

HIV und STI in Frankfurt am Main

Jahresbericht der anonymen Beratungsstellen
für HIV und STI des Gesundheitsamtes
Frankfurt am Main 2014



HIV und STI in Frankfurt am Main

Zur aktuellen Epidemiologie und Prävention der HIV-Infektion und anderer sexuell übertragbarer Infektionen (STI)

Jahresbericht der anonymen Beratungsstellen für HIV und STI des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main 2014

Impressum

Herausgeber:

Stadt Frankfurt am Main
Der Magistrat
Gesundheitsamt
Breite Gasse 28
60313 Frankfurt am Main

info.gesundheitsamt-frankfurt.de
www.gesundheitsamt.stadt-frankfurt.de

Ansprechpartner:

Dr. Sabine Fischer, Gesundheitsamt Frankfurt am Main

Inhalt und Layout:

Gordon Pohl, Gesundheitsamt Frankfurt am Main

Erscheinungsdatum:

Dezember 2015

Copyright:

© Stadt Frankfurt am Main, Gesundheitsamt 2015

Bildnachweis:

Umschlagfotos, Fotolia und Gesundheitsamt Frankfurt am Main

Nachdruck ist mit Quellenangabe gestattet.

Vorwort

Dieser Bericht will die Frankfurter Bürger, aber auch die Fachöffentlichkeit über die aktuelle Situation hinsichtlich der wichtigsten sexuell übertragbaren Krankheiten (STI) einschließlich der HIV-Infektion in Frankfurt am Main im Jahr 2014 informieren. Er fasst außerdem die wesentlichen Präventionsmaßnahmen zusammen, die in der Stadt und insbesondere auch von der Stadt Frankfurt unternommen werden, um eine Verbreitung dieser Krankheiten zu verhindern.

Im Gegensatz zu anderen Infektionen unterliegen HIV und sexuell übertragbare Krankheiten nicht der namentlichen Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz. Das Monitoring erfolgt vor allem über gezielte Studien und Sentineluntersuchungen sowie für HIV und Syphilis über nichtnamentliche Meldungen direkt an das Robert Koch-Institut.

Deshalb liefern Daten, die aus der Arbeit der anonymen Beratungsstellen für HIV und STI des Gesundheitsamtes gewonnen werden, einen zentralen Baustein für die Beschreibung und Analyse der Situation vor Ort. Wesentliche Voraussetzung dafür war die Einführung einer gemeinsamen Software mit Umstellung auf eine einheitliche Datenbasis zum 01.01.2011, weshalb für viele der nachfolgenden Auswertungen der Zeitraum 2011 bis 2014 berücksichtigt wurde.

Gleichzeitig dient der Bericht den federführenden Akteuren im Sinne eines internen Qualitätsmanagements auch dazu, die durchgeführten Präventionsmaßnahmen in ihrer Effizienz zu bewerten.

Ein besonderer Fokus liegt dabei auf dem verantwortungsvollen Umgang mit den vorhandenen

Ressourcen. So müssen durch interne und externe Kooperation Synergien für einen effektiven Schutz vor HIV und STI genutzt und Präventionsmaßnahmen vor allem auf gefährdete Zielgruppen fokussiert werden. Beispielhaft dafür steht die 2014 begonnene sukzessive Zusammenlegung der anonymen AIDS-Beratung und der Untersuchungs- und Beratungsstelle für sexuell übertragbare Krankheiten (die deshalb nachfolgend auch konsequent unter dem Terminus anonyme Beratungsstellen zusammengefasst werden).

Andererseits darf nicht vernachlässigt werden, dass eine angemessene Präventionsarbeit nicht nur persönliches Leid und gesundheitliche Beeinträchtigungen bei den Betroffenen bzw. Gefährdeten verhindert, sondern auch enorme Folgekosten im Gesundheits- und Sozialbereich, die durch vermeidbare Infektionen bzw. mangelnde Diagnostik und Therapie entstehen würden.

Demgemäß soll der Bericht auch die verantwortlichen Kommunalpolitiker dabei unterstützen, Entscheidungen im Bereich der HIV- und STI-Prävention rational auf Grundlage der vorhandenen Informationen zu treffen.

Information und Aufklärung betrachtet das Infektionsschutzgesetz ausdrücklich als öffentlichen Auftrag und zentralen Baustein der Infektionsprävention; dies gilt insbesondere für den Bereich der sexuell übertragbaren Krankheiten. In diesem Sinne will auch der nachfolgende Bericht zur Präventionsarbeit beitragen.

Inhaltsverzeichnis

Für Eilige: Fakten und Thesen zur HIV- und STI-Prävention im Überblick	6
Zur aktuellen Epidemiologie der HIV-Infektion	8
Zur aktuellen Epidemiologie der Syphilis	10
Anonyme Beratungsstellen: für HIV und STI des Gesundheitsamtes: Beschreibung des Patientenkollektivs (demographische Daten)	12
Anonyme Beratungsstellen für HIV und STI des Gesundheitsamtes: Welche Aussagen zu HIV und STI sind möglich?	14
Anonyme Beratungsstellen für HIV und STI des Gesundheitsamtes: psychosoziale und humanitäre Aspekte	18
Exkurs: Streetwork für Frauen und Männer in der Sexarbeit	20
Präventionsarbeit mit Jugendlichen	22
Exkurs: Das AIDS-Mobil des Gesundheitsamtes	22
Literaturhinweise	24

Häufig verwendete Abkürzungen

FSW	Frauen, in der Sexarbeit tätig
F sonstige	Frauen, nicht in der Sexarbeit tätig
F k. A.	Frauen, nicht eindeutig einer der o. g. Gruppen zuzuordnen
MSW	Männer, in der Sexarbeit tätig
MSM	übrige Männer, die sexuelle Kontakte mit Männern haben
M sonstige	Männer, die ausschließlich heterosexuelle Kontakte haben
M k. A.	Männer, nicht eindeutig einer der o. g. Gruppen zuzuordnen

Für Eilige: Fakten und Thesen zur HIV- und STI-Prävention im Überblick

Das Wichtigste zur Epidemiologie sexuell übertragbarer Erkrankungen:

1. Die Zahl der HIV-Neuinfektionen ist trotz aller Bemühungen gleichbleibend hoch, obwohl inzwischen durch die effektive antiretrovirale Therapie behandelte HIV-Träger meist nicht infektiös sind und das Risiko, sich bei einem Partner mit bekannter Infektion anzustecken, dadurch stark gesunken ist. Dem steht offenbar eine steigende Zahl von Ansteckungen bei Trägern einer nicht erkannten (also nicht getesteten) Infektion gegenüber.
2. Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) bestimmen weiter die Dynamik der HIV- und Syphilis-Epidemie, auffällig sind insbesondere überproportionale Anstiege der Zahlen in mittleren und höheren Altersgruppen sowie Verschiebungen in der regionalen Verteilung hin zu kleineren Städten bzw. zum ländlichen Raum.
3. Koinfektionen spielen weiter eine wichtige Rolle, an erster Stelle steht die wechselseitige Förderung der Übertragungswahrscheinlichkeit für HIV und Syphilis.
4. Zuwanderung aus Ländern mit hohen Prävalenzen für die HIV-Infektion beeinflusst inzwischen wesentlich die Epidemiologie. Wichtigste Herkunftsregionen sind Subsahara-Afrika, daneben auch Zentral- und Osteuropa. Der Zugang zu Testangeboten sowie im Fall einer Infektion zu medizinischer Versorgung ist für viele Migranten aus vielfältigen sozialen Gründen nicht gegeben. Daneben liegt z. T. kulturell bedingt eine zu niedrige Testbereitschaft vor.
5. Für die Gonorrhoe bleibt weiterhin die Resistenzentwicklung ein entscheidender Faktor.
6. Chlamydien sind die häufigste bakterielle Ursache einer sexuell übertragbaren Infektion und in der Bevölkerung weit verbreitet.

Erkenntnisse aus der Arbeit der anonymen Beratungsstellen:

1. Männer die Sex mit Männern haben (MSM), stellen auch in den Beratungsstellen eine wesentliche Risikogruppe für STI dar. Insbesondere zeigen sich aber sehr hohe Infektionsraten für alle wesentlichen STI bei Männern, die in der Sexarbeit tätig sind (MSW). Dieses Phänomen bedarf weiterer Analyse (insbesondere da nur wenig vergleichbare Daten zur Rolle der männlichen Prostitution vorliegen bzw. deren Rolle für die Gesamtdynamik in anderen Berichten nicht als gravierend eingeschätzt wird) und signalisiert Handlungsbedarf.
2. Die Zunahme positiver Tests auf Gonorrhoe in den letzten Jahren kommt durch Neuerungen bei den diagnostischen Verfahren zustande, ein tatsächlicher Anstieg der Infektionsrate ist nicht zu belegen. Die Resistenzlage ist weiterhin vergleichsweise günstig.
3. Die Fallfindungsraten bei den Untersuchungen auf Chlamydien bestätigen die bekannte weite Verbreitung in allen Bevölkerungsgruppen.
4. Unter den Patienten der Beratungsstellen lassen sich nach psychosozialen (und humanitären) Aspekten zwei Hauptgruppen abgrenzen, deren unterschiedlichen Bedürfnissen i. S. einer erfolgreichen Prävention Rechnung getragen werden muss (S. 18 ff.). Die Sprechstundenangebote sind in dieser Hinsicht zu optimieren.

Thesen zur Prävention:

1. HIV- und STI-Prävention kann nur erfolgreich sein, wenn sie den individuellen und gesellschaftlichen Kontext, in dem sie stattfindet, ausreichend berücksichtigt.
2. Dem entspricht auch der seit längerer Zeit angebahnte Paradigmenwechsel in der Präventionsarbeit hin zu einer integrierten (also nicht mehr nach einzelnen sexuell übertragbaren Krankheiten trennenden) HIV- und STI-Prävention mit differenzierten und durchaus auch komplexen Präventionsbotschaften, die aber passgenau auf die verschiedenen Zielgruppen zugeschnitten werden.
3. Zur Senkung der Infektionsraten mit HIV und STI bleiben niedrigschwellige Beratungs- und Testangebote für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) unverzichtbar und müssen weiter ausgebaut werden. Testbereitschaft und Testfrequenz sind in dieser Bevölkerungsgruppe immer noch nicht ausreichend.
4. Stark an Bedeutung gewonnen haben auch niedrigschwellige und möglichst kostenfreie Beratungs- und Testangebote für Menschen mit ungenügendem Zugriff auf das reguläre Gesundheits- und Versorgungssystem – dies betrifft vor allem viele Migranten sowie in der Sexarbeit tätige Menschen. Ein dringendes Problem ist die Bahnung von Behandlungsmöglichkeiten im Fall einer Infektion, insbesondere bei HIV.
5. In der Allgemeinbevölkerung gibt es trotz aller Fortschritte weiterhin hohen Aufklärungs- und Beratungsbedarf, insbesondere (aber nicht ausschließlich) gilt dies trotz vergleichsweise geringer Risiken für die HIV-Infektion. Auch der Wissenserwerb zu HIV und STI im Rahmen der Aufklärung zur sexuellen Gesundheit für Jugendliche ist weiterhin verbesserungsbedürftig.

Überblick über die wichtigsten Präventionsmaßnahmen und -angebote in Frankfurt am Main

1. Beratungs- und Testangebote zu HIV und STI auf anonymer Basis:
 - Sprechstunden der anonymen Beratungsstellen des Gesundheitsamtes (S. 12 ff.) (Schwerpunkte: MSM, Sexarbeiter/Sexarbeiterinnen, daneben auch für die Allgemeinbevölkerung offen, außerdem Konsiliartätigkeit für die Internationale Humanitäre Sprechstunde des Gesundheitsamtes u. a.)
 - AIDS-Hilfe Frankfurt e. V., vor allem mit dem Angebot „MainTest“ (Schwerpunkt: MSM, zunehmend auch Allgemeinbevölkerung)
 - AIDS-Aufklärung (HIV-Test, Schwerpunkt: Allgemeinbevölkerung, zunehmend auch MSM)
2. aufsuchende Arbeit für Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter (S. 20 f.) und besondere Angebote:
 - Streetwork (für Sexarbeiterinnen)
 - STI-Prävention im KISS (Kriseninterventionsstelle für Stricher)
 - HelpingHand (Präventionsarbeit für Migranten in diversen Communities, angelehnt an das HIV-Center des Frankfurter Universitätsklinikums)
3. Aufklärung und Information für Jugendliche i. R. von Veranstaltungsreihen (S. 22 f.):
 - AIDS-Mobil des Gesundheitsamtes
 - Veranstaltungen der AIDS-Aufklärung e. V.
 - Veranstaltungen der AIDS-Hilfe Frankfurt e. V.
 - daneben Einzelveranstaltungen, wie z. B. Frankfurter AIDS-Präventionstage, Aktionen für Jugendliche zum Welt-AIDS-Tag

Zur aktuellen Epidemiologie der HIV-Infektion

Bundesweit zeigt sich seit 2011 ein kontinuierlicher Anstieg der HIV-Neudiagnosen (Abb. 1). Im Jahr 2014 wurde mit 3 525 Fällen ein neuer Höchststand seit Einführung des Infektionsschutzgesetzes erreicht. Die Inzidenz beträgt damit 4,4 pro 100 000 Einwohner (gegenüber 4,1/100 000 im Vorjahr).

Der beschriebene kontinuierliche Anstieg betrifft sowohl Männer (2 864 = 81,2 % der Fälle, Inzidenz: 7,2/100 000) als auch Frauen (659 = 18,7 % der Fälle, Inzidenz: 1,6/100 000). Die Geschlechterverteilung hat sich dabei über längere Zeit hinweg nicht grundlegend verändert. Ähnliches gilt für die Altersverteilung: die höchsten Fallzahlen und Inzidenzen liegen sowohl für Männer als auch für Frauen wie seit Jahren in der Altersgruppe zwischen 30 und 39 Jahren vor (Abb. 3 und 4).

Auf Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) entfielen im Jahr 2014 mit 1 904 Fällen über zwei Drittel (67,5 %) der HIV-Neudiagnosen mit bekanntem Übertragungsweg (Abb. 2). Diese Gruppe bestimmt weiterhin maßgeblich die Dynamik des Infektionsgeschehens und auch den Anstieg der Gesamtfallzahlen.

Warum die Zahl der Neudiagnosen in dieser Gruppe kontinuierlich steigt, wird nach wie vor diskutiert. Auffällig sind regionale Unterschiede: in Großstädten mit über 500 000 Einwohnern blieben die Melderaten unverändert, in Großstädten mit unter 500 000, besonders aber in Orten mit unter 100 000 Einwohnern und in ländlichen Gebieten zeigen sich steigende Fallzahlen. Dem könnte ein erleichterter Zugang für MSM aus Regionen ohne eigene „lokale Szene“ zu entsprechenden Netzwerken durch neue Medien und Kommunikationsmöglichkeiten zu Grunde liegen. Daneben könnten auch Änderungen im Sexualverhalten mit höherem Risiko für HIV (u. a. STI) eine Rolle spielen.

Migration scheint dagegen kein wesentlicher Einflussfaktor in dieser Gruppe zu sein: etwa 82 % der MSM stammten aus Deutschland, dieser Anteil ist zum Vorjahr konstant. Häufigste Herkunftsregionen bei Migranten waren Zentral- (27 %) oder Westeuropa (21 %) bzw. Lateinamerika (15 %).

27,6 % der Neudiagnosen des Jahres 2014 mit Angabe zum Übertragungsweg (= 780 Fälle) sind auf heterosexuelle Kontakte zurückzuführen. Die Fallzahlen in dieser Gruppe steigen seit Jahren ebenfalls kontinuierlich an. Hier spiegeln sich die stark gestiegenen Einwanderungs- bzw. Flüchtlingszahlen aus Ländern mit hoher HIV-Prävalenz wider: über 58 % (454) der Betroffenen stammten aus Subsahara-Afrika, das entspricht einem Anstieg um 168 Fälle gegenüber dem Vorjahr. Nur 24 % (185) gaben Deutschland als Herkunftsland an, von den verbleibenden ca. 17 % wurde ein breites Spektrum an Ländern ohne eindeutigen regionalen Schwerpunkt genannt.

Der Anteil der Männer lag in der Gruppe mit heterosexuellem Übertragungsweg bei 35,1 % bzw. 274 Fällen und damit auffallend niedrig (Frauen: 64,9 % = 506 Meldungen). Mögliche, aber bisher nicht eindeutig belegbare Ursache sind kulturell bedingte Unterschiede im Testverhalten zwischen Männern und Frauen (bzw. ein geschlechtsspezifisch differierender Zugriff auf das Gesundheitswesen insgesamt).

Die epidemiologische Situation in Frankfurt am Main bildet im Wesentlichen das bundesweite Geschehen ab. Differenzen resultieren vor allem aus der Stellung der Stadt als Zentrum einer Metropolenregion, die sich in vergleichbaren Großstädten aber in ähnlicher Weise finden. Daneben müssen auch die bei kleineren Absolutzahlen üblichen stärkeren Schwankungen berücksichtigt werden.

So ist im Gegensatz zur gesamtdeutschen Entwicklung in Frankfurt am Main z. Zt. kein eindeutiger Aufwärtstrend erkennbar (Abb. 1), gegenüber dem Vorjahr (110 Fälle) ist sogar ein deutlicher Rückgang (101) zu verzeichnen. Die Inzidenz liegt bei 14,4/100 000 Einwohner und immer noch um mehr als das Dreifache höher als bundesweit, reiht sich damit aber durchaus in das Spektrum vergleichbarer Großstädte ein. (Tab. 1).

Betroffen waren 82 (= 81,2 %) Männer und 19 (= 18,8 %) Frauen. Der Altersgipfel lag bei den Männern in der Gruppe der 30–39-Jährigen (29 Fälle), bei den Frauen in der Gruppe der 20–29-Jährigen (7 Fälle).

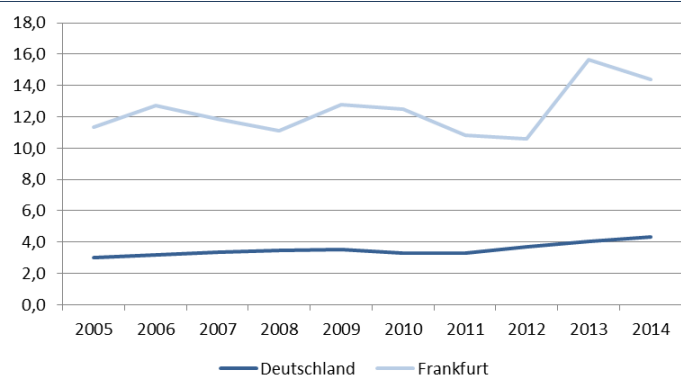


Abb. 1 HIV: Inzidenzen, Deutschland, Frankfurt 2005-2014 (1/100 000)

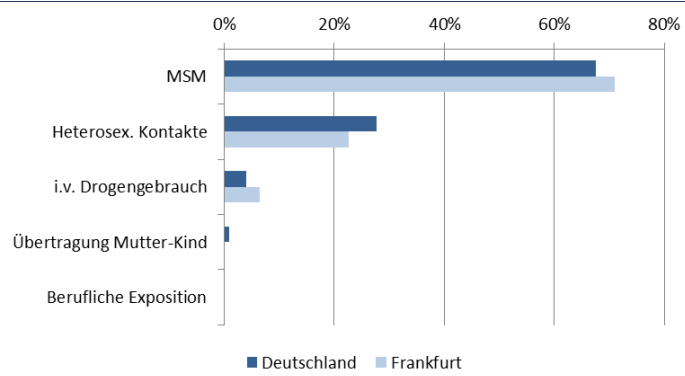


Abb. 2 HIV: Übertragungswege, Deutschland, Frankfurt 2014

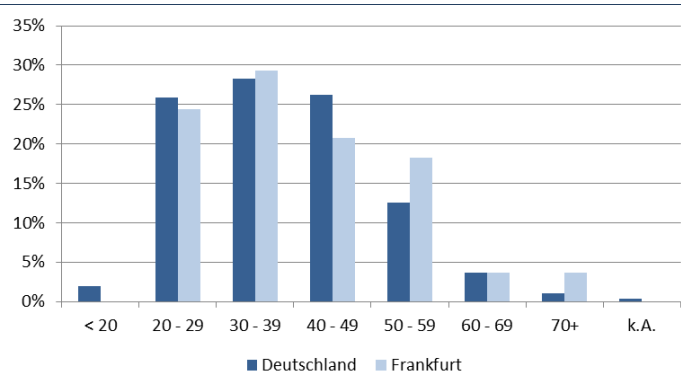


Abb. 3 HIV: Männer, Altersverteilung Deutschland, Frankfurt 2014

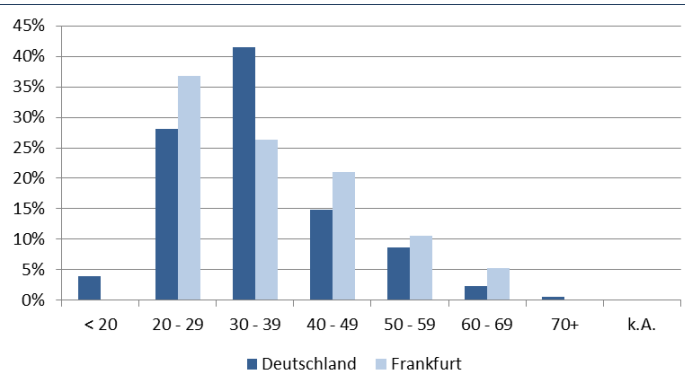


Abb. 4: HIV: Frauen, Altersverteilung, Deutschland, Frankfurt 2014

Großstadt	Inzidenz (1/100 000)
München	16,5
Köln	15,4
Chemnitz	15,3
Würzburg	15,2
Frankfurt am Main	14,4
Wiesbaden	13,1
Düsseldorf	13,0
Berlin	13,0
Hamburg	11,6
Leipzig	11,1

Geschlechts- und Altersproportionen sind den überregionalen Verteilungen sehr ähnlich (Abb. 3, 4), Unterschiede und stärkere Schwankungen resultieren vorwiegend aus dem Phänomen der

kleinen Zahlen. Die beobachteten Anteile der verschiedenen Risikogruppen entsprechen den Erwartungen für eine Metropolenregion (Abb. 2). Unter den HIV-Neudiagnosen mit bekanntem Übertragungsweg sind Männer, die Sex mit Männern haben, mit 71,0 % (66 Fälle) etwas überrepräsentiert, dagegen werden Infektionen durch heterosexuelle Kontakte mit 22,6 % (21 Fälle) seltener beschrieben. Im Jahr 2014 traten daneben auch Infektionen durch intravenösen Drogengebrauch vergleichsweise häufig auf (6 Fälle = 6,5 % gegenüber 3,9 % bundesweit).

Aussagen zum konkreten Einfluss des Migrationsgeschehens in Frankfurt sind leider nicht möglich, da Angaben zur Herkunft der Betroffenen auf lokaler Ebene nicht zugänglich sind. Erfahrungsgemäß dürften aber die für ganz Deutschland getroffenen Feststellungen auch hier zutreffen.

Zur aktuellen Epidemiologie der Syphilis

Die Zahl der in Deutschland gemeldeten behandlungsbedürftigen Syphilisfälle nimmt seit Einführung des Infektionsschutzgesetzes im Jahr 2001 fast kontinuierlich zu (Abb. 1). Dieser Trend hat sich mit 5 722 Erkrankungsfällen und einer Inzidenz von nunmehr 7,1 pro 100 000 Einwohner auch im Jahr 2014 fortgesetzt.

Dabei entfällt der Hauptanteil der Infektionen mit 5 350 Fällen (93,6 %) weiterhin auf Männer, dagegen erkrankten lediglich 363 Frauen (6,4 %). (In 9 Fällen lag keine Angabe zum Geschlecht vor.) Männer sind damit über 15mal häufiger betroffen (Inzidenzen: Frauen 0,9/100 000, Männer 13,5/100 000). Bei den Frauen liegen sowohl die höchste Inzidenz als auch das absolute Maximum in den Altersgruppen unter 30 Jahren und damit im Erwartungsbereich (Abb. 4). Bei den Männern fällt – wie auch in den Vorjahren – gegenüber anderen STI eine Verschiebung zu den älteren Jahrgängen auf: die höchste Inzidenz findet sich in der Gruppe der 30–39-Jährigen, nach absoluten Zahlen sind sogar die 40–49-Jährigen am häufigsten vertreten (Abb. 3). Als Ursache werden vor allem epidemiologische Zusammenhänge mit der HIV-Epidemie in Betracht gezogen.

Die epidemiologische Dynamik wird nach wie vor durch die Hauptrisikogruppe der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) bestimmt. 84,2 % aller Fälle mit bekanntem Übertragungsweg sind dieser Gruppe zuzuordnen, nur 15,8 % gaben eine Ansteckung durch heterosexuelle Kontakte an (Abb. 2). Auch der oben beschriebene Anstieg der Gesamtfallzahlen ist ausschließlich auf die Gruppe der MSM zurückzuführen. Nach wie vor liegt bei über einem Viertel aller Syphilismeldungen (26,7 %) keine ausreichende Angabe zum Ansteckungsweg vor.

Erwartungsgemäß sind die höchsten Erkrankungsraten in Großstädten wie Köln (31,9/100 000) oder Berlin (31,0/100 000) zu verzeichnen (Tab. 1). Diese Spitzen sind vor allem auf überdurchschnittliche Infektionsraten in der Gruppe der MSM zurückzuführen. Im Detail fallen einige sprunghafte Anstiege in Städten wie Rostock (von 3,4 auf 27,5) oder Trier (9,3 auf 17,7) auf, weniger deutlich auch in anderen Re-

gionen. Die genannten Beispiele betreffen ebenfalls ausschließlich MSM oder – in geringerem Ausmaß – Fälle ohne Angabe zum Übertragungsweg und legen damit ausbruchsartige Häufungen nahe. Ein Zusammenhang ist jedoch nicht immer nachweisbar, Auswertungen des Robert Koch-Institutes liegen für das Jahr 2014 bisher nicht vor.

Migration spielt, anders als bei der HIV-Infektion, für die Syphilis keine wesentliche Rolle. Im Jahr 2013 stammten bundesweit 86,1 % aller Erkrankten mit Angabe zum Herkunftsland aus Deutschland und 10,2 % aus anderen Ländern Europas. In 93,6 % aller Fälle wurde die Infektion auch in Deutschland erworben.

Die Daten für Frankfurt bilden im Allgemeinen die für Deutschland insgesamt beschriebenen Entwicklungen ab, wobei auf Grund der kleinen Absolutzahlen Schwankungen stärker und Trends oft weniger deutlich ausfallen. Im Jahr 2014 wurden in Frankfurt 112 behandlungsbedürftige Syphilis-Infektionen gemeldet, die Inzidenz liegt mit 16,0 pro 100 000 Einwohner in Größenordnung vergleichbarer Großstädte, wobei Frankfurt z. Zt. keineswegs eine Spitzenposition einnimmt (Abb. 1, Tab. 1). Im Gegensatz zu anderen Städten und zum überregionalen Trend lässt sich auch kein eindeutiger Anstieg über die letzten Jahre hinweg erkennen.

Mit 105 Fällen (93,8 %) waren Männer etwa 15mal häufiger betroffen als Frauen (lediglich 7 Meldungen bzw. 6,3 %). Dies entspricht ziemlich genau dem bundesweiten Geschlechterverhältnis. Die Altersverteilung bei Frauen entspricht i. R. der sehr kleinen Fallzahlen den Erwartungen (Abb. 4). Auffälliger Weise ist die oben beschriebene Verschiebung in der Altersverteilung der Männer zu den höheren Jahrgängen in Frankfurt noch deutlicher ausgeprägt (Abb. 3) und zeigt sich auch über mehrere Jahre hinweg konstant. Ein möglicher Zusammenhang mit der Epidemiologie der HIV-Infektion lässt sich aus den vorhandenen Daten nicht verifizieren.

Das Infektionsrisiko (Abb. 2) war in Frankfurt deutlich häufiger ermittelbar (nur 14,3 % fehlende Angaben gegenüber 26,7 % bundesweit).

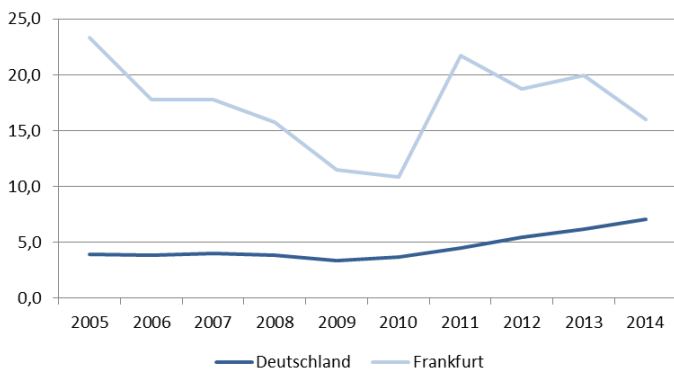


Abb. 1 Syphilis: Inzidenzen Deutschland, Frankfurt 2005-2014 (1/100 000)

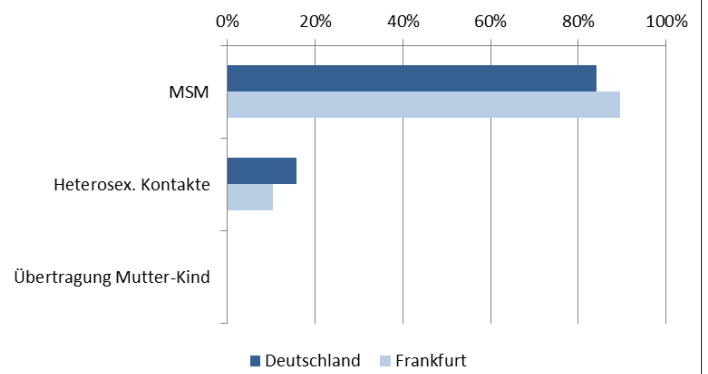


Abb. 2 Übertragungswege Frankfurt, Deutschland 2014

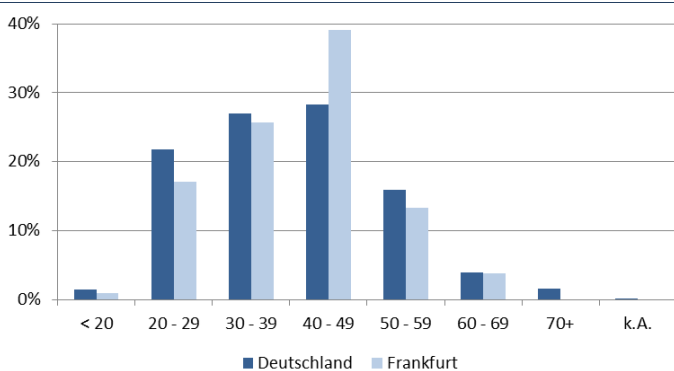


Abb. 3 Syphilis: Männer, Altersverteilung Deutschland, Frankfurt 2014

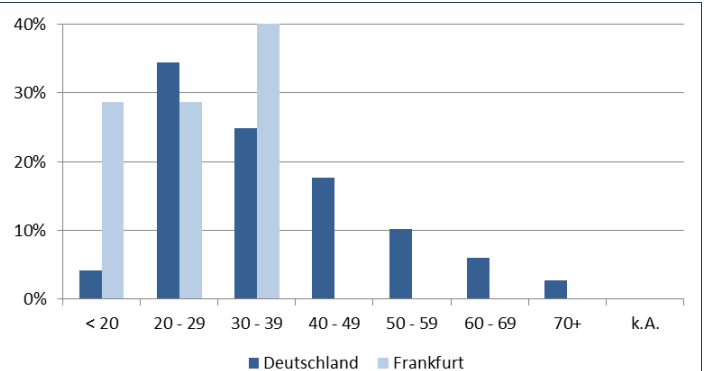


Abb. 4 Syphilis: Frauen, Altersverteilung, Deutschland, Frankfurt 2014

Tab. 1 Syphilis: Inzidenzen ausgewählter Großstädte 2014 (1/100 000)

Köln	31,9
Berlin	31,0
Rostock	27,5
München	27,2
Leipzig	21,8
Düsseldorf	20,4
Hamburg	19,7
Trier	17,7
Osnabrück	17,3
Frankfurt am Main	16,0

Erwartungsgemäß wird die Epidemiologie der Syphilis auch in Frankfurt weitgehend von Übertragungen durch sexuelle Kontakte zwischen Männern (MSM) bestimmt (89,6 % aller Fälle mit Angabe zum Übertragungsweg), heterosexuelle Kontakte wurden wesentlich seltener (10,4 %) als Infektionsweg genannt.

Anonyme Beratungsstellen für HIV und STI des Gesundheitsamtes: Beschreibung des Patientenkollektivs (demographische Daten)

Im Jahr 2014 suchten 3 190 Patienten unsere anonymen Beratungs- und Untersuchungen für HIV und STI des Gesundheitsamtes auf. Die Patienten stellten sich insgesamt 3 655mal zu einer Untersuchung und/oder Beratung vor, auf Grund der besseren Validität und der besseren Vergleichbarkeit mit externen Daten bilden im Wesentlichen diese als Konsultationen bezeichneten Arzt-Patienten-Kontakte die Basis für die nachfolgenden Auswertungen. (Darüber hinaus ergaben sich zur Mitteilung von Untersuchungsergebnissen u. ä. weitere 3 255 Patientenbesuche.)

Patienten- und Konsultationszahlen lagen damit in der zu erwartenden Größenordnung (Abb. 1). Da im Vorjahr aus organisatorischen Gründen die Kooperation mit dem MainTest-Projekt der Frankfurter AIDS-Hilfe beendet werden musste, war für 2014 ein stärkerer Rückgang der Konsultationen prognostiziert worden. Die Inanspruchnahme durch andere Patienten hat jedoch etwa im gleichen Ausmaß zugenommen, so dass der Rückgang deutlich schwächer ausfiel als erwartet (Abb. 2).

Männer und Frauen suchten die Beratungs- und Untersuchungsstellen etwa gleichhäufig auf (Abb. 3). Die Altersverteilung ist typisch für einen HIV- bzw. STI-bezogenen Kontext, d. h. das Maximum liegt bei Männern wie Frauen bei den jüngeren, sexuell aktivsten Jahrgängen zwischen 20 und 29. Typisch ist auch die stärkere „Spreizung“ der Altersgruppen bei den Männern zu den älteren Jahrgängen hin, d. h. der Gipfel fällt hier nicht so deutlich aus wie bei den Frauen (Abb. 4).

Von besonderem Interesse für die Präventionsarbeit ist die Inanspruchnahme der Sprechstundenangebote durch die verschiedenen Risikogruppen (Abb. 5). Etwa zwei Drittel der Patienten sind (i. d. R. heterosexuelle) Männer und Frauen, die als Bevölkerungsgruppe insgesamt kein erhöhtes Risiko für HIV bzw. STI haben, wobei beide Geschlechter etwa gleich stark ver-

treten sind. Das übrige Drittel stellen jeweils etwa zur Hälfte Frauen, die in der Sexarbeit tätig sind sowie Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). Von der letzten Gruppe lässt sich nochmals eine kleine Gruppe der Männer, die in der Sexarbeit tätig sind, abgrenzen.

Unter den Patienten mit Angabe zum Herkunftsland stammt – bei leichten Schwankungen von Jahr zu Jahr – etwa die Hälfte aus dem Ausland (Abb. 6). Die Patienten ausländischer Herkunft stammen wiederum etwa zur Hälfte (49 %) aus Zentral- und Osteuropa, daneben sind Lateinamerika, Westeuropa und Subsahara-Afrika am stärksten vertreten (Abb. 7).

Diese Verteilung wird wesentlich von zwei Faktoren beeinflusst: zum einen vom Anteil der Sexarbeiterinnen – vor allem aus zentral- und osteuropäischen Ländern, aber auch aus Lateinamerika (Kolumbien, Dominikanische Republik) – bzw. der in der Sexarbeit tätigen Männer, die fast ausschließlich aus Bulgarien und Rumänien stammen. Zum anderen durch Migranten, die aus humanitären Gründen bei uns untersucht und behandelt werden. Von diesen stammt ein großer Teil aus Subsahara-Afrika (und erreicht uns meist über die Internationale humanitäre Sprechstunde des Gesundheitsamtes), sowie aus Zentral- und Osteuropa.

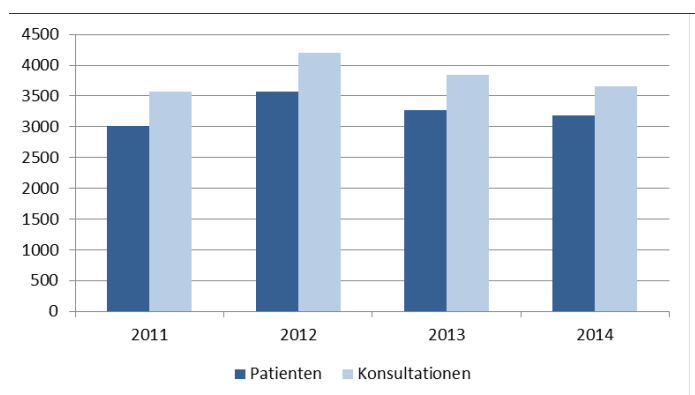


Abb. 1 Demographie: Patienten- und Konsultationszahlen im Vergleich 2011-2014

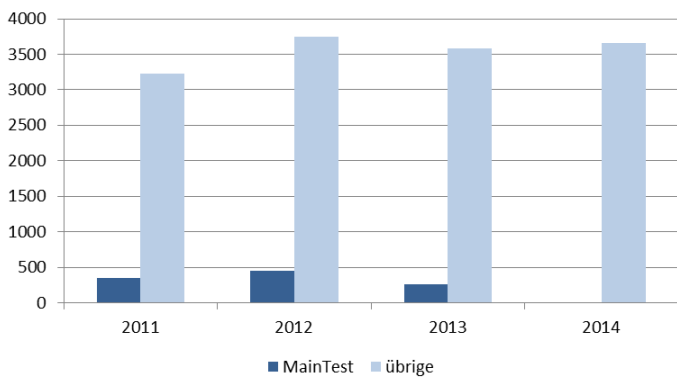


Abb. 2 Demographie: Anteil der Konsultationen aus der Kooperation mit der Frankfurter AIDS-Hilfe („MainTest“) 2011-2014

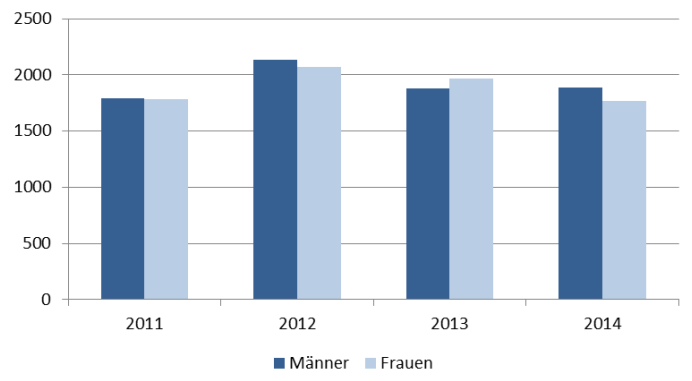


Abb. 3 Demographie: Geschlechterverhältnis 2011-2014

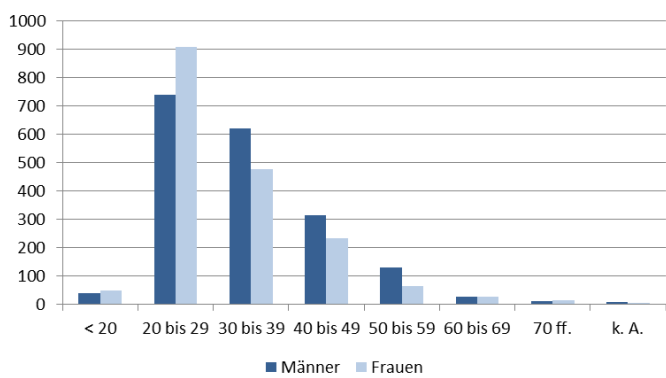


Abb. 4 Demographie: Altersverteilung nach Geschlecht 2014

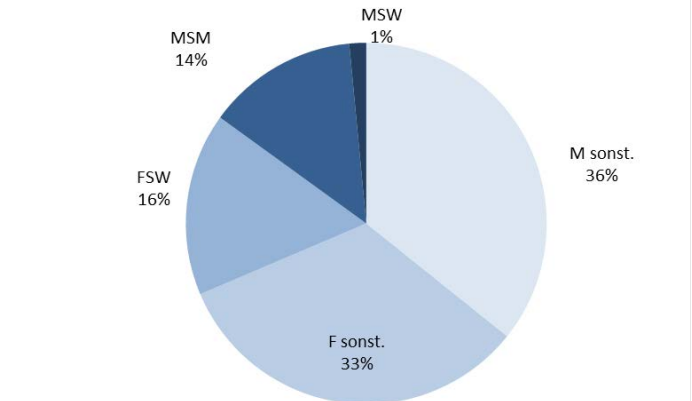


Abb. 5 Demographie: Aufteilung nach Risikogruppen (ohne nicht zuzuordnende Fälle) 2014



Abb. 6 Demographie: Aufteilung nach Herkunft (Deutschland/Ausland) 2011-2014

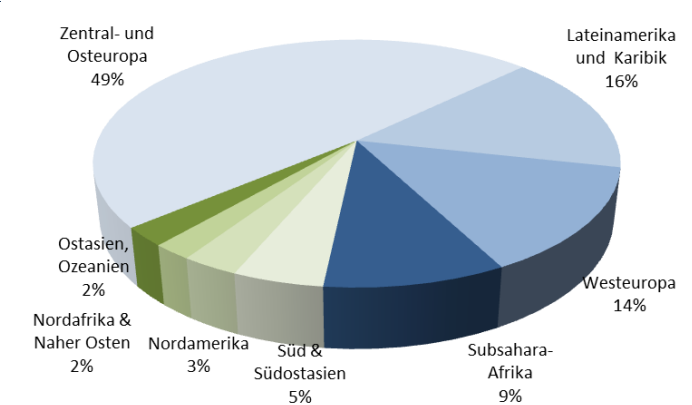


Abb. 7: Demographie: Aufteilung der ausländischen Patienten nach Herkunftsregion 2014

Anonyme Beratungsstellen für HIV und STI des Gesundheitsamtes: Welche Aussagen zu HIV und STI sind möglich?

Zur Bewertung der STI-Zahlen sind zunächst Verhaltensparameter interessant - wie z. B. die Bewertung des eigenen Safer Sex-Verhaltens insgesamt (Abb. 1), oder konkrete ungeschützte sexuelle Kontakte in den letzten drei Monaten, die wegen der Einhaltung des Zeitabstandes eines HIV-Tests zum abzuklärenden Risiko häufig erfragt werden. Angaben dazu lagen von der überwiegenden Mehrheit der Patienten (90 % bzw. 75 %) vor.

Die Patienten schätzten das eigene Verhalten insgesamt eher als risikobewusst und risikoarm ein. Durchgehend gaben weniger als 20 % an „selten“ oder „fast nie/nie“ Safer Sex zu praktizieren. Andererseits wurden aber relativ häufig ungeschützte sexuelle Kontakte in den letzten drei Monaten bejaht (2 717, 23,6 %). Insbesondere in der Sexarbeit tätige Männer (77 %) und Frauen (70 %) geben derartige Kontakte an (Abb. 2).

Daneben interessiert die Zahl der HIV- und STI-Tests (Abb. 3, 4). Erwartungsgemäß wird der HIV-Test mit Abstand am häufigsten durchgeführt (2 939 pro Jahr, über drei Viertel aller Konsultationen), wobei der sog. Schnelltest den traditionellen Suchtest inzwischen zu etwa 70 % ersetzt. Auf Gonorrhoe wird in etwa ein Drittel aller Konsultationen untersucht (1 251), auf Syphilis (996) oder Chlamydien (1 056) jeweils in etwa ein Viertel aller Fälle getestet.

Der Anteil positiver Testergebnisse (Abb. 5, Tab. 1) liegt (bei Einkalkulation einer großen Schwankungsbreite wegen der relativ kleinen Absolutzahlen) für alle vier Infektionskrankheiten in der zu erwartenden Größenordnung. Als Vergleichsgrößen dienen dabei vor allem Fallfindungsraten aus dem STI-Sentinel des Robert Koch-Instituts bzw. aus ähnlichen Patientenkollektiven.

Trends lassen sich auf Grund der sehr kleinen Zahlen schlecht ablesen, zumal diese von ganz verschiedenen Faktoren mit beeinflusst werden.

Ein Beispiel dafür bietet Abb. 6: betrachtet man nur die Gesamtzahlen, legen diese einen langfristigen Anstieg der Gonorrhoeinfektionen nahe. Erst bei Berücksichtigung der Testmethoden zeigt sich, dass die zunehmende Detektion von Gonorrhoe-Fällen durch molekulardiagnostische Verfahren (PCR) die Ursache für dieses Phänomen darstellt, während die Zahl der mit der traditionellen kulturellen Anzucht gefundenen Fälle stabil geblieben ist.

HIV und Syphilis wurden fast ausschließlich bei Männern diagnostiziert. Gonorrhoe betraf beide Geschlechter etwa gleichhäufig, positive Tests auf Chlamydien lagen zu einem Drittel bei Männern und zu zwei Dritteln bei Frauen vor (Abb. 8). Das Risiko für einen positiven Test lag für alle Erkrankungen bei den Männern höher als bei den Frauen.

Die Altersgruppe der 20-29-Jährigen ist von allen vier ausgewerteten Infektionskrankheiten am häufigsten betroffen (Abb. 9). Dabei gibt es bei den Männern erwartungsgemäß eine breitere Spreizung des Altersspektrums zu den höheren Jahrgängen, die (in der Abb. nicht dargestellt) bei HIV und Syphilis noch stärker ausfällt als bei Gonorrhoe und Chlamydien. Die Beobachtungen entsprechen auch der bekannten Epidemiologie der erstgenannten Infektionen (s. dort).

Von zentraler Bedeutung für die Prävention sind die Positivenraten bei den Angehörigen der verschiedenen Patientengruppen (Risikogruppen). Hier zeigen sich z. T. gravierende Unterschiede (Abb. 10, Tab. 2).

Dabei fällt besonders auf, dass in der Sexarbeit tätige Männer für alle ausgewerteten Erkrankungen das höchste Risiko aufweisen. Die zu Grunde liegenden Zahlen positiver Ergebnisse sind zwar relativ klein und deshalb mit Vorsicht zu interpretieren. Dennoch imponiert der Abstand zu den anderen Patientengruppen bei allen vier Erkrankungen.

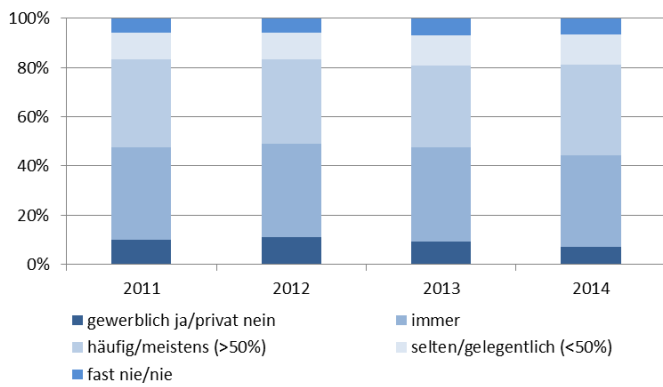


Abb. 1 HIV und STI: Safer Sex-Verhalten 2011-2014

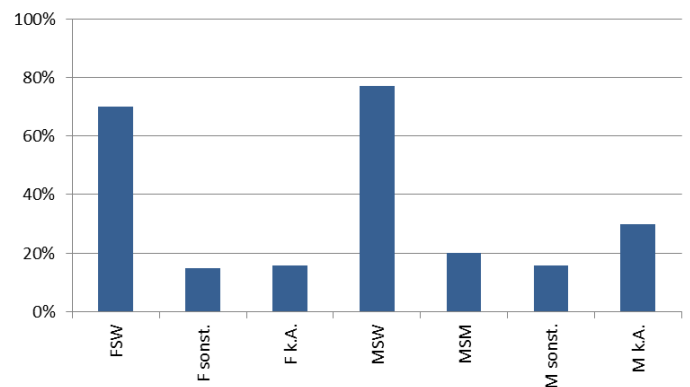


Abb. 2 HIV und STI: ungeschützte sexuelle Kontakte in den letzten drei Monaten 2011-2014

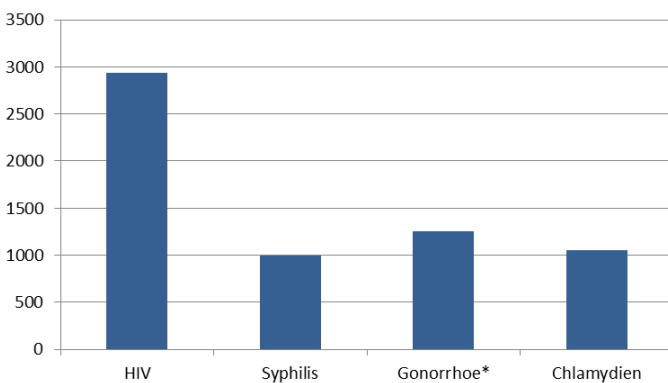


Abb. 3 HIV und STI: durchschnittliche Testzahlen pro Jahr 2011-2014

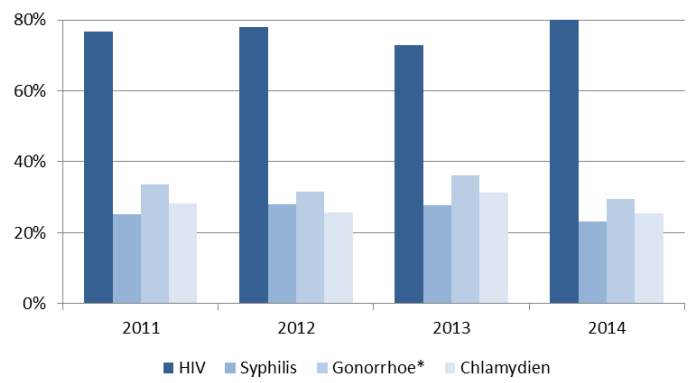


Abb. 4 HIV und STI: Häufigkeit der einzelnen Tests, bezogen auf die Anzahl der Konsultationen 2011-2014

*auf Gonorrhoe wird derzeit standardmäßig bei jeder gynäkologischen oder genitalen Untersuchung getestet

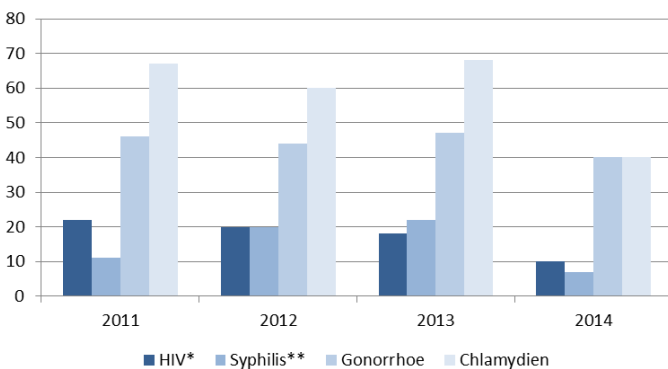


Abb. 5 HIV und STI: Anzahl positiver Testergebnisse für die verschiedenen Untersuchungen 2011-2014

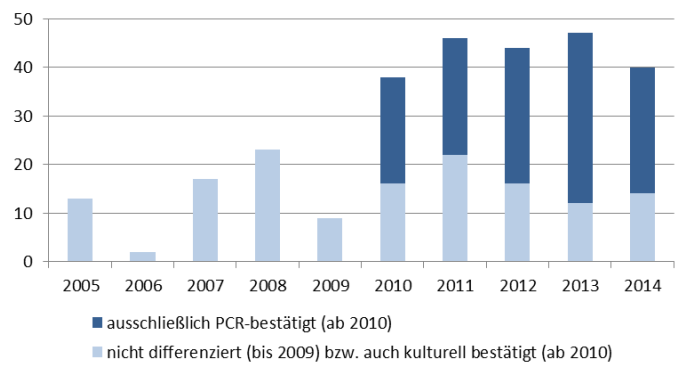


Abb. 6 HIV und STI: Veränderung der Gonorrhoe- Fallzahlen in Abhängigkeit von den diagnostischen Methoden 2005-2014

*HIV: nur Erstbefunde, **Syphilis: nur behandlungsbedürftige Fälle, ohne abgelaufenen Infektionen („Seronarben“)

Das Phänomen bedarf weiterer Beobachtung und Analyse sowie einer Prüfung und ggf. Anpassung der vorhandenen Präventionsmaßnahmen. (s. dort). Dies gilt insbesondere, da in vergleichbaren Untersuchungen meist nicht zwischen Sexarbeitern und übrigen Männern, die Sex mit Männern haben, unterschieden bzw. die Rolle der männlichen Sexarbeit für die Epidemiologie häufig als wenig bedeutsam eingestuft wird.

An zweiter Stelle folgen jeweils Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). (Nur bei Chlamydien findet sich an zweiter Stelle die Gruppe der Männer, bei denen keine Angabe zur sexuellen Präferenz bzw. zu Sexarbeit vorlag.) Die relativ hohen Fallfindungsraten entsprechen für diese Gruppe allerdings auch den Erwartungen.

Tab. 1 HIV und STI: Anzahl positiver Testergebnisse für die verschiedenen Untersuchungen 2011-2014

	2011	2012	2013	2014
HIV*	22	20	18	10
Syphilis**	11	20	22	7
Gonorrhoe	46	44	47	40
Chlamyd.	67	60	68	40

Frauen, die in der Sexarbeit tätig sind, zeigen erwartungsgemäß nicht grundsätzlich ein erhöhtes Risiko für STI im Vergleich zur untersuchten Gesamtpopulation, auch gegenüber nicht in der Sexarbeit tätigen Frauen war lediglich das Risiko für einen positiven Gonorrhoe-Test deutlich, bei Chlamydien grenzwertig erhöht.

Bei allen Erkrankungen ist der Anteil der Betroffenen ausländischer Herkunft sehr hoch – darin bildet sich aber vor allem der Anteil der in der Sexarbeit tätigen Männer (HIV, Syphilis) bzw. Männer und Frauen (GO, Chlamydien) ab (s. S. 12). Dem entsprechen auch die Herkunftsländer: neben Deutschland vor allem Rumänien, Bulgarien, (Ungarn, Polen) und lateinamerikanische Länder (Abb. 11).

Tab. 2 HIV und STI: Rate positiver Testergebnisse für die einzelnen Erkrankungen in den verschiedenen Risikogruppen 2011-2014

	HIV	Syphilis	GO	Chlam
Tests insgesamt	11755	3983	5004	4222
positive Tests	70	60	177	235
Anteil positiver Tests	0,6%	1,5%	3,5%	5,6%
FSW	0,0%	0,3%	3,1%	5,9%
F sonstige	0,1%	0,5%	0,6%	3,5%
F k. A.	0,0%	0,0%	0,0%	4,2%
MSW	6,5%	7,3%	14,7%	11,1%
MSM	2,3%	3,5%	6,7%	4,2%
M sonstige	0,1%	0,6%	4,1%	5,4%
M k. A.	0,0%	1,6%	7,1%	6,0%

*HIV: nur Erstbefunde, **Syphilis: nur behandlungsbedürftige Fälle, ohne abgelaufenen Infektionen („Seronarben“)

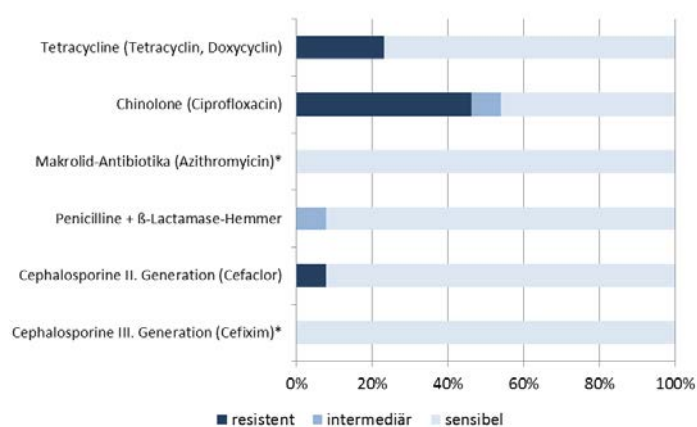


Abb. 7 HIV und STI: Resistenzen der untersuchten Gonokokken-Kulturen 2014

Ein spezielles Problem für die Therapie von STI ist die zunehmende Entwicklung von Antibiotikaresistenzen bei Gonokokken, den Erregern der Gonorrhoe. Bei einem kulturellen Nachweis der Keime erfolgt deshalb in aller Regel eine Testung auf Empfindlichkeit gegen verschiedene Standardmedikamente. Die Ergebnisse sprechen für eine immer noch relativ günstige Resistenzlage innerhalb der erfassten Population: alle 13 im Jahr 2014 untersuchten Gonokokken-Kulturen waren vollständig sensibel gegen die aktuelle Standardmedikation (Abb. 7).

*Standardtherapie nach Empfehlung der Deutschen STI-Gesellschaft: Cephalosporin der III. Generation + Azithromycin

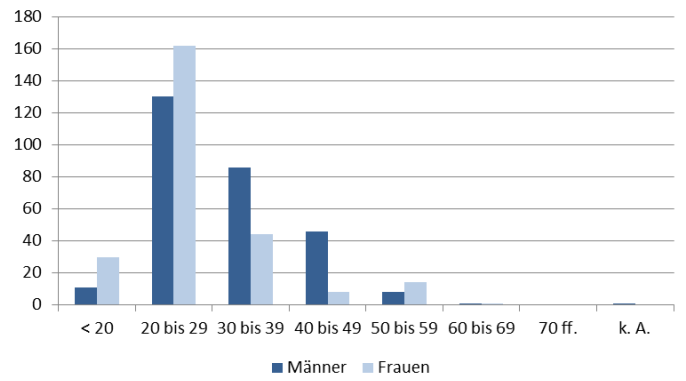
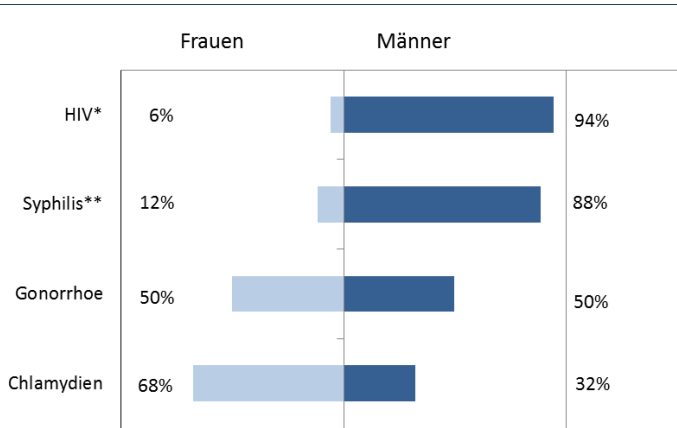


Abb. 8 HIV und STI: Verteilung nach Geschlecht (die Balkenlänge entspricht den %-Werten; Absolutwerte nicht dargestellt) 2011-2014

Abb. 9 HIV und STI: Positive Tests auf STI (HIV, Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydien) nach Alter und Geschlecht 2011-2014

*HIV: nur Erstbefunde, **Syphilis: nur behandlungsbedürftige Fälle, ohne abgelaufenen Infektionen („Seronarben“)

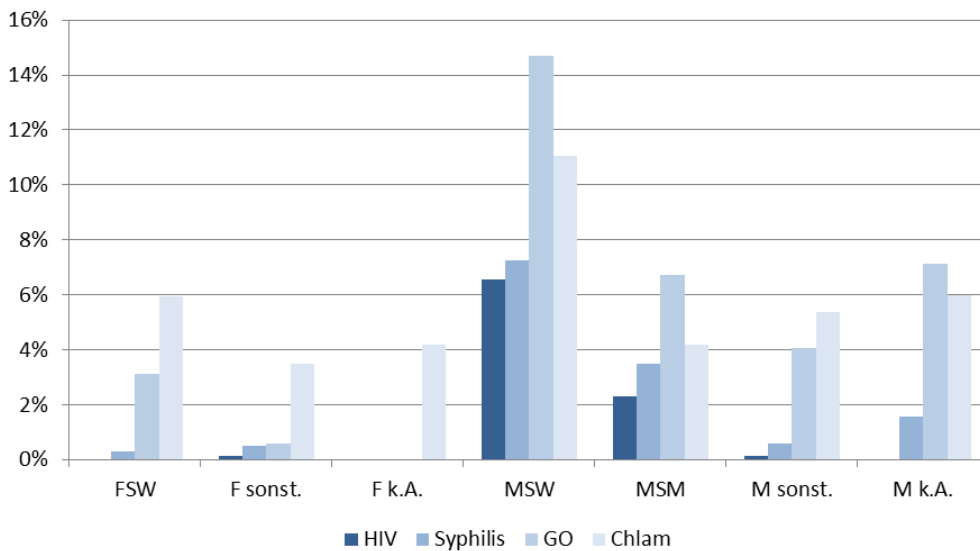


Abb. 10 HIV und STI: Rate positiver Testergebnisse für die einzelnen Erkrankungen in den verschiedenen Risikogruppen 2011-2014

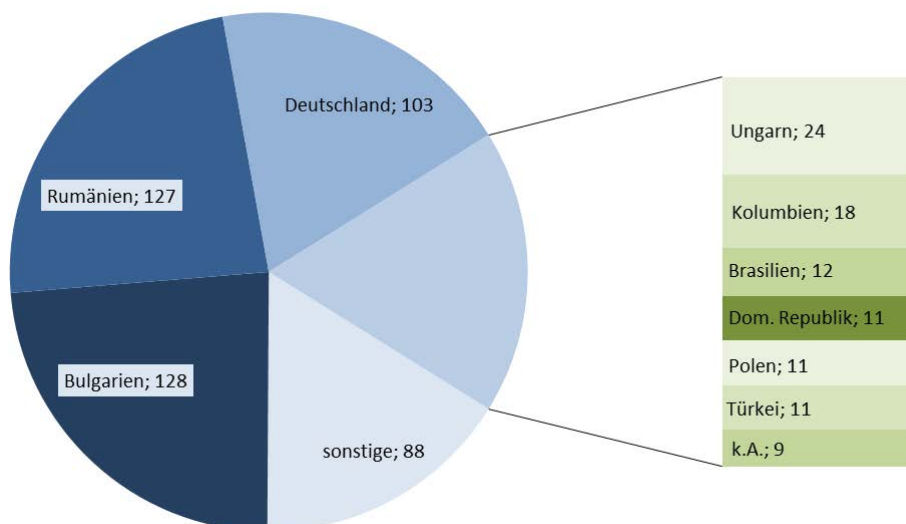


Abb. 11 HIV und STI: Positiv Tests auf STI (HIV, Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydien) nach Herkunftsland 2011-2014

Anonyme Beratungsstellen für HIV und STI des Gesundheitsamtes: psychosoziale und humanitäre Aspekte

Von grundlegendem Interesse für die Gestaltung der Beratungs- und Untersuchungsangebote im Öffentlichen Gesundheitsdienst ist die Frage, welche Bedürfnisse und Probleme für unsere Patienten – auch über das tatsächliche Risiko einer HIV- oder ST-Infektion hinaus – im Vordergrund stehen. Um erfolgreich zu sein, muss Präventionsarbeit diesen Kontext ausreichend berücksichtigen.

Des Weiteren müssen in die Gestaltung der Angebote immer auch die gesamtgesellschaftlichen Rahmenbedingungen einbezogen werden, innerhalb derer sie stattfinden, und die auf die HIV-/STI-Prävention ebenfalls wesentlichen Einfluss haben. Hier interessiert z. Zt. insbesondere, inwieweit der Öffentliche Gesundheitsdienst als subsidiärer Gesundheitsversorger für Menschen einspringt, für die der Zugang zum regulären Gesundheitssystem erschwert oder unmöglich ist, und mit welchen speziellen Problemen diese Patienten uns in Anspruch nehmen.

Für eine entsprechende Auswertung (Zeitraum: 2011 - 2014) teilten wir die Patienten in mehrere Gruppen ein, für die wir aus den Erfahrungen der täglichen Arbeit einen unterschiedlichen sozialen Status und unterschiedliche Bedürfnisse voraussetzten:

1. in der Sexarbeit tätige Frauen
2. in der Sexarbeit tätige Männer
3. Migranten, die uns über die Internationale Humanitäre Sprechstunde (IHS), in seltenen Fällen über die Sinti- und Romasprechstunde aufsuchten
4. übrige Migranten
5. übrige Patienten deutscher Herkunft
6. übrige Patienten ohne Angabe zu Herkunft

Die Ergebnisse zeigen, dass sich im Wesentlichen zwei Patientengruppen zusammenfassen lassen, die sich in ihrem sozialen Hintergrund und ihren Bedürfnissen stark unterscheiden.

Die erste Gruppe besteht aus den in der Sexarbeit tätigen Männern und Frauen sowie Migranten, die uns über die IHS aufsuchten. Sie um-

fasst etwa ein Viertel des Sprechstundengesamtaufkommens (Abb. 1). Patienten dieser Gruppe haben auf Grund Ihrer Herkunft (Abb. 2, s. a. Erläuterungen S. 12) häufig Probleme mit ihrem Aufenthaltsstatus in Deutschland. Die prekäre soziale Lage spiegelt sich in dem hohen Anteil nicht krankenversicherter Patienten wider (Abb. 3), dem entsprechen auch die oft unzureichenden Kenntnisse der deutschen Sprache (Abb. 4).

Dazu kommen oft große Ängste der Betroffenen auf Grund mangelnder Kenntnisse zu STI oder wegen kulturell bedingter Hemmnisse bei der Kommunikation sexualgesundheitlicher Probleme, bei in der Sexarbeit tätigen Frauen und Männern auch die Angst vor Stigmatisierung auf Grund ihrer Profession.

Diesem Kontext entsprechen die Anliegen und Bedürfnisse der Patienten: nur wenige suchen uns primär zur Abklärung eines HIV- oder STI-Risikos auf oder erscheinen zu den für Sexarbeiter empfohlenen Routinetests (Abb. 5). In der Regel kommen die Patienten zu uns, weil sie dringende körperliche Beschwerden haben, häufig steht dabei der Wunsch nach Abklärung gynäkologischer oder urogenitaler Symptome ganz im Vordergrund (Abb. 6).

Die Patienten haben ein starkes Bedürfnis nach Anonymität und Verständnis für Ihre Lebenssituation. Darüber hinaus brauchen sie Hilfe bei der Handhabung sprachlicher und kultureller Barrieren (z. T. ist eine Verständigung ohne versierte Dolmetscher kaum möglich) ebenso wie die Möglichkeit, Angebote kostenfrei in Anspruch nehmen zu können.

Wegen des erschwerten bzw. nicht vorhandenen Zugangs zum regulären Gesundheitssystem spielen im Fall eines positiven Untersuchungsergebnisses auch die Möglichkeiten der weiteren Abklärung und Behandlung der vorliegenden Infektion eine große Rolle.

Die zweite Gruppe besteht aus den übrigen etwa 75 % der Patienten, die weder in der Sexarbeit

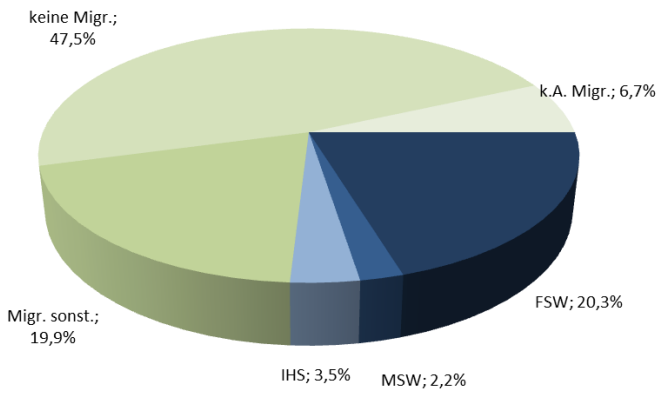


Abb. 1 Psychosoziale und humanitäre Aspekte: Aufteilung der Patienten der Beratungsstellen unter sozialen Aspekten 2011-2014

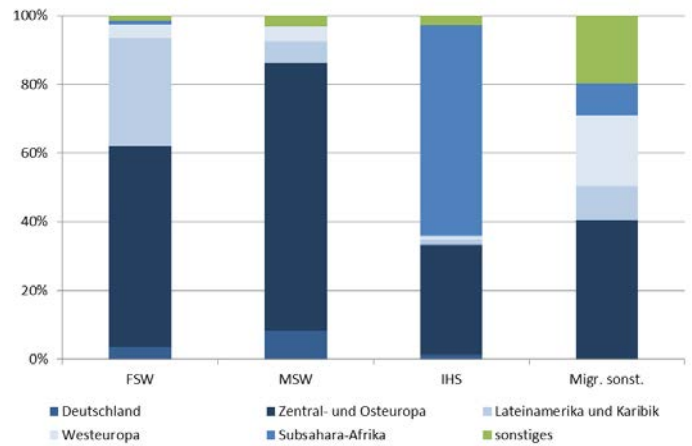


Abb. 2 Psychosoziale und humanitäre Aspekte: Verteilung verschiedener Patientengruppen nach Herkunft 2011-2014

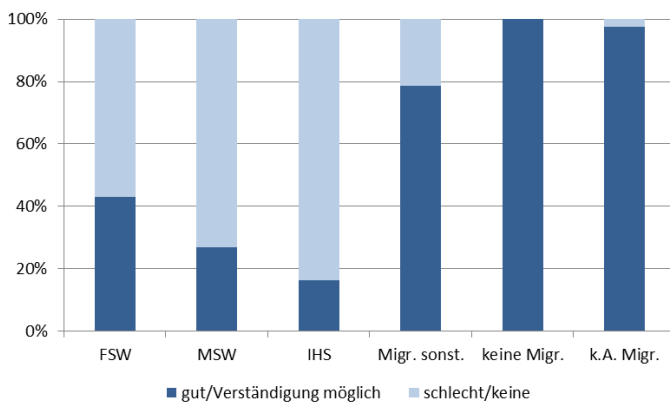


Abb. 3 Psychosoziale und humanitäre Aspekte: deutsche Sprachkenntnisse in verschiedenen Patientengruppen 2011-2014

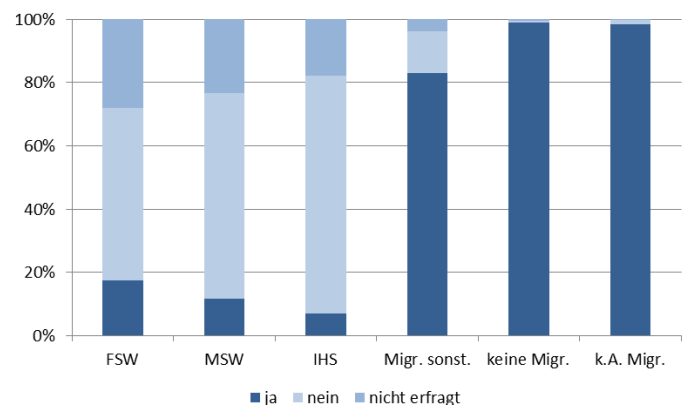


Abb. 4 Psychosoziale und humanitäre Aspekte: in Deutschland gültige Krankenversicherung in verschiedenen Patientengruppen 2011-2014

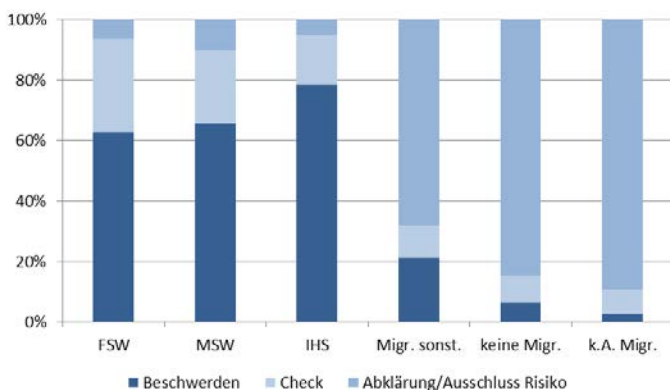


Abb. 5. Psychosoziale und humanitäre Aspekte: Verteilung der Besuchsgründe in verschiedenen Patientengruppen (in %) 2011-2014

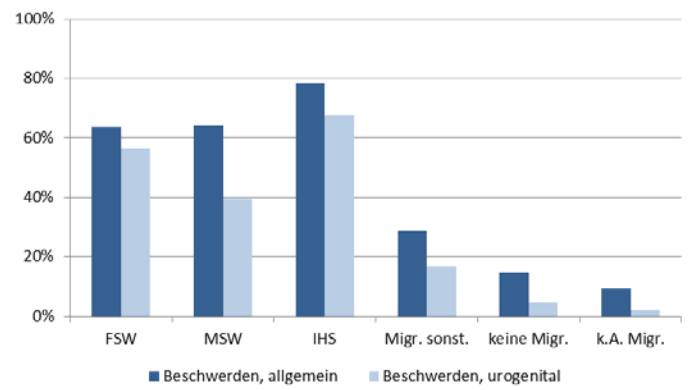


Abb. 6 Psychosoziale und humanitäre Aspekte: Häufigkeit gesundheitlicher Beschwerden in den verschiedenen Patientengruppen 2011-2014

FSW in der Sexarbeit tätige Frauen
 MSW in der Sexarbeit tätige Männer
 IHS Internationale humanitäre Sprechstunde

Migr. sonst. übrige Patienten mit Migration
 keine Migr. übrige Patienten ohne Migration
 k. A. Migr. übrige Patienten ohne Angabe zur Migration

tätig sind noch über die IHS zu uns vermittelt wurden, sie umfasst ebenfalls einen größeren Anteil von Patienten aus dem Ausland, aber auch aus Deutschland (Abb. 1). Bei den Migranten aus dieser Gruppe fällt auf, dass das Spektrum der Herkunftsregionen und -länder wesentlich „breiter“ ist (Abb. 2), hier spiegeln sich indirekt auch ganz andere Motivationen für die Migration nach Deutschland wieder.

Patienten dieser Gruppe suchen unsere Sprechstunden in der Regel auf, um ein konkretes Risiko für die Übertragung einer HIV-Infektion oder einer anderen sexuellen Erkrankung abzuklären bzw. auszuschließen. Die Patienten äußern neben

dem Bedürfnis nach Anonymität meist sehr umfassenden Beratungsbedarf, der im Arzt-Patienten-Kontakt auch ganz im Vordergrund steht. Normalerweise stehen dem aber keine größeren sprachlichen Barrieren gegenüber.

Nur ein vergleichsweise geringer Anteil hat akute Beschwerden, insbesondere sind urogenitale Beschwerden o. ä. Hinweise auf eine akute STI selten. In aller Regel sind die Patienten krankenversichert, so dass im Fall einer positiven Diagnose die weitere Abklärung bzw. einer Therapie der Erkrankung über das reguläre Gesundheitssystem erfolgen kann.

Exkurs: Streetwork für Frauen und Männer in der Sexarbeit

In der Sexarbeit tätige Frauen und Männer haben aus den im Haupttext dargestellten Gründen häufig große Hemmungen, staatlich institutionalisierte Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Eine Sozialarbeiterin des Gesundheitsamtes arbeitet deshalb seit vielen Jahren mehrmals in der Woche „vor Ort“:

regelmäßig sucht sie Frankfurter Bordelle und das KISS (Kriseninterventionsstelle für Stricher) der Frankfurter AIDS-Hilfe auf, um dort über HIV und STI, aber auch über die Sprechstundenangebote des Gesundheitsamtes aufzuklären (Abb. 7).

In vielen Fällen wird sie dabei mit grundlegenden Wissensdefiziten zur sexuellen Gesundheit bei den Betroffenen oder auch mit einem kulturell bedingt ganz anderen Gesundheitsbewusstsein konfrontiert. Dazu kommen Sprachbarrieren: ohne die Begleitung von Dolmetscherinnen (vorwiegend für Bulgarisch und Rumänisch, die Sozialarbeiterin selbst spricht Spanisch) wäre der Kontakt zu den Frauen und Männern, die meist kein Deutsch und kein Englisch sprechen, häufig gar nicht herzustellen (Abb. 8).

Darüber hinaus leiden die Betroffenen oft unter schwerwiegenden psychosozialen Problemen. Missbrauchs- und Gewalterfahrungen, Armut und seelische Not sind hier nicht die Ausnahme, sondern die Regel. Die große Mobilität der Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter erschwert zusätzlich den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses, das die notwendige Basis jeder Präventionsarbeit in dieser Umgebung ist.

Die Arbeit der Sozialarbeiterin und ihrer Kolleginnen ist unter diesen Umständen notwendigerweise oft mühevoll – aber durchaus erfolgreich: immerhin suchen Frauen aus der Bordellprostitution bzw. Männer aus dem KISS vergleichsweise häufig Angebote wie die anonymen Sprechstunden des Gesundheitsamtes auf (Abb. 9).

Dagegen werden Frauen und Männer, die in anderen, verdeckten Formen der Sexarbeit tätig sind, über aufsuchende Arbeit momentan kaum erreicht – und sind auch im Patientenkollektiv der anonymen Sprechstunden eher selten vertreten.

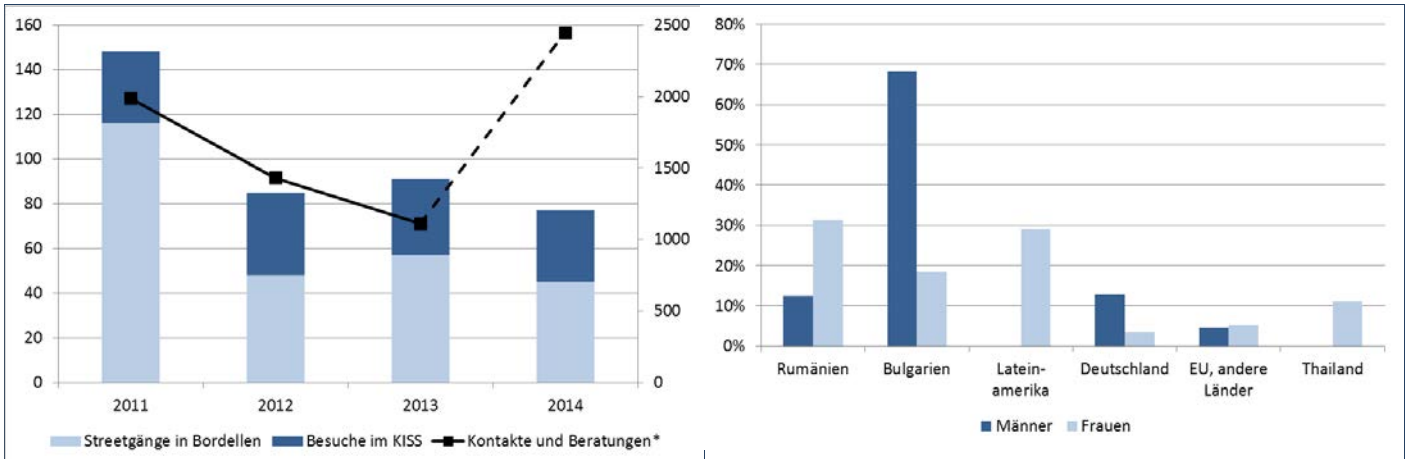


Abb. 7 Psychosoziale und humanitäre Aspekte: Streetwork, Überblick über die aufsuchende Arbeit im Zeitraum 2011 - 2014

Abb. 8 Psychosoziale und humanitäre Aspekte: Streetwork, Herkunft der in der aufsuchenden Arbeit kontaktierten Männer und Frauen 2014

*bis 2013 nur für die Streetgänge in Bordellen ausgewiesen

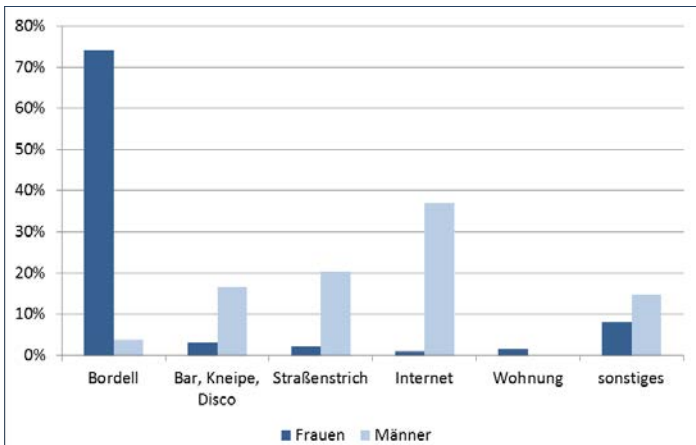


Abb. 9 Psychosoziale und humanitäre Aspekte: Streetwork, ausgeübte Formen der Sexarbeit bei Patientinnen und Patienten der anonymen Beratungsstellen 2014

Präventionsarbeit mit Jugendlichen

Die Wissensvermittlung zu HIV und STI im Rahmen der allgemeinen Aufklärung und Bildung von Jugendlichen zu Sexualität und sexueller Gesundheit ist und bleibt zentrales Element der Primärprävention, d. h. der Vermeidung von Infektionen durch risikoadäquates Verhalten.

Hier steht die HIV-Infektion immer noch im Mittelpunkt, wobei zukünftig auch in diesem Bereich eine stärkere Ausrichtung auf eine integrierte HIV- und STI-Prävention erfolgen sollte (s. a. „Für Eilige“).

In Frankfurt am Main beteiligen sich drei Institutionen an der Aufklärungsarbeit für Jugendliche über HIV und AIDS:

- Die AIDS-Hilfe Frankfurt e. V. führt in Frankfurter Schulen Veranstaltungen mit HIV-

Positiven durch, die bei den Schülerinnen und Schülern vor allem irrationale Ängste im Umgang mit HIV-Infizierten abbauen, aber auch Wissen über das Leben mit einer HIV-Infektion vermitteln

- die AIDS-Aufklärung e. V. führt Aufklärungsveranstaltungen in Fach- und Berufsschulen durch
- das AIDS-Mobil des Gesundheitsamtes vermittelt Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 16 Jahren Informationen zu HIV und AIDS
- darüber hinaus werden von verschiedenen Trägern immer wieder besondere Einzelveranstaltungen durchgeführt, so z. B. jährliche Aktionen für Jugendliche zum Welt-AIDS-Tag oder die gemeinsam von AIDS-Hilfe und Gesundheitsamt mit HIV-Positiven gestalteten Workshops „HIV+ in Frankfurt“

Exkurs: Das AIDS-Mobil des Gesundheitsamtes

Das AIDS-Mobil ist eine interaktive Unterrichtseinheit für Schülerinnen und Schüler der achten bis neunten Klassen, die seit vielen Jahren von Sozialarbeitern der anonymen AIDS-Beratung des an Frankfurter Schulen angeboten wird. Im Kalenderjahr 2014 konnten damit trotz personeller Engpässe bei 35 Veranstaltungen, die sich über alle Schultypen verteilten (s. Abb. 1), über 670 Jugendliche erreicht werden. Die Unterrichtseinheiten werden mit Hilfe anonymer Fragebögen ausgewertet.

Diese Auswertung zeigt zum einen, welche zentrale Bedeutung schulischen Lehrveranstaltungen als Informationsquelle sowohl zum Thema Sexualität allgemein (Abb. 3) als auch speziell zu HIV und AIDS zukommt (Abb. 4).

Zum anderen belegt sie auch einen unmittelbaren Wissenszuwachs durch die Unterrichtseinheit: werden jeweils vor und nach der Veranstaltung Fragen nach möglichen HIV-Übertragungswegen (Abb. 5) bzw. sinnvollen Schutzmaßnahmen gegen eine Ansteckung (Abb. 6) gestellt, zeigt sich eine deutliche Zunahme des Anteils richtiger Antworten.

Angestrebter Effekt ist, dass sich die Jugendlichen einerseits risikobewusster verhalten – DAS zentrale Anliegen der Primärprävention – andererseits aber auch unnötige Unsicherheiten und Ängste abgebaut werden, wie sie z. B. im Umgang mit HIV-Infizierten häufig vorhanden sind.

Nicht zuletzt will das AIDS-Mobil den Schülerinnen und Schülern durch die interaktive, auf die Altersgruppe zugeschnittene Konzeption ein besonderes (Lern-)Erlebnis im Schulalltag ermöglichen – und ist damit nach wie vor sehr erfolgreich, wie die fast durchgehend positive Bewertung durch die Jugendlichen zeigt (Abb. 2).

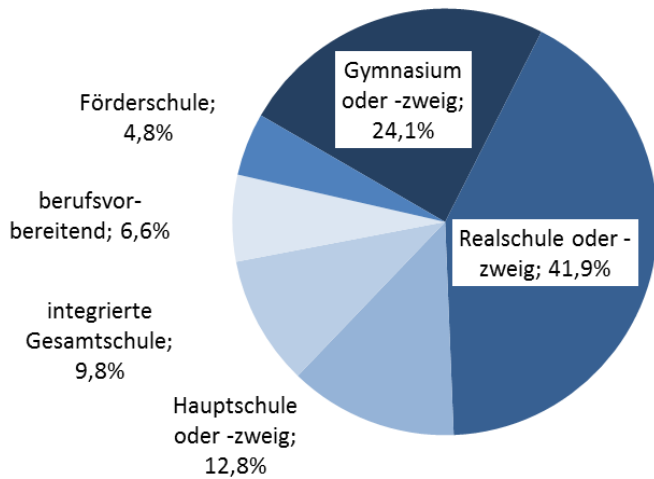


Abb. 1 Präventionsarbeit mit Jugendlichen: AIDS-Mobil 2014, Verteilung der durchgeführten Veranstaltungen nach Schultypen

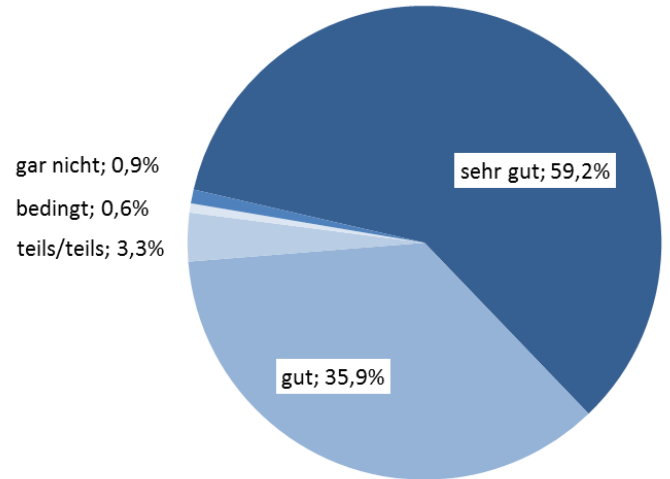


Abb. 2 Präventionsarbeit mit Jugendlichen: AIDS-Mobil 2014, Wie hat Dir die Veranstaltung insgesamt gefallen?

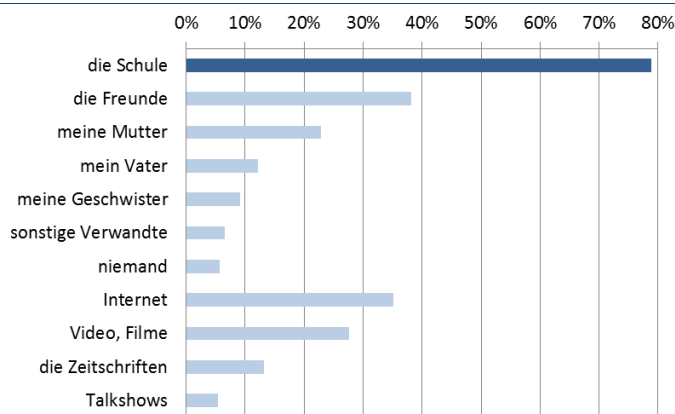


Abb. 3 Präventionsarbeit mit Jugendlichen: AIDS-Mobil 2014, Wer hat Dich über Sexualität und Sexualverhalten aufgeklärt bzw. informiert?

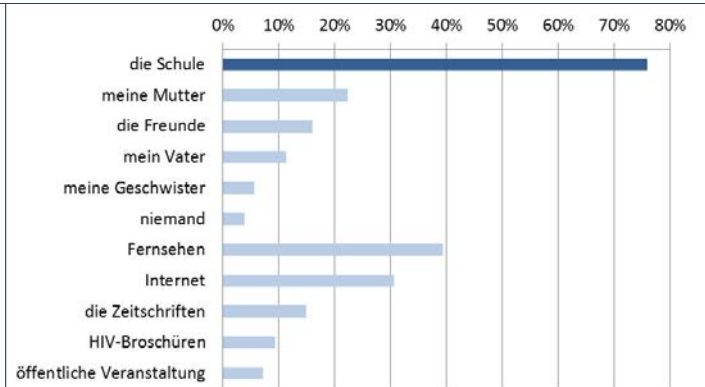


Abb. 4 Präventionsarbeit mit Jugendlichen: AIDS-Mobil 2014, Wer hat Dich über HIV oder die Erkrankung AIDS informiert?

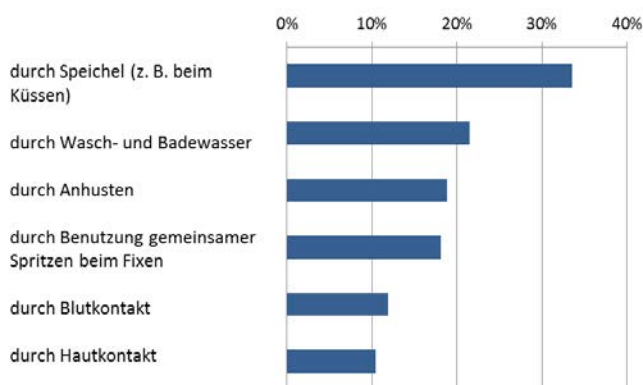


Abb. 5. Präventionsarbeit mit Jugendlichen: AIDS-Mobil 2014, Wie wird die HIV-Infektion übertragen? (Zunahme richtiger Antworten nach der Veranstaltung in Prozentpunkten)

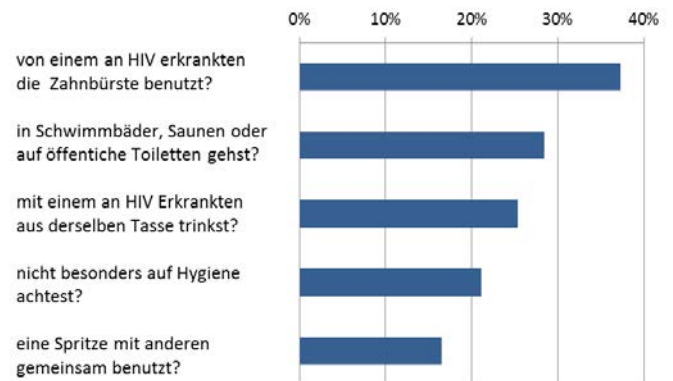


Abb. 6 Präventionsarbeit mit Jugendlichen: AIDS-Mobil 2014, Kannst Du Dich mit HIV/AIDS anstecken, wenn Du... (Zunahme richtiger Antworten nach der Veranstaltung in Prozentpunkten)

Literaturhinweise

1. Robert Koch-Institut: Sechs Jahre STD-SentinelSurveillance in Deutschland – Zahlen und Fakten. Epid Bull 2010; 1: 20-27
2. Robert Koch-Institut: Workshop zum Thema STI-Studien und Präventionsarbeit bei Sexarbeiterinnen – 13./14.12.2011 (Teilnehmerskripte)
3. Corsten, C, von Räden, U: Prävention sexuell übertragbarer Infektionen (STI) in Deutschland. Von der HIV zur STI-Prävention. Bundesgesundheitsblatt 2013 (56); 2: 262-268
4. Robert Koch-Institut: Chlamydie trachomatis-Laborsentinel. Epid Bull 2013; 46: 469-475
5. Robert Koch-Institut: Untersuchungen auf STI bei Sexarbeiterinnen im Rahmen aufsuchender Arbeit durch den ÖGD 2011/2012. Pilotprojekt im Rahmen von „EurSafety-Health-Net“ in Duisburg und im Kreis Wesel nach niederländischem Vorbild in der EUREGIO Rhein-Waal. Epid Bull 2014; 9: 75-79
6. Robert Koch-Institut: HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland – Bericht zur Entwicklung im Jahr 2013 aus dem Robert Koch-Institut. Epid Bull 2014; 26: 213-232
7. Robert Koch-Institut: Chlamydia trachomatis Untersuchungen bei Männern. Ergebnisse des Laborsentinelns für 2008-2013. Epid Bull 2014; 38: 373-380
8. Robert Koch-Institut: Schätzung der Prävalenz und Inzidenz von HIV-Infektionen in Deutschland (Stand: Ende 2013). Epid Bull 2014; 44: 430-437
9. Robert Koch-Institut: Syphilis in Deutschland 2013. Epid Bull 2014; 50: 485-493
10. Nitschke H, Wolff A, Oliveira F: Mehr als STI – gynäkologische Versorgung von Sexarbeiterinnen im Gesundheitsamt. Vortrag auf dem Deutschen STI-Kongress 2014 der DSTIG
11. Robert Koch-Institut: HIV-Diagnosen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Bericht zur Entwicklung im Jahr 2014 aus dem Robert Koch-Institut. Epid Bull 2015; 27: 240-260
12. Robert Koch-Institut: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch für 2014. Berlin, 2015
13. Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 03.08.2015 bzw. 04.08.2015

