellen Kontakten. Mit 35 Prozent der Klientinnen können wir uns nicht auf Deutsch verständigen, das heißt, wir brauchen entweder Dolmetscherinnen oder unsere Mitarbeiterinnen sprechen die jeweilige Sprache. 30 Prozent der



Patienten/-innen haben keinen so genannten legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland, das heißt, es sind Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere.

Mit einer Stellenaufstockung konnten wir die aufsuchende Arbeit deutlich erweitern, so dass innerhalb eines Jahres die Zahl der von uns besuchten Betriebe im Prostitutionsmilieu von 66 auf 143 angestiegen ist. Das funktioniert nur, weil wir uns regelmäßig im Milieu bewegen und bekannt sind. In Köln gibt es, anders als in anderen Städten, kei-

nen abgegrenzten Rotlichtbezirk. Vielmehr sind die Betriebe, eher kleine Appartements und Wohnungen, quer über die ganze Stadt verstreut. Im Grunde gibt es eigentlich nur zwei Großbordelle. Das bedeutet für uns: Suchen, die Straßen abfahren und schauen, wen man antrifft. In Köln ist der Straßenstrich an einer Stelle konzentriert und legalisiert. Hintergrund dieser Regelung ist, dass die Straßenprostitution in der Innenstadt zunehmend zu einem städtischen Ärgernis wurde und Polizei, Ordnungsamt, Gesundheitsamt und Hilfsorganisationen (NGOs) gemeinsam einen Standort bestimmten, an dem Frauen, insbesondere solche, die intravenös Drogen konsumieren, aber auch andere, legal stehen können, ohne verfolgt zu werden. Damit wird ihnen auch ein gewisser Schutz geboten. Es gibt dort den Sozialdienst katholischer Frauen, der Basisversorgung, wie Spritzentausch, psychosoziale Beratung und Betreuung anbietet. Die Mitarbeiterinnen meiner Beratungsstelle sind für den Bereich Gesundheit zuständig. Dazu gehören die Themen sicheres Arbeiten und sicherer Drogengebrauch, sicherer Sex (auch privat) sowie andere, allgemeine Gesundheitsthemen.

Es gibt dort in einer großen umgebauten Scheune die so genannten „Boxen“ oder Sèpareés. In diese können die Kunden mit Autos hineinfahren. Die Sexarbeiterin steigt vorher zu. Auf der Seite des Kunden ist der Ausgang sehr eng, er kann nicht die Tür öffnen, auf der Beifahrerseite ist die Ausstiegsmöglichkeit für die Frau dagegen sehr breit. In einer gefährlichen Situation kann sie schnell aus dem Auto aussteigen, einen Notknopf drücken, die Box durch eine Tür verlassen und gegebenenfalls Hilfe rufen. Dieses System reglementiert zwar, bietet jedoch ein erhebliches Maß an Sicherheit.

Die Beratungsarbeit steht unter dem Motto „Gesund im Job“, wobei es vor allem um die Gesunderhaltung der Genitalien geht. Das umfasst die Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen, Hygiene, aber auch weiter gehende, die weiblichen Genitalien betreffende Gesundheitsfragen, insbesondere auch das Thema Empfängnisverhütung. Daneben umfasst die Beratung Selbstbewusstseinstaining und viele andere Gesundheitsthemen. Ansonsten wird beobachtet: Was braucht die Frau, welche Probleme hat sie und wohin kann ich sie am besten vermitteln. Es handelt sich also um pragmatische STD-Beratung.

Die ärztliche Sprechstunde steht ebenfalls unter dem Motto der umfassenden Gesundheitsvorsorge. So wird zum Beispiel bei der Anmeldung zunächst einmal der Blutdruck gemessen, weil viele Frauen die Pille nehmen und rauchen. Da ist es ganz wichtig zu verhindern, dass dies Gesundheitsschäden zur Folge hat. Beratung findet häufig in Dreierkonstellationen mit Dolmetscherin statt. Die Sprechstunde bietet alle Möglichkeiten

einer infektionsgynäkologischen Versorgung. Neben dem Abstrich werden den Frauen gynäkologische und urologische Versorgung, einschließlich Krebsvorsorge mit Zytologie und Kolposkopie, klinische Differentialdiagnostik und der mögliche Rückgriff auf andere Fachbereiche angeboten. So ist es uns zum Beispiel möglich gewesen, zugunsten der Betroffenen einige Tuberkulosefälle zu verfolgen und aufzudecken. Durch dieses umfassende Angebot ist das Kölner Gesundheitsamt von dem allgemein feststellbaren Einbruch der Anzahl von Untersuchungen und Patientinnen, wie er in anderen Gesundheitsämtern stattfand, weitgehend verschont geblieben.

## Daten und Fakten

Die Zahl der Untersuchungen steigt seit 2001/2002 kontinuierlich an. Dabei ist die Fluktuation hoch, besonders die Anzahl der neuen Patientinnen nimmt ständig zu. Von den 660 Sexarbeiterinnen, die wir in diesen gut zweieinhalb Jahren untersucht und beraten haben, stammen 43 Prozent aus Deutschland. Ansonsten kommen sie aus aller Welt: ein großer Teil aus Mittel- und Osteuropa, ein weiterer Teil aus den GUS, und aufgrund der Nähe Kölns zur westlichen Grenze kommen auch sehr viele Frauen aus der afrikanischen Subsahara-Region. Dies führt zu einer sehr breit gefächerten Epidemiologie, die alle diese Herkunftsregionen, aber natürlich auch die sozialen Situationen dieser Frauen widerspiegelt.

Beraten werden nicht nur aktive Sexarbeiterinnen. Sexarbeit ist kein unveränderliches Merkmal, denn eine Frau, die heute Sexarbeiterin ist, kann übermorgen als Kindermädchen tätig sein, heiratet überübermorgen und ein halbes Jahr später, wenn der Mann ihr nicht genügend Geld gibt für ihre Familie, geht sie wieder anschaffen. Aus diesem Grund ist ein wesentliches Qualitätsmerkmal die Offenheit unseres Angebotes für alle Menschen ohne eine Einengung auf die Sexarbeit.

## Sexarbeit von Männern

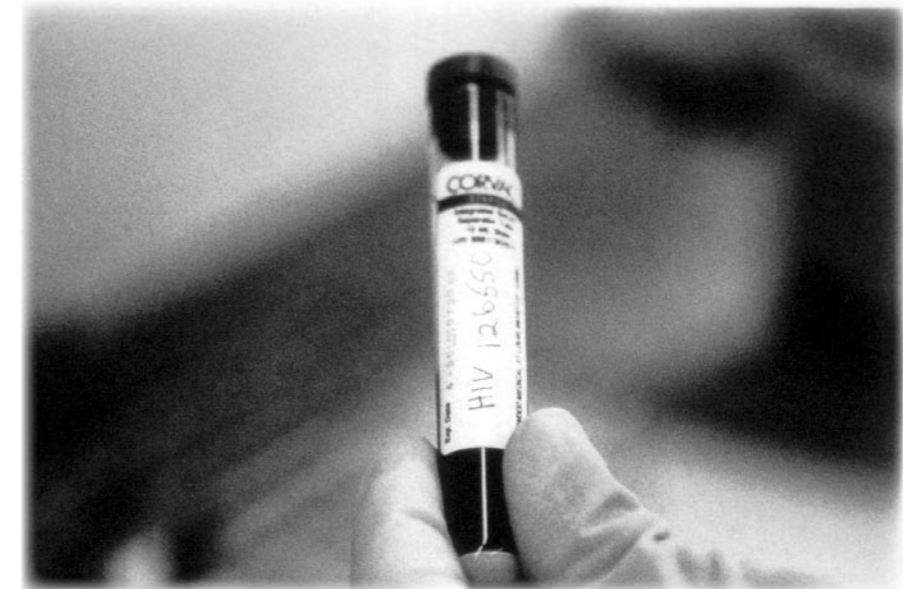
Der dritte Bereich, den ich kurz ansprechen möchte, ist die männliche Sexarbeit. Hier erfolgt die Arbeit in Kooperation mit dem Verein „Looks“, der Jungs, die anschaffen gehen, unterstützt. „Looks“ ist in der aufsuchenden Arbeit tätig und bietet in einem kleinen Büro Überlebenshilfe im weitesten Sinn an. In den Räumen des Vereins gibt es eine Dusche, eine Waschmaschine, Beratung und Betreuung sowie STD-Prävention. Dieser

Verein ist vor über zehn Jahren durch das Gesundheitsamt mitbegründet worden. Die Urologin des Kölner Gesundheitsamts bietet im Büro von „Looks“ eine Sprechstunde an und nimmt auch an der aufsuchenden Arbeit teil. Der Erfolg ist beachtlich, in diesem ersten Jahr ist die Zahl der männlichen Sexarbeiter, die zu uns in die Sprechstunde kommen, von zehn auf über 50 gestiegen. Die Nationalitätenverteilung ist ein wenig anders als bei den Frauen, was unter anderem mit den Sprachkenntnissen der Mitarbeiter von „Looks“ zu tun hat.

### Zusammenfassende Überlegungen

Ich habe gezeigt, dass die Stadt Köln in Bezug auf die Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes sehr erfolgreich gewesen ist und ich möchte zum Schluss gerne zusammenfassen, was aus meiner Sicht die Bedingungen dafür sind. Zum einen bin ich davon überzeugt, dass die aufsuchende Arbeit ein Kernelement eines adäquaten Versorgungsangebotes ist. Gerade für Frauen ist es wichtig, dass wir nicht mit einem engen Ansatz der STD-Untersuchung arbeiten, sondern dass sexuelle Gesundheit allgemein im Mittelpunkt steht. Frauen menstruieren, Frauen können schwanger werden, hinter der Zwischenblutung kann sich eine Chlamydieninfektion verstecken, also ist die enge STD-Kontrolle wenig ansprechend und sinnvoll.

Ein wichtiger Erfolgsfaktor sind interkulturelle Kompetenz und Mehrsprachigkeit unseres Teams, von den 13 Mitarbeiterinnen haben sieben eine eigene oder eine familiäre Migrationsgeschichte, sieben sind mindestens zweisprachig bzw. teilweise dreisprachig. Auch die Anonymität, der akzeptierende Ansatz und die personelle Kontinuität ermöglichen es, eine große Anzahl von KlientInnen zu erreichen und ihnen eine kompetente Beratung zu bieten. Dazu kommt, dass wir eine hochwertige Ausstattung und Labormöglichkeit haben. Wir können inzwischen konstant evaluieren und das Versorgungsangebot anpassen. Und wir haben verlässliche Kooperationspartner, die uns dabei unterstützen, dieses breite Angebot aufrecht zu erhalten.



## Die STD-Untersuchung bei Prostituierten im Bezirk Karlsbad

Vortrag von **prim. MUDr. Helena Němcová**, Leiterin der Hautabteilung des Krankenhauses Sokolov

Als Leiterin der Hautabteilung im Krankenhaus Sokolov möchte ich in meinem Vortrag von unseren Erfahrungen mit der STD-Untersuchung bei Prostituierten im Bezirk Karlsbad berichten.

Bereits durch seine geographische Lage als Grenzgebiet, das an die Bundesrepublik Deutschland (im Westen an Bayern und im Norden an Sachsen) grenzt, ist unser Bezirk dazu prädestiniert, dass hier die Problematik der Prostitution eine große Rolle spielt. Diese gab es hier schon immer, sie nimmt jedoch seit dem Jahre 1990 immer größere Ausmaße an. Die Anzahl der Nightclubs in unseren Dörfern und Städten sowie die Straßenprostitution sind die Bestätigung dafür. Die meisten Sorgen macht uns vor allem die Straßenprostitution. Deshalb warte ich auf bestimmte legislative Regeln, die die Prostitution mindestens teilweise regulieren oder in bestimmte Schranken weisen und dabei die Frauen und Mädchen, die sie betreiben, schützen werden. Diese sind zurzeit nicht verpflichtet, sich einer STD-Untersuchung zu unterziehen. Das wird ganz und gar der Willkür ihrer Zuhälter oder Clubbesitzer überlassen.

Die Stadt Cheb (Eger) hat mit einer lokalen Regulierung versucht, die Straßenprostitution hinter die Stadtgrenzen zu verbannen. Diese Verordnung bestraft nicht nur die Prostituierten, sondern auch deren Kunden. Bis zu einem gewissen Grad ist es gelungen, die Prostitution aus dem Stadtzentrum auszulagern. Andererseits haben die Frauen keine Rechte und keinen Schutz. Deshalb gab es Bemühungen auf verschiedenen Ebenen, diese Frauen zu untersuchen, zum sicheren Sex auszubilden und an ihre Verantwortung zu appellieren. Die meisten von ihnen führen an, sie würden ihren Frauenarzt besuchen und sie seien gesund. Es ist ihnen jedoch nicht bewusst, dass die Frauenärzte meistens nur eine standardmäßige gynäkologische Untersuchung durchführen und eine Behandlung gynäkologischer Probleme (Ausfluss usw.) sowie gezielte STD-Untersuchungen nicht vorgenommen werden.

Die Möglichkeit einer kostenlosen Untersuchung für Frauen, die keine Krankenversicherung oder keine Mittel zur Finanzierung der Untersuchung haben, bieten in unserem Land nicht staatliche Organisationen, wie zum Beispiel die Projekte JANA in Domažlice und Umgebung, „Rozkoš bez rizika“ („Lust ohne Risiko“) in Prag, „Karo“ in Cheb und Umgebung an. Diese Vereinigungen haben oft, vor allem finanziell, begrenzte Möglichkeiten. In unserem ehemaligen Kreis Sokolov, der zwischen Cheb und Karlovy Vary liegt, gibt es keine solchen Organisationen. So ist hier eine Zusammenarbeit zwischen Kreis-hygiene (heute Bezirkshygiene der Gebietsstelle Sokolov), dermato-venerologischer Abteilung des Krankenhauses Sokolov und der Polizei der Tschechischen Republik – Sittenabteilung Sokolov entstanden. Diese Art der Zusammenarbeit wird von verschiedenen Seiten kritisiert, aber sie hat sich für unsere Belange teilweise bewährt. Die Kooperation konzentriert sich sowohl auf Clubs, als auch auf den Straßenstrich. Seit 1997 werden die Prostituierten in den Clubs unseres Bezirkes regelmäßig von den Mitarbeiterinnen der Hygiene untersucht. Die Hauptorganisatorin ist Frau MUDr. Benešová, die leitende Epidemiologin der Kreishygiene, die sehr aktiv in das Programm HIV/AIDS eingebunden ist und für diese Aktivitäten von der Stadt Sokolov intensive Unterstützung bekommt.

Zudem haben im Jahr 1998 die Hautabteilung des Krankenhauses Sokolov, die Kreishygiene und die Vereinigung „Lust ohne Risiko“ unter der Leitung von Frau PhDr. Malinová zusammengearbeitet. Es handelte sich um eine eintägige Untersuchung der Prostituierten in einer mobilen dermato-venerologischen Ambulanz. Diese Aktion fand im Bereich Cheb und Sokolov statt.

Daran anknüpfend ist die Zusammenarbeit zwischen der Hygiene, unserer Abteilung und der Polizei der Tschechischen Republik – Sittenabteilung in Sokolov entstanden.

Seit 1998 werden ein bis zweimal im Jahr die Prostituierten von der Straße E 6 zwischen Karlovy Vary und Cheb (Abschnitt von circa 20 km) zunächst zur Identitätsfeststellung auf die Polizeistation geführt und danach in unsere Ambulanz ins Krankenhaus gefahren. Hier führen wir mit den Mitarbeiterinnen der Hygiene Gesundheitsuntersuchungen durch. Je nach finanziellen Möglichkeiten wird den Frauen vor allem Blut abgenommen und auf Syphilis, HIV-Positivität und eventuell auf Hepatitis geprüft. Ferner werden gynäkologische Untersuchungsproben für STD, wie Tripper, Chlamydien, Ureaplasma oder Pilze abgenommen. Die Finanzierung erfolgt zum Teil durch die Krankenversicherung der Frauen und wenn sie nicht versichert sind durch Mittel aus dem Programm HIV/AIDS der Bezirkshygiene der Gebietsstelle Sokolov bzw. durch die vorgenannte Unterstützung der Stadt Sokolov. Die Untersuchungen werden in Labors unseres Krankenhauses durchgeführt. Gleichzeitig mit der Untersuchung machen wir Aufklärungsveranstaltungen zum Thema sicherer Sex, informieren über STD- und AIDS-Erkrankungen in der Tschechischen Republik und verteilen Vorbeugungsmaterial bzw. Kondome. Dabei sprechen wir mit den Frauen auch über ihr soziales Umfeld, Kinder, Geburten, Abtreibungen, Verhütung etc. und bieten ihnen an, sich mit Problemen an uns zu wenden.

Auf der Straße finden wir meistens Prostituierte aus der Tschechischen oder Slowakischen Republik, Ausländerinnen sind eher selten dort tätig. Die meisten Prostituierten



findet man in den Nightclubs. Manche Besitzer dieser Clubs arbeiten sogar mit den Mitarbeiterinnen der Hygiene zusammen, manche bezahlen auch eine Untersuchung bzw. Behandlung ihrer Arbeitnehmerinnen, manchmal finanzieren sie die Frauen selbst. Die Fluktuation der Frauen, sei es auf den Straßen oder in den Clubs, ist hoch. Einige haben wir wiederholt untersucht.

Die Untersuchungsstatistik:

	Trippler	Syphilis	HIV Positivität	Chlamy- dien	Myko- plasma	Candida	Urea- plasma	MOP
<b>1997</b> Clubs: 4    Straße: 0 insg. 4 Frauen								
<b>1998</b> Clubs: 13    Straße: 46 insg. 59 Frauen	3	6	1	10	8	7	19	12
<b>1999</b> Clubs: 0    Straße: 34 insg. 34 Frauen		5		3	6		9	
<b>2000</b> Clubs: 6    Straße: 0 insg. 6 Frauen		2						
<b>2001</b> Clubs: 33    Straße: 22 insg. 55 Frauen		2						
<b>2002</b> Clubs: 29    Straße: 10 insg. 39 Frauen		5						
<b>2003</b> Clubs: 16    Straße: 18 insg. 34 Frauen		1						
<b>2004</b> Clubs: 0    Straße: 14 insg. 14 Frauen		1						

Insgesamt haben wir innerhalb von sieben Jahren 300 Prostituierte, davon manche wiederholt, untersucht. Davon war eine Frau HIV positiv. 22 Prostituierte waren an Syphilis (7 Prozent) und drei an Tripper erkrankt. Die HIV-positive Frau war eine Ausländerin, die in einem Club gearbeitet und mittlerweile angeblich unsere Republik verlassen hat. Andere wurden meistens auf der Hauptabteilung im Krankenhaus Sokolov behandelt. Manche stehen immer noch in unserer Evidenz, zu einigen haben wir keinen Kontakt mehr (sie sind umgezogen oder wir haben keine Informationen über ihren Hauptwohnsitz).

Nach den Untersuchungsergebnissen erkundigen sich die Frauen meistens selbst. Wenn wir feststellen, dass die Frau diese nicht abgeholt hat, wird über die Hygiene oder eventuell in Zusammenarbeit mit der Polizei festgestellt, wo sie wohnt und eine Behandlung in Wege geleitet.

In den anderen Kreisen des Bezirkes Karlovy Vary (in Karlovy Vary und Cheb) werden, soweit ich weiß, keine gezielten Untersuchungen oder Aktivitäten durchgeführt. In Karlovy Vary besuchen manche Prostituierte aus den Clubs die Hautabteilung im Krankenhaus Karlovy Vary selbst, um sich einer Untersuchung zu unterziehen. In Cheb war die Bemühung um eine Zusammenarbeit der Kreishygiene mit der Organisation Karo nicht besonders erfolgreich. In Mariánské Lázně (Marienbad) haben sich einige Prostituierte in der Hautambulanz bei Frau MUDr. Štětínová untersuchen lassen.

Zum Schluss möchte ich betonen, dass das Problem der Krankheitsübertragung durch Prostitution nicht verschleiert werden darf, so wie es einige unsere Politiker tun. Der Entwicklung einen freien Lauf zulassen wäre wegen der immer drohenden AIDS-Epidemie und der Kriminalität, die mit der Prostitution zusammenhängt, wirklich unverantwortlich.

Ich sehe zwei Lösungswege: Die Prostitution kann verboten oder kriminalisiert werden, was jedoch dazu führen kann, dass sie weiterhin, jedoch versteckt und unkontrolliert, betrieben wird. Die zweite Möglichkeit ist, die Prostitution zu regulieren ohne zu befürchten, dass der Staat zum „Kuppler“ wird, wie manche Politiker befürchten. Die Prostitution sollte auf die Clubs, Nightclubs oder eventuell auf bestimmte Plätze konzentriert werden, wie es zum Beispiel in Köln geschehen ist, wobei bestimmte hygienische Grundsätze zu beachten sind. Die Prostituierte muss verpflichtet sein, sich regelmäßig einer Untersuchung zu unterziehen. Der Clubbesitzer muss von seinen Arbeitnehmerinnen die HIV- und STD-Untersuchung verlangen und sollte auch Steuerpflichten erfüllen.



**Neue Möglichkeiten der  
grenzüberschreitenden Zusammenarbeit  
am Beispiel: BORDERNET**

**Vortrag von Dipl. Soz. Elfriede Steffan,  
wissenschaftliche Mitarbeiterin in der SPI-Forschung gGmbH,  
Sozialpädagogisches Institut Berlin**

Nachdem wir hier sehr viel über sehr praktische Themen, über Gesetze in den unterschiedlichen Ländern und über die praktische Umgangsweise damit gesprochen haben, möchte ich im Folgenden darstellen, welche Möglichkeiten es auf EU-Ebene gibt, um die Bemühungen noch intensiver zu fördern. Am Beispiel des Projektes BORDERNET möchte ich Möglichkeiten grenzüberschreitender Zusammenarbeit aufzeigen.

BORDERNET ist ein Modellprogramm, welches gerade von unserem Institut aufgebaut wird und das im EU-Förderprogramm „Öffentliche Gesundheit“ (DG-SANCO, Abteilung Gesundheit und Verbraucherschutz) gefördert wird. Ich möchte im Folgenden kurz auf die Situation in Europa eingehen, auf die kulturellen, wirtschaftlichen und politischen Unterschiede und auf die Dubliner Erklärung, eine Erklärung der Europäischen Gesundheitsminister zur Bekämpfung von AIDS. Diese Erklärung halte ich für grundlegend im Hinblick auf Bemühungen, die wir vielleicht perspektivisch noch initiieren könnten. Darüber hinaus möchte ich Sie anstiften, sich an Ausschreibungen der EU zu beteiligen, da mit dem EU-Beitritt solche Programme auch für Experten und Interessierte aus Tschechien direkt zugänglich sind.

#### **Von UMBRELLA Network zu BORDERNET**

Das Projekt JANA ist im Jahr 1997 im Rahmen des europäischen Modellprogramms UMBRELLA Network initiiert worden. Die ursprüngliche Beschreibung dieses Modellprogramms habe ich Ihnen mitgebracht und ich möchte Ihnen kurz die Ziele und Aufgaben von BORDERNET darstellen, die sich von denen von UMBRELLA-Network, also auch von JANA unterscheiden.

In den letzten Jahren hatte das Interesse an dem Thema HIV und STD scheinbar massiv nachgelassen. Es war kaum noch möglich, zu diesen Themen Förderungen zu bekommen. Das hat uns ziemlich traurig gestimmt, weil wir aufgrund unserer praktischen Erfahrungen prognostizieren konnten, dass sexuell übertragbare Krankheiten ansteigen werden. Prävention erschien uns sehr wichtig. Um dieses Problem zu bewältigen, bedarf es Informationen zu Infektionsrisiken und epidemiologischen Entwicklungen aus bestimmten mobilen Szenen und in der Folge länderübergreifender, europäischer Lösungen. Solche Maßnahmen sind ohne öffentliche Förderungen undenkbar.

Im letzten Jahr konnten wir dann eine rasante Entwicklung beobachten. Anfang des Jahres 2005 veröffentlichte UNDP (United Nations Development Programme) eine Studie zur Situation in Zentral- und Osteuropa. Diese empfehlenswerte Studie untersucht die Anstrengungen der unterschiedlichen Länder in der Bekämpfung von AIDS und STD. Die Ergebnisse dieser Untersuchung veranlasste die Gesundheitsminister der europäischen Länder, sich im Februar des Jahres 2004 in Dublin zusammen zu setzen und eine Erklärung heraus zu geben. Sie stellten übereinstimmend fest, dass die HIV/AIDS-Epidemie in „unserer Region“, damit meinen sie Gesamteuropa, zu einer Krise von noch nie da gewesenem Ausmaß zu werden droht. Diese Krise wird die öffentliche Gesundheit, die Entwicklung und soziale Kohäsion, die nationale Sicherheit und politische Stabilität in vielen europäischen Ländern untergraben. Sie stimmten darin überein, dass diese Krise nur durch verstärkte Koordinierung, Zusammenarbeit und Partnerschaft innerhalb und zwischen den Ländern bewältigt werden kann. Die Dubliner Erklärung wurde noch einmal im September 2004 mit ähnlichem Wortlaut durch die Deklaration von Vilnius bekräftigt.

### Wie sieht nun die Situation in Europa aus?

Nach wie vor existieren zwischen den alten und den neuen EU-Staaten extreme Wohlstandsgefälle. Hinzu kommen äußerst unterschiedliche Gesundheitssysteme in den einzelnen Ländern. Auch in den Bereichen HIV und STD sind die Vorgehensweisen sehr unterschiedlich, wie das auch auf dieser Tagung wieder zu sehen ist. So reicht beispielsweise das Beurteilungsspektrum gegenüber der Prostitution von ganz moralisch kirchlich motivierten Betrachtungsweisen bis hin zu sehr liberalen Einstellungen. Wir haben besorgniserregende epidemiologische Entwicklungen im Bereich der Infektionskrankheiten allgemein, insbesondere bei AIDS aber auch anderen STD, wie der UNDP-Bericht darlegt. Und wir haben einen Mangel an vergleichbaren Statistiken und belastbaren Daten über die häufigsten sexuell übertragbaren Erkrankungen. Daten zu HIV-Infektionen stellen da eine Ausnahme dar, da sie in den meisten Staaten inzwischen relativ gut erhoben werden.

Die bisherige EU-Außengrenze der Bundesrepublik Deutschland ist inzwischen an ihrem östlichen Rand zur EU-Binnengrenze geworden. Deshalb möchte ich, vom Titel der Veranstaltung geleitet, die neue Situation der alten EU-Länder der Situation der neuen EU-Länder gegenüber stellen. Bedingt durch das große Wohlstandsgefälle, bei-

spielsweise zwischen Deutschland und Polen, ziehen Märkte und Dienstleistungen in Polen nach wie vor Besucher aus Deutschland in großen Zahlen an. Auch die Prostitutionsszenen gehören zu diesen „Dienstleistungen“. Mobilität und Migration in diesen Szenen prägen nach wie vor die Grenzregionen. Und nach wie vor sind die regionalen Gesundheitseinrichtungen beiderseits der Grenzen von dieser Situation überfordert. Ob und was sich in diesen Bereichen durch den EU-Beitritt ändert, wird in Zukunft zu beobachten sein.

Diese Entwicklungen erfordern gemeinsame gesundheitspolitische Maßnahmen, vor allem auf struktureller Ebene, jedoch lässt die wirtschaftliche Situation der Nachbarstaaten häufig, wie das auf dieser Tagung zum Ausdruck kommt, meist nur ad-hoc-Maßnahmen zu. Die Mittel und Möglichkeiten reichen im Grunde nicht aus, strukturell etwas zu implementieren. Diese Erfahrungen teilen die meisten Gesundheitseinrichtungen in den Grenzregionen und das beiderseits der Grenzen. Sie sind auf die Bevölkerung in ihrem Einzugsgebiet zugeschnitten, auf Herausforderungen wie Mobilität und Prostitution oder Drogenszenen sind sie nicht eingerichtet. Hier zeigt sich der Bedarf, neue Formen der Zusammenarbeit auf EU-Ebene zu schaffen.

Das EU-Programm „Öffentliche Gesundheit“ (gültig von 2003 bis 2007) hat als wichtigste Zielsetzungen Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten in den Mittelpunkt gestellt. Dazu gehört die Verbesserung des Informationsflusses, die Verbesserung der Fähigkeiten zu schnellen und koordinierten Reaktionen auf Gesundheitsgefahren. Wichtig sind zum Beispiel Informationen darüber, wie hoch Infektionsraten in bestimmten Populationen sind. Auch das Wissen über das Geschehen auf den Straßen hat große Bedeutung. Wir können nicht so tun, als ginge uns das nichts an. Schnelle Reaktionen sind gefragt.

Das Programm benennt diejenigen Projekte als besonders förderungswürdig, die Defizite im Gesundheitswesen aufgreifen und die interdisziplinär und multinational kooperieren. Unter interdisziplinärer Zusammenarbeit ist dabei nicht die Kooperation zwischen einem Urologen und einer Gynäkologin zu verstehen. Vielmehr geht es um die Zusammenarbeit zwischen einer Nicht-Regierungsorganisation mit der niedergelassenen Klinik, wie dies im Prinzip in dieser Region zwischen JANA und Herrn Professor Resl von der Universitätsklinik Pilsen funktioniert. Es muss sich also in einem Gebiet oder um ein Problem herum ein möglichst breites Kooperationsnetz spinnen. Multinationale Kooperation bedeutet, dass mindestens drei EU-Länder beteiligt sein müssen. Es sollten aber in der Regel mehr sein und es werden Projekte besonders gefördert, die einen

„europäischen Mehrwert“ (European Added Value) versprechen. Was ist darunter zu verstehen? Dazu zählt beispielsweise die Kohäsion (das Aufeinanderzuwachsen) der Gesundheitssysteme. Ein Europäischer Mehrwert könnte auch eine Sentinel-Erhebung über STD in bestimmten Gebieten sein, durch die vergleichbare Datenbasen geschaffen werden. Ein Europäischer Mehrwert ist auch das, was aus den Erfahrungen in einem Projekt auf europäischer Ebene in die Politik einfließen kann.

Hier setzt das neue EU-Projekt BORDERNET an. Es führt die Arbeit weiter, die viele Jahre lang im Rahmen von UMBRELLA Network stattgefunden hat. In einem Zeitraum von acht Jahren wurde STD- und HIV-Prävention in grenzüberschreitenden Prostitutionsszenen in Europa von der EU gefördert. Die Initiierung erfolgte vom Bundesgesundheitsministerium der Bundesrepublik Deutschland. Von Anfang an waren Tschechien und Polen in Arbeitsgruppen mitbeteiligt. In diesem Modellprogramm UMBRELLA Network sind insgesamt 13 grenzüberschreitende Projekte in acht europäischen Regionen gefördert worden. Dabei hat das Modellprogramm ganz klein angefangen, mit Modellprojekten an der deutsch-polnischen und deutsch-tschechischen Grenze.

Zu Beginn dieses Modellprogramms waren viele Hürden zu überwinden. Damals hieß es, man könne in diesen grenznahen Prostitutionsszenen überhaupt nicht präventiv arbeiten. Die Prostituierten seien nicht einbeziehbar in eine Prävention, es sei für Streetworker viel zu gefährlich, die Szenen seien viel zu kriminell usw. Mit dem Modellprogramm UMBRELLA-Network konnten wir mit allen Beteiligten gemeinsam das Gegenteil beweisen. Prostitutionsszenen sind für Streetworker ein gutes Einsatzfeld und keineswegs zu gefährlich. Prostituierte sind dankbar für die Angebote und lassen sich sehr gut in Präventionsmaßnahmen einbeziehen oder agieren sogar aktiv als Multiplikatorinnen.

Am Anfang der Arbeit von UMBRELLA-Network stand eine erstmalige Analyse des STD-



und HIV-Risikos in den jeweiligen grenzüberschreitenden Prostitutionsszenen. Zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen wurden im Rahmen bilateraler Kooperationen über die Grenzen hinweg implementiert. Im Rahmen der strukturellen Prävention hieß das auch, gegen Diskriminierung und Ausgrenzung von Prostituierten zu kämpfen, da diese beiden Phänomene zur Erhöhung der Gefährdung führen.

Im Modellprojekt UMBRELLA wurden während der Projektlaufzeit ca. 130.000 Beratungen, 5.000 Streetwerkeinsätze und längerfristige Beratungen mit 10.000 Sexarbeiterinnen durchgeführt. Damit kann das Modellprogramm als sehr erfolgreich eingestuft werden. Allerdings ist ein solcher Erfolg kein Grund, um mit den Aktivitäten nachzulassen. Betrachtet man die Daten aus den statistischen Erhebungen, die wir im Rahmen des Projektes jährlich durchgeführt haben, so zeigen sich Veränderungen, die beispielsweise die Herkunft der angetroffenen Prostituierten in deutsch-polnisch-tschechischen Grenzregionen betreffen. So liegt das Herkunftsland Ukraine 1996 bei 5 Prozent. 1997 liegt der Prozentsatz schon bei 12 Punkten und er steigt 1998/99 weit über 20 Prozent. Im Jahr 2000 kamen ca. 45 Prozent der Frauen, die hier in der Grenzregion angetroffen wurden, aus der Ukraine. Im gleichen Zeitraum hat sich der Anteil der Frauen aus der Tschechischen Republik stark verringert. Das ist heute sicherlich wieder ganz anders. Aber diese Entwicklung zeigt die große Fluktuation und Mobilität der involvierten Personen und damit die Notwendigkeit einer dauerhaften Intervention in diesen Szenen.

Nach Beendigung des Modellprogramms konnten einige der Projektstandorte in veränderter Anbindung und Finanzierung weitergeführt werden. Dazu zählen das Projekt ABENDROT, eine Kooperation zwischen Anklam und Szczecin und BELLADONNA zwischen Frankfurt und Slubice. Die Kooperation zwischen Zittau und Warnsdorf existiert nicht mehr. Das Projekt zwischen Dipoldiswalde und Teplice wird von Teplice aus weiterbetreut. KARO zwischen Oelsnitz und Cheb erhält momentan keine staatliche Förderung, besteht aber noch. Schließlich existiert JANA in Furth im Wald und Domažlice weiter.

#### **Was unterscheidet nun UMBRELLA Network von BORDERNET?**

UMBRELLA hat hauptsächlich grenzüberschreitende Netzwerke mit Partnern außerhalb der EU angestrebt. Im Grunde durften die EU-Gelder des Programms und der Vorläuferprogramme „Europe Against AIDS and Communicable Diseases“ nur auf dem Territorium der Europäischen Union verausgabt werden. Das war natürlich schwierig, denn

damit konnte es auch keine wirklich gleichberechtigte Partnerschaft zwischen den Kooperationspartnern im Nicht-EU-Ausland geben. Das waren damals Polen, Tschechien, Estland, die Baltischen Staaten usw. Der Sitz der Projekte musste in Deutschland oder einem anderen EU-Land sein, die Mitarbeiterinnen mussten alle in dem jeweiligen EU-Land angestellt werden. Das wirkte sich nicht günstig auf die Nachhaltigkeit der Projekte aus, denn letztendlich ist es wichtig, diese wirklich gemeinsam zu entwickeln und gemeinsam umzusetzen.

In diesem Punkt gab es Veränderungen. Wir können jetzt in BORDERNET grenzüberschreitende Netzwerke mit Partnern innerhalb und außerhalb der EU schaffen. Dabei stellen die jetzt neuen EU- Außengrenzen immer noch sehr interessante Gebiete für solche Partnerschaften dar. Die Partner von BORDERNET bemühen sich, die jeweiligen Gesundheitssysteme gegenseitig besser verständlich zu machen, einander anzugleichen und gemeinsame Maßnahmen zu entwickeln und durchzuführen.

UMBRELLA Network war eindeutig zielgruppenspezifisch. Grenzüberschreitende aufsuchende Arbeit in Prostitutionsszenen war das Ziel, das ist bei BORDERNET anders. Hier liegt der Schwerpunkt zwar auch auf den Regionen, jedoch allgemein auf allen Maßnahmen, die in diesen Modellregionen zu STD und HIV durchgeführt werden.

Kernstück von UMBRELLA Network war die aufsuchende Arbeit. Es gab HIV/AIDS- und STD-Diagnostik- und Therapieangebote für Prostituierte, wie JANA sie jetzt praktiziert, und auch eine Integration von Gruppen, die von Stigmatisierung und Diskriminierung betroffen waren, wurde verfolgt. Bei BORDERNET ist Streetwork eine Teilstrategie unter anderen und es wird darum gehen, Prävention, Diagnostik und Therapie von STD und HIV durch Fortbildungen, Schulungen und Kampagnen gemeinsam zu gestalten.

Die Ziele von BORDERNET sind der Aufbau und die Stärkung von grenzüberschreitenden regional definierten Netzwerken in den Bereichen HIV/AIDS- und STD-Prävention sowie Diagnostik und Behandlung. Die Angebote sollen auf diese Weise verbessert und ihren Standards und Strukturen angeglichen werden.

Eine der Aufgaben dieses neuen Modells beinhaltet die Sammlung von Daten. Deshalb werden Sentinel-Erhebungen, zum Beispiel mit Unterstützung des Robert-Koch-Institutes, durchgeführt werden. Dazu kommen Koordination und Austausch in den Regionen, Fortbildung, Entwicklung von gemeinsamen Präventionsangeboten und Standards und auch Intervention in genau umrissenen Feldern.

BORDERNET arbeitet nach den Grundsätzen von WHO und UN-AIDS: Make the Healthier choice the Easier choice, das heißt also, die gesundheitliche Wahl zur leichteren Wahl zu machen. Maßnahmen werden also freiwillig wahrzunehmende Beratungen und Testangebote sein. Auf Lebensstile der Zielgruppen wird sensibel und akzeptierend, nicht moralisch verurteilend, eingegangen werden. Im Rahmen von BORDERNET gibt es zurzeit 13 Partner in acht Ländern und vier Modellregionen. Die Koordination liegt in den Händen der SPI-Forschung, die Sentinel-Erhebung führt das Robert-Koch-Institut in Berlin durch.

Die erste Region liegt in Deutschland und Polen und bezieht die Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern und die Region Zachodniopomorski (Szczecin) ein. Die zweite Region liegt ebenfalls in Deutschland und Polen, dazu gehören Brandenburg und die Wojewodschaft Lubuski. Die dritte Region umfasst Bundesländer bzw. Regionen in Österreich und in der Slowakischen Republik, Region vier liegt in Italien und Slowenien. Aufgrund des Zeitdrucks bei der Antragstellung ist es uns leider nicht gelungen, alle vier deutschen Bundesländer, die jetzt neue EU-Binnengrenzen haben, in dieses Modellprogramm einzubinden.

### **Welche Perspektiven sind nun in diesem Teilbereich für Europa zu erwarten?**

Nach meiner Erfahrung und Überzeugung sind grenzüberschreitende Modelle eine gute Möglichkeit zur Annäherung der Gesundheitssysteme in einem erweiterten Europa. Grenzüberschreitende Modelle haben anderen EU-Projekten gegenüber den Vorteil, dass sie regional begrenzt und deshalb wirklich interdisziplinär arbeiten können. Das bedeutet, grenzüberschreitend können wir nun wirklich auch im Detail arbeiten. Wie so etwas aussehen kann, zeigen die Kooperationen, die JANA beispielsweise mit der Universitätsklinik in Pilsen pflegt. Das ist häufig bei anderen EU-Projekten, an denen wir beteiligt sind und die im Forschungsbereich angesiedelt sind, nicht möglich. Denn je mehr Staaten einbezogen sind, desto weniger intensiv und abgestimmt kann die Kooperation im Detail sein. Grenzüberschreitend ist es möglich, wirklich auf der Basisebene zu arbeiten. Deswegen sind grenzüberschreitende Modelle besonders erfolgversprechend und werden von der EU momentan auch als besonders förderungswürdig angesehen. Das ist natürlich ein wichtiger Aspekt bei der Beantragung einer EU-Förderung; am Ende sollte die Chance einer Bewilligung bestehen.

Leider wird es keine Möglichkeit geben, BORDERNET in der nächsten Zeit auszuweiten. Ich werde am 3. November die Gelegenheit haben, in Luxemburg bei der für uns zuständigen Abteilung der EU, noch etwas zu verhandeln. Dazu gehört auch die Frage, nach einer räumlichen Erweiterung des Programms. Bisher wurde signalisiert, dass eine Ausweitung vorerst nicht möglich ist. Aber ich denke, dass ähnliche Projekte oder auch andere Projekte die Chance haben, eine Förderung zu erhalten. Ich halte die momentane Zeit für geeignet, neue Projektideen anzugehen und zu planen. Die nächste Ausschreibung wird im April 2005 erwartet. Da die konkrete Ausschreibung immer erst sechs bis acht Wochen vor dem Abgabetermin veröffentlicht werden, ist die Zeit zur konkreten Antragstellung unglaublich knapp, deswegen ist es notwendig, jetzt schon Ideen zu sammeln und dabei auch an die möglichen Netzwerke bzw. Kooperationspartner zu denken. Ein wichtiges Thema ist die Frage nach einer Co-Finanzierung, da die EU nur 60 Prozent der Gesamtkosten übernimmt, 40 Prozent müssen Sie aus anderen Quellen aufbringen. Für diese Überlegungen braucht man Zeit. Ich kann leider keine günstigen Prognosen abgeben. Jedoch kann ich für den Fall, dass Sie Interesse an einer Antragstellung haben, Ihnen meine Hilfe anbieten und sie aus meiner Erfahrung in der einen oder anderen Frage, die sich im Rahmen einer Antragstellung stellt, gerne unterstützen.

Betrachtet man die Erfolge von UMBRELLA Network, so sind wir gemeinsam schon viele Schritte gegangen, auch Sie hier in der Region. Die politischen Entscheidungen müssen jedoch weiterhin auf europäischer Ebene verhandelt werden. Der Zugang zu nationalen Gesundheitssystemen ist nach wie vor für Migranten und andere mobile Populationen nicht ausreichend und die Präventionsstrategien im Bereich STD und HIV in Europa bedürfen weiter der Harmonisierung. Wie ich heute erfahren konnte, sind Sie hier in der Region auf einem guten Weg. Ich glaube jedoch, dass es weiterer gemeinsamer Anstrengungen bedarf.