FAST TRACK CITY BERLIN

Vorschlag für einen Aktionsplan zur Weiterentwicklung der Fast Track City Berlin – Gemeinsam gegen HIV, Hepatitiden, STI und TBC

November 2025



FAST TRACK CITY
NETZWERK BERLIN

Erstellt von:
Fast Track City Netzwerk Berlin

Gestaltung:
Łukasz Czeladziński

Bei Fragen und Anliegen kontaktieren Sie bitte:
koordination@ftcn.berlin

Inhalt

Vorwort 4

Vorschlag für einen Aktionsplan zur Weiterentwicklung der Fast Track City Berlin – Gemeinsam gegen HIV, Hepatitiden, STI und TBC 6

Executive Summary 7

Ziele und Handlungsgrundlagen 8

Handlungsfelder und Maßnahmen 9

- Querschnittsthema: Diskriminierung und Stigmatisierung abbauen 9
- Querschnittsthema: Angebote bedarfsorientiert gestalten 12
- Handlungsfeld Prävention 15
- Handlungsfeld Test und Diagnose 18
- Handlungsfeld Versorgung 20

Koordinierung und Evaluierung 22

- Koordinierungsstelle 22

Glossar 23

Anlage 1: Aufgaben der Koordinierungsstelle 25

Anlage 2: Zielematrix der Maßnahmen 26

Vorwort

Sehr geehrte Leser*innen,

vor Ihnen liegt der Vorschlag für einen ersten „Fast Track City Aktionsplan“ für das Land Berlin mit dem Ziel, HIV-Neuinfektionen, bakterielle STIs, Hepatitiden (insbesondere HCV) und Tuberkulose bis 2030 deutlich zu reduzieren und dem übergeordneten Ziel, Aids zu beenden. Wir – das Fast Track City Netzwerk Berlin – freuen uns, diesen Entwurf vorzustellen.

Berlin ist seit 2016 der internationalen Fast Track City Initiative beigetreten. Um die Ziele dieser „Initiative to End Aids“ zu erreichen, ist ein entschlossenes und gemeinsames Handeln von entscheidender Bedeutung. Insbesondere aufgrund globaler Entwicklungen, durch die Menschenrechte und eine Gesundheitsversorgung für alle Menschen geschwächt werden, können wir nicht davon ausgehen, dass erreichte Fortschritte weiter erhalten bleiben und die Zielerreichung der weltweiten Fast Track City Initiative selbstverständlich, planmäßig und linear näher rückt.

Seit mehr als 40 Jahren fördert das Land Berlin finanziell wirksame und nachhaltige Versorgungsstrukturen für Menschen, die mit HIV leben, an Aids erkrankt oder von anderen Public Health relevanten übertragbaren Infektionen betroffen sind. Möglichkeiten der Behandlung konnten verbessert werden. Aber immer noch ist Aids, trotz vieler Fortschritte in Forschung und Behandlung, nicht heilbar. Der Abbau der Diskriminierung von Menschen mit HIV/Aids, bakteriellen STIs, viralen Hepatitiden und Tuberkulose erfordert nach wie vor große Aufmerksamkeit. Immer wieder schaffen internationale Entwicklungen neue, erhöhte und abgeänderte Bedarfe und Herausforderungen für die Beendigung von Aids.

Das gesundheitspolitische Handlungsfeld HIV/Aids, STI und Hepatitiden hat sich in den zurückliegenden Jahrzehnten ständig weiterentwickelt. Das vom Land Berlin beauftragte „Entwicklungskonzept für die Prävention von HIV/Aids, sexuell übertragbaren Infektionen und Hepatitiden in Berlin“ wurde 2010 veröffentlicht und auf dieser Grundlage ein umfangreicher Prozess der Weiterentwicklung der Angebote mit den freien Trägern und weiteren Akteur*innen in diesem Handlungsfeld durch die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung initiiert.

Aus diesem Prozess sind beispielgebende „Leuchttürme“ entstanden: die Berliner Testkampagne für ein trägerübergreifendes Beratungs- und Testangebot zu HIV/Aids, Syphilis und HCV ist heute ein Regelangebot bei freien Trägern, finanziert durch das Land Berlin. Mit dem Checkpoint BLN wurde ein Community-basiertes Test- und Behandlungsangebot mit integrierter Versorgung für vulnerable Zielgruppen geschaffen, das ebenfalls aus Landesmitteln finanziert wird.

Darüber hinaus wurden in den zurückliegenden Dekaden spezialisierte Betreuungs- und Pflegeangebote für die Zielgruppen geschaffen, ebenso wie niedrigschwellige Infektionsprophylaxe.

Seit 2019 übernimmt die GKV die Kosten für PrEP-Medikamente und Begleituntersuchungen bei Menschen mit erhöhtem HIV-Risiko und in der aufsuchenden Vor-Ort-Arbeit werden HIV-Selbsttests ausgegeben. Die Behandlung für Menschen ohne Krankenversicherung mit HIV wurde in den letzten Jahren gestärkt.

Die genannten Meilensteine sind beispielhafte Entwicklungen. Ein weiterer Meilenstein soll ein Aktionsplan zur Weiterentwicklung der Fast Track City Berlin sein.

Mit diesem Entwurf und Vorschlag für einen Aktionsplan knüpfen wir an das Erreichte der bestehenden Strukturen und erfolgreichen Maßnahmen an, um die gemeinsamen Ziele auch zukünftig weiter zu verfolgen und zu erreichen.

Die im vorgeschlagenen Aktionsplan formulierten Maßnahmenempfehlungen basieren auf den Erfahrungen und Ergebnissen aus mehreren Jahrzehnten intensiver Zusammenarbeit. Sie bündeln Fachkompetenz, nachhaltige Strategien und eine langfristige Vision: Eine Welt ohne Aids. Dabei wird das Rad nicht neu erfunden, sondern die Effizienz und Zielgenauigkeit bewährter Ansätze werden weiterentwickelt.

Das Fast Track City Netzwerk Berlin bündelt zahlreiche Angebote und Projekte. Durch die vertiefte trägerübergreifende Zusammenarbeit und die Vernetzung mit Communities mit erhöhtem HIV-Risiko wird eine kosten- und arbeitseffiziente Umsetzung sichergestellt und die Menschen in den Mittelpunkt gestellt, die erreicht werden sollen.

Das Fast Track City Netzwerk Berlin ist ein integraler Bestandteil der gesundheitlichen Grundversorgung in der Hauptstadt. Insbesondere in Krisenzeiten – ob während der COVID-19-Pandemie oder in der Bewältigung der Mpox-Ausbrüche – hat das Netzwerk bewiesen, wie wichtig eine fundierte Vernetzung und Expertise in der Arbeit mit Communities für die Stärkung der individuellen Gesundheit, den Gesundheitsschutz der Gesamtgesellschaft, die Entlastung des Gesundheitssystems und nicht zuletzt für die Stärkung von Menschenrechten sind. Diese Expertise nutzen wir, um mit unseren vielfältigen Aufgaben und Angeboten neue Herausforderungen zu meistern und die Gesundheitsversorgung weiter zu stärken. Dabei spielt der Öffentliche Gesundheitsdienst allgemein und ganz besonders die Zusammenarbeit mit dem Zentrum für sexuelle Gesundheit an seinen verschiedenen Standorten eine große Rolle.

Unser Ziel ist es, in Berlin Menschen zu erreichen, die von HIV, bakteriellen STIs, viralen Hepatitiden sowie Tuberkulose betroffen sind. Der Vorschlag für einen Aktionsplan bietet eine klare Struktur und detaillierte Themenschwerpunkte für Prävention, Diagnostik und Versorgung.

In Fortsetzung der bewährten Tradition einer Zusammenarbeit von Politik, Verwaltung und Zivilgesellschaft verfolgt das Netzwerk die Absicht, diesen Vorschlag für einen Aktionsplan Fast Track City Berlin als Gesprächseinladung an alle relevanten Akteur*innen zu nutzen. Wir möchten gemeinsam evaluieren und festlegen, wie wir Berlin zu einer lebenswerten, gesünderen und sicheren Stadt weiterentwickeln können.

Gemeinsam können wir nachhaltige Lösungen gestalten und die gesetzten Ziele in der Bekämpfung von HIV, Aids und anderen Infektionskrankheiten erreichen. Wir können das nicht alleine tun. Wir brauchen einen gesamtstädtischen Zusammenhalt, um alle Menschen in Berlin vor HIV, Aids und anderen Infektionskrankheiten zu schützen.

Das Fast Track City Netzwerk Berlin

Vorschlag für einen Aktionsplan zur Weiterentwicklung der Fast Track City Berlin – Gemeinsam gegen HIV, Hepatitiden, STI und TBC

In den Richtlinien der Berliner Regierungspolitik 2023–2026 hat sich Berlin als Mitglied der „Fast Track Cities Initiative to End Aids (FTC)“ zum Ziel gesetzt, die HIV-Pandemie bis 2030 zu beenden. Mit den viralen Hepatitiden B und C, Tuberkulose (TBC) sowie der Syphilis und weiteren sexuell übertragbaren Infektionen (Sexually Transmitted Infections, STI) gibt es psychosoziale Gemeinsamkeiten und Überschneidungen. Diese legen eine kombinierte Strategie nahe, um Synergien zu nutzen und Wechselwirkungen zu berücksichtigen.

Im Rahmen der Fast Track City-Initiative führt der Senat die Berliner HIV/AIDS- Beratungs- und Versorgungsstrukturen fort, verstetigt sie mit Kommunikationsstrategien und begleitet sie durch eine Koordinierungsstelle unter Beteiligung des Fast Track City Netzwerks (FTCN) Berlin[1] Auf der Basis seines Leitbilds[2] hat das Netzwerk einen Vorschlag für einen Aktionsplan entwickelt. Der Aktionsplan soll vom Senat verabschiedet und gemeinsam mit dem Fast Track City Netzwerk in die Tat umgesetzt werden.

„Die FTC-Initiative stützt sich auf das Menschenrecht auf Gesundheit[3] und folgt der Zielsetzung von UNAIDS[4] Diese stellt Menschen mit HIV in den Mittelpunkt und strebt ein Minimum an Diskriminierung sowie ein Maximum an erfolgreicher Behandlung an. Über die FTC-Ziele hinaus strebt sie auch das von der UN formulierte Ziel „95“ für kombinierte Prävention an. Die Initiative orientiert sich zudem an der BIS 2030 Strategie zu HIV/AIDS des Bundes[5] und an den Ergebnissen der Evaluation der BIS 2030-Strategie durch das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)[6].“

[1] www.berlin.de/rbmskzl/politik/senat/richtlinien-der-politik/#6 (Zugriff 05.10.2025)
[2] https://ftcn.berlin/leitbild/
[3] www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health (Zugriff 10.11.2025)
[4] www.unaids.org/sites/default/files/2025-AIDS-Targets_en.pdf (Zugriff 22.10.2025)
[5] www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/hiv-hepatitis-und-sti/bis-2030/ (Zugriff 27.10.2025)
[6] www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/ECDC_Halbzeitbilanz_der_deutschen_BIS_2030_Strategie_bf.pdf (Zugriff 22.10.2025)

Executive Summary

Der Vorschlag für einen Aktionsplan des Fast Track City Netzwerks Berlin soll einen Beitrag zur Optimierung der Prävention, Diagnostik und Behandlung von HIV, Virushepatitis, STI und TBC leisten. Er zeigt Berlin-spezifische Handlungsfelder für Gesundheit, Justiz, Soziales, Jugend, Antidiskriminierung, Inneres und Integration sowie für Fachverbände, Kassenärztliche Vereinigung und Ärztekammer.

Innerhalb eines *Public-Health*[7]-Ansatzes beruft er sich auf die sozialen Determinanten der Gesundheit, den Abbau von Stigmatisierung und Diskriminierung, die *strukturelle Prävention*, die Schadensminderung (*Harm Reduction*), den Präventionseffekt der Behandlung, auf Evidenz, Bedarfs- und Wirkungsorientierung sowie auf die Beteiligung (Partizipation) der betroffenen Menschen und *Communities* auf allen Ebenen.

Das Recht von Menschen mit HIV, Virushepatitis, STI oder TBC auf gesundheitliche Versorgung muss unabhängig sein von Geschlecht, sexueller Orientierung und geschlechtlicher Identität, sozioökonomischem Status, Aufenthaltsstatus, Sprache, religiöser oder kultureller Zugehörigkeit und Versicherungsstatus. Hierzu sieht der Plan Antidiskriminierungskampagnen, Schulungen für den Gesundheitssektor, die Stärkung der Clearingstelle für Menschen ohne Versicherung sowie den Abbau struktureller Hürden vor.

Im Handlungsfeld Prävention geht es um lebensweltgerechte Ansprache und zielgruppenorientierten Zugang zu *Prä-Expositions-Prophylaxe*, *Treatment as Prevention* und *Post-Expositions-Prophylaxe* für HIV, zu Safer Sex und Safer Use für HIV, Virushepatitis und STI, zu Schutzimpfungen für Hepatitis A/B und HPV, zu früher Diagnose und Behandlung für STI sowie zur präventiven TBC-Behandlung.

Im Handlungsfeld Test und Diagnose sollen besonders vulnerablen Gruppen anonyme, kostenlose, Community-basierte und niedrigschwellige Testangebote zur Verfügung stehen.

Informationsdefizite unter Fachkräften sollen ausgeglichen und *Indikatorerkrankung-geleitete* Testangebote in die Primärversorgung integriert werden.

Im Handlungsfeld Versorgung gilt es, die aktuellen Behandlungsstandards auch in besonderen *Settings* wie Haftanstalten zu sichern sowie Nachsorgeprogramme und psychosoziale Unterstützung der Therapieformen auszubauen. Auch Menschen ohne Versicherungsschutz soll der Zugang zu allen Behandlungskomponenten ermöglicht werden. Für eine diskriminierungssensible Behandlung soll das Personal besonders zum Thema Gendervielfalt geschult werden.

Die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung hat die Steuerungs- und Entscheidungszuständigkeit für die Maßnahmen. Eine Koordinierungsstelle stimmt Aktivitäten mit internen und externen Akteur*innen ab und koordiniert Umsetzung und Evaluierung.

[7] *Kursiv* gedruckte Begriffe und Abkürzungen sind im Glossar erklärt.

Ziele und Handlungs-grundlagen

Ziel eines Aktionsplans zur Weiterentwicklung der Fast Track City Berlin ist es, in Berlin einen Beitrag zur Optimierung der Prävention, Diagnostik und Behandlung von HIV, Virushepatitis, STI und TBC im Sinne der übergeordneten Ziele zu leisten. Er benennt Handlungsfelder für Gesundheit, Justiz, Soziales, Jugend, Antidiskriminierung, Inneres und Integration sowie für Fachverbände, Kassenärztliche Vereinigung und Ärztekammer. Er setzt Berlin-spezifische Schwerpunkte und beschreibt Handlungsfelder.

Der Abbau von Stigmatisierung und Diskriminierung ist eine zentrale Handlungsgrundlage des Aktionsplans und des FTCN Berlin. Dies bedeutet gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsangeboten gestützt auf eine Akzeptanz der Lebenswelten.

Der Plan folgt dem *Public-Health*-Ansatz mit Hauptaugenmerk auf Senkung der *Mortalität* und *Morbidität* sowie auf Reduktion der *Transmissionsraten*. Hierzu gehören die wissenschaftliche Beobachtung und Analyse der epidemiologischen Entwicklungen (Surveillance) einschließlich der aktiven Fallfindung sowie Diagnose, Behandlung und Prävention.

Der Vorschlag für den Aktionsplan beruft sich auf die Prinzipien der *strukturellen Prävention*, der Schadensminderung (*Harm Reduction*), den Präventionseffekt der *Prä-Expositions-Prophylaxe* durch Medikamenteneinnahme (PreP) und der Behandlung (*Treatment as Prevention, TasP*) sowie auf Evidenz und Wirkungsorientierung bei der Gestaltung der Maßnahmen. Diese müssen bedarfsorientiert sein und dabei die sozialen Determinanten der Gesundheit[8] (z. B. Wohn- und Lebensverhältnisse) berücksichtigen. Institutionelle und strukturelle Barrieren gilt es zu abzubauen.

Bei der Auswahl der Handlungsfelder und Gestaltung der Maßnahmen orientiert sich der vorgeschlagene Aktionsplan an den Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, u. a. Setting-Ansatz, Empowerment, Partizipation, Multiplikatoren-konzept, Nachhaltigkeit und Integriertes Handeln.[9]

[8] www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/determinanten-der-gesundheit/ (Zugriff 27.10.2025)
[9] www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/good-practice-kriterien/ (Zugriff 22.10.2025)

Handlungsfelder und Maßnahmen

1. Querschnittsthema: Diskriminierung und Stigmatisierung abbauen

1.1 Hintergrund

Stigmatisierung und Diskriminierung sind Menschenrechtsverletzungen. Die Abwertung von Lebenswelten, Lebensweisen und Personen verstärkt die Vulnerabilität für Infektionen und beeinträchtigt den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung. Dies schadet nicht nur den direkt Betroffenen, sondern der gesamten Bevölkerung und somit der öffentlichen Gesundheit.

Diskriminierung und Stigmatisierung abbauen bedeutet, die Menschenrechte der Menschen zu schützen, die mit HIV, Virushepatitis, STI oder TBC leben oder dafür vulnerabel sind. Alle Menschen haben ein Recht auf gesundheitliche Versorgung, einschließlich Prävention, Diagnostik, Behandlung und Begleitung. Der Zugang zur Versorgung muss unabhängig sein von Geschlecht, sexueller Orientierung und gender Identität, sozioökonomischem Status, Aufenthaltsstatus, Sprache, religiöser oder kultureller Zugehörigkeit, Hautfarbe oder der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe, z. B. Menschen in Haft, Sexarbeitende oder drogenkonsumierende Menschen. Dies gilt insbesondere auch für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz.

> „Häufig werden Menschen aufgrund mehrerer Merkmale diskriminiert. Es entsteht eine gegenseitige Überschneidung und Verstärkung (Intersektionaliät[10]), aus der neue Diskriminierungsformen entstehen können. Zum Beispiel beruhen rassistische Zuschreibungen auf rassistischen Strukturen und Prozessen in der Gesellschaft, die Schwarze Menschen und People of Colour benachteiligen. Struktureller Rassismus führt zu Ausgrenzung, sozialer Ungleichheit und damit auch zu einem schlechteren Zugang zu Gesundheitsleistungen. Die intersektionale Perspektive ist Voraussetzung für den Erfolg von Antidiskriminierungsmaßnahmen.“

[10] www.vielfalt-mediathek.de/intersektionalitaet (Zugriff 27.10.2025)

Stigma und Diskriminierung beziehen sich nicht nur auf den Infektionsstatus, sondern auch auf seine Assoziation mit Verhaltensweisen wie Drogengebrauch und Sex. Sexualität ist ein wesentlicher Teil des Lebens. Werden diese Verhaltens- und Lebensweisen tabuisiert, behindert dies den Zugang zu Aufklärung, Prävention, Diagnostik und Behandlung von HIV und anderen STI. Enttabuisierung und Akzeptanz sind Voraussetzungen für Teilhabe.

1.2 Handlungsbedarf

Auch in Berlin sind weitere Maßnahmen gegen die Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen aufgrund von HIV, anderen übertragbaren Infektionen, sexueller und geschlechtlicher Vielfalt, Herkunft, Hautfarbe, Drogengebrauch, Aufenthalts- und Versicherungsstatus nötig. Wir müssen:

- Diskriminierenden Einstellungen in der Bevölkerung entgegenwirken
- Diskriminierung in Institutionen und im Kontakt mit Betroffenen abbauen
- Strukturelle Hürden beseitigen (z. B. die Kriminalisierung von Sexarbeit und Drogengebrauch)
- Menschen ohne Krankenversicherung den Zugang zu Gesundheitsleistungen sichern.

„Die Stärkung und Ermächtigung (Empowerment) der betroffenen Communities ist ein bedeutender Faktor für Prävention und Gesundheitsförderung. Sie sind Expert*innen ihrer Lebenswelten und können authentisch die Notwendigkeit eines professionellen, diskriminierungssensiblen Umgangs vermitteln sowie Diskriminierungsfallen und alternative Handlungsmöglichkeiten aufzeigen. Partizipation[11] reicht von der Information der Betroffenen über geplante Maßnahmen bis zur ihrer Entscheidungskompetenz bei deren Auswahl und Gestaltung (Stufen der Partizipation[12]).“

[11] www.pq-hiv.de (Zugriff 27.10.2025)

[12] www.pq-hiv.de/de/stufen-der-partizipation (Zugriff 27.10.2025)

1.3 Teilziele und Maßnahmenempfehlungen

Das Prinzip N=N ist allgemein bekannt – Wissen reduziert Diskriminierung.

- Antidiskriminierungskampagne (Beispiele FTC-Städte Paris und London) durchführen.
- Allgemeinbevölkerung und bestimmte Zielgruppen (z. B. geflüchtete Menschen) über *N=N* aufklären.
- Beschwerdestellen im Gesundheitswesen sensibilisieren und schulen.

Menschen mit HIV sind im Beruf nicht benachteiligt.

- Deklaration #positivarbeiten[13] umsetzen und auf Menschen mit Virushepatitis bzw. Tuberkulose ausweiten.
- In allen Senatsverwaltungen, nachgeordneten Einrichtungen und Bezirken sowie landeseigenen Betrieben, Hochschulen und Klinikenregelmäßig Schulungen durchführen.

Behandlung, Beratung und Begleitung sind diskriminierungssensibel und rassismuskritisch.

- Einrichtungen des Gesundheitswesens, der Pflege und der sozialen Arbeit nutzen vorhandene Materialien[14], um Mitarbeitende zu mehrdimensionalen Benachteiligungen und der diskriminierungssensiblen Behandlung, Beratung und Begleitung zu schulen.
- Niedergelassene ärztliche Praxen werden für eine bessere Versorgung von Trans*Menschen sensibilisiert, geschult und ausgerüstet.
- Die Clearingstelle für die Versorgung von Nichtversicherten wird finanziell ausreichend ausgestattet.
- Runder Tisch mit relevanten Berliner Akteur*innen (Zahnärztekammer, Ärztekammer, Aidshilfe, *KV/KZV*, Verantwortlichen aus der Pflege, Community-Vertreter*innen, Beratungsstellen) findet regelmäßig statt, um gemeinsam Schritte zu planen.

Betroffene sind beteiligt (Partizipation).

- Akteur*innen beteiligen Menschen mit HIV, Virushepatitis, STI und TBC sichtbar und binden sie in die Entwicklung, Umsetzung und Evaluierung aller Strategien und Maßnahmen ein, die Menschen mit diesen Infektionen betreffen.

Strukturelle Hürden sind abgebaut.

- Das FTC-Netzwerk setzt sich aktiv für die Entkriminalisierung von Sexarbeit und Drogengebrauch, ein (Abschaffung bzw. Reformierung von *ProstSchG*, *BtmG* und Aufenthaltsrecht).
- FTC-Partner beteiligen sich aktiv an der geplanten Evaluation des *ProstSchG*.
- Das FTC-Netzwerk setzt sich aktiv für die die Reformierung der Sozialversicherungsgesetze ein, um allen Menschen den Zugang zu einerKrankenversicherung zu ermöglichen.

---

[13] www.berlin.de/rbmskzl/aktuelles/pressemitteilungen/2022/pressemitteilung.1244574.php (Zugriff 27.10.2025)

[14] www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/public-health/menschen-mit-hiv-aids, www.praxis-vielfalt.de/ www.lernen.aidshilfe.de/e-learning-hiv-und-pflege/ (Zugriff 27.10.2025)

2. Querschnittsthema: Angebote bedarfsorientiert gestalten

2.1 Hintergrund

Verschiedene Bevölkerungsgruppen haben spezifische Bedürfnisse und benötigen passgenaue Maßnahmen, die ihre Lebenswelten berücksichtigen und auf sie eingehen.

Bedarfsorientierung erfordert eine wissenschaftlich fundierte Bedarfsermittlung. Vorhandene Erkenntnisse gilt es weiterzuentwickeln, um Bedarfe und Zielgruppen zu identifizieren, Interventionen zielgerichtet zu planen, sie in der Praxis qualitätsgesichert umzusetzen sowie ihre Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen.

Um Gesundheitsdienste stärker auf den Menschen auszurichten, müssen Angebote und Leistungen „integriert", d. h. so miteinander verzahnt werden, dass sie aus der Nutzer*innenperspektive „aus einer Hand" kommen. Betroffene sollen ein kontinuierliches und koordiniertes Angebot über Versorgungsebenen und -orte sowie über den gesamten Lebensverlauf hinweg erhalten. Dazu gehörten vernetzte Angebotsstrukturen, Weiterverweisungssysteme sowie die Möglichkeit für Betroffene, sich an ihrer eigenen Versorgung zu beteiligen.

2.2 Handlungsbedarf

HIV, Virushepatitis, STI und TBC sind global und regional unterschiedlich verteilt. In diesem Kontext ist Berlin als Metropole ein besonders lebenswerter Ort[15] mit Anziehungskraft für sehr diverse Personengruppen. Diese Menschen leisten einen unverzichtbaren Beitrag zur sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Vielfalt und Entwicklung der Berliner Stadtgesellschaft. Bestimmte Bevölkerungsgruppen sind aufgrund von biologischen, verhaltensbedingten und strukturellen Faktoren vulnerabler als andere Menschen und deshalb unverhältnismäßig stark betroffen.

Verschiebungen der Genderidentitäten und neue Sexualkonzepte im gesellschaftlichen Diskurs in Deutschland und weltweit beeinflussen das Sexualverhalten. Homosexualität oder Heterosexualität sind in den Netzwerken queerer Identitäten nicht mehr allein definierend für sexuelle Handlungen oder die Wahl von Sexualpartner*innen.

[15] Berlin gilt als „Regenbogenhauptstadt mit einer der größten Communities von LSBTI Menschen in Europa (www.berlin.de/sen/lads/schwerpunkte/lsbti/). Die Zahl der LSBTI wird auf 200.000 bis 300.000 geschätzt. Ca. 20 Prozent der Menschen mit HIV/AIDS in Deutschland lebten Ende 2023 in Berlin (18.300 von insgesamt 96.700 Menschen bzw. 12.600 von 57.000 Männern, die beim Sex mit Männern eine HIV-Infektion erworben haben. Quelle: www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/H/HIV-AIDS/Eckdaten/Eckdaten.html, (Zugriff 22.10.2025)

Neben Opioid- und Kokainkonsumierenden gibt es Substanzgebrauchende, die vor allem *Crystal*, Ketamin, Mephedron, GHB und andere aufputschende Drogen (Partydrogen) konsumieren. Dieser Konsum beeinflusst das Sexual- und das Schutzverhalten. Im Kontext von *„ChemSex“* ergeben sich komplexe Risikosituationen für die Übertragung von STI, HIV und Virushepatitiden.

Restriktionen im Aufenthaltsrecht, im Asylrecht und im Aufnahmesystem implizieren Rassismus und stellen Barrieren für den Gesundheitsschutz dar. Menschen aus Regionen mit hoher HIV-, HCV- und *Tuberkuloseprävalenz* (z. B. Ukraine) haben ein erhöhtes Risiko für nicht diagnostizierte Tuberkulose-Infektionen.

Inhaftierung, Behinderung, unsichere/enge Wohnverhältnisse, niedriger sozioökonomischer Status und Nicht-Versichertenstatus sind weitere Vulnerabilitätsfaktoren.

Die Bedürfnisse und Bedarfe der folgenden Gruppen werden deshalb in diesem Aktionsplan besonders berücksichtigt:

- Schwule und bisexuelle Männer, die Sex mit Männern haben (*GBMSM*)
- Trans*, intersex* und nicht binäre Personen (*TIN**)
- Menschen mit injizierendem Drogen- und/oder sexualisiertem Substanzgebrauch (*PWID*, ChemSexUser)
- Menschen in der Sexarbeit (alle Identitäten)
- Menschen in geschlossenen/überwachten Institutionen (Haft, Psychiatrie)
- Menschen ohne eigenen Wohnraum
- Menschen mit eigener Migrations- und Fluchtbiografien oder kultureller/sprachlicher Diversität
- Menschen aus Hochprävalenzländern
- Menschen in der Schwangerschaft und Stillende
- Menschen mit körperlichen und/oder geistigen Beeinträchtigungen
- Personen mit später Krankheitsdiagnose

Neben der Infektionsepidemiologie müssen auch die Ansichten, Überzeugungen, Verhaltensweisen und Lebensbedingungen der betroffenen Gruppen erforscht werden. Zu einigen Zielgruppen liegen relativ viele Daten vor, zu anderen fehlen sie fast völlig.

Neue Studien und systematische Evaluationen sind heute selten. Die Evaluation zur Einführung der *Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP)*, Vorarbeiten für eine Routineüberwachung des Infektionsgeschehens bei Menschen, die Drogen injizieren (DRUCK-Surv-Monitoring des Robert Koch-Instituts) sowie die Erhebung der HIV-, Virushepatitis- und *TB-Prävalenzen* unter wohnungslosen Menschen (POINT-Studie) sind positive Beispiele.

Quality-of-life Evaluationen untersuchen Teilhabe und geben wertvolle Hinweise, wie Barrieren beseitigt werden können.

In Berlin werden Nutzer*innendaten unterschiedlich erhoben. Für besonders vulnerable Personengruppen ist die Möglichkeit, anonym zu bleiben eine Voraussetzung dafür, Test- und Beratungsangebote in Anspruch nehmen zu können. Die Datenerhebung muss dies berücksichtigen. Datensätze werden oft nicht zusammengeführt und systematisch ausgewertet. Berliner Daten sollten mit Auswertungen auf Bundesebene und in anderen Ländern vergleichbar oder ihnen gegenüber zumindest einzuordnen sein.

2.3 Teilziele und Maßnahmenempfehlungen

Menschen ohne eigenen Wohnraum haben Zugang zu Test- und Impf-Angeboten und zur Behandlung.

- Angebote zur HIV-, Virushepatitis-, STI- und TBC-Aufklärung, zur niedrigschwelligen Testung und Behandlung sowie zur Hepatitis-A/B- Impfung, TBC-Infektionsprävention und Fallfindung in das Berliner Konzept zur niedrigschwelligen medizinischen Versorgung von Menschen ohne eigenen Wohnraum integrieren.
- Kooperationen strukturell verankern, z. B. durch das Kompetenznetzwerk zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne eigenen Wohnraum.
- Das Personal der niedrigschwelligen Wohnungslosenhilfe zu Prävention und Behandlung von HIV, Virushepatitis, STI und TBC sensibilisieren. Informations- und Aufklärungsmaterialien erstellen und in den Angeboten der Wohnungsnotfallhilfe verteilen.

Eine standardisierte Datenerhebung findet statt.

- Die beteiligten Akteur*innen führen eine Bestandsaufnahme durch und bestimmen Parameter für einen aktualisierten und harmonisierten Kerndatensatz zu Nutzung und Nutzenden der Angebote. Akteur*innen passen ihre Erhebungsinstrumente gegebenenfalls an.

Akteur*innen nutzen Handlungsempfehlungen für Prävention.

- Akteur*innen nutzen Ergebnisse von Studien mit Personen mit später Diagnose, um gezielte Präventionsmaßnahmen zu gestalten.

Neue Studien sind vorhanden.

- Eine Kosten-Nutzen-Analyse vergleicht die aus der Nicht-Behandlung von Infektionserkrankungen bei Menschen ohne Krankenversicherungsschutz entstehenden Kosten mit dem Finanzbedarf für ihren Versicherungsschutz.
- Daten zu Stigmatisierung und Diskriminierung im Praxis-Forschungs-Verbund und mit erkennbarem Nutzen für die Zielgruppen desAktionsplans erheben, auswerten und systematisieren sowie Fort- bzw. Rückschritte dokumentieren. Die Studiengestaltung an der POINT-Studie[16] als Beispiel guter Praxis orientieren.

3. Handlungsfeld Prävention

3.1 Hintergrund

Die strukturelle Prävention nimmt das Verhalten einzelner ebenso in den Blick wie die Verhältnisse, in denen sie leben. Damit Menschen ihre Gesundheit schützen und erhalten können, müssen sie Zugang zu sachgerechten, verständlichen und nützlichen Informationen sowie zu niedrigschwelligen und bedarfsgerechten Angeboten erhalten. Präventionsansätze für Schlüsselgruppen ergeben sich aus ihren Lebenswelten sowie den Übertragungswegen und Prävalenzen der Infektionen. Manche Präventionsansätze gelten für mehrere Gruppen bzw. Infektionen (z. B. Safer Sex, Safer Use), andere sind spezifisch (z. B. Impfungen).

> „Präventionsbotschaften müssen diskriminierungssensibel formuliert sein (z. B. gendergerechte Ansprache), um von den Zielgruppen angenommen werden zu können.“

[16] https://edoc.rki.de/handle/176904/9576.2 (Zugriff 22.10.2025)

Zur kombinierten HIV-Prävention gehören Safer Sex/Safer Use (Kondom und Gleitgel, sterile Drogenkonsumutensilien usw.), die *Präexpositionsprophylaxe (PrEP)* und der Schutz durch Behandlung (*TasP*). Sie werden ergänzt durch die *Postexpositionsprophylaxe (PEP)* nach einem Risikoereignis. Kondome reduzieren auch das Risiko der sexuellen Übertragung von Hepatitis B und C sowie bestimmter STI. Safer Use schützt auch vor Hepatitis B und C.

Gegen Hepatitis A, Hepatitis B, Humane Papillomviren (HPV) und Meningokokken gibt es Schutzimpfungen.

Die frühzeitige und erfolgreiche Therapie einer diagnostizierten Infektion schützt nicht nur vor schweren Verläufen und Spätfolgen, sie wirkt auch präventiv, indem sie eine Weiterverbreitung verhindert. Auch für alle STI gelten Test (Fallfindung) und Behandlung (test and treat) als Standard. Dazu gehören die Selbsteinschätzung von Risikoereignissen und Symptomen sowie eine gezielte Sexualanamnese in der Primärversorgung.

Bei der Tuberkulose stehen Schadensbegrenzungsmaßnahmen an erster Stelle. Dazu gehören rasche Fallfindung und Diagnose, die frühe Einleitung einer resistenzgerechten Therapie sowie die präventive Behandlung von Kontaktpersonen[17]. Zur Prävention gehören Hygienemaßnahmen und die räumlich angemessene Unterbringung gefährdeter Personen.

3.2 Handlungsbedarf

Zugänge zu den entsprechenden Maßnahmen müssen gefördert, geschaffen und erhalten werden. Zusätzlich zum Erhalt bestehender Präventionsmaßnahmen sind der Ausbau der (Informations-) Angebote für Menschen mit Fluchterfahrung, die Sicherstellung einer ausreichenden Verfügbarkeit der *PrEP* und der Antibiotika für die STI-Behandlung von besonderer Bedeutung.

Die bestehenden institutionellen und strukturellen Barrieren gilt es zu entfernen und leistungsfähige Strukturen zu schaffen. Ein erster Schritt ist die Stärkung der Clearingstelle für nichtversicherte Menschen einschließlich der Kostenübernahmen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung. Hierzu gehören medizinische Präventionsmaßnahmen wie Impfungen und *PrEP*. In Haftanstalten sind besondere Anstrengungen hinsichtlich der Verfügbarmachung von Präventionsmitteln notwendig.

[17] Witte Peter et al. Infektionsprävention & Hygiene bei Tuberkulose – Empfehlungen des DZK. Pneumologie 2023. DOI: 10.1055/a-2172-9575

Präventionsmittel müssen in Berlin sowohl flächendeckend als auch zielgruppenorientiert und niedrigschwellig zugänglich sein:

- Information und Beratung (psychosozial, medizinisch, rechtlich usw.) sowie Förderung der individuellen Risikoeinschätzung
- Kondome, Femidome, Lecktücher und Gleitmittel
- *Präexpositionsprophylaxe (PrEP)* für HIV
- *TIN**-sensible Ansprache bei Präventionsbotschaften
- Schadensminderung (*Harm Reduction*) durch Drogenkonsumutensilien auch in Haftanstalten, Drogenkonsumräume, *Substitutionstherapie*, Überdosismanagement
- *Postexpositionsprophylaxe (PEP)* für HIV und STIs
- Impfungen gegen Hepatitis A/B, *Mpox, HPV*, Meningokokken
- HPV-Impfung und zytologisches Screening bei Menschenmit HIV
- Zugang zu Test und Diagnose
- Zugang zur Behandlung.

3.3 Teilziele und Maßnahmenempfehlungen

Informationsstrukturen für Communities mit Migrations- und Fluchterfahrung sind vorhanden

- Peer-to-Peer Beratungsangebote zu Präventionsmaßnahmen und kombinierter Prävention entwickeln.

Vernetzung mit Communities ist gewährleistet

- Peer-to-Peer Beratungsangebote zu Präventionsmaßnahmen und kombinierter Prävention ausbauen.
- TIN*-sensible Vor-Ort-Arbeit auf TIN*-Veranstaltungen durchführen.
- Mit queeren BIPoC Gruppen und Veranstaltungen zusammenarbeiten.

Impfquoten sind hoch, der Impfzugang ist sichergestellt

- In Zusammenarbeit mit KV Berlin und Ärztekammer Berlin Hepatitis A/B und HPV-Impfungen im Krankenhaus, in hausärztlichen Praxen, imfachärztlichen und NGO-Setting fördern.
- Den Zugang zur kostenfreien Mpox-Impfung als Indikationsimpfung für vulnerable Gruppen sicherstellen.

Umfassendes Wissen zu PrEP und TasP ist vorhanden

- GBMSM/FLINTA, Menschen in ländlichen Strukturen, BIPoC, Sexarbeitende, Menschen mit Aufenthalt in Hochprävalenzländern über Peer Education, soziale Medien, Influencer*innen/Multiplikator*innen, Plakate, Faltblätter aktiv zur PrEP als Präventionsoption (Botschaften: Selbstbestimmung, Tabletteneinnahme) informieren.
- Zugangsmöglichkeiten zur PrEP/PEP für Sexarbeitende sowie TIN*-Personen fördern.

4. Handlungsfeld Test und Diagnose

4.1 Hintergrund

Für die Diagnose von HIV, Virushepatitis, STI und TBC werden Labortests und bildgebende Untersuchungen angewendet.

Bestimmte, für HIV-, Hepatitis- oder Tuberkulose-Infektionentypische Krankheitssymptome sollten Fachkräften signalisieren, den Test anzubieten (z. B. Indikatorerkrankung-geleitete HIV-Tests). Aber nicht jede Infektion löst Symptome aus. Screening-Tests dienen der Vorsorge und Fallfindung unter vulnerablen Personengruppen. Sowohl Klient*innen als auch Gesundheitsanbieter*innen können einen Test anregen (client/provider initiated testing).

„Bei Testangeboten wird zwischen Komm-Strukturen und aufsuchenden Strukturen unterschieden. Neben klassischen Labortests mit Probenentnahme durch eine medizinische Fachkraft kommen auch Community-basierte, Outreach- und Selbsttestangebote zum Einsatz. Eine umfassende Teststrategie baut Zugangsbarrieren auf Seiten der Klient*innen wie auch der Angebote ab.“

4.2 Handlungsbedarf

In Berlin müssen Informationsdefizite unter Fachkräften ausgeglichen werden. Dazu gehört das spezifische Wissen zu vulnerablen Gruppen (z. B. Kenntnisse zur Situation von Menschen, die auf der Straße leben und Drogen konsumieren, oder zu *TIN**-Lebenswelten), *Indikatorerkrankungen*, Test- und Abrechnungsmöglichkeiten.

Um die Tuberkulose-Fallfindung und Behandlung zu fördern, müssen in Not- und Gemeinschaftsunterkünften Möglichkeiten für aktive Präventionsmaßnahmen, Anbindung an Testmöglichkeiten sowie sichere Orte zur Diagnosevermittlung und Aufklärung gegeben sein.

Durch die aktuellen Behandlungsmethoden besteht bei Hepatitis C die Möglichkeit der Mikro-Eliminierung[18], d. h. HCV-Infektionen werden in einem begrenzten Kontext (Setting, Bevölkerungsgruppe, Alterskohorte, geografischem Gebiet) durch umfassende Testung und Behandlung weitestgehend reduziert. Diese Möglichkeiten müssen z. B. in Form von

[18] www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(17)32141-4/abstract (Zugriff 10.11.2025)

Modellprojekten genutzt werden, um Infektionsketten zu stoppen und somit bei der Bekämpfung von Hepatitis C auch langfristig Fortschritte machen zu können.

4.3 Teilziele und Maßnahmenempfehlungen

Gesundheitsdienstleister*innen sind informiert.

- In Zusammenarbeit mit der KV Berlin und der Ärztekammer Hausärzt*innen zu Tests und Testempfehlungen schulen.
- Niedergelassene Ärzt*innen über zuverlässige Abrechnungsmöglichkeiten informieren.
- In Notaufnahmen finden Testangebote statt.
- Das HCV-, HBV- und HIV- Testangebot in der Notaufnahme des St. Joseph Krankenhauses auf alle Standorte der Vivantes Krankenhäuser, die Charité und andere Krankenhäuser in Berlin ausweiten.

Die Anwendung standardisierter Indikatorerkrankung-geleiteter HIV-Tests ist sichergestellt.

- Fachkräfte in Krankenhäusern mit den OptTEST-Materialien[19] über das Konzept der Indikatorerkrankung-geleiteten HIV-Tests aufklären.
- Eigene Leitlinien auf Basis dieser europäischen Empfehlungen und der erwarteten Ergebnisse der HeLP-Studie[20] entwickeln.

Hepatitis C-Mikroeliminierung in Settings ist möglich.

- Modellprojekt zur Hepatitis C-Mikroeliminierung in Haftanstalten, *ASOG*-Unterkünften, Drogenkonsumräumen und suchtmedizinischen Praxen durchführen.

Klient*innen-initiierte Testangebote schließen Versorgungslücken.

- Versorgungslücken beim Zugang zu niedrigschwelligen und bedarfsorientierten Testangeboten, Selbsttests/Heimtests und mobilen Testeinheiten identifizieren.
- Versorgungslücken schließen durch:

  - Niedrigschwellige, Community-basierte, kostenlose und anonyme HIV-Teststellen
  - Mobile test-and-treat-Angebote an der Schnittstelle von Suchthilfe, Wohnungslosenhilfe und Infektionsprävention
  - *TIN**-inklusive Testangebote mit fachkompetentem und sensibilisiertem Personal, Vernetzung mit *TIN**-Beratungsstellen
  - Mobile Angebote im Rahmen der *Harm-Reduction* an den Orten, wo die Zielgruppen sich aufhalten, z. B. im öffentlichen Raum wie Park-Anlagen, vor Notunterkünften) und für Menschen aus Hochprävalenzländern
  - Hausbesuche für Teile der subsaharischen Communities, die zusätzliche Barrieren zum Test erfahren.

[19] https://eurotest.org/testing-tools/hiv-indicator-conditions/ (Zugriff 10.11.2025)

[20] https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/help-hiv-testempfehlungen-in-leitlinien-und-praxis.468 (Zugriff 10.11.2025)

5. Handlungsfeld Versorgung

5.1 Hintergrund

Der Zugang zur Behandlung unabhängig vom Krankenversicherungsstatus ist sowohl für den individuellen als auch den bevölkerungsweiten Gesundheitsschutz von Bedeutung.

Unter antiretroviraler Therapie ist die HIV-Infektion eine chronische Krankheit mit nahezu normaler Lebenserwartung bei guter Lebensqualität. Das Aids-Stadium wird verhindert bzw. rückgängig gemacht. Die Prognose ist bei einem frühzeitigen Behandlungsbeginn am besten. Unter erfolgreicher Therapie ist HIV sexuell nicht mehr übertragbar (nicht nachweisbar = nicht übertragbar, *N=N*).

Die chronische Hepatitis-C-Infektion kann mit direkt wirkenden antiviralen Medikamenten (Direct Acting Antivirals, DAA) in nahezu allen Fällen effektiv geheilt werden, bei Bedarf in Verbindung mit einer Substitutionsbehandlung. Eine fehlende Krankenversicherung darf kein Grund sein, nicht zu behandeln, ggf. auch durch Gesundheitsämter oder Checkpoint BLN.

Die antibiotische Behandlung von STI hat die Eliminierung der Infektion zum Ziel und schützt damit vor den möglichen Spätfolgen von Unfruchtbarkeit (Gonorrhö, Chlamydien) bis hin zu neurologischen Schäden, Organschäden und Tod (Syphilis).

Die aktive Tuberkulose wird über mehrere Wochen mit Antibiotika behandelt. Dabei kommen auch räumliche Isolierung (im infektiösen Stadium) und direkt überwachte Therapie (*Directly Observed Therapy*, *DOT*) zum Einsatz, um eine vollständige Heilung zu gewährleisten. Kontaktpersonen können prophylaktisch behandelt werden (ohne Isolierung).

5.2 Handlungsbedarf

Neben der medizinischen Behandlung mit aktuellen Therapieformen in Praxis und Klinik sind folgende Angebote notwendig:

- Selbsthilfegruppen, psychosoziale Beratung und Betreuung imUmgang mit der Infektion und Begleiterkrankungen (z. B. Sucht- und psychische Erkrankungen)
- Stabile und zeitgemäße medizinische Versorgung sowie Schnittstellen- und Entlassungsmanagement und Anbindung an die ambulante Weiterversorgung für Menschen in Haft
- Reinfektions-Screening

- *HCC*-Screening Nachsorgeprogramme bei Hepatitis C
- Wohnraum und spezialisierte Pflege, z. B. bei HIV im Alter und geschlechtlicher Vielfalt
- Schutzräume für an Tuberkulose erkrankte Menschen, die nicht nur den Infektionsschutz gewährleisten, sondern auch den Bedürfnissen der Betroffenen (insbesondere obdachloser/wohnungsloser Menschen und Menschen mit Suchterkrankungen) gerecht werden.

> „Der Zugang zur medizinischen Behandlung sowie psychosozialen Betreuung, Begleitung und Unterstützung muss allen Betroffenen interdisziplinär, barrierefrei, niedrigschwellig und sensibel für Stigma und Diskriminierung möglich sein."

5.3 Teilziele und Maßnahmenempfehlungen

Behandlung in Haftanstalten erfolgt standardkonform.

- Betroffenen eine stabile und zeitgemäße Versorgung bieten und ein entsprechendes Schnittstellen- und Entlassungsmanagement mit orchestrierter Anbindung an die ambulante Weiterversorgung sicherstellen.

Zielgruppen haben Zugang zu spezialisierter Pflege.

- Für bedarfsgerechte und diskriminierungssensible Pflegeangebote für Menschen mit HIV und chronischer Virushepatitis sorgen, einschließlich regelmäßiger Begutachtung der Lebensqualität bei chronischer Erkrankung.

Versorgungssicherheit ist auch bei fehlendem Versicherungsschutz gewährleistet.

- Krankenhausbehandlung bei opportunistischen Erkrankungen und Komplikationen auch für Menschen ohne Krankenversicherung sichern.

Versorgung ist TIN*-sensibel.

- Medizinisches Personal zu geschlechtlicher Vielfalt und diskriminierungssensibler Ansprache schulen.

Koordinierung und Evaluierung

Koordinierungsstelle

Eine Koordinierungsstelle unterstützt das Fast Track City Netzwerk Berlin und bringt insbesondere Aktivitäten, Angebote, Maßnahmen und Kampagnen zusammen. Sie sorgt dafür, dass diese miteinander abgestimmt, weiterentwickelt und umgesetzt werden.

Die Koordinierungsstelle orientiert sich an den in diesem Aktionsplan festgelegten Zielen und ermöglicht die Zusammenarbeit im Netzwerk. Sie unterstützt die Akteur*innen bei der Umset-zung der Maßnahmenempfehlungen aus dem Aktionsplan. Für die Umsetzung sind die jeweils zuständigen Akteur*innen verantwortlich.

Die Umsetzung des Aktionsplans folgt den Qualitätskriterien „bedarfsorientiert, integriert, sektorenübergreifend“ der BIS 2030 Strategie. Zusätzlich werden je nach Maßnahme die Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung[21] angewendet.

„Die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung hat die Steuerungs- und Entscheidungszuständigkeit für die Maßnahmen. Das FTC Netzwerk trägt seine Expertise bei und sichert die Lebensweltnähe der Maßnahmen. Die Koordinierungsstelle wird vom Land Berlin finanziert und in freier Trägerschaft eines gemeinnützigen Akteurs des FTC Netzwerks als zuwendungsgefördertes Projekt des Integrierten Gesundheitsprogramms realisiert. Die Arbeit der Koordinierungsstelle wird in einer Geschäftsordnung geregelt.“

[21] www.gesundheitlichechancengleichheit.de/good-practice-kriterien/ (Zugriff 27.10.2025)

Glossar

ASOG	Allgemeines Sicherheits- und Ordnungsgesetz Berlins
BIPoC	Black, Indigenous and People of Colour: Schwarze, indigene und farbige Menschen
BtmG	Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln
ChemSex	Die Einnahme chemischer Substanzen (meist synthetischer Drogen) im Kontext sexueller Aktivität zur gezielten Veränderung des sexuellen Erlebens
Community, Communities	Gemeinschaften im Sinne von Personengruppen, die eine Identität (z. B. nicht-Heterosexualität, kultureller Hintergrund), Verhaltenspräferenzen (z. B. Drogengebrauch) oder Diskriminierungserfahrungen (z. B. Menschen mit HIV) gemeinsam haben.
Crystal	Crystal Methamphetamine: starkes psychoaktives Stimulans (anregende Wirkung)
DAAs	Direct Acting Antivirals
Directly Observed Therapy, DOT	Direkt beobachtete Behandlung: Patient*innen nehmen Medikamente in Anwesenheit medizinischer Fachkräfte ein, um die lückenlose Therapie sicherzustellen.
DOT	Directly Observed Therapy
FLINTA	Frauen, Lesben, intergeschlechtliche, nichtbinäre, transgeschlechtliche und agender Personen
FTCN	Fast Track City Netzwerk
GBMSM	Gay, Bisexual and other Men who have Sex with Men: Schwule, bisexuelle und andere Männer, die Sex mit Männern haben
GHB	Synthetische Partydroge, in geringen Dosen anregend (Stimulans), in höheren Dosen beruhigend (Narkotikum)
Harm Reduction	Die Verminderung von Schädigungen, speziell beim Drogengebrauch. Steht im Gegensatz zur Abstinenz, die sich in vielen Kontexten als ungeeignetes Ziel erwiesen hat.
HCC	Hepatocellular carcinoma: Leberzellenkarzinom
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HPV	Humane Papillomviren
IGPP	Integriertes Gesundheits- und Pflegeprogramm Berlins
Indikatorerkrankung-geleitet	Bestimmte Erkrankungen deuten auf eine mögliche HIV-Infektion hin. Ärzt*innen in Praxen und Kliniken können daraufhin diesen Patient*innen gezielte Testangebote machen, um unerkannte HIV-Infektionen zu entdecken und früher behandeln zu können.
KV, KZV	Kassenärztliche Vereinigung, Kassenzahnärztliche Vereinigung
Morbidität	Krankheitsrate (diagnostizierte Krankheitsfälle pro Anzahl Betroffene)
Mortaliät	Sterblichkeitsrate (Todesfälle pro Anzahl Betroffene)
Mpox	Auch Affenpocken, Monkeypox: Infektion mit Orthopoxvirus monkeypox. Kann eine fieberhafte, pockenähnliche Erkrankung mit selten auch schweren Verläufen auslösen. Wird durch Tröpfcheninfektion bei längerem, engem Kontakt und auch über kontaminierte Gegenstände übertragen. In den letzten Jahren Ausbrüche unter *GBMSM*.

N=N	Nicht nachweisbar = Nicht übertragbar: bei erfolgreicher HIV-Therapie sinkt die Anzahl der Viren in den untersuchten Gewebeproben (meistens Blut) so tief, dass sogar die empfindlichsten Tests sie nicht mehr nachweisen können. Dann kann das Virus nicht mehr auf andere übertragen werden.
Outreach	Aufsuchende Arbeit: Versorgung von Menschen in ihrem Setting
Peer Education	Geschulte Mitglieder einer Gemeinschaft (Multiplikator*Innen) geben Informationen an andere Mitglieder ihrer Gemeinschaft auf Augenhöhe weiter.
Peer-to-Peer	Von einer Person zu einer ihr sozial bzw. in Hinblick auf Diskriminierungserfahrungen gleichgestellten Person, auf Augenhöhe
Post-Expositions-Prophylaxe (PEP)	Mehrwöchige Einnahme von antiretroviralen HIV-Medikamenten sofort nach einem Risikoereignis, um die Etablierung einer HIV-Infektion im Körper zu verhindern.
Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP)	Vorsorgliche Einnahme von antiretroviralen HIV-Medikamenten, um eine Ansteckung zu verhindern
Prävalenz	Häufigkeit des Auftretens in einer betroffenen Gruppe bzw. der Gesamtbevölkerung
ProstSchG	Gesetz zum Schutz von in der Prostitution tätigen Personen
Public Health	Fachgebiet, dass sich mit der öffentlichen Gesundheit und ihrem Schutz beschäftigt, insbesondere der Vorbeugung von Krankheiten und der Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden.
PWID	People Who Inject Drugs: Menschen, die Drogen injizieren
Quality of Life	Lebensqualität, gemessen mittels standardisierter Datenerhebungen (z. B. Fragebögen)
Setting	Dauerhaftes sozialräumliches System, in dem Menschen ihren Alltag erleben z. B. Schule, Arbeitsplatz, Haftanstalt, Quartier oder Stadt.
STI	Sexually Transmitted Infections / Sexuell übertragbare Infektionen
Strukturelle Prävention	Ein Präventionsansatz, der die sozialen, politischen, kulturellen etc. Verhältnisse (Strukturen), berücksichtigt, in denen Menschen leben.
Substitutions-therapie	Verordnung und Ausgabe von Opiaten in medikamentöser Form als Drogenersatz (Substitut) an Personen mit Abhängigkeit (z. B. von Heroin), um Schäden wie Überdosen, Infektionen und Beschaffungsdruck zu vermindern. Kann auch zur dauerhaften Substanzfreiheit beitragen.
TBC	Tuberkulose
TIN*	Trans*, intersex* und nicht binäre Personen
Transmissionsrate	Übertragungsrate in der betreffenden Gruppe oder Gesamtbevölkerung
Treatment as Prevention (TasP)	Schutz durch Behandlung: eine erfolgreiche HIV-Therapie reduziert bzw. eliminiert das Übertragungsrisiko.

Anlage 1: **Aufgaben der Koordinierungsstelle**

Partizipation und Zusammenarbeit	Vernetzung der Akteur*innen	Fachliche Entwicklung, Monitoring und Evaluierung	Zusammenarbeit mit Politik und Verwaltung	Öffentlichkeitsarbeit
Partizipative Beteiligungsstruktur und gemeinsame Arbeitsbasis entwickeln	Facharbeitsgruppen zur Entwicklung von Vorschlägen für das FTC- Netzwerktreffen/ Plenum* organisieren.	Bedarfs- und zielgruppengerechte Weiterentwicklung von Aktivitäten, Maßnahmen und Kampagnen	Gesundheits- und sozialpolitische Impulse formulieren.	Kontaktstelle für Öffentlichkeitsarbeit des FTCN Berlin
Kommunikation, Erfahrungsaustausch und Wissensmanagement sichern	FTCN-Netzwerktreffen/Plenum koordinieren und moderieren.	Laufende Maßnahmen begleiten und evaluieren	Fachlichen Austausch und Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung verstetigen	Berliner Stadtgesellschaft und Fachkräfte im Themenfeld sensibilisieren
Arbeitsbeziehungen mit internen und externen Kooperationspartner*innen pflegen	Fachkonferenz FTC Summit** in Berlin koordinieren und organisieren	Arbeit des FTCN Berlin dokumentieren	Prozess-, Maßnahmen- und Arbeitsplanung mit der Senatsverwaltung abstimmen	Organisation öffentlicher Veranstaltungen unterstützen
Konflikte/Barrieren identifizieren und Strategien zum Konfliktmanagement erarbeiten	Runden Tisch FTC Berlin*** organisieren und vorbereiten		Regelmäßige Treffen mit gesundheitspolitischen Akteur*innen initiieren, organisieren und vorbereiten	Öffentlichkeitswirksame Kampagnen für Zielgruppen und Allgemeinbevölkerung entwickeln
Lösungsorientierte Maßnahmen für kooperative und produktive Zusammenarbeit sicherstellen				

***FTC Netzwerktreffen/Plenum**

Das regelmäßige Netzwerktreffen/Plenum dient dem fachlichen Austausch aller Netzwerkpartner*innen, unter anderem zu den abgestimmtenMaßnahmen und Angeboten für Zielgruppen.

****Jährlicher FTC Summit**

Der FTC Summit findet einmal pro Jahr für die interessierte Fachöffentlichkeit ebenso wie Ehrenamtliche und Aktivist*innen im Arbeitsfeld HIV, Virushepatitis, STI und TB statt. Diese Fachkonferenz befördert den Austausch und die gemeinsame Reflektion der beteiligten Akteur*innen, z. B. in Bezug auf die Zielerreichung.

*****Runder Tisch FTC Berlin**

Weitere Runde Tische mit dem FTCN Berlin unter Leitung der für Gesundheit zuständigen Staatssekretär*in sind vorgesehen. Sie dienen dem strukturierten und verbindlichen kommunikativen Austausch über die Umsetzung des Aktionsplans

Anlage 2:
Zielematrix der Maßnahmen

Hier[22] ist beispielhaft eine zusammenfassende Zielematrix der Maßnahmen mit Teilzielen und Maßnahmenempfehlungen der Handlungsfelder 1–5 dieses Aktionsplans für die Umsetzung und Evaluierung dargestellt.

Wo sie sich aus dem Aktionsplan bereits ergeben, sind Angaben zu Adressat*innen, Akteur*innen und Indikatoren festzuhalten. Die Zielematrix soll der Kooperationsstelle und dem FTCN Berlin als Arbeitsgrundlage für die weitere Ausgestaltung und zeitliche Planung der Maßnahmen dienen.

Themenfeld 1: Diskriminierung und Stigmatisierung abbauen

Nr.	Teilziel	Maßnahmen-empfehlungen	Adressat*innen	Akteur*innen	Indikatoren	Zeithorizont
1.1	Mehr Wissen zu N=N, weniger Diskriminierung	• Antidiskriminierungskampagne durchführen. • Beispiele der FTC-Städte Paris und London auf Übertragbarkeit und Umsetzung in Berlin prüfen und anpassen. • Beschwerdestellen im Gesundheitswesen sensibilisieren und schulen.	• Allgemeinbevölkerung • Bestimmte Zielgruppen (z. B. geflüchtete Menschen) • Mitarbeitende auf allen Ebenen der gesundheitlichen Versorgung • Mitarbeitende in Beschwerdestellen	• Präsident*in Ärztekammer • Geschäftsführung der Vivantes-Netzwerk für Gesundheit GmbH • Vorstand der Charité – Universitätsmedizin Berlin • Gesundheitssenator*in		
1.2	Keine Benachteiligungen für Menschen mit HIV im Beruf	• Deklaration #positivarbeiten umsetzen und auf Menschen mit Virushepatitis bzw. Tuberkulose ausweiten. • Regelmäßig Schulungen durchführen.	• Alle Senatsverwaltungen, nachgeordnete Einrichtungen und Bezirke • Landeseigene Betriebe, Hochschulen und Kliniken		• Menschen mit HIV erfahren keine Hindernisse bei Einstellung und Verbeamtung. • Menschen mit HIV arbeiten gleichberechtigt bei Polizei, anderen Behörden und im Gesundheitswesen. • Bei Einstellungen finden keine HIV-Tests statt[23]	

[22] Diese Tabellen orientieren sich am Aufbau der Zielematrix für Gesundheit und Teilhabe für Menschen ohne eigenen Wohnraum, beschlossen durch die Berliner Landesgesundheitskonferenz am 05.12.2023.

[23] Siehe Beamtenerlass NRW www.aids-nrw.de/front_content.php?idcat=2186 (Zugriff 10.11.2025)

Nr.	Teilziel	Maßnahmen-empfehlungen	Adressat*innen	Akteur*innen	Indikatoren	Zeithorizont
1.3	Diskriminierungssensible und rassismuskritische Behandlung, Beratung und Begleitung	• Mitarbeitende schulen und vorhandenes Schulungsmaterial nutzen. • Niedergelassene Arzt/Ärztin*- Praxen für eine bessere Versorgung von Trans* Menschen sensibilisieren, schulen und ausrüsten. • Clearingstelle für die Versorgung von Nichtversicherten finanziell ausreichend ausstatten. • Runden Tisch mit Berliner Akteur*innen veranstalten, um gemeinsam Schritte zu planen.	Einrichtungen des Gesundheitswesens, der Pflege und der sozialen Arbeit, prioritär Zahnärzt*innen/ Ärzt*innen und medizinisches Fachpersonal	• Zahnärztekammer • Ärztekammer • Aidshilfe • KV/KZV • Verantwortliche aus der Pflege • Community-Vertreter*innen • Beratungsstellen	Sitzungen finden statt. Es werden umsetzungsrelevante Vereinbarungen getroffen	fortlaufend
1.4	Beteiligung (Partizipation) der Betroffenen	Menschen mit HIV, Virushepatitis, STI und TBC sichtbar beteiligen und einbinden.	Alle Akteur*innen		Menschen mit HIV, Virushepatitis, STI und TBC tragen zu Fortbildungs- maßnahmen und Materialien bei. Diversität und multiple Diskriminierungen werden berücksichtigt. Die Betroffenen werden geschult und entlohnt.	
1.5	Weniger strukturelle Hürden	Einsatz für die Entkriminalisierung von Sexarbeit und Drogengebrauch Aktive Beteiligung an der geplanten Evaluation des ProstSchG		FTC-Netzwerk	ProstSchG, BtmG werden reformiert bzw. abgeschafft.	
		Einsatz für die Versorgung von Menschen ohne Versicherung		FTC-Netzwerk	Aufenthaltsrecht wird reformiert.	

Handlungsfeld 2: Angebote bedarfsorientiert gestalten

Nr.	Teilziel	Maßnahmen-empfehlungen	Adressat*innen	Akteur*innen	Indikatoren	Zeithorizont
2.1	Zugang für Menschen ohne eigenen Wohnraum	HIV-, Virushepatitis-, STI- und TBC-Aufklärung, niedrigschwellige Testung und Behandlung, Hepatitis- A/B-Impfung, TBC- Infektionsprävention und Fallfindung integrieren.	Akteur*innen im Berliner Konzept zur niedrigschwelligen medizinischen Versorgung von Menschen ohne eigenen Wohnraum			
		Kooperationen zwischen Akteur*innen strukturell verankern.	Kompetenznetzwerk zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne eigenen Wohnraum.	FTCN, Wohnungslosenhilfe, ÖGD (TB-Zentrum, Zentrum Sexuelle Gesundheit)		
		Zu Prävention und Behandlung von HIV, Virushepatitis, STI und TBC sensibilisieren.[24]	Personal der niedrigschwelligen Wohnungslosenhilfe			
		Informations- und Aufklärungsmaterialien erstellen und verteilen.	Angebote der Wohnungsnotfallhilfe			
2.2	Standardisierte Datenerhebung	Bestandsaufnahme durchführen und Parameter für einen Kerndatensatz zu Nutzung und Nutzenden der Angebote bestimmen.		Alle beteiligten Akteur*innen		
		Erhebungsinstrumente anpassen.		Alle beteiligten Akteur*innen		
2.3	Handlungsempfehlungen für Prävention	Ergebnisse von Studien mit Personen mit später Diagnose in gezielte Maßnahmenempfehlungen umsetzen.		Präventionsakteur*innen		
2.4	Neue Studien	Kosten-Nutzen-Analyse der Nicht-Behandlung von Infektionserkrankungen bei Menschen ohne Krankenversicherung zum Vergleich mit dem Finanzbedarf für ihren Versicherungsschutz.				
		Daten zu Diskriminierung und Stigmatisierung für Forschung/Praxis-Nexus auswerten, systematisieren. Fort- bzw. Rückschritte dokumentieren. (Beispiel POINT-Studie)				

[24] https://www.berlin.gesundheitfoerdern.de/fileadmin/user_upload/Gesundheitsziele/Gesund_teilhaben/2024_Zielematrix_Wohnungslose_BF_final_barr.pdf (Zugriff 22.10.2025)

Handlungsfeld 3: Prävention

Nr.	Teilziel	Maßnahmen-empfehlungen	Adressat*innen	Akteur*innen	Indikatoren	Zeithorizont
3.1	Ausbau der Informationsstrukturen	Peer-to-Peer Beratungsangebote zu Präventionsmaßnahmen und kombinierter Prävention entwickeln.	Communities mit Migrations- und Fluchterfahrung			
3.2	Vernetzung mit Communities	Peer-to-Peer Beratungsangebote zu Präventionsmaßnahmen und kombinierter Prävention ausbauen.				
		TIN*- sensible Vor-Ort-Arbeit ausbauen.	TIN*-Veranstaltungen			
		Zusammenarbeit mit queeren BIPoC Gruppen und Veranstaltungen ausbauen.	BIPoC Gruppen und Veranstaltungen			
3.3	Höhere Impfquoten und besserer Impfzugang	Hepatitis A/B und HPV- Impfungen fördern.	Krankenhäuser, hausärztliche Praxen, fachärztliches und NGO-Setting	KV Berlin und Ärztekammer Berlin		
		Zugang zur kostenfreien Mpox-Impfung als Indikationsimpfung für vulnerable Gruppen sicherstellen.				
3.4	HIV-Präexpositionsprophylaxe und TasP bewerben	Informationen zur PrEP/PEP anbieten (Social Media, Influencer*innen, Multiplikator*innen, Peer Education, Plakate, Faltblätter)	GBMSM/FLINTA/ TIN (bes.Menschen in ländlichen Strukturen), BPOC, Sexarbeitende, Menschen mit Aufenthalt in Hochprävalenzländern	U. a. Kooperation mit BVG		
		Zugangsmöglichkeiten zur PrEP/PEP für Sexarbeitende sowie TIN-Personen fördern.				

Handlungsfeld 4: Test und Diagnose

Nr.	Teilziel	Maßnahmen-empfehlungen	Adressat*innen	Akteur*innen	Indikatoren	Zeithorizont
4.1	Besser informierte Gesund-heitsdienst-leister*innen	Schulungen zu Tests und Testempfehlungen	Hausärzt*innen	KV Berlin und Ärztekammer		
		Informationen zu Abrechnungs-möglichkeiten	Niedergelassene Ärzt*innen			
4.2	Mehr Test-angebote in Notauf-nahmen	HCV-, HBV- und HIV- Testangebot in Notaufnahmen (St. Joseph) in Berlin ausweiten.		Vivantes Kranken-häuser, Charité etc.		
4.3	Standar-disierte Indikator-erkrankung-geleitete HIV-Tests	Aufklärung über In-dikatorerkrankung-geleitete HIV-Tests (OptTEST)	Fachkräfte in Krankenhäusern			
		Eigene Leitlinien auf Basis europäischer Empfehlungen und der HELP-Studie ent-wickeln				
4.4	Hepatitis C-Mikro-eliminierung	Modellprojekt zur He-patitis C-Mikroelimi-nierung durchführen.		Haftanstalten, ASOG- Unterkünfte, Drogenkonsumräu-me, suchtmedizini-sche Praxen		
4.5	Mehr Klient*in-nen-initiier-te Testan-gebote	Versorgungslücken beim Zugang zu niedrigschwelligen und bedarfsorientier-ten Testangeboten, Selbsttests/Heimtests und mobilen Testein-heiten identifizieren.				
		Versorgungslücken je-weils durch passende niedrigschwellige, an-onyme und kostenlose Community-basierte bzw. mobile Angebo-te, Hausbesuche etc. schließen.	Drogen- gebrauchen-de, Menschen ohne eigene Wohnung, TIN*, Menschen aus Hoch-prävalenzländern, Teile der subsahari-schen Communities	Suchthilfe, Woh-nungslosenhilfe, Notunterkünfte		

Handlungsfeld 4: Test und Diagnose

Nr.	Teilziel	Maßnahmen-empfehlungen	Adressat*innen	Akteur*innen	Indikatoren	Zeithorizont
5.1	Standard-konforme Behandlung in Haftan-stalten	Stabile und zeitgemä-ße Versorgung und Entlassungsmanage-ment mit orchestrier-ter Anbindung an die ambulante Weiterver-sorgung	Menschen mit HIV und chronischer Virus-hepatitis	Berliner Haftanstalten		
5.2	Zugang zu spezialisier-ter Pflege	Bedarfsgerechte und diskriminierungssen-sible Pflegeangebote für Menschen mit HIV und chronischer Virus-hepatitis, einschließ-lich regelmäßiger Begutachtung der Lebensqualität bei chronischer Erkran-kung	Menschen mit HIV und chronischer Virus-hepatitis			
5.3	Versor-gungs-sicherheit bei fehlen-dem Ver-sicherungs-schutz	Krankenhausbehand-lung bei opportunisti-schen Erkrankungen und Komplikationen	Menschen ohne Krankenversicherung			
5.4	TIN*-sensible Versorgung	Schulungen zu ge-schlechtlicher Vielfalt und diskriminierungs-sensibler Ansprache	Medizinisches Personal			

