

18. Wahlperiode

Schriftliche Anfrage

des Abgeordneten Sebastian Walter (GRÜNE)

vom 08. November 2018 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 09. November 2018)

zum Thema:

Umsetzung der „Fast-Track Cities Initiative to End AIDS“ in Berlin

und **Antwort** vom 27. November 2018 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 29. Nov. 2018)

Herrn Abgeordneten Sebastian Walter (Grüne)

über

den Präsidenten des Abgeordnetenhauses von Berlin

über Senatskanzlei - G Sen -

A n t w o r t

auf die Schriftliche Anfrage Nr. 18/16993

vom 08. November 2018

über Umsetzung der „Fast-Track Cities Initiative to End AIDS“ in Berlin

Im Namen des Senats von Berlin beantworte ich Ihre Schriftliche Anfrage wie folgt:

Vorbemerkung:

In der 50 Punkte umfassenden Anfrage werden Antworten zu teilweise langjährig laufenden Prozessen erbeten. Eine detailliertere Beantwortung zu allen Punkten ist im Rahmen einer Schriftlichen Anfrage nicht möglich. Die Beantwortung der Schriftlichen Anfrage in der vorliegenden Form hat bereits ca. 10 % der für die Fast-Track-Cities-Initiative jährlich zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung in Anspruch genommen.

Inhaltlich sei auch darauf verwiesen, dass jegliche strategische oder konzeptionelle Weiterentwicklung den Bereich HIV nie als singulären Bereich betrachten sollte. Maßnahmen, die zur Reduzierung von HIV-Infektionen geeignet sind, können gleichzeitig auch Maßnahmen sein, bei denen deren Auswirkungen auf die Entwicklung von sexuell übertragbare Erkrankungen (STI) immer mit in die Überlegungen, Planungen und Konzeptionen einbezogen werden müssen. Änderungen der epidemiologischen Situation im Bereich der STI müssen folgerichtig auch Einfluss auf Maßnahmen und Konzeptionsentwicklung im Bereich HIV haben.

Vorbemerkung des Fragestellers: Im Juli 2016 trat Berlin der „Fast-Track Cities Initiative to End Aids“ bei. Ziel der Initiative ist es, dass 90% der HIV-infizierten Menschen über ihre Infektion informiert sind, 90% der HIV-infizierten Menschen in Behandlung sind und 90% der in Behandlung befindlichen Personen eine Viruslast unter der Nachweisgrenze haben. Darüber hinaus soll mit dem Ziel „0% Stigmatisierung“ die Diskriminierung von Menschen mit HIV nachhaltig bekämpft werden. Alle Ziele sollen bis 2020 erreicht sein. Bis 2030 soll die AIDS-Epidemie beendet werden.

1. Wie viele Menschen mit einer HIV-Infektion leben in Berlin und wie hat sich die Anzahl der HIV-positiven Menschen in Berlin in den letzten 10 Jahren entwickelt? Bitte im Detail und gruppenspezifisch aufschlüsseln.

Zu 1.:

Vorab sei auf die Ausführungen unter 9. verwiesen, wonach es sich hier um Schätzzahlen handelt. Um eine Lesbarkeit sicherzustellen, werden im Nachfolgenden nur die Summenzahlen genannt, nicht zusätzlich die Zahlen zur oberen und unteren Schranke des 95 % Konfidenzintervalls für die Summe.

Die hier genannten Zahlen wurden durch das Robert-Koch-Institut bereitgestellt.

- a. Menschen mit HIV-Infektion mit Herkunft Deutschland in Berlin oder mit in Deutschland erworbener HIV-Infektion:

	MSM	IVD m	IVD w	Hetero m	Hetero w
2007	8900	960	600	290	710
2008	9500	980	610	300	750
2009	10100	1000	630	310	790
2010	10600	1000	630	320	830
2011	10900	1000	640	330	860
2012	11300	1000	630	330	880
2013	11600	990	630	340	910
2014	11700	990	620	340	930
2015	11800	980	610	350	960
2016	11700	960	600	350	970

- b. Menschen mit HIV mit Herkunft außerhalb Deutschlands, deren HIV-Infektion außerhalb Deutschlands festgestellt wurde

	Europa männlich	Asien männlich	Afrika männlich	Amerika / Ozeanien männlich	Europa weiblich	Asien weiblich	Afrika weiblich	Amerika / Ozeanien weiblich
2007	250	65	180	90	55	45	220	10
2008	260	70	190	100	55	50	240	10
2009	280	75	200	100	60	50	250	10
2010	290	80	210	110	65	55	270	10
2011	310	85	220	120	70	60	280	10
2012	310	85	220	120	75	60	290	10
2013	330	90	230	120	80	65	300	10
2014	340	95	240	130	80	65	320	10
2015	350	95	240	140	85	65	330	10
2016	360	95	240	140	95	65	330	10

2. Wie viele diagnostizierte Neuinfektionen gibt es in Berlin pro Jahr? Wie hat sich die Anzahl der diagnostizierten Neuinfektionen in den letzten 10 Jahren entwickelt? Bitte im Detail und gruppenspezifisch aufschlüsseln.

Zu 2.:

- a. HIV-Erstdiagnosen bei Menschen mit Herkunft Deutschland oder mit in Deutschland erworbener HIV-Infektion:

	MSM	IVD m	IVD w	Hetero m	Hetero w
2007	370	5	5	10	25
2008	410	5	5	10	25
2009	390	5	5	15	30
2010	360	5	5	15	25
2011	310	5	5	10	25
2012	320	5	5	10	25
2013	420	5	5	15	35
2014	330	5	5	10	35
2015	280	5	5	15	35
2016	280	5	5	10	25

- b. HIV-Erstdiagnosen bei Menschen mit Herkunft außerhalb Deutschlands, deren HIV-Infektion außerhalb Deutschlands erworben wurde:

	Europa männlich	Asien männlich	Afrika männlich	Amerika / Ozeanien männlich	Europa weiblich	Asien weiblich	Afrika weiblich	Amerika / Ozeanien weiblich
2007	10	5	10	5	5	5	5	0
2008	5	5	10	5	5	5	15	0
2009	10	5	5	5	5	5	10	0
2010	15	5	10	5	5	5	15	0
2011	10	5	10	5	5	5	10	0
2012	10	5	5	5	5	5	10	5
2013	20	5	15	10	5	5	15	0
2014	25	5	10	5	5	5	20	5
2015	20	5	10	10	10	5	15	0
2016	15	5	10	5	10	5	20	5

3. Wie viele Personen in Berlin haben nach Einschätzung des Senats eine nicht diagnostizierte HIV-Infektion und von wie vielen nicht diagnostizierten HIV-Neuinfektionen ist in Berlin pro Jahr auszugehen? Bitte im Detail und gruppenspezifisch aufschlüsseln.

Zu 3.:

Menschen mit nicht-diagnostizierter HIV-Infektion in Berlin:

	MSM	IVD m	IVD w	Hetero m	Hetero w
2007	1400	60	45	25	120
2008	1400	55	45	20	120
2009	1400	50	45	20	120
2010	1400	45	45	20	120
2011	1400	45	45	20	120
2012	1400	45	45	20	130
2013	1500	50	50	20	140
2014	1500	60	50	25	140
2015	1400	70	55	25	160
2016	1400	75	60	30	170

Die Modellannahmen des RKI beruhen auf der Annahme, dass ca. 1/3 der Infektionen innerhalb des ersten Jahres diagnostiziert werden (Menschen die regelmäßig ihren HIV-Status überprüfen) , ca. 1/3 das als sogenannte Late Presenter erst sehr spät, nach 7 und mehr Jahren, diagnostiziert wird und das restliche Drittel sich zwischen diesen beiden Gruppen (also zwischen einem und 7 Jahren) befindet.

4. Wie ist der aktuelle Stand bei der Erreichung der 90-90-90-Ziele der Fast-Track Cities Initiative to End Aids“ (FTCI-Initiative)? Bitte für jedes Ziel einzeln in Prozent angeben. Bis wann sollen die Zielzahlen jeweils konkret erreicht werden, sofern noch nicht geschehen?

Zu 4.:

Zum Stichtag 31.12.2017: 89,3 % der HIV-Infizierten Menschen sind über ihre Infektion informiert, 92 % der Menschen sind in Behandlung und bei 95 % der Behandelten ist die Viruslast unter der Nachweisgrenze. Die FTCI sieht eine Zielerreichung bis Ende 2020 vor. Der Senat ist zuversichtlich, auch die erste 90 - als Zwischenziel - auf dem Weg Aids bis 2030 zu beenden, bald zu erreichen. (Die detaillierten Zahlen für 2017 im Sinne einer möglichen Beantwortung der Punkte 1. bis 3. liegen nicht vor.)

5. Welche aktuelle Gesamtstrategie verfolgt der Senat im Rahmen der Zugehörigkeit zur FTCI-Initiative? Bitte übergeordnete Ziele, Maßnahmen und Zeitplan der Umsetzung darlegen.

Zu 5.:

Die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung bereitet gegenwärtig eine Besprechungsunterlage an den Senat vort, in der dargelegt wird, an welchen Eckpunkten entlang eine Neuausrichtung der HIV-Prävention unter Bezugnahme auf die Erreichung der FTCI-Ziele in Berlin erfolgen soll.

6. Wurden bei der Erarbeitung der Strategie oder von einzelnen Maßnahmen zivilgesellschaftliche Organisationen und Projekte der Beratung, Prävention und Selbstorganisation oder andere Institutionen und Akteur*innen beteiligt? Falls ja, welche, in welchem Umfang und mit welchem Ergebnis? Fanden Treffen oder Workshops statt? Falls ja, wann, mit welchem Inhalt und Ergebnis?
Ist auch zukünftig der Einbezug von NGOs und anderen Institutionen/Akteur*innen geplant? Falls ja, in welcher Form und zu welchen Fragestellungen?

Zu 6.:

Grundlegend für die Strategie der HIV-Prävention in Berlin ist die Teilhabe und Teilnahme von möglichst vielen Organisationen und Einrichtungen, die die Umsetzung der Präventionsarbeit gestalten. Dies gilt für den bisherigen Prozess, aber selbstverständlich auch für die zukünftige Arbeit.

Im Oktober/November 2017 fanden für die Festlegung erster Schritte zur Erreichung der FTCI-Ziele drei jeweils halbtägige Workshops statt. Teilgenommen haben Vertreter/-innen aller geförderten Projekte aus dem Handlungsfeld „HIV/Aids, sexuell übertragbare Infektionen sowie Hepatitiden“ des Integrierten Gesundheitsprogramms, Vertreter/-innen der Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung, der Berliner Gesundheitsämter, Vertreter/-innen des Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikums, niedergelassene Ärzte/-innen, ein Vertreter der Deutschen Aids-Hilfe e.V., ein Vertreter des Arbeitskreises Aids niedergelassener Ärzte, Vertreter/-innen des Robert-Koch-Instituts sowie ein Vertreter der Deut-

schen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der HIV-Versorgung (DAGNAE). Der Prozess wurde extern moderiert.

Folgende prioritäre Handlungsfelder wurden in diesen Workshops erarbeitet:

- Die Etablierung eines systematischen Prä-Expositions-Prophylaxe-Angebots als neuem Präventionsmodul,
- die Einführung eines Selbsttest-Angebots, sowohl zur Unterstützung bestehender Test-Angebote, als auch zur Erreichung besonders vulnerabler Gruppen,
- die zielgruppenspezifische Fokussierung und Verbesserung des bestehenden Test-angebotes sowie
- das Hinwirken auf den Abbau von Stigma und Diskriminierung von Menschen mit HIV und Aids,
- das Schaffen einer therapeutischen Versorgung und Behandlung von nicht-versicherten Menschen.

Die für einen Umsetzungs- und Entwicklungsprozess dieser komplexen Thematik benötigten Strukturen wurden diskutiert.

Es wurden auf Grundlage freiwilliger Meldungen der Teilnehmer/-innen zwei Unterarbeitsgruppen zur weiteren Bearbeitung der Themen:

- Schaffung eines Checkpoints als Einrichtung einer integrierten Versorgung
- Abbau von Stigmatisierung und Diskriminierung

eingerrichtet.

Seit Januar des Jahres fanden ca. 14 Sitzungen zur Schaffung des Checkpoint statt. Die Ergebnisse wurden dem AK Aidsniedergelassener Ärzte und der oben genannten Gruppe der Workshop-Teilnehmenden in zwei getrennten Sitzungen vorgestellt. Darüber hinaus fanden weitere Treffen mit Ärzten/-innen, die Interesse an einer Beteiligung an der Checkpoint-Arbeit hatten, statt.

Zur Unterarbeitsgruppe Stigmatisierung und Diskriminierung siehe die Antwort zu Frage 35. Es gibt zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Planung weiterer konkreter Workshops.

7. Wurde oder wird die Strategie evaluiert und ggf. nachjustiert, sollte beispielsweise absehbar sein, dass (Teil-) Ziele der FTC-Initiative nicht bis 2020 erreicht werden können? Wenn ja, zu welchem Zeitpunkt? Wenn nein, warum nicht? Gibt es zwei Jahre nach Unterzeichnung der FTC-Initiative Anpassungen der Strategie an neue Entwicklungen oder Erkenntnisse?

Zu 7.:

Die bisher im Rahmen der Fast-Track-Cities Initiative geförderten Projekte, die sich in der Umsetzung befinden, werden wissenschaftlich begleitet bzw. ausgewertet. So wird der Checkpoint BLN wissenschaftlich durch das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Förderung integrierter Ansätze begleitet. Planungen und Umsetzungen im Rahmen der Initiative werden laufend an Veränderungen angepasst (Bsp.: Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP) – hier muss nach Inkrafttreten der bundesgesetzlichen Änderungen eine Anpassung des Modellprojekts und seiner Zielstellungen erfolgen).

8. Inwieweit beteiligt sich Berlin an dem internationalen Städtenetzwerk der FTC-Initiative? Gibt es dazu einen kontinuierlichen Austausch der beteiligten Städte? Falls ja, in welcher Form und mit wem, wo und mit welchen inhaltlichen Schwerpunktsetzungen ist Berlin eingebunden?

Zu 8.:

Die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung, ein von der International Association of Providers of Aids Care (IAPAC) benannter niedergelassener (Berliner) Arzt sowie weitere von der IAPAC angesprochene (Berliner) Experten/innen in der Aidsarbeit haben an den bisherigen beiden Workshops der europäischen Metropolen des Netzwerks teilgenommen. Die Veranstaltungen sind durch die IAPAC organisiert. Die unregelmäßig stattfindenden Sitzungen setzen sich den Austausch zu unterschiedlichen Fragestellungen und die Information zu funktionierenden Modellen guter Praxis in den beteiligten Metropolen zum Ziel. Neben den gemeinsamen Treffen aller beteiligten Städte ist seitens Berlin und Amsterdam auch ein bilateraler Austausch zu konkreten Umsetzungsfragen für 2019 diskutiert worden.

9. Inwieweit ist das Ziel, dass 90% aller HIV-infizierten Menschen in Berlin Kenntnis von ihrer Infektion haben, bisher erreicht worden? Bitte um Erläuterung in absoluten Zahlen und Bewertung im Detail.

Zu 9.:

Die zur Verfügung stehenden Daten basieren auf der Laborberichtspflicht zu HIV. Dem Robert-Koch-Institut (RKI) obliegt die Sammlung, Prüfung und Auswertung der Daten. Es handelt sich hierbei um eine anonyme Berichtspflicht.

Das RKI prüft, inwieweit es sich um Doppelmeldungen handelt und schliesst solche Meldungen aus. In einer komplexen Modellrechnung extrapoliert das RKI eine Zahl der noch nicht erkannten Infektionen. Diese Zahl ist und bleibt fiktiv. Von daher werden durch das RKI nur Bandbreiten bzw. gemeldete Fallzahlen (die auch nach Prüfung weiterhin fehlerbehaftet sein können) genannt. Absolute Zahlen sind daher mit einem Fehlerfaktor behaftet.

Für Berlin geht das RKI in 2017 von ca. 14.900 HIV-infizierten Menschen aus. 90 % hiervon wären 13.410, 89,3% der 14.900 entsprechen 13.305. Geht man bei der Modellrechnung davon aus, dass nur 14.800 HIV-infizierte Menschen in Berlin leben, so wäre die erste 90 bereits erfüllt. Geht man von mehr als 14.900 HIV-infizierten Menschen in Berlin aus (auch diese Zahl liegt noch innerhalb der Bandbreite, die das RKI annimmt), so verschlechtert sich der Prozentanteil entsprechend.

10. Welche konkreten Maßnahmen ergreift der Senat, um das Ziel, dass 90% aller HIV-infizierten Menschen in Berlin Kenntnis über ihre Infektion erlangen, bis 2020 zu erreichen? Wie vielen zusätzlichen Testungen wären ggf. notwendig, um das Ziel der FTC-Initiative zu erreichen? Wie viele Menschen in absoluten Zahlen müssten Kenntnis über ihre Infektion gewinnen?

Zu 10.:

Seitens des Haushaltsgesetzgebers wurden der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung Mittel zur Errichtung eines Checkpoints für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) mit einer verbindlichen Erläuterung zur Verfügung gestellt. Im Checkpoint BLN wird einerseits das medizinische Angebot niedergelassener Ärzte/-innen erbracht, andererseits werden die Beratungs- und Betreuungsleistungen freigemeinnütziger Träger vor Ort angeboten. Durch diese Angebotsverschränkung versprechen sich der Senat und alle beteiligten Organisationen und Träger eine große Attraktivität für die Klientel.

Es müssten zwischen 105 und eine Million HIV-Antikörper-Tests durchgeführt werden um das Ziel der Kampagne zu erreichen. Die Trefferquote bei 105 müsste 100% sein bei einer

Million wäre sie mit 0,112% angesetzt. Es müssten also 105 Menschen zusätzlich über ihre Infektion Kenntnis erlangen um die 90% zu erreichen.

11. Welche Bevölkerungsgruppen sind dem Senat bekannt, die überdurchschnittlich oft in Unkenntnis über ihre HIV-Infektion sind?

Zu 11.:

Dem Senat sind keine Bevölkerungsgruppen (Anmerkungen zur Begrifflichkeit siehe Punkt 13 der Anfrage) bekannt, die überdurchschnittlich oft in Unkenntnis von ihrer HIV-Infektion sind. Der Senat geht bei seiner Planung davon aus, dass es bei unentdeckten HIV-infizierten Menschen keine gravierenden Unterschiede zu Menschen mit HIV-Erstdiagnosen bezüglich der Zuordnung zu Betroffenenengruppen bzw. zu Menschen die sich dem Risiko einer Infektion mit HIV aussetzen, gibt.

12. Welche Maßnahmen ergreift der Senat um den Anteil der Spät Diagnosen („late presenter“) zu reduzieren?

Zu 12.:

Im GKV-Innovationsfonds wird ein Forschungsprojekt der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e.V. zu „Late Presenter“ seit Ende letzten Jahres gefördert. Im Rahmen des Forschungsprojektes soll gesichertes Wissen zu Late Presentern, was bislang noch nicht vorliegt, erhoben und hieraus Strategien entwickelt werden, um die Anzahl der Late Presenter zu reduzieren. Hierbei wird u.a. untersucht werden, welche patientenseitigen bzw. strukturellen Rahmenbedingungen zu dieser Fehlversorgung führen. Die nach wie vor hohe Anzahl an Spät Diagnosen zeigt unter anderem, dass die bestehende Angebotsstruktur bestimmte Menschen nicht erreicht. Um hier Abhilfe zu schaffen hat der Senat (siehe Antwort zu Frage 10.) den Checkpoint BLN eingerichtet.

Ein weiterer Strang, den es zu verfolgen gilt, ist, dass in niedergelassenen Praxen aber auch in Krankenhäusern, obgleich von den Patientinnen und Patienten mögliche Symptome einer HIV-Infektion geschildert werden, diese geschilderten Symptome nicht einer Infektion zugeordnet werden und somit auch eine Testung nicht erfolgt. Die Ergebnisse des oben genannten Forschungsprojektes werden bei der weiteren Maßnahmenplanung und –umsetzung zu berücksichtigen sein.

13. Welche konkreten und zielgruppenspezifischen Maßnahmen ergreift der Senat, um zu gewährleisten, dass Personen in diesen Bevölkerungsgruppen (Frage 11) über ihre mögliche HIV-Infektion informiert werden/sind?

Zu 13.:

Der Senat richtet seine Maßnahmen nicht an Bevölkerungsgruppen aus. So sind Männer, die Sex mit Männern haben, den unterschiedlichsten Bevölkerungsgruppen zuzuordnen (der Bevölkerungsgruppe der jungen Menschen, der Gruppe der Älteren etc.). Wie bereits in Frage 11 klargestellt, richtet sich die Präventionspolitik zu HIV in Berlin an infektionsriskantem Verhalten aus.

An dieser Stelle sei auch noch einmal darauf verwiesen, dass das Wissen zu HIV in Deutschland nach wie vor hoch ist, auch wenn es zu bestimmten neueren Entwicklungen (Behandlung als Prävention etc.) noch Wissenslücken gibt.

14. Inwiefern plant der Senat den Zugang zu anonymen und/oder kostenfreien HIV-Tests zu verbessern? Für welche Personengruppen und in welchen Settings ist dies geplant?

Zu 14.:

Der Senat hat mit dem Checkpoint BLN ein neues Angebot für MSM geschaffen, das die bestehende Test-Infrastruktur deutlich verbessert. Dort wird der HIV-Antikörpertest auch (aber nicht ausschliesslich) anonym und/oder kostenfrei angeboten, wie bei allen anderen Testangeboten in freigemeinnütziger Trägerschaft oder des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Inwieweit in einer zukünftigen Test-Infrastruktur z.B. der Selbsttest in bestimmten Settings oder bei bestimmten Anbietern auch kostenfrei oder gegen Gebühr abgegeben wird, muss nach Auswertung des Modellprojekts mit unterschiedlichsten Einrichtungen, Trägern und Experten/-innen diskutiert werden.

15. Inwieweit ist der Zugang zu HIV-Tests in westlichen und östlichen Bezirken Berlins gleichermaßen gewährleistet, insbesondere hinsichtlich kostenfreien Tests? Plant der Senat diesbezüglich Maßnahmen, um den Zugang flächendeckend zu gewährleisten?

Zu 15.:

Da die weit überwiegende Zahl an HIV-Antikörper-Tests bei niedergelassenen Ärzten/-innen erfolgt und dem Senat nicht bekannt ist, dass die Kassenärztliche Vereinigung ihrem Sicherstellungsauftrag in diesem Bereich nicht gerecht würde, ist davon auszugehen, dass in Berlin ein flächendeckender Zugang zu HIV-Antikörper-Tests gewährleistet ist.

16. Wie ist der Umsetzungsstand bei dem Modellprojekt für HIV-Selbsttests? Wann ist mit ersten Ergebnissen und Bewertungen hinsichtlich der Einführung und Anwendung der neuen Tests zu rechnen?

Zu 16.:

Zurzeit werden durch geschulte Mitarbeiter/-innen und Ehrenamtler/-innen des Projekts HIV-Antikörper-Selbsttest-Kits in Veranstaltungen und Einrichtungen kostenfrei ausgegeben. Quantitative und qualitative Rückmeldungen werden sowohl auf der Ebene der Klienten, wie auch durch die Mitarbeiter/-innen und Ehrenamtler/-innen möglich sein. Mit ersten Ergebnissen sowie Empfehlungen zum Einsatz ist im 3. Quartals 2019 zu rechnen.

17. Inwiefern stehen Betroffenen, die positiv auf HIV getestet wurden psychologische und psychosoziale Angebote zeitnah bereit und inwiefern decken diese den tatsächlichen Bedarf?

Zu 17.:

Der Senat kann ausschliesslich zu Angeboten, die durch die öffentliche Hand finanziert werden, Aussagen treffen.

In 2017 sind durch die Testangebote freigemeinnütziger Träger 79 positive Testergebnisse mitgeteilt worden. In allen Projekten stehen psychosoziale und/oder psychologische Angebote bereit, um mögliche positiv-Getestete emotional und begleitend zu unterstützen. Die vier Projekte der Testkampagne waren insgesamt ca. 1800 Stunden geöffnet. Das Zahlenverhältnis macht offensichtlich, dass der Bedarf auch für eine umfassende psychologische und psychosoziale Begleitung positiv auf HIV-Getesteter abgedeckt ist.

18. Inwieweit ist das Ziel, dass 90% aller HIV-infizierten Menschen in Berlin eine medizinische Behandlung erhalten, bisher erreicht worden? Bitte um Erläuterung in absoluten Zahlen und Bewertung im Detail.

Zu 18.:

Die in den Fragen 9. und 10. geschilderten Umstände zur Datengewinnung behalten auch für die Beantwortung dieser Frage Richtigkeit. Ende 2017 geht das RKI davon aus, dass ca. 12.500 Menschen in Berlin sich in einer antiretroviralen Behandlung befinden. Das RKI geht davon aus, dass somit in Berlin ca. 92% der HIV-Infizierten in einer antiretroviralen Behandlung sind.

19. Welche konkreten Maßnahmen ergreift der Senat, um das Ziel, dass 90% aller HIV-infizierten Menschen in Berlin in einer Behandlung sein mögen, bis 2020 zu erreichen?

Zu 19.:

Alle Einrichtungen des Handlungsfeldes „HIV/Aids, sexuell übertragbare Infektionen sowie Hepatitiden“, aber auch die Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung weisen im Rahmen ihrer Beratungstätigkeit alle Klienten/-innen darauf hin, wie wichtig eine Therapieaufnahme sofort nach Bekanntwerden einer HIV-Infektion ist. Selbstverständlich werden gerade allen Menschen, die positiv auf HIV getestet wurden, Hinweise zu niedergelassenen Ärzten/-innen gegeben. Da die Menschen, die in diesen Einrichtungen ihren Test machen, dies auch aus Anonymitätsgründen tun, ist eine weitergehende Prüfung, inwieweit diese Menschen auch in einer Arztpraxis ankommen schwierig.

20. Wie kann der Zeitraum zwischen Diagnose und Therapiebeginn weiter verkürzt werden?

Zu 20.:

Siehe hierzu die Antwort zu 12. Da wissenschaftliche Erkenntnisse zu „Late Presenter“ nicht vorliegen, kann nur vermuteten Zusammenhängen wie unter 12. beschrieben nachgegangen werden, um eine Verkürzung des genannten Zeitraumes herbeizuführen.

21. Welche Probleme und Gründe sind dem Senat bekannt, weshalb Menschen in Berlin mit HIV-Infektionen keine Behandlung in Anspruch nehmen (können), nicht aufnehmen oder abbrechen? Welche Maßnahmen ergreift der Senat, um für diese Personen eine Behandlung oder den Zugang zu einer Behandlung zu erleichtern oder zu gewährleisten?

Zu 21.:

Weder die Mitarbeiter/-innen bei Projekten freigemeinnütziger Träger, noch niedergelassene Ärzte/-innen oder andere Organisationen oder Experten/-innen können Auskunft über die Gruppe der Menschen machen, die eine Therapie nicht aufnehmen, abbrechen oder unterbrechen. Bei einer anonymen Testung auf HIV ist die „Nachverfolgung“, ob denn ein positiv Getesteter auch in der Therapie angelangt ist, aus Datenschutzgründen in sehr enge Grenzen gezogen. Die freie Arztwahl in Deutschland macht es schwierig für die Ärzte/-innen, Klienten/-innen nachzuverfolgen, wenn sie ihre Therapie nicht mehr in dieser Praxis erhalten (wollen).

Eine Behandlung kann bislang von Menschen mit unklarem Versicherungsstatus nicht bzw. nur privat finanziert in Anspruch genommen werden. Für diese Gruppe, bei der es sich vornehmlich um Menschen in prekären Lebensverhältnissen handelt, müssen spezifische Lösungsoptionen gefunden werden. Wie unter 28. ausgeführt stellt die Clearingstelle eine erste Option dar. Darüber hinaus wird durch freigemeinnützige Projekte berichtet,

dass beim Übergang von Inhaftierten in Freiheit, Personen nicht in der Therapie „ankommen“. Für diese Gruppe gilt es ein erweitertes Übergangsmanagement zu erarbeiten.

22. Wie viele Ärzt*innen in Berlin sind auf die Behandlung von HIV-Infektionen spezialisiert? Ist die Anzahl und Verteilung dieser Ärzt*innen in den Berliner Bezirken ausreichend um den Zugang zu einer qualitativ hochwertigen HIV-Behandlung für alle Betroffenen zu gewährleisten? Wenn nein, welche Maßnahmen ergreift der Senat um den Zugang für alle Betroffenen zu gewährleisten?

Zu 22.:

Auf Anfrage der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung hat die Kassenärztliche Vereinigung die folgenden Angaben zur Beantwortung der Anfrage gemacht:

Charlottenburg-Wilmersdorf	14
Friedrichshain-Kreuzberg	14
Mitte	14
Neukölln	3
Pankow	9
Steglitz-Zehlendorf	5
Tempelhof-Schöneberg	9
Gesamtergebnis	68

Die Anzahl der Ärzte/-innen wird seitens des Senats als ausreichend erachtet, um allen Patienten/-innen eine qualitativ hochwertige HIV-Behandlung zu gewährleisten. Auf Nachfrage der Verwaltung, ob auch bisher noch nicht in der Versorgung angelangte HIV-positive Menschen mit den bestehenden Kapazitäten qualitativ hochwertig versorgt werden könnten, wurde dies durch die DAGNAE bejaht.

23. Inwieweit plant der Senat den Ausbau von HIV-Ambulanzen in den Berliner Krankenhäusern?

Zu 23.:

Seitens des Senats ist gegenwärtig kein Ausbau von HIV-Ambulanzen in Berliner Krankenhäusern geplant.

24. Inwieweit ist der Zugang für ältere Menschen mit einer HIV-Infektion, die in Pflegeeinrichtungen leben oder aufgrund von Immobilität keinen direkten Zugang zu Arztpraxen haben, gewährleistet?

Zu 24.:

Grundsätzlich gilt auch für Bewohner/-innen von stationären Pflegeeinrichtungen die freie Arztwahl. Die Hausärzte/-innen können Patienten/-innen nach einem Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung weiter betreuen. Stationäre Pflegeeinrichtungen können einzeln oder gemeinsam bei entsprechendem Bedarf Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern schließen. Ärzte/-innen führen auf dieser Grundlage in den stationären Pflegeeinrichtungen regelmäßige Visiten durch und suchen ihre Patienten/-innen darüber hinaus bei bestehendem Bedarf auf. Soweit der Besuch von Arztpraxen erforderlich ist, übernehmen die Pflegeeinrichtungen die Planung und Organisation von Arztbesuchen und der dazu erforderlichen Begleitung durch Bezugspersonen, z.B. durch Angehörige oder zugehörige Personen. Soweit eine Begleitung durch Angehörige

oder zugehörige Personen nicht möglich ist, erfolgt die Begleitung durch Pflege- und Betreuungskräfte der stationären Pflegeeinrichtung (siehe § 1 Punkt 4 des Rahmenvertrages gemäß § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI zur vollstationären Pflege im Land Berlin). Eine Begleitung durch Pflege- und Betreuungskräfte darf nicht gesondert abgerechnet werden.

25. Inwieweit ist der Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Behandlung für Menschen mit einer HIV-Infektion in Justizvollzugsanstalten in Berlin gewährleistet? Wie viele der Ärzt*innen und Krankenpfleger*innen in Berliner Justizvollzugsanstalten haben eine entsprechende Qualifikation zur Behandlung von HIV-Infektionen, von Hepatitiden und STIs? Gibt es eine Zusammenarbeit mit externen Fachärzt*innen, Schwerpunktpraxen, etc. oder mit Beratungs-, Präventions- und Selbsthilfeprojekten?

Zu 25.:

Grundsätzlich hat jede/r Ärztin/Arzt die Qualifikation zur Behandlung einer HIV und anderen Infektionen durch Approbation. Darüber hinaus gelten für die anstaltsärztliche Versorgung der Facharztstandard Allgemeinmedizin. Die Anstaltsärzte/-innen überweisen bedarfsweise die Patienten zur infektiologischen ambulanten oder stationären Behandlung ins Berliner Justizvollzugs Krankenhaus. Dort sind gegenwärtig vier Fachärzte/-innen für Innere Medizin mit langjähriger infektiologischer Erfahrung, insbesondere in der Betreuung von Patienten der in der Frage genannten Diagnosegruppen, beschäftigt. Ein Arzt verfügt über die Bezeichnung Infektiologe (Schweden). Dieser hält regelmäßig entsprechende Spezialsprechstunden ab. In der medizinischen Betreuung in den Anstalten und in der Pflege im Justizvollzugs Krankenhaus werden nahezu ausschließlich examinierte Pflegefachkräfte eingesetzt.

In der Ausstattung verfügt das Justizvollzugs Krankenhaus insbesondere über die Möglichkeit der Elastografie, einem ultraschallgestützten Diagnostikverfahren für Leberschäden sowie Zugang zu allen relevanten Speziallaboratoriumsverfahren bei einem externen Dienstleister. Daneben besteht eine feste Kooperation für interkollegiale Beratung/Falldiskussionen sowie für Zweitmeinungsverfahren mit einem Behandlungszentrum. Weiterhin erfolgt eine Verlegung bei Bedarf in infektiologische Zentren (öffentliche Krankenhäuser), wenn die intramuralen Möglichkeiten nicht ausreichen (Grundlage §76 Abs. 2 StVollzG Bln).

Die Gefangenen in den Berliner Justizvollzugsanstalten werden regelmäßig durch die Berliner Aidshilfe beraten und betreut. Darüber hinaus kooperieren die Justizvollzugsanstalten und die Senatsverwaltung für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung mit der Deutschen AIDS-Hilfe.

Auch die regelmäßig an bestehenden infektionsursächlichen Suchterkrankungen leidenden Patienten werden von entsprechenden freigemeinnützigen Trägern der Suchthilfe betreut.

26. Welche Maßnahmen werden ergriffen, um bei der Entlassung von Gefangenen aus den Justizvollzugsanstalten eine nahtlose HIV-Behandlung zu gewährleisten?

Zu 26.:

Gefangene werden im Rahmen des Übergangsmanagements frühzeitig auf die Entlassung vorbereitet. Hierzu ist insbesondere ein Krankenversicherungsschutz zu etablieren. In komplexen Behandlungsfällen wird ein Kontakt zu einem geeigneten Behandlungszentrum hergestellt und bei Bedarf auch eine Terminvereinbarung vorgenommen.

Darüber hinaus erlauben die Strafvollzugsgesetze die Gewährung von Entlassungsbeihilfen; die auch in Form der Mitgabe von Medikamenten zur Sicherstellung der kontinuierlichen Behandlung erfolgen kann, wovon regelmäßig Gebrauch gemacht wird. In Ausnahmefällen können auch nachgehende Versorgungen nach Haftentlassung (§§ 48, 49 StVollzG Bln) erfolgen.

27. Welche konkreten Maßnahmen plant der Senat, um die HIV-Behandlung von Menschen in Haft weiter zu verbessern?

Zu 27.:

Die Behandlungsmöglichkeiten von HIV-Patienten in Haft sind bereits weit fortgeschritten und gemäß Äquivalenzprinzip nach § 70 Abs. 1 StVollzG Bln etabliert, wonach die medizinischen Leistungen im vollzuglichen Gesundheitswesen den Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte gleichwertig sein müssen. Neuere Entwicklungen wie etwa für die Anwendung der PrEP werden gegenwärtig auf die Umsetzbarkeit im Justizvollzug geprüft.

Auf Grund der nachgewiesenen Wirksamkeit der Opiat-Substitutionsbehandlung in der Infektionsprophylaxe bei Drogengebrauchenden ist für eine Ausweitung dieser Behandlungsform eine Personalverstärkung im Bereich der medizinischen Dienste im nächsten Haushalt vorgesehen.

28. Inwiefern berücksichtigt das Konzept zur geplanten Clearingstelle den Zugang zur medizinischen Versorgung für HIV-infizierte Menschen ohne Krankenversicherung? Wird der schnelle Zugang zu qualitativ hochwertiger HIV-Behandlung auch für diese Personengruppe über die Clearingstelle gewährleistet sein?

Zu 28.:

Ziel der Clearingstelle für Menschen mit unklarem Versicherungsstatus ist die Vermittlung in die Regelversorgung. Sollte die Herstellung eines versicherungsbegründeten Leistungsanspruchs nicht möglich sein, können die Kosten für medizinische Behandlungen über einen Notfallfonds übernommen werden. Keine Person wird aufgrund einer bestimmten Krankheit ausgeschlossen.

29. Inwieweit ist das Ziel, dass 90% aller HIV-infizierten Menschen in Behandlung eine Viruslast unter der Nachweisgrenze haben, bisher erreicht worden? Bitte um Erläuterung in absoluten Zahlen und Bewertung im Detail.

Zu 29.:

Für 2017 werden durch das RKI angenommen, daß 11.600, dies entspricht 95% der Behandelten, unter der Nachweisgrenze liegen. Diese Zahl belegt auch die Einschätzung des Senats, wonach die vorhandenen ärztlichen Kapazitäten für die Behandlung von Menschen mit HIV (siehe 22.) als ausreichend eingeschätzt wird. Diese Situation gilt es zu erhalten.

30. Welche konkreten Maßnahmen ergreift der Senat, um das Ziel, dass 90% aller HIV-infizierten Menschen in Behandlung eine Viruslast unter der Nachweisgrenze haben, bis 2020 zu erreichen?

Zu 30.:

Eine Antwort auf diese Frage erübrigt sich aufgrund der Antwort in 29.

31. Welche Zielgruppen sind dabei in besonderem Maße zu berücksichtigen und wie werden diese mit welchen Maßnahmen erreicht?

Zu 31.:

Siehe Antwort zu 30.

32. Inwieweit ist das Ziel, dass die Stigmatisierung von HIV-infizierten Menschen in Berlin und deren Diskriminierung abgebaut wird, bisher erreicht worden? Bitte im Detail erläutern und bewerten.

Zu 32.:

Seit den ersten Fällen von Aids in den 1980er Jahren haben Betroffene, freigemeinnützige Organisationen, aber auch die Zivilgesellschaft der Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit HIV und Aids entgegengewirkt. Trotz großer Erfolge sind Menschen mit HIV auch in Deutschland und in Berlin immer noch Diskriminierung und Stigmatisierung ausgesetzt. Dies wiederum erhöht die Vulnerabilität für eine HIV-Infektion. Darüber hinaus wird dadurch der Zugang zu Prävention und Behandlung der HIV-Erkrankung oder die Inanspruchnahme weiterer Gesundheitsleistungen behindert.

So beklagt UNAids 2006:

"Diskriminierung verhindert den Zugang von Menschen zu Information, zur Prävention, zu Behandlung und Unterstützung bei einer HIV-Infektion. Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierung hält Menschen davon ab, sich testen zu lassen, ihren Status offen zu legen oder HIV-bezogene Dienste in Anspruch zu nehmen. "

HIV-bezogene Stigmatisierung umfasst die Stigmatisierung aufgrund von HIV und von Phänomenen, die damit in Verbindung gebracht werden, z.B. sexuelle Orientierung, Migrationshintergrund, Drogengebrauch oder Sexarbeit. Um Strategien zum Abbau HIV-bezogener Stigmatisierung entwickeln zu können, muss das Themenfeld in seiner ganzen Dimension und Vielfalt in den Blick genommen werden.

Soll erreicht werden, dass die Zahl erkannter HIV-Infektionen steigt, Behandelbarkeit ermöglicht und damit die Anzahl infektiöser Menschen reduziert wird, müssen alle möglichen Barrieren, die einer Testung entgegenstehen beseitigt, mindestens jedoch reduziert werden. Eine dieser Barrieren stellt die nach wie vor gegebene Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit HIV und Aids dar.

33. Welche konkreten Maßnahmen plant der Senat, um die Stigmatisierung und Diskriminierung von HIV-infizierten Menschen in Berlin bis 2020 (und darüber hinaus) abzubauen?

Zu 33.:

Die im nachfolgenden schlagwortartig benannten Themenfelder zielen über das Jahr 2020 hinaus, da auch für dieses Fast-Track-City Ziel gilt, dass es 2030 umgesetzt sein soll, wobei gerade zur Frage der Diskriminierung und Stigmatisierung eine Quantifizierbarkeit nur sehr schwer umsetzbar ist.

- a) Sicherstellung der Behandlung nicht-versicherter HIV/HCV-infizierter Menschen
- b) Empowerment strukturell benachteiligter Gruppen
- c) Professionalisierung von HIV/Aids vor allem in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens
- d) Kampagnen zur Aufklärung und Sensibilisierung
- e) Schadensminderungsstrategien in Haftanstalten einschl. Sicherstellung der Fortführung von Therapien nach der Haftentlassung

34. Liegen dem Senat – z.B. durch die Arbeit der spezifischen Beratungsstellen oder der LADS – Erkenntnisse vor, in welchen gesellschaftlichen Bereichen und in welchem Umfang es zu Stigmatisierung und Diskriminierung in Berlin kommt? Liegen dem Senat darüber hinaus wissenschaftliche Studien oder anderweitige Untersuchungen vor?

Zu 34.:

Wie sich aus den unter 33. genannten Maßnahmen ablesen lässt, findet Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit HIV in den unterschiedlichsten Bereichen statt, sei dies im Gesundheits- oder Sozialwesen, in Justizvollzugsanstalten, bei öffentlichen oder privaten Arbeitgebern, sei dies durch die Gesetzgebung, die es Menschen nicht ermöglicht eine Behandlung zu erhalten oder sei es auch Diskriminierung und Stigmatisierung innerhalb besonders von Aids betroffener Zielgruppen. Darüber hinaus fließen in Konzeptionalisierungen seitens der Verwaltungen, aber auch der freigemeinnützigen Träger und anderer Organisationen die z.B. über das Webportal der Deutschen Aidshilfe e.V. (38.) bekanntgewordenen Details mit ein.

Darüber hinaus liegen dem Senat sowohl wissenschaftliche Studien wie anderweitige Untersuchungen vor.

35. Wie ist der Stand bei der Entwicklung einer eigenen Antidiskriminierungsstrategie? Wann wurde die bei der Senatsgesundheitsverwaltung angesiedelte Arbeitsgruppe zur Entwicklung von Antidiskriminierungsmaßnahmen eingerichtet, wie setzt sie sich zusammen und wann/wie oft hat sie sich bislang zu welchen konkreten Themen getroffen? Sind in dieser Arbeitsgruppe auch zivilgesellschaftliche oder andere externe Akteur*innen berücksichtigt? Wann ja, wer? Ist die LADS eingebunden? Wann werden die Ergebnisse der Arbeitsgruppe veröffentlicht und umgesetzt? Welche konkreten Konzepte liegen bereits vor?

Zu 35.:

Wie unter 6. ausgeführt, wurde im Rahmen der im letzten Herbst durchgeführten Workshops zur Strukturierung der FTC-Initiative die Arbeitsgruppe zu Stigmatisierung und Diskriminierung eingerichtet. Der Verband für interkulturelle Arbeit e.V. (ViA) und Fixpunkt e.V. erklärten sich bereit einzuladen, weitere Interessierte anzusprechen und erste Ideen zu entwickeln, welche Themenfelder Berücksichtigung finden sollten. In mehreren Sitzungen seit Mai 2018 wurden Ideen gesammelt, welche Themen zu bearbeiten sind.

Darüber hinaus wurde für den Kongress „HIV im Fokus“ ein Themenblock vorbereitet. In der Arbeitsgruppe sind neben den o.g. Projekten noch weitere Projekte der Schwulenberatung Berlin gGmbH, auch ein von der LADS gefördertes Projekt, der Paritätische Berlin, die Berliner Aids-Hilfe e.V. sowie die Deutsche Aidshilfe e.V.. Um eine Abstimmung der Ideen hinsichtlich Zielen und einer konkreteren Maßnahmenplanung zu erreichen, wurden Ende Oktober/Anfang November zwei ganztägige, extern moderierte Workshops durchgeführt. An diesen Workshops waren auch die LADS und weitere freigemeinnützige Träger wie z.B. Hydra e.V. sowie die Landesvereinigung Selbsthilfe Berlin e.V. beteiligt. Die Ergebnisse bilden eine der Grundlagen für die Anmeldung von Mitteln für den Haushalt 2020/21, womit gleichzeitig auch der Zeitrahmen der Umsetzung von Maßnahmen für die zusätzliche Ressourcen benötigt werden, genannt ist. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse ist bislang nicht geplant. Konkrete Konzepte, die im Rahmen eine Zuwendungsgewährung umgesetzt werden können, liegen bislang nicht vor.

36. Inwiefern richten sich Maßnahmen, die die Stigmatisierung und Diskriminierung von HIV-infizierten Menschen abbauen sollen, an
- die Gesamtbevölkerung?
 - Personen im nahen Umfeld eines Menschen mit HIV-Infektion (wie Partner*innen, Angehörige, Freund*innen und Arbeitskolleg*innen, Lehrende, Erzieher*innen, Mitschüler*innen und Kommiliton*innen, Arbeitgebende)?
 - Mitarbeiter*innen der Gesundheitsberufe?
 - Ausbildung, Arbeitsmarkt und freie Wirtschaft?
 - Polizei und Justizvollzug?

Zu 36.:

Die Arbeitsgruppe hat bei ihren bisherigen Überlegungen die vom Fragesteller genannten Zielgruppen, aber auch noch darüber hinausgehende berücksichtigt.

37. Sind öffentliche Kampagnen oder andere Formen der Öffentlichkeitsarbeit geplant?

Zu 37.:

Da die konkrete Maßnahmenplanung noch nicht abgeschlossen ist, kann hier nur hingewiesen werden, dass auch über Kampagnen der unterschiedlichsten Art diskutiert wurde. An dieser Stelle ist mit zu bedenken, dass für eine allgemeine Öffentlichkeitsarbeit zur Thematik HIV (und hier auch zu Diskriminierung und Stigmatisierung von Menschen mit HIV) die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bzw. für spezielle Zielgruppen die Deutsche Aidshilfe e.V. zuständig sind. Das diesen Einrichtungen übergeordnete Bundesministerium für Gesundheit hat in seiner Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (BIS) auch diesen Themenkomplex als vorrangig zu bearbeitend eingestuft. Insofern müssen lokale Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit in einen solchen Rahmen integriert werden.

38. Welche Angebote stehen HIV-infizierten Menschen in Berlin bereit, um sich (rechtliche, psychologische, psychosoziale) Unterstützung im Falle einer Diskriminierung einzuholen? Wie bewertet der Senat das aktuelle Angebot hinsichtlich Nachfrage, Personalausstattung und Kapazitäten? Wird möglicherweise eine Verstärkung der Unterstützungsangebote erwogen, und wenn ja, inwiefern? Wenn nein, warum nicht?

Zu 38.:

In allen geförderten Projekten des Handlungsfeldes „HIV/Aids, sexuell übertragbare Infektionen sowie Hepatitiden“ des Integrierten Gesundheitsprogrammes erhalten HIV-infizierte Menschen, die diskriminiert wurden, Unterstützungsangebote. Zwar liegen dem Senat keine Rückmeldungen zu Engpässen der Projekte speziell zur Bearbeitung dieser Fragestellung vor, es ist aber davon auszugehen, dass die vorhandenen personellen und sächlichen Ressourcen nicht ausreichen werden, um weitere Maßnahmen, wie sie gerade in Entwicklung auch der Unterarbeitsgruppe „Diskriminierung und Stigmatisierung“ sind, durchführen zu können.

Selbstverständlich sind auch die Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung als Einrichtungen zu nennen, die Betroffenen Unterstützungsangebote hierzu anbieten. Neben den durch die für Gesundheit zuständige Verwaltung geförderten Projekten gibt es weitere Projekte die sich mit der Thematik Diskriminierung und Stigmatisierung auseinandersetzen und die Betroffenen Unterstützungsmöglichkeiten anbieten. Darüber hinaus betreibt auch die Deutsche Aidshilfe e.V. ein Webportal (<https://hiv-diskriminierung.de/>) zur Thematik und bietet Betroffenen Unterstützung.

39. Welche Maßnahmen ergreift der Senat, damit die Bekanntheit und Nutzung von entsprechenden Beratungsangeboten für Betroffene gesteigert wird?

Zu 39.:

Der Senat sieht bislang keine Notwendigkeit sich in die Eigenverantwortung der geförderten Projekte bezüglich deren Öffentlichkeitsarbeit sowie konkreter Projektsteuerung einzumischen.

40. Welche konkreten Maßnahmen verfolgt der Senat, um die Zahl der HIV-Neuinfektionen in Berlin dauerhaft zu reduzieren?

Zu 40.:

Da auch der verantwortungsvolle Umgang mit einer HIV-Infektion eine Maßnahme der Prävention von Neuinfektionen darstellt, erbringen alle vom Senat geförderten Projekte im Handlungsfeld „HIV/Aids, sexuell übertragbare Infektionen sowie Hepatitiden“ im Integrierten Gesundheitsprogramm Leistungen zur Reduzierung von HIV-Neuinfektionen.

Zu nennen sind darüber hinaus die Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung der bezirklichen Gesundheitsämter.

Als „konkrete Maßnahmen“ seien hier beispielhaft benannt:

- die Präventionsarbeit mit Jugendlichen durch die Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung
- die durch Mittel der öffentlichen Hand finanzierten Testangebote zu HIV
- das zum 14. November des Jahres gestartete PrEP-Modellprojekt des Checkpoint BLN
- die aufsuchende Arbeit in schwulen communities durch manCheck
- die aufsuchende Arbeit von Mobilix, einschl. der Weitergabe von Schadensminimierungsmaterialien

Eine Förderung der Präventionsarbeit für Jugendliche im Rahmen eines Angebots freige-meinnütziger Träger ist mit den vorhandenen Ressourcen nicht möglich, bzw. müssten hierzu Angebote für Betroffene reduziert werden.

41. Welche Zielgruppen sind dabei in besonderem Maße zu berücksichtigen und wie werden diese mit welchen Maßnahmen erreicht? Welche spezifischen Gruppen sind mit den bisherigen Angeboten der Prävention nicht erreichbar?

Zu 41.:

Die Präventionsarbeit zu HIV muss vordringlich die Menschen, die sich einem erhöhten Infektionsrisiko aussetzen, erreichen. Bezogen auf die epidemiologischen Daten zu HIV ist Sex zwischen Männern in Berlin der am häufigsten auftretende Infektionsweg. Wenngleich der Anteil dieser Gruppe in den letzten Jahren leicht fallend ist, so stellt sie nach wie vor die am stärksten von HIV betroffene Gruppe dar.

Heterosexuelle Kontakte als Infektionsweg erhöhen sich in den zurückliegenden Jahren auf geringem Niveau. Injizierender Drogengebrauch ist als Infektionsweg von HIV in Berlin im Gegensatz zu anderen deutschen Metropolen mit sehr geringen Zahlen belegt. Die genannten Zielgruppen werden durch die von der für Gesundheit zuständigen Verwaltung geförderten Projekte des Handlungsfeldes „HIV/Aids, sexuell übertragbare Infektionen sowie Hepatitiden“ des Integrierten Gesundheitsprogramms durch die von ihnen für die Zielgruppen unterbreiteten Angebote erreicht. Nähere Angaben hierzu können den Konzeptionen der einzelnen Projekte entnommen werden.

Dem Senat sind keine Zielgruppen bekannt, die sich den Präventionsangeboten verweigern würden.

42. Inwiefern richten sich entsprechende Maßnahmen auch an Tourist*innen in Berlin?

Zu 42.:

Touristen/-innen sind von Präventionsmaßnahmen nicht ausgeschlossen. Der Senat fördert deshalb auch keine Präventionsmaßnahmen, die sich ausschließlich nur an Touristen/-innen wenden.

43. Inwieweit richten sich Präventions- und Aufklärungsangebote an Migrant*innen, insbesondere aus Staaten mit erhöhten Prävalenzraten?

Zu 43.:

Eine zielgruppenspezifische und -gerechte Ansprache ist die Voraussetzung dafür, dass Präventions- und Aufklärungsziele erreicht werden können. Hiervon ausgehend hat der Senat in den zurückliegenden Jahren auch die Förderung der zuwendungsfinanzierten Projekte in freigemeinnütziger Trägerschaft (weiter-)entwickelt. Beispielhaft sei auf die Netzwerkstelle Migration bzw. das Projekt Afrikaherz beim Verband für interkulturelle Arbeit verwiesen. Aber auch das Projekt Mobilix von Fixpunkt e.V. richtet sein Vor-Ort-Angebot an den Bedarfen der Migranten/-innen z.B. im Görlitzer Park aus.

44. Wie viele Personen werden von dem PrEP-Modellprojekt profitieren?

Zu 44.:

Zwischen 500 und 700 Personen können mit den zur Verfügung stehenden Mitteln an dem Modellprojekt teilnehmen. Da die PrEP nicht als Dauermedikamentation eingenommen werden muss, erklärt sich so die Spannweite der Zahlen.

45. Unter Erfüllung welcher Kriterien müssen die Kosten für die PrEP im Rahmen des Modellprojekts nicht von dem/der Nutzer*in selbst gezahlt werden? Plant der Senat weitere Personengruppen zu identifizieren, die ebenfalls Anspruch auf eine Kostenübernahme haben sollten, bspw. Studierende mit geringem Einkommen?

Zu 45.:

Zur Aufnahme in das PrEP-Modellprojekt müssen Nutzer/-innen die Bedingungen des Berlin-Passes erfüllen, damit knappe und teure Beraterische Ressourcen nicht für Überprüfungen von Dokumenten des Sozialamtes eingesetzt werden müssen. Darüber hinaus werden alle Nutzer/-innen zur PrEP beraten. Menschen, die sich keinem Infektionsrisiko aussetzen, wird dann von der PrEP abgeraten. Vor dem Hintergrund der vom Bundesgesetzgeber geplanten Gesetzesänderung, die auch die PrEP als GKV- und PKV-Leistung vorsieht, plant der Senat zum jetzigen Zeitpunkt keinerlei Änderungen bei den Kriterien für das Modellprojekt. Erst wenn die Einzelheiten der neuen gesetzlichen Regelung detailliert bekannt sind, also auf keinen Fall vor dem 2. Halbjahr 2019, sind hier u.U. Anpassungen vorzunehmen.

46. Inwiefern fördert der Senat, dass Veranstalter*innen und Clubbetreiber*innen auf die safety4free Kampagne von manCheck aufmerksam werden und ihr beitreten?

Zu 46.:

„manCheck“, als Projekt der Schwulenberatung gGmbH, wird für seine Präventionsarbeit ausschließlich über Zuwendungsmittel seitens der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung finanziert. Maßnahmen und Kampagnen von geförderten Trägern werden mit der finanzierenden Verwaltung abgesprochen. Unterstützungsmöglichkeiten werden in diesem Zusammenhang durch Träger und Projekte erörtert. Zur vom Fragesteller angeführten Kampagne liegt bislang keine Unterstützungsbitte oder ähnliches seitens des Projektes vor.

47. Inwieweit plant der Senat Spritzenaustauschprogramme zu fördern und auszubauen, um Neuinfektionen bei Drogenkonsumierenden zu reduzieren? Inwiefern werden diverse Sprachangebote in diesen Maßnahmen berücksichtigt?

Zu 47.:

Der Senat von Berlin fördert seit Anfang der 1990-er Jahre Spritzentausch- und Schadensminderungsstrategien bei injizierenden Drogengebraucher/-innen. Da der Senat bei seiner Förderung, auch gegen den Willen anderer Interessengruppen an der Finanzierung der Maßnahmen festgehalten hat, haben sich in Berlin, verglichen mit anderen deutschen Großstädten die Anzahl HIV-infizierter injizierender Drogengebraucher/-innen in den zurückliegenden Jahren auf einem sehr geringen Stand eingependelt. Bei den Vor-Ort-Maßnahmen werden einerseits pädagogische Fachkräfte eingesetzt, die die Sprache sprechen können oder es wird auf Sprachmittler zurückgegriffen.

48. Welche konkreten Maßnahmen unternimmt oder plant der Senat um Sexarbeiter*innen vor HIV-Neuinfektionen zu schützen? Inwiefern werden diverse Sprachangebote in diesen Maßnahmen berücksichtigt?

Zu 48.:

Der Senat hat in Zusammenhang mit der Umsetzung des Prostituiertenschutzgesetzes die Mittel für Beratung, Information und Betreuung von Sexarbeiter/-innen deutlich erhöht. Auch Mittel für Sprachmittlung sind hier enthalten.

49. Welche Aktivitäten hat der Senat bislang unternommen oder vor, um eine bundesweite Lösung zur kostenlosen Vergabe von Verhütungsmöglichkeiten zu erreichen?

Zu 49.:

Laut der Richtlinien der Regierungspolitik setzt sich der Senat im Rahmen der Gleichstellung „für eine bundesweite Lösung zur kostenlosen Vergabe von Verhütungsmitteln ein“. Die Gewährung empfängnisregelnder Mittel durch das Land Berlin in den vergangenen Jahren beruht seit 2005 auf Freiwilligkeit. Eine gesetzliche Grundlage für einen Anspruch gibt es seit der Einführung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) am 1. Januar 2004 und der Neuregelung des Sozialhilferechts in den Sozialgesetzbüchern II und XII nicht mehr. Die früher nach § 36 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) gesetzlich verankerte „Hilfe zur Familienplanung“ ist seit dem 1. Januar 2005 entfallen.

Die Bundesregierung wurde 2012 und 2014 auf Beschluss der Jugend- und Familienministerkonferenz sowie 2017 auf Beschluss der Gleichstellungs- und Frauenministerkonferenz wiederholt gebeten zu prüfen, ob Hilfeempfangende von den Kosten der Empfängnisverhütung durch bundesgesetzliche Regelungen entlastet werden können.

Seit 2017 läuft ein vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördertes dreijähriges Modellprojekt der pro familia an sieben Standorten. In der Praxis soll erprobt werden, wie die kostenlose Vergabe von Verhütungsmitteln organisiert werden kann und welche gesetzlichen Rahmenbedingungen erforderlich sind. Es sollen zuverlässige Daten erhoben werden, die langfristig die Grundlage für eine bundesweite Regelung bilden können. Berlin unterstützt alle Beschlüsse und Initiativen.

50. Welche strategischen Überlegungen und Vorbereitungen gibt es seitens des Senats, um die mittelfristige Strategie der FTC-Initiative umzusetzen, also 100% der ersten drei Ziele zu erreichen und die Aids-Epidemie zu beenden?

Zu 50.:

Die Aids-Epidemie beenden ist nicht damit gleichzusetzen, dass es keine HIV-Infektionen mehr geben wird. Das Ziel Aids zu beenden soll dabei 2030 erreicht werden.

Berlin, den 27. November 2018

In Vertretung

Boris Velter
Senatsverwaltung für Gesundheit,
Pflege und Gleichstellung