



Unterlage zur Sitzung im öffentlichen Teil

Gremium	am	TOP
Ausschuss Umwelt, Gesundheit und Grün	29.11.2007	

Anlass:

Mitteilung der Verwaltung

Beantwortung von Anfragen
aus früheren Sitzungen

Beantwortung einer Anfrage
nach § 4 der Geschäftsord-
nung

Stellungnahme zu einem
Antrag nach § 3 der Ge-
schäftsordnung

Aids-Sachstandsbericht

Aids-Sachstandsbericht

Die Gesundheitsverwaltung legt im Folgenden den aktuellen Sachstandsbericht zu HIV und AIDS, insbesondere zum Anstieg der HIV-Neudiagnosen, vor.

1. Entwicklung der Epidemiologie der HIV-Infektion

1.1 Erläuterungen zum Umgang mit den Zahlen des Robert-Koch-Institutes (RKI)

Eine HIV-Neudiagnose¹ sagt nichts über den Infektionszeitpunkt aus. Veränderungen bei der Zahl der Neudiagnosen können aus diesem Grunde auch nicht unmittelbar gleichgesetzt werden mit Veränderungen der Zahl der Neuinfektionen. Schwankungen bei den Neudiagnosen ergeben sich beispielsweise auch aus Veränderungen beim Testangebot und der Testbereitschaft sowie durch Unterschiede hinsichtlich der Vollständigkeit der Meldungen. Aus den Zahlen der HIV-Neudiagnosen kann aus diesem Grunde nur **indirekt** auf einen Anstieg bzw. ein Sinken der HIV-Neuinfektionen geschlossen werden.

Kleine Schwankungen im einstelligen Bereich sind dazu nicht geeignet, Aussagen über einen Anstieg oder ein Sinken von Neuinfektionen zu machen.

Die Zahlen der HIV-Neudiagnosen, die vom Robert-Koch-Institut veröffentlicht werden, bilden die **Untergrenze** der tatsächlichen HIV-Infektionszahlen.

¹ Bei den HIV-Neudiagnosen, die vom RKI veröffentlicht werden handelt es sich um Erstdiagnosen, d.h. um bestätigte positive HIV-Antikörpertests ohne Mehrfachmeldungen oder Meldungen mit unbekanntem Medlestatus.

1.2 HIV-Meldedaten

Seit 2001 ist in sowohl auf Bundesebene als auch in NRW und in Köln ein Trend zur Zunahme der HIV-Neudiagnosen beobachtbar, auf den in den Sachstandsberichten, die dem Gesundheitsausschuss in der Vergangenheit vorgelegt worden sind, bereits hingewiesen wurde.

Von 2001 bis 2006 ist die Zahl der in Deutschland jährlich neu diagnostizierten HIV-Infektionen um 80% gestiegen. Die Hälfte dieses Anstiegs beruht jedoch nach Aussage des RKI auf einer verbesserten Erfassung von Erstdiagnosen.

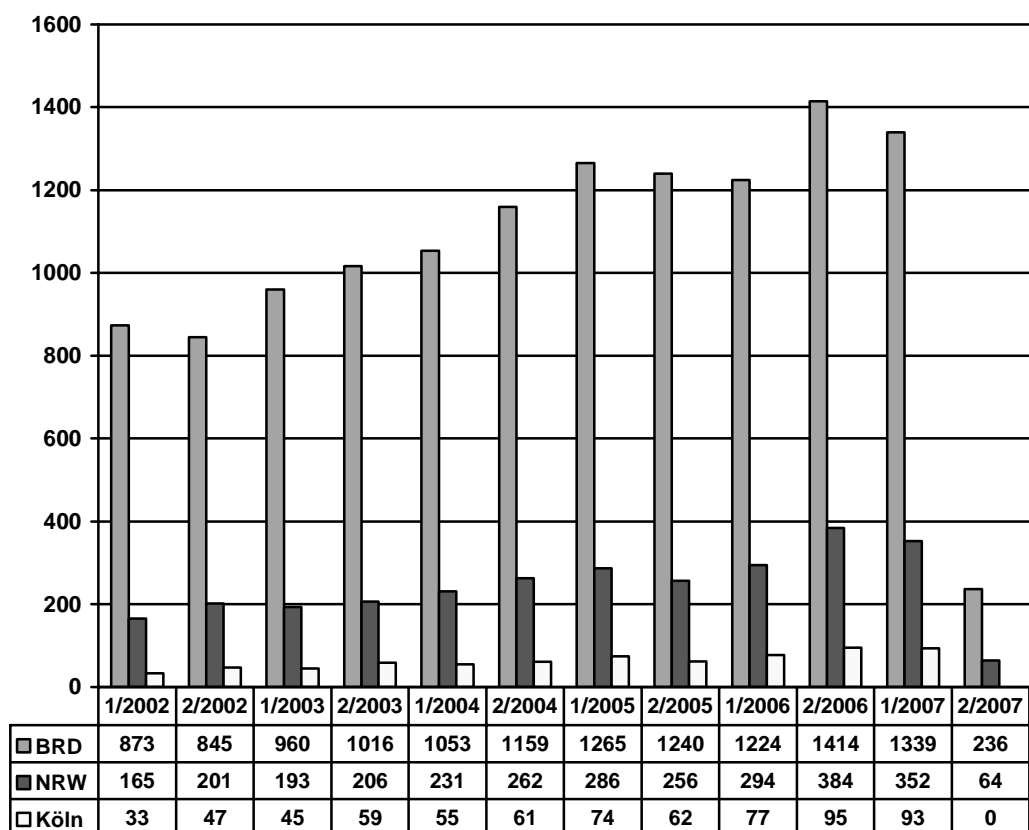
Die zweite Hälfte des Anstiegs beruht - ebenfalls nach Einschätzung des RKI - auf einem tatsächlichen Anstieg von HIV-Neuinfektionen. Teilweise könnten auch hier eine erhöhte Testbereitschaft und dadurch die frühere Diagnose bereits erfolgter Infektionen zu dem Anstieg beigetragen haben, teilweise handelt es sich aber auch um tatsächliche Neuinfektionen.

Aufgrund der über die Jahre hinweg schwankenden Halbjahreszahlen lässt sich zurzeit nicht eindeutig bestimmen, ob die Zahl der neu diagnostizierten Infektionen 2007 weiter ansteigt oder ob die Zahlen sich 2007 lediglich auf hohem Niveau konsolidieren.

Bei den HIV-Neudiagnosen, die vom RKI veröffentlicht werden handelt es sich um Erstdiagnosen, d.h. um bestätigte positive HIV-Antikörpertests ohne Mehrfachmeldungen oder Meldungen mit unbekanntem Meldestatus.

HIV-Neudiagnosen nach Halbjahren

Quelle: RKI SurfStat; Stand 01.10.2007



1.3 HIV-Neudiagnosen in Köln nach einzelnen Infektionsrisiken (Stand 1.10.07)

Köln liegt mit einer Inzidenz von 19,02 HIV-Infektionen pro Hunderttausend Einwohner an der Spitze der Städte in der Bundesrepublik.

Der Anstieg der HIV-Neudiagnosen wird in Köln – ebenso wie in NRW und im Bund - hauptsächlich von der Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) getragen.

Die hohe Inzidenz in Köln ist kein Zeichen für einen Misserfolg der Prävention, sondern eher ein Ausdruck des Umstands, dass in Köln ein gut ausgebautes und stark frequentiertes Beratungs- und Testangebot existiert; die Kölner Einrichtungen, die Tests durchführen ein sehr gutes Meldeverhalten aufweisen und – laut Vermutungen des RKI – Köln die Stadt mit dem höchsten Anteil schwuler Männer an der Gesamtpopulation ist. Von daher wäre es verwunderlich, wenn bei einem allgemeinen Anstieg der HIV-Neudiagnosen die Zahlen in Köln nicht ansteigen würden. Stellt man vergleichende Berechnungen für Stadtteile von Berlin an, in denen die Population der schwulen Männer ähnlich hoch ist wie in Köln, so erhält man Inzidenzen, die weit über 20 liegen. (Weitere Erläuterungen siehe unten 1.5)

1.3.1 Mutter-Kind-Infektion

Von 2002 bis 2006 wurde in Köln - im Gegensatz zu NRW und zum Bundesgebiet- wo die Zahl der Mutter-Kind-Übertragungen – nach Meinung des RKI – „unakzeptabel hoch“² sind - keine Mutter-Kind-Infektion mehr gemeldet. 2007 wurde eine Mutter-Kind-Infektion in Köln gemeldet.

Tab. 1: HIV-Neudiagnosen nach Jahren, Risiko: Mutter-Kind-Übertragung
Quelle: RKI SurfStat, Stand 1.10.2007

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
BRD	12	22	17	19	24	20	17
NRW	3	5	2	5	3	6	8
Köln	2	0	0	0	0	0	1

1.3.2 Infektion durch Blut oder Blutprodukte

Das Risiko einer HIV-Infektion durch Bluttransfusionen oder die Anwendung von Blutprodukten ist in der Bundesrepublik seit Jahren durch entsprechende Sicherheitsvorkehrungen außerordentlich gering. In Köln wurde seit 2001 keine HIV-Infektion durch Blutprodukte gemeldet.

Tab. 2: HIV-Neudiagnosen nach Jahren; Risiko: Blut und Blutprodukte
Quelle: RKI SurfStat, Stand: 1.10.2007

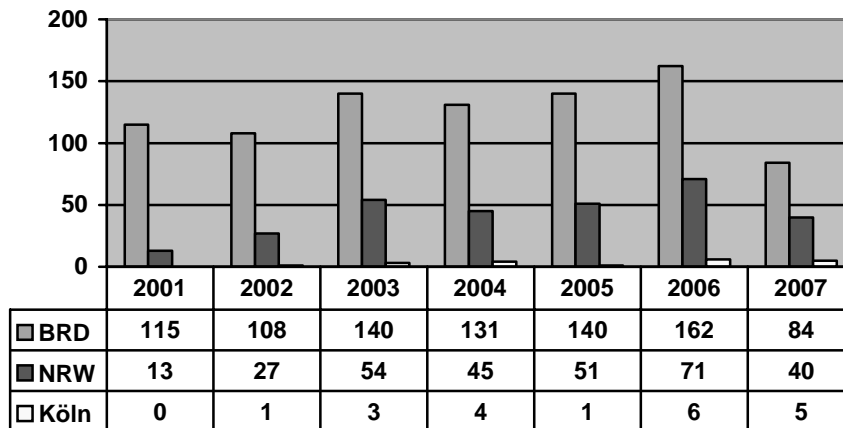
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
BRD	2	1	0	1	0	2	1
NRW	1	0	0	0	0	0	0
Köln	0	0	0	0	0	0	0

1.3.3 Infektionsweg i.v. Drogengebrauch

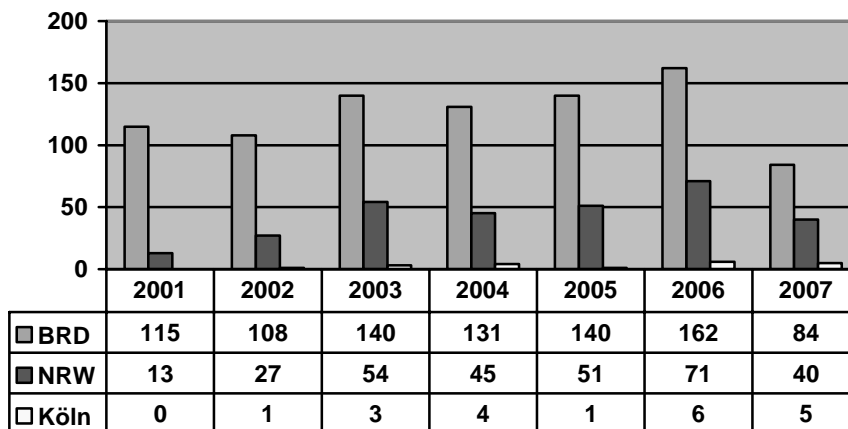
² Vgl. Robert Koch Institut, Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe A vom 28. April 2006, S. 3

Die absoluten Zahlen von Infektionen durch i.v. Drogengebrauch sind aufgrund des

HIV-Neudiagnosen nach Jahren
Risiko: i.v. Drogengebrauch
Quelle: RKI SurfStat, Stand 01.10.2007



HIV-Neudiagnosen nach Jahren
Risiko: i.v. Drogengebrauch
Quelle: RKI SurfStat, Stand 01.10.2007



überdurchschnittlich hohen Anteils von MSM an den Neudiagnosen in Köln erfreulicherweise

¹ Vgl. Robert Koch Institut, Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe A vom 28. April 2006, S. 3

klein. Hierzu kann nach Ansicht der Verwaltung das in Köln früh und konsequent durchgeführte Sprizentauschprogramm beigetragen haben.

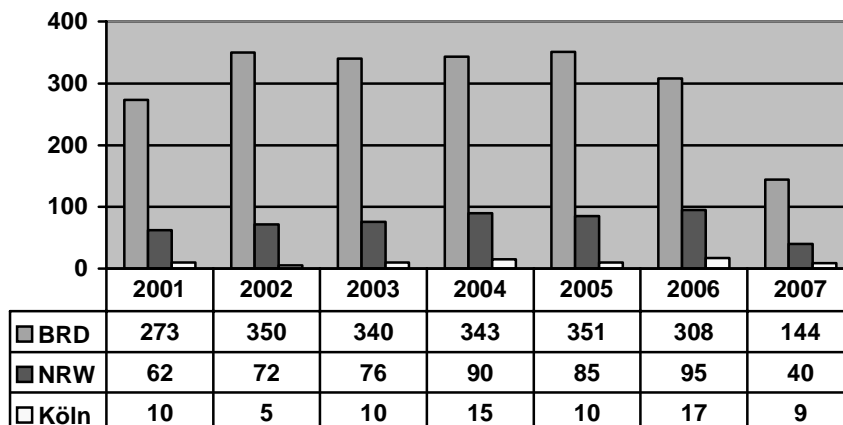
1.3.4 Infektionsweg: Herkunft aus Hochprävalenzländern³ (HPL)

³

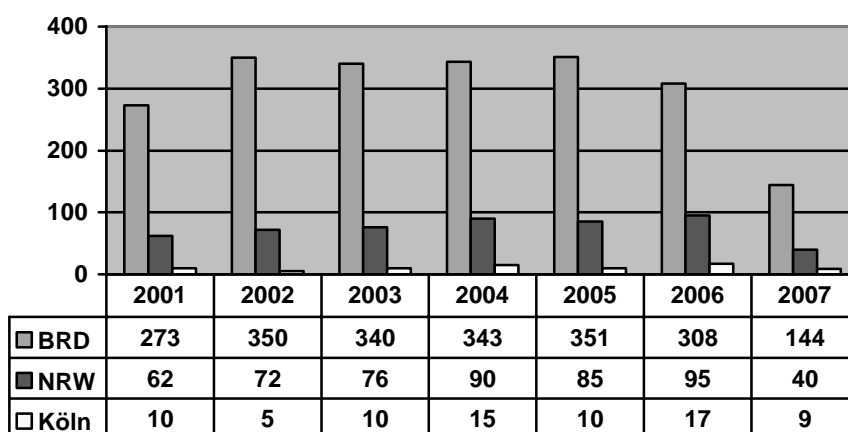
Als Hochprävalenzländer werden solche Länder bezeichnet, in denen die Häufigkeit einer HIV-Infektion (Prävalenz) > 1 % beträgt und HIV überwiegend heterosexuell übertragen wird (z. B. Karibik, Subsahara-Afrika).

Die Tabelle der HIV-Neudiagnosen mit dem Risiko HPL zeigt keinen eindeutigen Trend. Das ist nicht weiter verwunderlich. Die Zahl der jährlich festgestellten HIV-Neudiagnosen bei

HIV-Neudiagnosen nach Jahren
Risiko: HPL
Quelle: RKI SurfStat, Stand 01.10.2007



HIV-Neudiagnosen nach Jahren
Risiko: HPL
Quelle: RKI SurfStat, Stand 01.10.2007



Personen aus Hochprävalenzländern ist – so das RKI - abhängig von den jährlichen Zuwanderungszahlen. Für Köln, NRW und das Bundesgebiet zeigt sich über die Jahre hinweg bislang kein eindeutiger Trend zu einem besorgniserregenden Anstieg der HIV-Neudiagnosen bei Personen aus HPL. Allerdings dürfte der Zugang zu Beratung und Test zumindest für einen Teil dieser Personen gegenüber anderen Betroffenen nur eingeschränkt möglich sein.

1.3.5 Infektionsrisiko heterosexuelle Übertragung

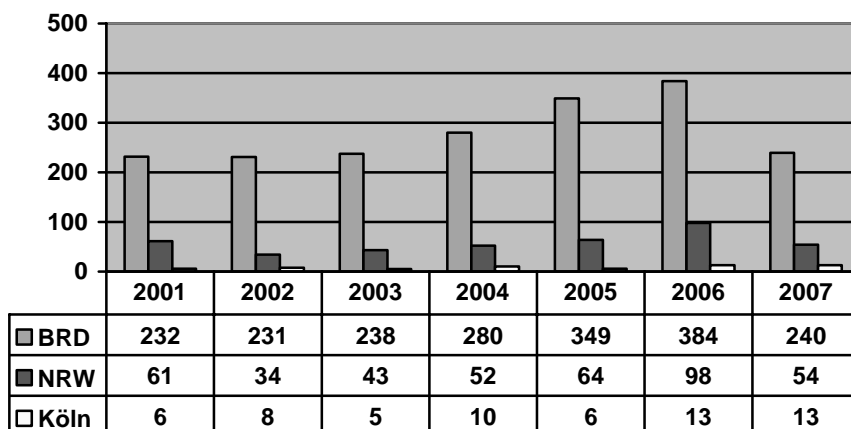
Bundesweit erkennt man seit 2003 eine leichte Zunahme der Infektionen durch heterosexuelle Übertragung bei Menschen, die nicht aus HPL stammen. Diese spiegelt sich auch in den Zahlen von NRW. Für Köln erlauben die niedrigen Zahlen keine eindeutige Interpretation. Jedoch muss man feststellen, dass die für 2007 gemeldeten Neuinfektionen bereits zum 1.10.07 den Stand des Vorjahres erreicht haben.

Zum Teil betreffen diese Neudiagnosen im Bereich heterosexuelle Übertragung Menschen aus Ländern, bei denen es sich definitionsgemäß zwar nicht um Hochprävalenzländer handelt, in denen aber in letzter Zeit eine dramatische Zunahme der HIV-Infektionen stattgefunden hat. Man

könnte diese Länder (z. B. manche Nachfolgestaaten der Sowjetunion, andere Länder Osteuropas) in Analogie als „Hochinzidenzländer“ bezeichnen. Hier gilt es, die Entwicklung besonders sorgfältig zu beobachten.

Als Hochprävalenzländer werden solche Länder bezeichnet, in denen die Häufigkeit einer HIV-Infektion (Prävalenz) > 1 % beträgt und HIV überwiegend heterosexuell übertragen wird (z. B. Karibik, Subsahara-Afrika).

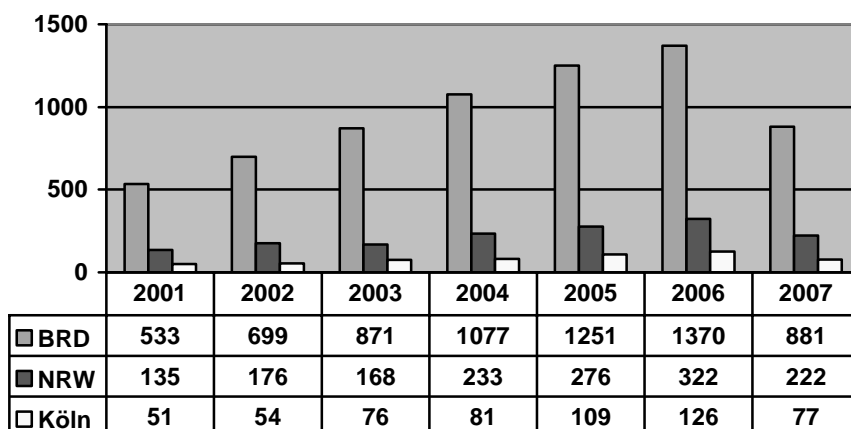
HIV-Neudiagnosen nach Jahren
Risiko: Heterosexuelle Übertragung
 Quelle: RKI SurfStat, Stand 01.10.2007



1.3.6 Infektionsrisiko Männer, die mit Männern Sex haben (MSM)

Der Anstieg der HIV-Neudiagnosen seit 2001 findet überwiegend in der Gruppe der Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten statt. Der Anstieg ist sowohl auf der Bundesebene eindeutig, als auch in NRW und in Köln. Von 2001 bis 2006 ergibt sich eine Steigerung der jährlichen Neudiagnoserate um das Zweieinhalbfache. Für 2007 ist noch keine abschließende Aussage möglich, jedoch geht des RKI von einem weiteren Ansteigen der HIV-Neudiagnosen bei MSM aus.

Infektionsrisiko MSM nach Jahren
im Bund, NRW und Köln
 Quelle: RKI SurfStat, Stand 01.10.2007



Die Kernaltersgruppe derjenigen MSM, die am häufigsten mit HIV diagnostiziert werden, umfasst hauptsächlich die 25-49-jährigen. 2007 fanden bislang 85,5 % (2006: 87%) der Neudiagnosen in dieser Gruppe statt.

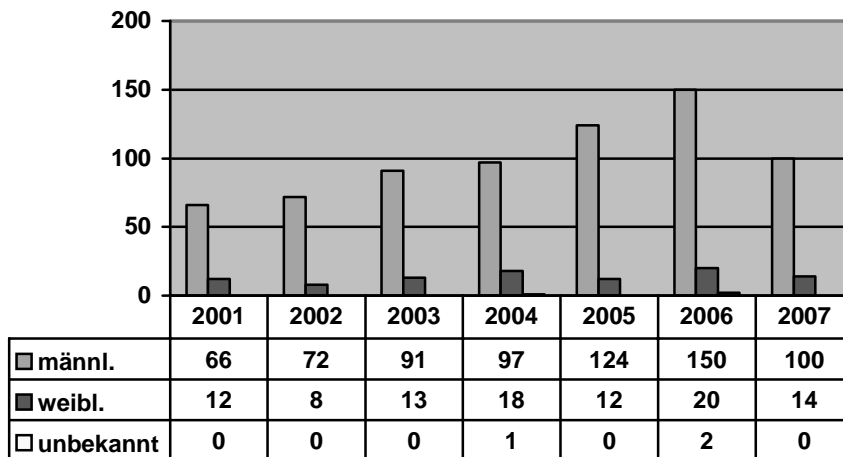
Ein Poster des Wissenschaftszentrums Berlin (Schmidt, Grote & Bochow 2007) stellte auf der 11th European AIDS Conference, die vom 24.27. Oktober in Madrid stattfand, erste Ergebnisse der Bochow-Befragungen unter schwulen Männern vor, die mit einigen Vorurteilen und Mutmaßungen

in der HIV-Prävention der vergangenen Jahre aufräumen. „Danach ist es in den großstädtischen MSM-Szenen nicht zu einem solchen Anstieg bei den Partnerzahlen und dem Risikoverhalten gekommen, wie immer vermutet wurde. Ein starker Anstieg hingegen findet sich beim Testverhalten: So ist die Gruppe der MSM, die sich häufig testen lassen von 36% in 1996 auf 49% in 2007 gestiegen. Die Gruppe der Ungetesteten ist von 36% in 1991 auf 19% in 2007 geschrumpft. Die Zahlen legen die Vermutung nahe, dass der Anstieg der Neudiagnosen zumindest teilweise einem veränderten Testverhalten zugeschrieben werden kann, das u.a. durch die Testermutigungskampagnen der AIDS-Hilfen gefördert wurde.“⁴

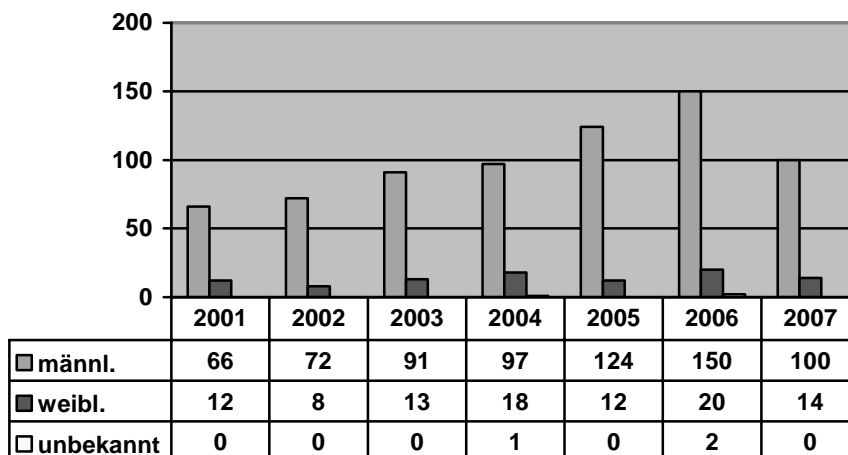
1.4 Vergleich der HIV-Neudiagnosen bei Frauen und Männern

Die absolute Zahl der Neudiagnosen bei Frauen hat sich bundesweit in den letzten Jahren kaum verändert. Sie liegt bundesweit zwischen 400 und knapp 500 pro Jahr und in Köln: zwischen 12 und 20. Wegen der Steigerungsraten bei MSM sinkt der prozentuale Anteil stetig. Da der Anteil an MSM in Köln vergleichsweise besonders hoch ist, liegt der Anteil der

HIV-Neudiagnosen in Köln nach Jahren und Geschlecht
Quelle: RKI SurfStat, Stand 01.10.2007



HIV-Neudiagnosen in Köln nach Jahren und Geschlecht
Quelle: RKI SurfStat, Stand 01.10.2007



⁴ Sachbericht zur 11th European AIDS Conference (EACS) in: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. Rundbrief Nr. 21/2007 vom 08.11.07

Frauen mit knapp 11 % niedriger als im Bundesdurchschnitt (18,26 %) oder in NRW (20,1 %).

1.5 Anmerkungen zur Aussagekraft der Inzidenzen

Betrachtet man die Häufigkeit der HIV-Infektionen pro hunderttausend Einwohner (Inzidenz), dann lag Zahl der HIV-Neudiagnosen im Jahr 2001 bezogen auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands bei 1,75 Neudiagnosen pro 100.000 Einwohner. 2004 lag sie bei 2,7 und 2005 bereits bei 3,02.

2006 nahm Köln mit einer Inzidenz von 19,02 die Spitzenposition unter den deutschen Städten ein; gefolgt von München mit einer Inzidenz von 12,54 und Berlin mit 11,13.

Sachbericht zur 11th European AIDS Conference (EACS) in: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. Rundbrief Nr. 21/2007 vom 08.11.07

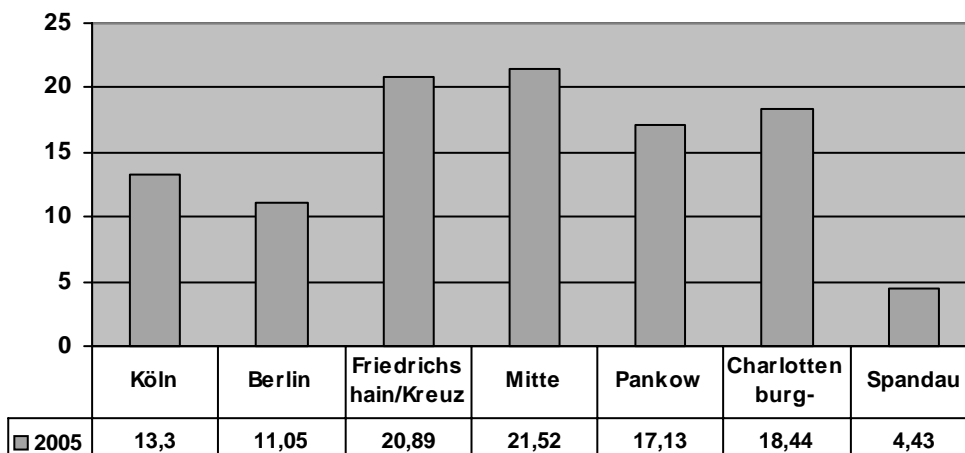
Seit 2001 wechseln sich München und Köln an der Spitze der jährlichen Inzidenz bei den Großstädten ab.

Die Inzidenzen bedürfen jedoch der Interpretation. Wollte man ein aussagefähigeres Abbild des Infektionsgeschehens erhalten, so müsste man die Inzidenz jeweils auf die Risikogruppen beziehen und nicht auf die Gesamtbevölkerung. Das aber ist aufgrund mangelnder Daten nicht möglich. Wird aber die Allgemeinbevölkerung als „Nenner“ verwendet, so ergeben sich erhebliche Ungenauigkeiten und Verschiebungen.

Beispiel: In Berlin leben ca. 3,5 Millionen Menschen. Nach Auskunft des RKI leben $\frac{3}{4}$ der neu mit HIV diagnostizierten Menschen innerhalb des S-Bahnringes von Berlin, - ein Gebiet mit etwa 1 Million Einwohner. Lediglich ein Viertel der Menschen, die neu mit HIV diagnostiziert werden, lebt außerhalb des S-Bahn-Rings, dieses Viertel verteilt sich jedoch auf 2,5 Millionen Einwohner.

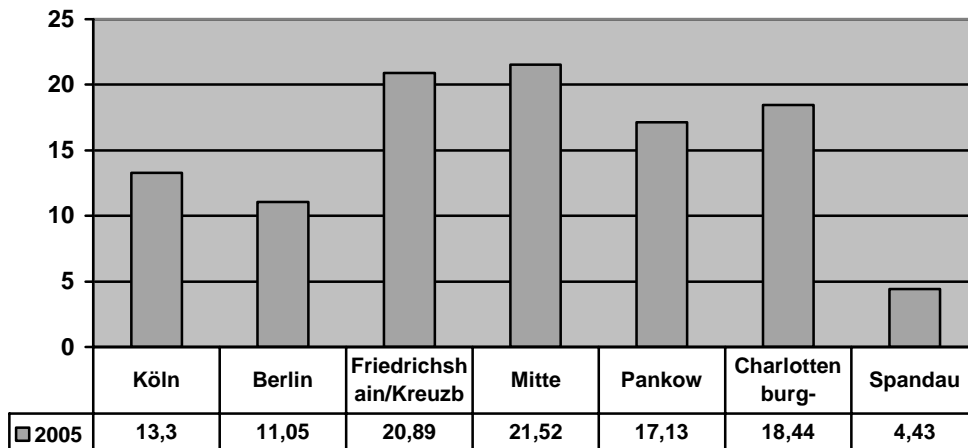
Inzidenzen 2005 für Berlin und einzelne Stadtbezirke

Quelle: RKI SurfStat, Stand 01.10.2006



Inzidenzen 2005 für Berlin und einzelne Stadtbezirke

Quelle: RKI SurfStat, Stand 01.10.2006



In Berlin⁵ lässt sich die Inzidenz (anders als in anderen Großstädten) nach Stadtbezirken berechnen. Während Berlin insgesamt im Jahr 2005 eine Inzidenz von 11,05 aufwies, fanden sich in den einzelnen Stadtbezirken weitaus höhere Inzidenzen. Könnte man eine solche Berechnung für Köln durchführen, käme man mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu ähnlichen Ergebnissen.

Ein weiterer statistischer Effekt kommt durch die Anonymität der Meldungen zustande, da im Allgemeinen die Postleitzahl der Untersuchungsstelle und nicht die des Wohnorts verwendet wird. Etwa ein Drittel der HIV-Neudiagnosen in Köln erfolgt durch die Beratungsstelle des Gesundheitsamtes. Alle diese Tests werden der PLZ 50667 zugerechnet, auch wenn der Getestete einen gänzlich anderen Wohnort haben sollte.

Schließlich darf man nicht vergessen, dass Köln die Stadt mit dem in Deutschland höchsten Anteil von schwulen Männern ist. Von daher ist es nur zu erklärlich, dass bei einem bundesweiten Anstieg der HIV-Neudiagnosen die Inzidenz in Köln besonders stark ansteigt.

Der Datenstand der obenstehenden Tabelle ist der 01.10.2006. Die aktuellen Inzidenzen lassen sich wegen eines Fehlers in der vom RKI angebotenen Software momentan nicht berechnen.

2. Anstieg von HIV-Neudiagnosen in Deutschland – Versuch einer Analyse

Da der Anstieg bei den Neudiagnosen ganz überwiegend bei den MSM deutlich wird, steht dieser Übertragungsweg bei den folgenden Überlegungen im Vordergrund. Dabei darf aber nicht übersehen werden, dass auch heterosexuelle Übertragungen (dieser Infektionsweg nimmt bundesweit erstmals den 2. Platz bei der Häufigkeit von Erstdiagnosen ein) und Erstdiagnosen bei Menschen aus HPL eine nicht zu vernachlässigende Rolle spielen.

Die folgende Darstellung beruht überwiegend auf einer Studie, die das RKI in Auftrag gegeben hat, um Wissen, Einstellung und Verhalten von homo- und bisexuellen Männern in Bezug auf sexuell übertragbare Infektionen zu erheben („KABaSTI-Studie“: Knowledge, Attitudes and Behaviour as to Sexually Transmitted Infections). Auf der Grundlage der in diesem Zusammenhang durchgeführten Befragungen, weiterer Forschungsergebnisse und epidemiologischer Daten hat das RKI den Versuch unternommen, die HIV-Ausbreitungsdynamik bei MSM in Deutschland in den letzten Jahren zu erklären und daraus Empfehlungen für eine Anpassung der Präventionsstrategien abzuleiten.

⁵ Der Datenstand der obenstehenden Tabelle ist der 01.10.2006. Die aktuellen Inzidenzen lassen sich wegen eines Fehlers in der vom RKI angebotenen Software momentan nicht berechnen.

In den späten 1980ern und der ersten Hälfte der 90er Jahre erfolgt in Deutschland eine Stabilisierung der Neuinfektionszahlen auf im europäischen Vergleich niedrigem Niveau. Dabei divergieren die Entwicklungen jedoch in verschiedenen Teilgruppen:

- Bei MSM kommt es zu einem weiteren Rückgang der Neuinfektionszahlen durch zunehmenden Kondomgebrauch, sinkende Inzidenz anderer sexuell übertragbarer Infektionen (STI) und die Tatsache, dass eine steigende Zahl von HIV-Infizierten durch Krankheit oder Tod aus der sexuell aktiven Population ausscheidet. Neuinfektionen treten relativ häufiger innerhalb fester Partnerschaften auf, in denen der Kondomgebrauch weniger konsequent erfolgt.
- Bei i. v. Drogengebern geht die Zahl der Infektionen durch den Drogenkonsum zurück. Sexuelle Übertragungen nehmen demgegenüber zu. Verhaltensänderungen erfolgen stärker im Sinne von Safer Use als Safer Sex, auch weil die Präventionsbotschaften für Drogengebraucher stärker auf die Risiken beim Konsum fokussieren.
- Die rasche Ausbreitung von HIV in Zielregionen für deutsche Fernreisende (besonders Südostasien, Karibik und Subsahara-Afrika) führt zu zusätzlichen Quellen für eine heterosexuelle Übertragung. Die Prävalenz (Häufigkeit) von HIV bei Immigranten aus diesen Regionen steigt parallel zur Ausbreitung in den Herkunftsregionen.

Ab 1996 verbessern sich die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten für die HIV-Infektion dramatisch. Die Strategie, bereits frühzeitig nach der Diagnosestellung und hoch dosiert zu behandeln („*Hit hard and early*“), setzt sich zunächst bei der Behandlung durch, d.h. fast allen diagnostizierten HIV-Infizierten wird der schnelle Beginn einer antiretroviralen Therapie empfohlen. Die bei den meisten Behandelten eintretende Reduktion der Viruslast führt zum Rückgang der Infektiosität und senkt damit die Übertragungshäufigkeit von HIV. Die verbesserten Therapiemöglichkeiten bilden für viele auch einen Anreiz für frühzeitigere und häufigere HIV-Testung. Insbesondere bei MSM steigt die Testbereitschaft, die Diagnose erfolgt zunehmend früher im Stadium der chronischen, asymptomatischen Infektion. Eine steigende Zahl von Infektionen wird sogar schon im Stadium der Primärinfektion diagnostiziert.

Epidemiologische Entwicklungen und Verhaltensänderungen bei MSM nach 1996

- Bereits seit den frühen 90er Jahren steigen die Partnerzahlen nach einer vorübergehenden starken Reduktion wieder an. Gleichzeitig nehmen Kondomgebrauch und Testbereitschaft sowie Kenntnis des eigenen HIV-Serostatus zu. Mit der Einführung antiretroviraler Dreifach-Kombinationen ab 1996 sinkt die Sterblichkeit bei HIV-Infizierten drastisch ab. Die Lebensqualität von Infizierten, die sich zuvor in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien befanden, verbessert sich unter erfolgreicher Therapie spürbar. Dadurch nehmen bei Menschen mit HIV sexuelle Bedürfnisse und sexuelle Aktivität zu. Aufgrund ihres bereits positiven Serostatus sehen viele zunächst keinen Grund, sich weiterhin vor HIV zu schützen. Daher wird bei Sexualkontakten mit vermeintlich ebenfalls infizierten Partnern zunehmend kein Kondom benutzt.
- Etwa ab dem Jahr 2000 wird Sex ohne Kondome zunehmend auch von HIV-negativen MSM praktiziert – auch außerhalb fester Partnerschaften. Zumindest von den geäußerten Intentionen her handelt es sich dabei ebenfalls überwiegend um „Serosorting“ im Sinne einer Suche nach ebenfalls HIV-negativen Sexualpartnern.
- Dabei wird zu wenig bedacht, dass zum einen die Einschätzung des Serostatus des Partners fehlerhaft sein kann und dass andererseits durch ungeschützten Sex das Risiko ansteigt, sich mit anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) anzustecken. Durch eine solche andere STI (insbesondere Syphilis) steigt die Viruslast im Blut bei einem HIV-Infizierten an und durch die damit einhergehenden Hautveränderungen erhöht sich zusätzlich das Risiko der Weitergabe einer HIV-Infektion.

- Die früher vielfach angewandte Strategie der strikten Risikovermeidung wird zunehmend durch Strategien eines „Risikomanagements“ im Sinne einer „Risikominimierung“ ersetzt. Hierzu gehört neben dem erwähnten Serosorting auch die Anwendung von als weniger risikoreich geltenden Praktiken und Vorgehensweisen. Hierbei gibt es in manchen Punkten erhebliche Fehleinschätzungen.
- Die anfänglich vorherrschende Tendenz zur frühen und hoch dosierten Behandlung („*Hit hard and early*“) wird ab 1999/2000 spürbar gedämpft: Einerseits durch die Beschreibung von Langzeitnebenwirkungen, andererseits durch die Erfahrung, dass die konsequente und kontinuierliche Einnahme der Medikamente sehr hohe Anforderungen an Patientinnen und Patienten stellt, was z.B. die Notwendigkeit einer regelmäßigen Einnahme von Medikamenten angeht. Die Empfehlungen zum Behandlungsbeginn werden revidiert und der Therapiebeginn deutlich nach hinten verlagert. „Therapiepausen“ auf Wunsch der Patienten und als Maßnahmen zur Reduktion schwerwiegender Nebenwirkungen werden verstärkt durchgeführt. Dadurch geht der Anteil der antiretroviral Behandelten unter den neu diagnostizierten HIV-Infizierten zurück. Zugleich fällt hierdurch eine wesentliche Motivation für eine möglichst frühe Diagnosestellung fort. Dies führt zu einem Anstieg der Viruslast und damit zu einer Erhöhung der Ansteckungsfähigkeit.
- Die Kombination von
 - steigender Partnerzahl,
 - geringerer Kondomanwendung,
 - durch Fehlinformationen und Fehleinschätzungen belastete Strategien von „Risikomanagement“,
 - der Zunahme anderer STI insbesondere bei sexuell hochaktiven, HIV-infizierten MSM und
 - spätem Behandlungsbeginn

tragen zum Anstieg der HIV-Neudiagnosen insbesondere bei MSM bei. Weitere Faktoren, wie z. B. der Konsum unterschiedlicher Partydrogen und Alkohol verstärken diese Entwicklung.

3. Konsequenzen für die Prävention

Grundsätzlich hat sich am Erfordernis der zeitstabilen Veränderung risikoreicher sexueller Verhaltensweisen durch Information und Aufklärung nichts geändert. Dabei stimmt die Verwaltung mit der Einschätzung des RKI überein, dass Wissensdefizite zu HIV-Übertragungsrisiken offensiv korrigiert werden müssen und dass auf die Zusammenhänge zwischen Kondomanwendung, anderen STI und der Erhöhung der HIV-Übertragungsraten durch andere STI hingewiesen werden muss. Es ist nach Ansicht der Verwaltung erforderlich, die bewährte Aufgabenteilung zwischen überregional und vorrangig massenmedial tätigen Akteuren (z. B. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Deutsche AIDS-Hilfe) und den sehr viel stärker personalkommunikativ ausgerichteten lokalen Trägern der Prävention (freie Träger, Verwaltung) beizubehalten.

3.1 Kölner Modell. Präventionskonzept für Männer, die mit Männern Sex haben (MSM)

In einem Abstimmungsgespräch zwischen Verwaltung und den Kölner Trägern im Bereich HIV-Prävention bei MSM wurde der Arbeitsgruppe Schwule Prävention der Auftrag erteilt, ein umfassendes Präventionskonzept für den Bereich MSM zu erarbeiten.

An der Arbeitsgruppe nehmen teil: Sozialwerk für Lesben und Schwule/RUBICON und anyway, AIDS-Hilfe Köln/Check Up, SchwIPS, Looks und Gesundheitsamt/AIDS-Koordination.

Die Arbeitsgruppe Schwule Prävention hat sich seit März siebenmal getroffen und arbeitet an der

Erstellung eines Rahmenkonzeptes für die Prävention bei MSM in Köln. Die Entwürfe der Arbeitsgruppe werden auf breiter Basis mit allen Trägern diskutiert werden. Mit der Fertigstellung des Gesamtkonzeptes wird im ersten Halbjahr 2008 zu rechnen sein.

Die Arbeitsgruppe hat sich jedoch bereits auf Kernpunkte dieses Präventionskonzeptes verständigt. Diese wurden auf einem Trägertreffen am 13.11.07 abgestimmt.

3.2 Kölner Modell. Kernpunkte Präventionskonzept für Männer, die mit Männern Sex haben (MSM)

Die HIV/AIDS-Prävention in Deutschland ist im europäischen Vergleich äußerst erfolgreich. Dies gilt auch angesichts des im Übrigen europaweit zu beobachtenden Anstiegs der HIV-Neudiagnosen.

Die Prävention der Zukunft steht vor der Herausforderung, sich immer wieder an die im Wandel begriffenen Bedingungen einer dynamisch verlaufenden HIV-Epidemie anzupassen.

3.2.1 Epidemiologische Situation

Deutschland hat eine konzentrierte HIV-Epidemie. Die Allgemeinbevölkerung ist nur in geringem Maße betroffen. Die Prävalenz von HIV ist in der Allgemeinbevölkerung sehr niedrig.

Der in Köln wie in Deutschland seit 2005 beobachtbare deutliche Anstieg der HIV-Neudiagnosen findet hauptsächlich in der Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) statt.

Die Zahl der HIV-Neuinfektionen ist das Produkt der Zahl von mit HIV lebenden Menschen in einer Population, der Häufigkeit von Risikosituationen sowie der Übertragungswahrscheinlichkeit.

Diese Faktoren sind insbesondere bei MSM in den letzten Jahren gestiegen (z.B. Zunahme der sexuellen Aktivität, Anstieg sexuell übertragbarer Erkrankungen (STD's), Veränderung des Therapieregimes, Zunahme von Risikoverhalten).

Die Zahl der Menschen, die mit HIV leben, hat in Deutschland seit 2000 um mehr als 50% zugenommen.

Durch die Erfolge der antiretroviralen Kombinationstherapien und die damit einhergehende Steigerung der Lebensqualität für Menschen mit HIV/AIDS sind heute mehr Menschen mit HIV/AIDS sexuell aktiv.

Auch wenn die im Auftrag der BZgA regelmäßig durchgeführten Untersuchungen von Bochow et al. kein dramatisches Absinken der Safer-Sex-Akzeptanz insbesondere bei MSM feststellen können, ist dennoch über die letzten Jahre hinweg ein deutlicher Anstieg von Risikokontakten und Partnerzahlen in den Gruppen mit besonders hohem Risiko zu beobachten.

In den Altersgruppen, die seit 15-20 Jahren meist erfolgreich Safer Sex durchgehalten haben, ist ein Nachlassen des Präventionsdrucks zu beobachten. Vor allem durch die Erfolge der antiretroviralen Kombinationstherapien ist das Bedrohungspotential von HIV/AIDS sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch in den Hauptbetroffenengruppen gesunken

In Köln sind die HIV-Neudiagnosen seit 2005 signifikant und kontinuierlich gestiegen. Köln ist die Stadt mit dem in Deutschland höchsten vermuteten prozentualen Anteil schwuler Männer an der Bevölkerung.⁶ Der Anstieg der HIV-Neudiagnosen wird bundesweit und in Köln von der Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben, getragen. Von daher ist es nicht verwunderlich, dass der Anstieg der HIV-Neudiagnosen in Köln besonders deutlich ausfällt und Köln bei diesen Neudiag-

⁶ Vgl. KABaSTI-Studie. Wissen, Einstellungen und Verhalten bezüglich sexuell übertragbarer Infektionen bei Männern mit gleichgeschlechtlichem Sex. Hrsg.: Robert Koch Institut Berlin, S. 31

nosen mit einer Inzidenz von 19,02⁷ an der Spitze der deutschen Städte steht.

3.2.2 Kölner Modell der AIDS-Prävention

Die Leitlinien des Kölner Modells bilden die Grundlage für alle im Bereich Primärprävention zu entwickelnden Maßnahmen:

- Vorrang von Aufklärung und Information
- Stärkung eigenverantwortlichen Handelns
- Verzicht auf seuchenrechtliche Zwangsmaßnahmen gegen Menschen mit HIV
- Lebensstilakzeptierende Prävention

Vgl. KABA/STI-Studie. Wissen, Einstellungen und Verhalten bezüglich sexuell übertragbarer Infektionen bei Männern mit gleichgeschlechtlichem Sex. Hrsg.: Robert Koch Institut Berlin, S. 31

¹ Datenstand: 01.10.2007

- Solidarität mit Betroffenen
- Niedrigschwelligkeit der Angebote
- Nutzung der spezifischen Zielgruppennähe einzelner Träger
- Erhalt und Nutzung der Trägervielfalt unter der Koordination des Gesundheitsamtes.

3.2.3 Ziele der HIV-Prävention in den nächsten Jahren⁸

Globalziele:

1. Minimierung der Anzahl der HIV-Neuinfektionen
2. Optimierung der Hilfen für Betroffene
3. Abbau von Diskriminierung
4. Förderung der Solidarität mit Betroffenen.

Feinziele:

1. Ausbreitung von HIV in der Allgemeinbevölkerung weiterhin verhindern
2. Aufhalten und Umkehr des Anstiegs der Anzahl der HIV-Neuinfektionen bei MSM
3. Einbeziehung der STD-Prävention

3.2.4 Vorrang der Primärprävention bei MSM

Die erfolgreiche Präventionskampagne in Deutschland stützt sich auf die massenmediale Aufklärung der Allgemeinbevölkerung, den ungehinderten Zugang zu Präventionsmitteln sowie personal-kommunikative Maßnahmen.

Dazu gehört auch die Verstärkung der Basisprävention im Bereich Youthwork. Diese Prävention ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass Jugendliche unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung ausreichend über HIV/AIDS und andere sexuelle Erkrankungen informiert sind. Sie ist außerdem Grundlage für eine nicht-diskriminierende Haltung gegenüber individuell von HIV/AIDS-Betroffenen und den hauptsächlich betroffenen Gruppen. Sie darf nicht zurückgefahren werden, sondern muss verstärkt werden.

Aufgrund der epidemiologischen Situation muss jedoch weiterhin die Gruppe der MSM verstärkt angesprochen werden.

Dabei können drei Ansätze der Prävention bei MSM identifiziert werden: ein themen-, ein orte- und ein zielgruppenspezifischer Ansatz. Im Verlauf der weiteren Konzeptentwicklung werden Tragfähigkeit, Grenzen und Möglichkeiten dieser Ansätze ausgelotet und miteinander in Beziehung gesetzt.

⁷ Datenstand: 01.10.2007

⁸ Vgl. u.a. Aktionsplan zur Umsetzung der der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung

3.2.5 Maßnahmen

Zusätzlich zu den bereits laufenden Maßnahmen sollten nach bisherigem Diskussionsstand in Köln folgende Schwerpunkte gesetzt werden. Die Reihenfolge stellt keine Gewichtung dar.

- **Verstärkung der Prävention im Bereich von MSM zwischen 25 und 45 Jahren⁹**
In dieser Altersgruppe finden in den letzten Jahren die meisten HIV-Neudiagnosen statt. Neben der weiterhin notwendigen Motivation zur Risikovermeidung durch Safer Sex darf Prävention Tendenzen zu einem Risikomanagement nicht ausblenden und muss deren Möglichkeiten und Grenzen in der persönlichen Beratung thematisieren.

Vgl. u.a. Aktionsplan zur Umsetzung der der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung

¹ Hiermit ist der durchschnittliche Mann, der Sex mit Männern hat, gemeint; im Gegensatz zu speziellen Zielgruppen innerhalb von MSM wie der Leder- und Gummiszene, Fisterszene etc.

- **Verstärkung der Prävention an Orten, an denen Sex stattfindet**
Prävention und damit auch die Bedrohung durch AIDS muss wieder sichtbarer und erlebbarer werden. Orte, an denen Sex stattfindet, bieten *eine* Gelegenheit, um MSM für das Thema HIV/AIDS zu sensibilisieren. Präventionsfreie Räume fördern das Vergessen und damit auch die Verdrängung der realen Bedrohung der individuellen Gesundheit durch HIV/AIDS.
- **Verstärkung der Prävention im Bereich mann-männliche Prostitution**
Vordringlich bei Männern, die anschaffen gehen, aber auch bei Freiern.
- **Verstärkung von Strategien und Angeboten, um schwer erreichbare MSM zur Wahrnehmung von Beratungs- und Testangeboten zu HIV und STD zu motivieren.**
- **Verstärkung der Prävention bei Männern, die bereits HIV-positiv sind.**
Männer, die bereits HIV-positiv sind, müssen stärker in ihrem Safer-Sex-Bemühen unterstützt werden.
- **Verstärkung der Prävention im Internet**
70% der Studienteilnehmer der KABaSTI-Studie gaben an, ihre sexuellen Kontakte über das Internet zu finden. Darüber hinaus nutzt ein großer Teil der MSM das Internet, um sich über HIV/AIDS bzw. andere sexuell übertragbare Krankheiten (STD's) zu informieren.
- **Ausbau des Projekts: Safe Environment (SE)**
Die größte Wirkung der AIDS-Prävention wird durch die Kombination von breiter, bevölkerungsweiter Ansprache bei flächendeckend gutem Zugang zu Kondomen mit einer vertiefenden, intensiven Ansprache der im Hinblick auf die Ansteckungszahlen besonders relevanten Gruppen erzielt.¹⁰ Dieser leichte Zugang zu Präventions- und Informationsmaterialien ist insbesondere dort erforderlich, wo es tatsächlich zu sexuellen Handlungen kommt.

4. Kommunalisierung

Das Land NRW hat 2007 die bisherigen Landeszuschüsse für die Bereiche AIDS, Drogen und Sucht in Pauschalen umgewandelt. Die Pauschalen werden an die Kommunen ausbezahlt. Die bisherige Auszahlung ist mit dem Moratorium verbunden, die Zuschüsse wie gehabt an die bisherigen Zuwendungsempfänger weiterzugeben. Für 2008 soll dies in gleicher Art und Weise wie 2007 geschehen, da die als korrespondierend gedachte Rahmenvereinbarung zwischen Land und Kommunalen Spitzenverbänden unter Einbezug der Liga der Freien Wohlfahrtspflege nicht wie ursprünglich geplant 2007 zustande kam.

⁹ Hiermit ist der durchschnittliche Mann, der Sex mit Männern hat, gemeint; im Gegensatz zu speziellen Zielgruppen innerhalb von MSM wie der Leder- und Gummiszene, Fisterszene etc.

¹⁰ Vgl. die im Jahr 2005 von D.A. Cohen veröffentlichte Studie „Maximizing the Benefit“, die flächendeckende Interventionen und ihre potenziellen Effekte untersuchte. In: E. Pott: AIDS-Prävention in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2007, Band 50, Springer Medizin Verlag 2007; S. 429.

Die Stadt Köln/Gesundheitsamt erhält als Pauschale die bisherigen Landeszuwendungen für Youthwork an die Träger: Pro familia, Sozialwerk für Lesben und Schwule sowie AIDS-Hilfe Köln und Gesundheitsamt sowie weitere Zuwendungen an die AIDS-Hilfe Köln und die Beratungsstelle für sexuell-übertragbare Krankheiten einschließlich AIDS. (s. Anlage)

Begleitend zum Prozess der sogenannten Kommunalisierung wurde beim MAGS eine „Lenkungsgruppe“ (LG) gebildet. Diese besteht aus Vertretern der Kommunalen Spitzenverbände und der Liga der Freien Wohlfahrtspflege sowie dem Land selbst. Die LG

Vgl. die im Jahr 2005 von D.A. Cohen veröffentlichte Studie „Maximizing the Benefit“, die flächendeckende Interventionen und ihre potenziellen Effekte untersuchte. In: E. Pott: AIDS-Prävention in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2007, Band 50, Springer Medizin Verlag 2007; S. 429.

soll die Rahmenvereinbarung erarbeiten, die bei der Umsetzung der weiteren Kommunalisierung als Richtschnur für die Kommunen dienen soll, d.h. Empfehlungen zur weiteren Verteilung der Pauschalen an die lokalen Zuwendungsempfänger bzw. zur Aufteilung der Landeszuwendungen zwischen den kommunalen Gebietskörperschaften.

Die LG wird für den AIDS- bzw. Drogen- und Suchtbereich durch zwei Unterarbeitsgruppen (Unter-AG) unterstützt. In diesen Unterarbeitsgruppen sind die Kommunalen Spitzenverbände durch Experten vertreten. In der „Unter-AG AIDS zur Begleitung der Umsetzung der Kommunalisierung“ sind dies: Vertreterinnen der kommunalen Aids-Koordination aus Essen und Münster sowie der Aids-Koordinator der Stadt Köln für den Städtetag. Für den Landkreistag Vertreter/innen aus Gütersloh bzw. des Erftkreises. Die freie Wohlfahrtspflege ist u.a. durch den Geschäftsführer der AH NRW vertreten. Aufgabe der Unter-AG ist es ‚Eckpunkte‘ für die einzelnen Bereiche zu erarbeiten, die in die Rahmenvereinbarung einfließen sollen.

Die Arbeit der Unter-AG-Mitglieder der Kommunalen Spitzenverbände wird in ad hoc stattfindenden Abstimmungsgesprächen bei den Spitzenverbänden koordiniert.

Unter großem Zeitdruck, der durch enge zeitliche Vorgaben des Landes bedingt ist, wurden vom Unter-AG AIDS ‚Eckpunkte zur Qualifizierung etc.‘ erarbeitet. Wesentlich schwieriger gestaltete sich die Arbeit an den „Eckpunkte(n) zur fachlichen Koordination/Abstimmung von Maßnahmen zur HIV/AIDS- Prävention und - Hilfe auf Landesebene im Rahmen der Umsetzung der Kommunalisierung der Landesförderung im AIDS-Bereich“. Die Arbeit an den Eckpunkten wurde zwischenzeitlich abgeschlossen.

Ein 3. Komplex, d.h. die ‚Erarbeitung von objektivierbaren Kriterien zur zukünftigen Gestaltung der Pauschalen‘ wurde vom MAGS an die Unternehmensberatung Prognos AG übertragen. Prognos hat den Auftrag erhalten, einen Kriterienkatalog zu formulieren.

Die bereits erarbeiteten Eckpunkte (v.a. Qualitätssicherung) werden nicht wie zwischenzeitlich vom Land angedacht und geplant in einer 1. Rahmenvereinbarung verabschiedet werden. Gegen diese Überlegungen des Landes hat die Lenkungsgruppe bzw. haben die Spitzenverbände deutliche Vorbehalten geäußert. Eine Rahmenvereinbarung zwischen Land und Kommunalen Spitzenverbänden wird/soll es erst geben, wenn für alle Teilbereiche Empfehlungen/Eckpunkte erarbeitet wurden. Daher werden die Ansätze für die kommunalen Pauschalen auch im Landes-Hpl. 2008 überrollt werden, so dass es gegenüber 2007 keine Veränderungen geben wird.

Wie erwähnt wurde für den Teilbereich ‚objektivierbare Kriterien‘ die Unternehmensberatung Prognos AG beauftragt. In einer 1. Stufe wurde – sozusagen zur Bestandsaufnahme – ein Fragebogen an die AIDS-KoordinatorInnen an den Gesundheitsämtern versandt.

Prognos hat die eingegangenen Fragebögen ausgewertet. Aufgrund dieser Auswertung und auf Grundlage von Daten aus dem bisherigen Landescontrolling der geförderten Bereiche wurde der Entwurf eines ersten Kriterienkatalog erarbeitet. Dieser wird in drei Expertenworkshops diskutiert werden. Die Expertenworkshops bestehen hauptsächlich aus den Mitgliedern des UNTER-AG AIDS ergänzt durch Mitglieder der Lenkungsgruppe. Ziel ist die Formulierung einer Empfehlung, die als Vorlage für die angestrebte Rahmenvereinbarung dienen soll.

Die künftige Höhe der Pauschale wird sich nach den ‚objektivierbaren Kriterien‘ richten.

Prognos zieht nach jetzigem Stand und Durchspielen mehrerer Varianten folgendes Fazit:

- Es wird zu Veränderungen der bisherigen Struktur kommen
- Bewertet man die geringe Bevölkerungsdichte im ländlichen Raum als besonderes Merkmal für die Förderung der AIDS-Prävention in ländlichen Strukturen, geht dies zu Lasten der Ballungsgebiete
- Über eine relativ hohe Gewichtung bereits bestehender Strukturen kann ein zumindest teilweiser Bestandsschutz für alle erreicht werden
- Es sollte damit gerechnet werden, dass Prognos eine stufenweise Umstellung der bisherigen Höhe der Förderung hin zu Pauschalen vorschlagen wird, so dass im Einzelfall eventuelle Härten, die durch den Wechsel von bisheriger Landesförderung zur Kommunalisierung gemildert werden.

Für Köln sind wie auch bei anderen Kommunen Abweichungen vom jetzigen Stand nicht auszuschließen. Im Falle Kölns könnte dies allerdings bedeuten, dass sich die Pauschale erhöht.

Anlage

Höhe der Landeszuwendungen an Kölner Träger bis zur Einführung der Kommunalisierung

Köln	AIDS-Hilfe Köln e.V.	DPWV	AIDS-Hilfe-Förderung	49.000
	AIDS-Hilfe Köln e.V.	DPWV	Youth-Worker	25.600
	Pro Familia LV Wuppertal, Einsatz in Köln	DPWV	Youth-Worker (0,5)	12.800
	Pro Familia Chorweiler	DPWV	Youth-Worker (0,5)	12.800
	SKM e.V.	CV	Youth-Worker	25.600
	Sozialdienst für Lesben und Schwule e.V.	DPWV	Youth-Worker	25.600
	Stadt Köln	Kommune	Youth-Worker (0,85)	21.943
			Streetworker (2x)	35.800
				209.143