



Annäherungen

Ein Lesebuch zur Arbeit in Aidshilfen

Intro

- 7 Vorwort
- 8 HIVstory – HIV-Geschichte
Holger Sweers

Annäherungen

- 11 Wie alles begann ...
Holger Sweers
- 14 Annäherungen – ein Bilderbogen
Bernd Aretz
- 21 Wir bekämpfen die Krankheit, nicht die Menschen“
Prof. Rita Süßmuth

Positiv zusammen leben

- 27 Leben mit HIV heute – Blitzlichter
Silke Eggers und Dr. Stefan Timmermanns
- 31 „Wen therapieren wir hier eigentlich?“
Marcel Dams, 21, und Michael Jähme, 52
- 36 „Meine Botschaft lautet: Lasst euch testen!“
Theresa N., 51

Arbeitsfelder

- 41 HIV und Aids – wer macht was in Deutschland?
Werner Bock und Christine Höpfner
- 47 „Ich war schon immer empfänglich für Unkonventionelles“
Beratung: Evelin Tschan, 51, AIDS-Hilfe Konstanz
- 50 „Ich finde es spannend, mit den Männern zu reden und zu hören,
was sie bewegt“
*Prävention mit und für Schwule und andere Männer,
die Sex mit Männern haben: Torben Schultes, 34,
AIDS-Hilfe Nürnberg – Erlangen – Fürth*
- 53 „Manche haben außer der Aidshilfe fast nichts mehr“
Betreutes Wohnen: André Bußkamp, 30, AIDS-Hilfe Essen

- 56 „Die Frage ist: Wie gut sind wir auf unsere neuen Klienten vorbereitet?“
*HIV und Beschäftigung: Christian Kranich, 43,
Münchner Aids-Hilfe (bis 2011)*
- 60 „Gesundheit erhalten ist unser vorrangiges Ziel“
*Prävention für Drogengebraucher/innen: Felix von Ploetz, 46,
Fixpunkt e. V., Berlin*
- 63 „Lasst euch von den Mauern bloß nicht abschrecken!“
Beratung in Haft: Claudia Rey, Berliner Aids-Hilfe

Grundlagen

- 69 Daten und Fakten zu Epidemiologie, Prävention und Behandlung
Carolin Vierendeel
- 75 HIV und Aids – Basiswissen
Armin Schafberger

Leitlinien

- 83 Leitlinien der Prävention und Beratung in Aidshilfen
Holger Sweers

Autorinnen/Autoren und Interviewpartner/innen

- 95 Autorinnen/Autoren und Interviewpartner/innen

Glossar

- 97 Wichtige Begriffe kurz erklärt



*gimme
better*

Safer Sex



Das erste Plakat der DAH: „Sicher besser – Safer Sex“ (1985)

Am 17. Juni 1985 fand im Berliner Veranstaltungszelt Tempodrom eine von Rosa von Praunheim, dem „Treffen der Berliner Schwulengruppen (TBS)“ und der DAH organisierte Benefizveranstaltung mit zahlreichen prominenten Künstlern statt, darunter z.B. Inge Meysel, Brigitte Mira, Alfred Biolek und André Heller.

Ziel war es, die Öffentlichkeit auf die Krankheit Aids aufmerksam zu machen, für Aufklärung und Unterstützung Geld zu sammeln und gegen das Aufkommen eines neuen gesellschaftlichen antischwulen Feindbildes anzugehen.

Von dem Erlös der Veranstaltung produzierte der DAH-Bundesverband im Herbst 1985 sein erstes Plakat „Sicher besser – Safer Sex“, das anlässlich der Einrichtung der AIDS-Task-Force des Berliner Landesinstituts für Tropenmedizin der Öffentlichkeit vorgestellt wurde.

Aus dem DAH-Verband und auch von außerhalb wurde allerdings auch (bereits im Vorfeld) Kritik am Slogan geäußert: Sex mit Kondomen könne nicht der „bessere“ Sex sein. (Der Alternativvorschlag, der sich letztlich aber nicht durchsetzen konnte, lautete „Sex? Na sicher – Safer Sex“.) Dass mit „besser“ der gesundheitliche Nutzen und nicht die sexuelle Erfüllung angesprochen war, wollten oder konnten diese Kritiker nicht sehen.

Bemerkenswert bei diesem Plakat, das kurz nach der Drucklegung vom Terrence Higgins Trust (London) und von AIDES (Paris) übernommen wurde, ist aus heutiger Sicht vor allem der zweite Teil des Slogans: Dadurch, dass bewusst nicht von „Safe Sex“ gesprochen wurde, hat sich die DAH bundesweit frühzeitig auf eine bis heute gültige „Safer-Sex-Kampagne“ festgelegt, d.h. auf eine Kampagne, die auch Restrisiken anspricht, auch beim Kondomgebrauch (z.B. durch Anwendungsfehler). Die Strategie bestand also von Anfang an darin, Risiken zu minimieren, und nicht darin, sie zu eliminieren.

Vorwort

„Ach, du arbeitest bei der Aidshilfe? Hast du denn viel mit kranken Menschen zu tun?“ Solche und ähnliche Fragen bekommen viele gestellt, die sich gegen Aids und für Menschen mit HIV engagieren.

Doch die haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Aidshilfen, Präventionsprojekten, Schwulen- und Lesbenberatungsstellen, Drogenhilfen und Wohnprojekten haben heute, mehr als 30 Jahre nach den ersten bekannt gewordenen Aidsfällen, mehr und oft auch andere Aufgaben als die Begleitung Erkrankter.

Unser Lesebuch zur Arbeit in Aidshilfen will Lust auf dieses spannende Tätigkeitsfeld machen. Wir beschreiben daher, auf welchen Fundamenten unsere Arbeit beruht und an welchen Leitlinien wir uns orientieren, nennen Ereignisse, die die Aidshilfebewegung geprägt haben, und zeigen, wie das Leben mit HIV heute aussieht.

Im Zentrum aber stehen Frauen und Männer, die sich in unterschiedlichen Bereichen für ein gemeinsames Ziel engagieren: einen informierten, selbstbestimmten und solidarischen Umgang mit HIV und Aids. Wir danken ihnen herzlich für die Bereitschaft, sich interviewen zu lassen und der Aidshilfearbeit ein Gesicht zu geben.

Ein ebenso herzlicher Dank gilt der Autorin Birgit Schreiber, die lebendige Texte aus den Interviews gemacht hat, und allen anderen, die an diesem Buch beteiligt waren.

*Werner Bock, Fachlicher Leiter von www.aidshilfe-beratung.de
Holger Sweers, Referent für Aufklärung und Information
der Deutschen AIDS-Hilfe*

Vor 1981

Anfang des 20. Jahrhunderts wird vermutlich in Westafrika ein HIV-Urtyp vom Affen auf den Menschen übertragen. Vorgänger des Erregers ist das bei Schimpansen festgestellte SI-Virus.



1959 wird einem erwachsenen Mann im Kongo eine Blutprobe entnommen, die – wie sich Jahrzehnte später herausstellt – HIV-Antikörper enthält: die erste nachgewiesene HIV-Infektion bei einem Menschen.

HIVstory – HIV-Geschichte

HOLGER SWEERS

Seit den ersten Berichten über Aids im Jahr 1981 ist viel geschehen. Standen zunächst Krankheit und Tod, Ohnmacht und Leid im Vordergrund, regten sich schnell auch Wut und Solidarität, Engagement und Protest. Heftig wurde um die richtige Antwort auf die Epidemie gerungen, oft mit harten Bandagen. Währenddessen ging es wissenschaftlich voran: Anfang 1983 wurde der Aids-Erreger isoliert (später „HIV“ benannt), 1987 das erste Medikament gegen Aids zugelassen. 1996 kam die Kombinationstherapie gegen HIV auf breiter Basis zum Durchbruch und hat seither Millionen Menschen das Leben gerettet – und schützt auch vor HIV-Übertragungen, wie wir heute

wissen. Diese aufregende Geschichte des Umgangs mit HIV und Aids zeichnen wir in diesem Buch in chronologisch geordneten Abschnitten nach, denn aus ihr speisen sich die Erfahrungen und Einsichten, welche die Aidshilfe bis heute prägen.

Das gilt auch für die Plakate, die wir auf den Trennblättern zwischen den Abschnitten dieses Buchs vorstellen; entnommen sind sie der Ausstellung „25 Jahre DAH – 25 Plakate“ (Konzept und Texte: Rainer Schilling, langjähriger Schwulenreferent der DAH, und Peter Stuhlmüller, heute DAH-Geschäftsführer). Ihre Botschaften sind oft im wahrsten Wortsinn plakativ, aber immer einfühlsam, denn HIV und Aids war von Anfang an ein emotional diskutiertes und angstbesetztes Thema. So unterschiedlich sie auch sind, eines eint sie: der Respekt für die Menschen, an die sie sich wenden.



„Die Übertragungswege
sind klar. Deshalb:
Pariser“



„Die Übertragungswege sind klar. Deshalb Pariser“ (1986)

Das Plakat stammt aus einer Dreier-Serie, die Detlev Pusch für die Zielgruppe „schwule Männer“ in einer zurückhaltend erotischen Ästhetik umgesetzt hat.

Die präventive Botschaft war aus ersten Studienergebnissen, die Anfang 1986 vorlagen, „herausdestilliert“ worden, und konzentriert sich auf den Hauptübertragungsweg Analverkehr (während zunächst vor Oralverkehr und sogar vor „feuchten Küssen“ gewarnt worden war). Die primärpräventive Aussage, die heute noch gültig ist, war damals nicht unumstritten, weil sie als „triebeinschränkend“ galt.

Für den Oralverkehr hingegen empfahl die DAH schwulen Männern keine Kondome, sondern das Vermeiden einer Ejakulation in den Mund („Raus bevor's kommt“).

Dieses Innenraumplakat diente nicht der Informationsweitergabe, sondern sollte einen auffallenden Impuls zur Kondombenutzung setzen und so das Safer-Sex-Verhalten verstärken.

Detaillierte Informationen zu Safer Sex hat die DAH in den mehr als 25 Jahren ihres Bestehens in zahlreichen Faltblättern und Broschüren für die verschiedensten Zielgruppen nach dem jeweils aktuellen Wissensstand geboten.

Die nachhaltigste Präventionsarbeit wurde und wird jedoch nicht über Printmedien geleistet, sondern über die personale Kommunikation in Beratung und Streetwork (Vor-Ort-Arbeit), das heißt durch die Arbeit der regionalen Aidshilfen und anderer im Aidsbereich tätiger Institutionen.

1986 gab es 32 regionale Aidshilfen.



Wie alles begann ...

HOLGER SWEERS

„Die einzige Pflicht, die wir der Geschichte gegenüber haben, ist, sie umzuschreiben.“

Oscar Wilde

Im Sommer 1981 erschienen die ersten Berichte über ungewöhnliche Pilzinfektionen und Lungenentzündungen bei jungen schwulen Männern aus den USA, deren Immunsystem offenbar zusammengebrochen war. Einen Namen hatte die Krankheit noch nicht – man sprach zunächst von Gay Related Immuno Deficiency (GRID), zu Deutsch etwa „schwulenbezogene Immunschwäche“. Erst 1982 einigte man sich auf die Bezeichnung „Acquired Immuno Deficiency Syndrome“ – AIDS oder wie man heute schreibt: Aids.

Bald gab es auch erste Fälle in Deutschland. Gerd Paul, der von 1983 bis 1985 am Aufbau der Berliner AIDS-Hilfe mitwirkte, erinnert sich an seine erste Begegnung mit der Krankheit im Sommer 1983: „Ein Bekannter, einer der ersten Aidsfälle in Berlin, war schwer erkrankt. Sein Schicksal in der Klinik gestaltete sich so jämmerlich und ... empörend, dass sich, auf Intervention seines Freundeskreises, der Sender Freies Berlin dieses Falls annahm und die Öffentlichkeit alarmierte.“ Pauls Bekannter wurde damals entgegen allen professionellen Standards pflegerisch vernachlässigt sowie unzureichend versorgt und ernährt – und das war kein Einzelfall.

Ebenfalls im Sommer 1983 informierte die Zeitschrift „Der SPIEGEL“ zum ersten Mal die breite deutsche Öffentlichkeit über die Krankheit – mit der Titelgeschichte „Tödliche Seuche AIDS – Die rätselhafte Krankheit“, und im September 1983 wurde in Berlin die „Deutsche A.I.D.S.-Hilfe e.V.“ gegründet. Ziele der Gründungsmitglieder Sabine Lange, Ludger Nilsen, Hans-Joachim Bartz, Markus Burk, Bruno Gmünder, Siegfried (auch bekannt als Thomas) Zobel, Matthias Marrum, Hans-Joachim Lamprecht, Volker Baasner, Rainer Schilling und Stefan Reiß waren professionelle Hilfe und Unterstützung für die Kranken, die Sammlung und Verbreitung von Informationen über die Krankheit und das politische Engagement gegen die zu befürchtende (neue) Diskri-

Der Wissenschaftler Michael Gottlieb von der University of California, Los Angeles (UCLA) berichtet im Wochenblatt der US-amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention (CDC) vom 5. Juni 1981 über ungewöhnliche Pilzinfektionen und Lungenentzündungen bei fünf ansonsten völlig gesunden jungen schwulen Männern aus Los Angeles. Offenbar ist ihr Immunsystem zusammengebrochen.



In der New York Times erscheint am 3. Juli 1981 ein Artikel über eine Reihe ungewöhnlicher und ähnlicher Krankheitsfälle. Bei den Erkrankten handle es sich um Homosexuelle mit vielen Sexpartnern.

minierung schwuler Männer und ihrer Lebensweisen.

Damals hoffte man noch auf eine baldige medizinische Lösung. Bald aber begannen sich die politische, bürgerrechtliche, soziale und auch globale Dimension der Krankheit abzuzeichnen: Selbsternannte „Experten“ warnten vor der drohenden „Durchseuchung“ großer Bevölkerungsteile, als Gegenmaßnahmen wurden neben der Tätowierung HIV-Positiver sogar Internierungen „Uneinsichtiger“ (zum Beispiel Prostituierten oder Drogengebraucher) ins Gespräch gebracht, schwule Saunen wurden geschlossen.

Die zunächst meist ehrenamtlich arbeitenden Aidshilfen – Anfang 1984 waren Aidshilfen in München und Köln gegründet worden, weitere folgten – sahen sich derweil großen Erwartungen der von HIV und Aids besonders Bedrohten und Betroffenen gegenüber und mussten um öffentliche Mittel kämpfen. Erst im Sommer 1985 bewilligte der Berliner Senat 50.000 DM für das „Projekt Berliner AIDS-Hilfe“ – ein Meilen-

stein, dem Ende 1985 dann 300.000 DM vom Bundesgesundheitsministerium für die Deutsche AIDS-Hilfe folgten.

Die DAH konnte sich nun neben ihrer Aufklärungsarbeit auch verstärkt in die politische Diskussion einmischen. Welchen Weg man einschlagen würde, war bei Weitem nicht ausgemacht: Den Vertretern der gesellschaftlichen Lernstrategie, die auf sachliche Information und Aufklärung, Selbstbestimmung und Solidarität setzten, standen die Verfechter der althergebrachten „Seuchenstrategie“ gegenüber – sie wollten „Infektionsquellen“ ermitteln und „stilllegen“, zum Beispiel mit Massentests und einer Meldepflicht für HIV-Infizierte.

Anfang 1987 spitzte sich die Auseinandersetzung zu: Im Februar beschloss die bayerische Staatsregierung – maßgeblich auf Initiative von Innenstaatsse-

ekretär Peter Gauweiler – einen „Maßnahmenkatalog zur Abwehr von AIDS“. Er sah unter anderem vor, „Ansteckungsverdächtige“ zur Durchführung eines HIV-Tests vorzuladen und gegebenenfalls vorführen zu lassen, Einrichtungen, die „eine Weiterverbreitung des Virus begünstigen“ (z. B. Schwulensauen), mit Auflagen zu versehen oder zu schließen sowie alle Beamtenanwärter/innen bei ihrer Einstellungsuntersuchung auf HIV testen zu lassen.

Gegen diese Position bekamen die Aidshilfen Unterstützung von Wissenschaftlern wie Rolf Rosenbrock, dessen Buch „Aids kann schneller besiegt werden“ 1986 und 1987 in drei schnell aufeinander folgenden Auflagen erschien, und von Politikern wie Ulf Fink, damals Berliner Gesundheitssenator, sowie Bundesgesundheitsministerin Rita Süßmuth. Durchgesetzt hat sich schließlich die „gesellschaftliche Lernstrategie“ – bis heute setzt die Prävention in Deutschland erfolgreich auf die Kommunikation über Risiken, das Wissen um diese Risiken und die Möglichkeiten, sie zu vermeiden oder zu senken, auf das Vorhandensein wirksamer Präventionsmittel und auf das Einwirken auf die Strukturen und Verhältnisse, die das Verhalten beeinflussen.

Die beiden folgenden Beiträge von „Aidshilfe-Urgestein“ Bernd Aretz und Rita Süßmuth führen zurück in diese Zeit, in der die Fundamente für die HIV-Prävention gelegt wurden.



BERND ARETZ,
Jurist und Autor,
lebt als Rentner
in Offenbach.
Er war auf allen
Ebenen von Aids-
hilfe ehrenamtlich
engagiert und ist
Ehrenmitglied der
Deutschen AIDS-
Hilfe.

Annäherungen – ein Bilderbogen*

Die Regenbogenfahne flatterte im Sturm unter den dahinjagenden Wolken des kommenden Gewitters. Siebeneinhalb Minuten läutete die Stadtglocke der Frankfurter Paulskirche, während auf dem Römerberg Namen verlesen wurden. Das war im Februar 1990. Es war eine öffentliche Trauerfeier für unsere schwulen Freunde, vereinzelte heterosexuelle Frauen und Männer, darunter vor allem Menschen, die bei der herrschenden Drogenpolitik keine Chance hatten, zu überleben. Unter den verlesenen Namen waren auch die von Menschen, die vor Hunger und Gewalt in ihren Heimatländern geflüchtet waren, hier strandeten und an den Folgen von Aids starben. Die feine Glocke läutet nur zu wesentlichen Ereignissen im Leben unseres Gemeinwesens. Darüber muss der Rat der Stadt stellvertretend für die Bürgerschaft entscheiden. Trauer und

* Dieser Text wurde zuerst im Sommer 2011 in einer Sonderausgabe des Magazins HIV & more unter dem Titel „Zeitzeugen. Die Anfänge von HIV/Aids in Deutschland“ veröffentlicht (<http://hivandmore.de/archiv/2011-sonder/>). Wir danken Autor und Verlag für die freundliche Genehmigung, diesen Beitrag hier zu veröffentlichen.

Angst der im Bann von Aids stehen Menschen wertete er über alle politischen Erwägungen.

Gar zu große Angst lähmt. Sie auszusprechen und darin im Kreise der Freunde und all der unterstützenden Menschen aufgefangen zu werden, konnte sie beherrschbar machen, die Handlungsfähigkeit zurückgeben. Sprechen half dabei, wenn es auch nicht zum Nulltarif zu bekommen war. Die Angst vor Tratscherei, Verlust der sexuellen Attraktivität, beruflichen Schwierigkeiten wog schwer. Mein Einsatz war der einer gut gehenden Anwaltskanzlei. Sie hat darunter gelitten. Aber wenn ich mich frage, welche Einsätze die Generation meiner Eltern oder Großeltern hätten leisten müssen, wenn sie gegen Tätowierungen und Internierungen protestiert hätte, dann kann ich nur sagen, ich bin gut davongekommen. Mein Einsatz war nicht zu hoch. Schließlich ging es um meine Unversehrtheit.

Diejenigen, die in den Anfangstagen ihr Gesicht zeigten, waren getrieben, weil sie die Sprachlosigkeit und das Übersättetwerden mit düsteren Bildern nicht mehr ertrugen. Wandelnde Mörderbomben sollten wir sein, schlimm wie Pest, Cholera und die Präventionsbotschaften der katholischen Kirche zusammen. Endlich hatten die allseits kursierenden diffusen Lebensängste einen Namen. Was kümmerte Tschernobyl, das verhungernde und verdurstende Afrika; näher lag doch die an den Beratungstelefonen beliebte Frage, ob der bundesdeutsche Durchschnittsbürger sich an grünen Meerkatzen infizieren könnte^a. Und unsere Freunde starben. Jedoch wie klein wurde das alles auf einmal, wenn der Kollege aus Afrika beiläufig anmerkte: „Wir wären froh, wenn wir sauberes Wasser hätten“, wenn eine infizierte schwangere Frau von der öffentlichen Meinung und weiten Teilen des Gesundheitssystems zum Abbruch gedrängt wurde, eine alleinerziehende Mutter vor der Frage stand, wann sage ich es meiner fünfjährigen Tochter?

Die politischen Diskussionen der achtziger Jahre waren gnadenlos. Der bayerische Maßnahmenkatalog sorgte für Ängste, der Paderborner Bischof predigte gegen die Aids-Aufklärung, die Stadt Frankfurt gab die Anweisung, eine Psychiatriestation zur Einweisung Infizierter freizuräumen, Einreiseverbote für infizierte Touristen wurden von Bundesinnenminister Zimmermann verteidigt.

Aber es gibt unendlich viele Bilder, die dagegen stehen: Frau Süssmuth erteilte als Gesundheitsministerin den Ausgrenzungsfantasien eine klare Ab-

^a Die Erbsubstanz (RNA) des Virusstamms HIV-2 ähnelt dem sogenannten Affen-Aids-Virus bei Grünen Meerkatzen.

In New York wird die Gay Men's Health Crisis (GMHC) gegründet, die weltweit erste Aidshilfe-Organisation.

Am 27. Juli 1982 einigt man sich auf einer Konferenz von Blutspende-Organisationen auf den Namen AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome). Grund ist das Auftreten des Krankheitsbildes auch bei Drogengebrauchern und Blutern. Bis dahin verwendeten die Medien Bezeichnungen wie „Schwulenkrebs“.

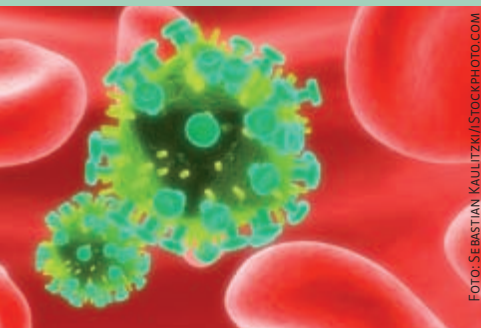


FOTO: SEBASTIAN KAULITZKI/ISTOCKPHOTO.COM

Im Juli wird in Frankfurt am Main erstmals bei einem Patienten in der Bundesrepublik Aids diagnostiziert.



sage. Männer und Frauen von den Ministerien bis in die Kommunalverwaltungen begleiteten die Aidshilfe kritisch, aber solidarisch. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung machte HIV und Kondome in der Bevölkerung besprechbar. Die Sexual- und die Gesundheitswissenschaft mit Bochow, Dannecker und Rosenbrock kämpften mit Unterstützung weiter Teile der Medien für eine rationale Politik; sie waren und sind den Aidshilfen gute Berater. Im Jahr 1983 hatte sich die Deutsche AIDS-Hilfe schon gegründet, mit der vorranglichen Zielsetzung, weitere Infektionen unter schwulen Männern zu vermeiden, aufzuklären und den schon Infizierten beizustehen. Die Gründung erfolgte aus den betroffenen Szenen heraus von schwulen Wirten, engagierten schwulen Männern und Sabine Lange, einer Krankenschwester, die als Streetworkerin gegen Hepatitis die schwule Welt kannte. Die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung warnte bereits Ende '84 in einem Memorandum vor dem Hantieren mit Bestrafungs- und Zwangsmaßnahmen. Sie forderte die Einstellung des Arbeitens mit vorläufigen Daten, nach denen sich alle acht Monate die Anzahl der Infizierten verdoppeln sollte, sodass heute die gesamte BRD HIV-positiv sein müsste. Das Namen-und-Steine-Projekt^b von Tom Fecht mit Unterstützung der Deutschen Aids-Stiftung gab Trost. Rüdiger Anhalt kämpfte mit ACT UP auf den Barrikaden für eine menschenwürdige Drogenpolitik, für Zugang zu Behandlung weltweit, gegen Bischof Dyba, Gauweiler und den bayerischen Maßnahmenkatalog.

^b www.namenundsteine.com

Hans Peter Hauschild, Mitbegründer der Frankfurter Aidshilfe und später im Bundesvorstand, versuchte nicht nur, die Lust und ihre Orte konzeptionell und politisch zu verteidigen, sondern stritt fröhlich lachend auch mit selbstverfassten Liedern Seite an Seite mit Huren, Strichern, Junkies und Bürgertum bei kreativen Aktionen um würdige Bedingungen für das Leben in dieser Gesellschaft. Heute läuft das Altenheim traulich vereint mit dem Kindergarten im Benefizlauf für die Aidshilfe, während das Radioteam wochenlang im Vorfeld gezielt die Faulen angelockt hat, die Strecke mit den Moderatoren im Spaziergang zu bewältigen.

Mein persönlicher Dank gebührt natürlich vor allem dem Frankfurter Medizinsystem, das ganz wesentlich von Frau Prof. Elke Helm geprägt ist. Im Winter 1984 erklärte mir Dr. Reinhard Brodt beim ersten Vorstellungstermin in der Ambulanz des Universitätsklinikums: „Außer dem redlichen Bemühen haben wir leider nicht viel zu bieten, unter welchem Namen sollen wir Sie denn in der Kartei führen?“ Mit dieser Frage gab der Arzt, der die Ängste seiner Patienten ernst nahm, eine Antwort auf die Meldepflichtdebatte. Da auf einen Arzt zu treffen, der keine Angst vor körperlicher Untersuchung hatte, der einräumte, dass man eigentlich noch nichts wisse, insbesondere nicht, ob die ganzen Fantasien richtig oder falsch seien, war schon eine ganze Menge. Nebenbei bot sich in den Fluren der Ambulanz bisweilen die Möglichkeit, Leidensgenossen kennenzulernen und so die Vereinzelung zu durchbrechen.

In einem ihre Besorgnis zeigenden Memorandum der Professoren Stille und Helm wurde 1987 die damals angenommene Dramatik beschworen. Ein Drittel der schwulen Männer im Rhein-Main-Gebiet sollte infiziert sein, die wirtschaftlichen Folgen führten in die Krise der Gesellschaft, unter anderen drohe der Zusammenbruch des Immobilienmarktes. Mit sehr vielen Einschätzungen hatten sie recht, damit aber glücklicherweise nicht. Boshafte Tanten spöttelten, eher sei zu befürchten, dass der Antiquitätenmarkt mit drittklassigem Trödel überschwemmt wird. Frau Helm saß später im Rahmen einer Visite am Bett meines erblindeten sterbenden Freundes und fütterte ihn. Ein Gespräch mit einer Mutter auf dem Balkon der Station 68 ist mir in Erinnerung. Sie war das erste Mal ungeschminkt mit der Farbigkeit der Lebenswelt ihres schwerkranken schwulen Sohnes konfrontiert. Und sie nahm sie ganz selbstverständlich an. Das war einfach so. Elfriede, die Rentnerin, kochte für die Kranken und deren Freunde und stellte immer wieder ihren mütterlichen Busen zum Ausheulen bereit. Die Schwestern, Pfleger, Ärztinnen und Ärzte, die Seelsorgerinnen, sie sind nicht alle aufzuzählen, die in schweren Momenten unspektakulär und warm Hilfe geleistet haben.

Anfang 1983 gelingt Luc Montagnier und Francoise Barre-Sinoussi am Institut Pasteur in Paris der Nachweis von Partikeln eines Retrovirus, den sie für den Aidsauslöser halten und LAV nennen (Lymphadenopathie-assoziiertes Virus). Im Mai veröffentlicht Montagnier das erste Bild des Erregers. 2008 erhält das Forschungsduo für seine Entdeckung den Medizin-Nobelpreis.



Im Mai 1983 veröffentlichen der New Yorker Arzt Joseph Sonnabend und zwei seiner Patienten eine der ersten Aufklärungsschriften: „How to Have Sex in an Epidemic“. Sie sprechen darin erstmals von „Safer Sex“.



Die breite deutsche Öffentlichkeit nimmt erstmals im Juni Notiz von der Infektionskrankheit, als die SPIEGEL-Titelgeschichte „Tödliche Seuche AIDS. Die rätselhafte Krankheit“ erscheint.



Am 23. September wird in Berlin die „Deutsche A.I.D.S.-Hilfe e.V.“ (DAH) gegründet.

Manchmal kommen wieder angstvolle Bilder hoch, wenn ich Freunde im Krankenhaus treffe. Da gibt es zu spät diagnostizierte Menschen, die jahrelang verdrängt haben, dass sie infiziert sein könnten, Menschen, die ihre Therapien nicht nehmen konnten, weil ihre seelische Ausstattung für eine sozial geächtete chronische Erkrankung unzureichend ausgerüstet ist, oder Menschen, die trotz aller Therapien einfach krank sind. Die Zipperlein mehren sich, und ich frage mich bisweilen, ob es denn ganz normale Altersverrottungsprozesse sind oder nicht doch etwa Spätschäden der Behandlung oder auch Ausdruck der Grunderkrankung. Als Kontrast dazu konnte man sich dann in herumliegenden Postillen am Kitsch in der Werbung der Pharmaindustrie erfreuen.

Es sind immer wieder die Bilder, die im Wege stehen. Die tragische Aura, die den Blickwinkel auf Aids in seinen düsteren Anteilen verengt und Respekt vermissen lässt vor anderen Gewichtigungen, die das Leben bieten kann, oder auch vor anderen Schicksalen, ist ebenso falsch wie die angebliche Leichtigkeit, die nach den Erfolgen der Medizin Einzug gehalten haben soll. Glaubt man der Werbung der Pharmaindustrie um 2003, ist sie gepaart mit einer besonderen Empfänglichkeit für die kleinen Vergnügungen wie das Betrachten der Marienkäfer, die der Normale achtlos zertrampeln würde. Diese Suggestion in einer Anzeige, der Infizierte habe außergewöhnliche spirituelle Erfahrungen, verschleiert die richtige Tatsache, dass niemand unverändert aus einem schmerzhaften Prozess hervorgeht, der bisher fast dreißig Jahre Teile des schwulen Lebens, dem auch ich angehöre,

beherrscht hat. Meine Haut wurde dabei dünn. Ich lernte auch, wie verletzt die Haut des anderen sein kann, beileibe nicht nur wegen Aids, sondern einfach weil das Leben seine Spuren hinterlässt. Sie wird dabei aber auch empfänglicher für behutsame Berührungen. Ich propagiere jetzt nicht den Kuschelex. Aber vielleicht lernt man, ehrlicher mit sich und seinen Wünschen und dem Partner umzugehen. Mich hat überraschend die Leichtigkeit des Lebens im Kleide der Liebe wieder erreicht. Auch das ist eine der Möglichkeiten des Standhaltens.

Die Kehrseite der Medaille ist, dass auch die Frage, wie man denn die Sexualität so lebt, wieder auftaucht. Hier erlebe ich einen öffentlichen Diskurs, der an meinen Gefühlen und Erfahrungen vorbeigeht. Da wird von Verantwortung geredet, aber etwas ganz anderes gemeint. Da wird so getan, als könne und müsse jede Infektion vermieden werden, als fänden die Infektionen in der Regel durch unverantwortliches Verhalten statt. Die Sexualität müsse dem Gesundheitsschutz ja wohl untergeordnet werden. Ich weise die Versuche zurück, uns infizierte Menschen als Kern des Übels zu betrachten. Das Übel liegt in einer viralen Erkrankung. Manch ein Lebensentwurf erhöht das Risiko, in ihren Bann zu geraten, und zwar unabhängig vom konkret vorhandenen Sexualkontakt. Das soll der Gesellschaft gegenüber nicht zu verantworten sein? Gesundheit spielt gemeinhin weder bei Arbeitsbedingungen noch den seelischen Kosten der Arbeitslosigkeit oder der Wahl der Sportarten eine zentrale Rolle. Wer schon einmal versucht hat, in einfach überschaubaren Bereichen wie dem Rauchen, Trinken und Essen sein Leben radikal zu verändern, weiß, dass es keine einfachen Wege gibt. Und er sollte allemal verstehen, wie viel schwieriger ein so vielschichtiges Feld wie die Sexualität ist.

„Als wenn das beliebig wäre, was wir sexuell geworden sind! Das, worauf wir abfahren, ist die Handschrift unserer Seele. Bei jedem ist das eine ausgesprochen persönliche Sache. Nichts davon ist zufällig oder marottenhaft“, schrieb Hans Peter Hauschild. Mit dazu gehört die Erkenntnis, dass es unendlich viele Sichtweisen und Lebensentwürfe gibt. Dafür forderte er Respekt ein, auch als eine wechselseitige Verpflichtung. Natürlich ist jeder für sein Handeln verantwortlich. Verantwortung ist zwar gemeinsam zu tragen, aber nicht teilbar. Da hilft auch nicht der mutwillige Gebrauch berausender oder enthemmender Drogen, um diesem Gefühl zu entkommen. Man soll doch da nichts hineinfantasieren. Niemand darf unausgesprochen darauf vertrauen, der andere nehme sie fürsorglich für beide wahr, der Partner werde es schon richten. Dafür sind die Vorstellungen von den Risiken, die Bereitschaft, sie einzugehen, und die Bedürfnisse des Bauches zu unterschiedlich. Es geht nicht um Verantwortung, sondern um die Klarheit in den Abstim-

mungsprozessen. Dazu gehört auch die offene Kommunikation darüber, dass eine funktionierende Therapie bei allen theoretischen oder vielleicht auch tatsächlichen Restrisiken mindestens so sicher ist wie Kondomgebrauch.^c

Hans Peter Hauschild würde uns heute zu Recht vorwerfen, wir machten in unserem Alltag einen Bogen um die großen Probleme in der Welt, die nur mit einem entschiedenen „Teilen jetzt!“ gemildert werden können, wir kümmerten uns nicht um die Probleme hier im Land, zum Beispiel die fehlende Krankenversorgung „Illegaler“ in einem von Ausbeutung und Angst vor Abschiebung geprägten Lebensgefühl. Dessen sollten wir uns bewusst sein, wenn auch jeder seinen je eigenen Weg mit all seinen Notwendigkeiten lebt. Die Auseinandersetzungen über HIV sind noch nicht beendet. Solange nicht weltweit ein Zugang zu Medizin hergestellt ist, Suchtkranke kriminalisiert werden, die Staatsanwaltschaften in den Betten rumschnüffeln, werden die von HIV Bedrohten oder Betroffenen auch weiterhin mitreden müssen.

c Im Januar 2008 erschien in der Schweizerischen Ärztezeitung ein Positionspapier der Eidgenössischen Kommission für Aidsfragen (EKAF) mit dem Titel „HIV-infizierte Menschen ohne andere STD [sexually transmitted disease = sexuell übertragbare Krankheit] sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös“. In ihrem Positionspapier „HIV-Therapie und Prävention“ vom April 2009 formulierte die DAH dazu folgende Botschaften: „Bei sexuellen Kontakten ohne Kondom mit einem/einer HIV-positiven Partner/in ist eine HIV-Übertragung unwahrscheinlich, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Viruslast des HIV-positiven Partners/der HIV-positiven Partnerin ist seit mindestens sechs Monaten unter der Nachweisgrenze,*
- die antiretroviralen Medikamente werden konsequent eingenommen,*
- bei den Sexualpartner(inne)n liegen keine Schleimhautdefekte z. B. als Folge sexuell übertragbarer Infektionen vor.*

Mittlerweile hat die im Mai 2011 veröffentlichte Studie „HPTN 052“ des HIV Prevention Trials Network wissenschaftlich zweifelsfrei belegt, dass die HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit bei ungeschütztem Sex durch eine erfolgreiche, kontrollierte HIV-Therapie um mindestens 96 Prozent reduziert wird. Die Therapie schützt damit in etwa genauso effektiv wie Kondome, welche die HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit um etwa 95 Prozent verringern. Außerdem liegen inzwischen Daten vor, nach denen sexuell übertragbare Infektionen bei erfolgreicher und kontrollierter HIV-Therapie mit einer Viruslast unter der Nachweisgrenze das HIV-Übertragungsrisiko nicht oder nur minimal erhöhen. Die entscheidenden Faktoren für die Viruslastmethode sind somit die Therapie, die Therapiekontrolle und eine Viruslast unter der Nachweisgrenze.



PROF. RITA SÜSSMUTH war von 1985 bis 1988 Bundesministerin für Jugend, Familie (Frauen) und Gesundheit. Danach leitete sie 10 Jahre als Präsidentin den Deutschen Bundestag.

„Wir bekämpfen die Krankheit, nicht die Menschen“*

Mitte der 80er Jahre war ich als Bundesgesundheitsministerin plötzlich mit einem neuen Thema konfrontiert: Aids. Ich habe die damalige Situation noch gut in Erinnerung, denn ich war gezwungen, mit einem für diese Sachlage völlig unzureichenden Wissen zu handeln.

Die Aids-Forschung steckte in den Kinderschuhen, und praktische medizinische Erfahrungen – angefangen mit der Frage, wie Aids genau zu diagnostizieren sei – fehlten auf breiter Front. Wenig hilfreich war dabei auch das dauernde Wechselbad der Meldungen und Prognosen: Hieß es in der einen Woche „Es steht eine Katastrophe bevor“, erschien in der folgenden Woche ein eher moderater Artikel. Die Menschen waren also in höchstem Maße verunsichert, und in diesem Klima nahmen viele Zuflucht in der Feststellung:

* Dieser Text wurde zuerst im Sommer 2011 in einer Sonderausgabe des Magazins HIV & more unter dem Titel „Zeitzeugen. Die Anfänge von HIV/Aids in Deutschland“ veröffentlicht (<http://hivandmore.de/archiv/2011-sonder/>). Wir danken Autorin und Verlag für die freundliche Genehmigung, diesen Beitrag hier zu veröffentlichen.

Anfang 1984 werden die Aidshilfen in München und Köln ins Vereinsregister eingetragen, weitere Aidshilfen folgen.



Am 28. April beansprucht der amerikanische Forscher Robert Gallo, den Aids-Erreger entdeckt zu haben. Er nennt das Virus HTLV-III.



Ende 1984 bringt die Deutsche AIDS-Hilfe eine Broschüre zum Test auf den Aids-erreger heraus. Sie rät vom Test ab, da er keinen medizinischen Nutzen bringe und die Gefahr von Ausgrenzung und Benachteiligung bestehe.

„Das ist eine Krankheit, die uns nichts angeht, sie geschieht nur in einem bestimmten Milieu.“ Als heterosexuelles Problem wurde Aids zunächst eindeutig heruntergeredet und in erster Linie als eine „Krankheit der Homosexuellen, Prostituierten und Drogenabhängigen“ gesehen.

Nur zögernd wurde akzeptiert, dass Aids alle angeht und es darauf ankommt, die Krankheit zu bekämpfen und nicht die betroffenen Menschen. Prävention ist notwendig und möglich. Verantwortlicher Schutz vor HIV-Infektion ist praktikabel und erfolgreich durchzuführen.

Die Auseinandersetzung darüber, wie man die Ausbreitung der Immunschwächekrankheit verhindern könne, ging durch Mark und Bein. Wie in der Gesellschaft gab es auch im politischen Lager zwei Fronten. Da war eine zunächst kleine Gruppe, die für eine Ausrichtung der Gesundheitspolitik auf Verhütung und Prävention plädierte, um die Infektion in Schach zu halten. Und es gab die große Mehrheit, die ständig das Seuchengesetz im Munde führte und der Ansicht

war, die Infizierten müssten identifiziert und separiert werden. Insbesondere der damalige Leiter des Kreisverwaltungsreferats der Stadt München, Peter Gauweiler, feuerte die Ängste an und trat für eine harte Law-and-Order-Politik ein. Auf seine Forderung nach durchgehenden Aids-tests bei Homosexuellen hielt ich dagegen, dass man sie dann jeden Morgen erneut testen müsse. Neben Peter Gauweiler gab es den oft zitierten schwedischen Experten Michael Koch, der doch tatsächlich die Verschickung und Isolierung auf einer Insel vorschlug. Unmenschliche Vorschläge, untaugliche Scheinlösungen, aber in einer verängstigten Bevölkerung fanden sie natürlich heftige Resonanz.

Unsere Priorität auf der politischen Ebene war, zunächst Kenntnis vom sich laufend erweiternden Wissen zu bekommen. Wir brauchten auch Beratung bei der Frage, welche Schutzmaßnahmen zu ergreifen waren. Recht bald gründeten wir deshalb einen Beirat, dem auch ausländische Wissenschaftler

angehörten und der sich alle vier Wochen traf. Dieser Beirat war eine gemeinschaftliche Aktion der verschiedensten Gruppierungen: Forscher, Ärzte, Menschen der Kulturszene, Praktiker wie Streetworker oder Priester und Pfarrer – eben alle, die mit von Aids betroffenen Menschen einen Umgang von Mensch zu Mensch hatten. Im Vordergrund stand für mich immer die Prämisse: „Wir bekämpfen die Krankheit, nicht die Infizierten.“ Es war in dieser Situation damals ganz wichtig, die Aidshilfen mit all ihren Erfahrungen sowohl in der homosexuellen Szene als auch bei der geeigneten Prävention in die Schutzmaßnahmen einzubeziehen. Heute hört fast niemand mehr hin, aber damals durfte man das Wort „Kondome“ nur hinter vorgehaltener Hand und als Politikerin schon gar nicht in der Öffentlichkeit sagen. Außerdem herrschte die Meinung vor, wer sexuell treu lebe, sei ja nicht gefährdet.

Durch unsere konzentrierte Aktion haben wir innerhalb eines halben Jahres ausreichende Finanzmittel für Aufklärungsarbeit eingeholt, wobei in der Anfangsphase die Aufklärungsarbeit noch sehr davon geprägt war, auszuloten, wie weit wir in der Deutlichkeit unserer Botschaften gehen konnten. Auch hierbei waren die Aidshilfen sehr wichtig, die mit einer sehr viel offeneren, auch härteren Sprache an die Öffentlichkeit gingen. Gemeinsam gelang es dann doch, eine Einstellungsveränderung in der Mehrheit der Bevölkerung zugunsten der Prävention zu erreichen. Entscheidend war, dass mit Ausnahme eines Landesministers alle anderen Bundesländer unserer Position zustimmten. Das war der große politische Durchbruch. Aus meiner Sicht hat Aids bei aller Dramatik, Gefahr und persönlicher Betroffenheit wenigstens das eine bewirkt: Die Menschen lernten endlich, offener über Sexualität zu sprechen, zu enttabuisieren, im Bewusstsein, dass Sexualität zum Menschen gehört wie Intellekt und Kultur. Es gelang, Eigenverantwortung, Selbstschutz und Schutz des anderen vor dieser zunächst tödlichen Gefahr massiv zu erhöhen.

AIDS

Heutiger Wissensstand Juni 1985



Im April 1985 erscheint die erste (aus der Schweiz übernommene) Safer-Sex-Broschüre der DAH für schwule Männer, im Juni die erste Auflage des Faltblatts „AIDS. Heutiger Wissensstand“, das die Kenntnisse zu Übertragungswegen, Schutz und Test zusammenfasst.

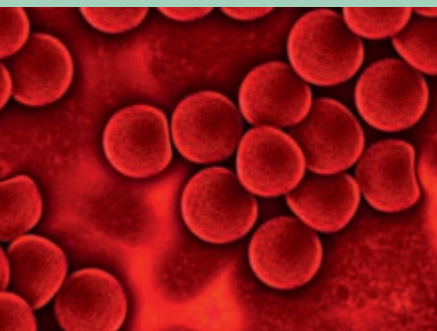
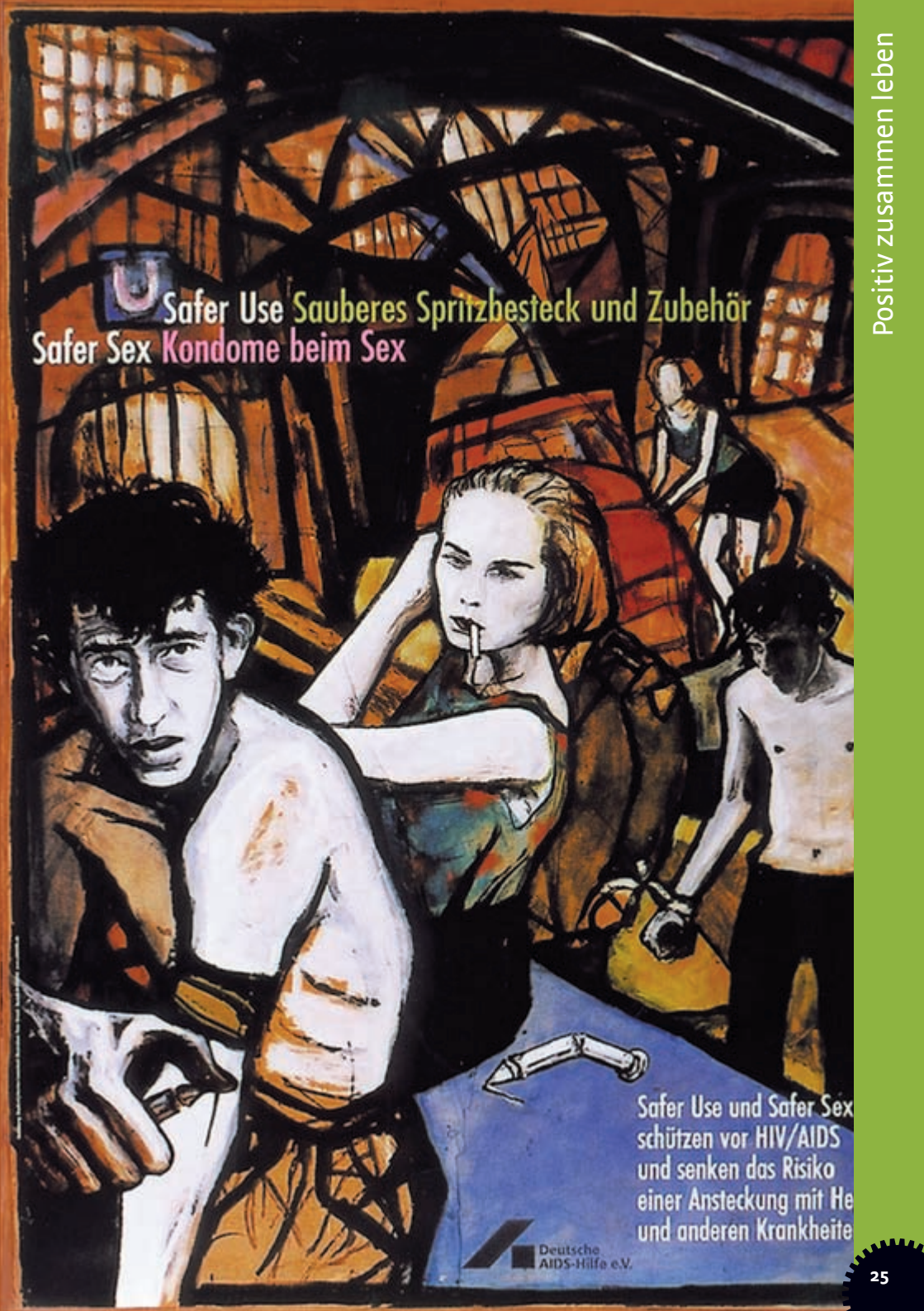


FOTO: GERT ALTMANN/PIXELO.DE

Im Juli wird in Deutschland der Test aller Blutprodukte auf HIV-Antikörper Pflicht. Die HIV-Infektionen bei Hämophilie-Patient(inn)en („Bluter“) gehen drastisch zurück.

Am 2. Oktober 1985 stirbt US-Schauspieler Rock Hudson an den Folgen von Aids. Sein Coming-out als schwuler und HIV-positiver Mann kurz vor seinem Tod sorgt weltweit für Aufsehen.

Im Dezember wendet sich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit einer Postwurfsendung „AIDS – Was Sie über AIDS wissen sollten“ an alle 27 Millionen Haushaltungen der Bundesrepublik.



U Safer Use Sauberes Spritzbesteck und Zubehör
Safer Sex Kondome beim Sex

Safer Use und Safer Sex
schützen vor HIV/AIDS
und senken das Risiko
einer Ansteckung mit He
und anderen Krankheiten

Deutsche
AIDS-Hilfe e.V.



Gebrauchtes Spritzbesteck nie weitergeben! (1987)

In den seit 1986 entwickelten Konzepten für die Zielgruppe der Drogengebraucher/innen stellt die DAH die Überlebenshilfe in Not- und Krisensituationen in den Mittelpunkt. Ein drogenfreies Leben wird allenfalls als ein mögliches Ziel gesehen. Grundsätzlich tritt die DAH für die Selbstbestimmungsrechte der von HIV betroffenen Menschen und damit auch für die Akzeptanz von Drogenkonsum ein („Recht auf Rausch“). Schon das erste im Jahr 1987 entwickelte DAH-Plakat für intravenös injizierende Menschen propagierte daher „Safer Use“ und nicht Drogenabstinenz.

Das preisgekrönte Plakat zeigt die großstädtische Lebenswelt der Zielgruppe drastisch, aber nicht in einem diskriminierenden Realismus, den eine Fotografie haben könnte: einen spritzenden Junkie, eine Frau, die gerade gedrückt hat, einen Mann, der in Handschellen abgeführt wird, eine Beschaffungsprostituierte.

Die DAH erstellte 1988 eine Plakatserie für drogenexperimentierende und drogengefährdete Jugendliche, die über HIV-Infektionsrisiken und mögliche Schutzmaßnahmen aufklärte. Eine 1989 aus Eigenmitteln der DAH finanzierte Plakatserie mit Botschaften wie „Vom Heroin kriegst man noch kein AIDS“ musste aufgrund der Medienkritik zurückgezogen werden: Die Botschaft, so der Tenor, fördere den Drogenkonsum.

Zumindest auf Plakaten war das Thema „Sexualität und Aids“ bis in die 1990er Jahre hinein im Unterschied zu „Drogen und Aids“ nur unzureichend in dieser Zielgruppe kommuniziert worden. Deshalb druckte die DAH ihr erstes Drogenplakat 2001 in leicht veränderter Version nach, da es beide Themen anspricht und nach wie vor beliebt war.

Leben mit HIV und Aids heute – Blitzlichter

SILKE EGGERS UND DR. STEFAN TIMMERMANN

Wenn in den 1980er Jahren von HIV und Aids die Rede war, ging es vor allem um schwere körperliche Beeinträchtigungen, um Leiden und Tod. Heute, rund 30 Jahre später, sieht das ganz anders aus: Die HIV-Infektion ist eine in der Regel behandelbare, wenn auch noch nicht heilbare chronische Krankheit – zumindest in den reicheren Ländern dieser Welt. Wer sich heute in Deutschland mit HIV infiziert, kann mit einer annähernd normalen Lebenserwartung bei guter Lebensqualität rechnen. Leben mit HIV bedeutet aber auch, dass man eine gute ärztliche Betreuung braucht und lebenslang täglich Medikamente einnehmen muss. Eine HIV-Infektion kann außerdem psychische, soziale und finanzielle Folgen haben.

Der Alltag mit HIV sieht bei jedem Menschen anders aus. Die Diagnose „HIV-positiv“ jedoch stellt für die meisten einen tiefen Einschnitt dar und muss – wie andere Krankheiten oder Schicksalsschläge auch – erst einmal verarbeitet werden. Das gelingt der einen besser, dem anderen weniger gut. Manche haben keine oder nur geringe Probleme mit ihrer Infektion und führen ein „ganz normales“ Leben. Für andere dagegen bedeutet sie eine große Belastung mit weit reichenden Auswirkungen auf die gesamte Lebensplanung.

Medizinischer Fortschritt: viel Licht, aber auch Schatten

Mittlerweile gibt es mehr als zwanzig Medikamente gegen HIV: Sie unterdrücken die Virusvermehrung, halten die Infektion in Schach und erhöhen so die Lebenserwartung und Lebensqualität. Wie alle Medikamente haben sie aber auch Nebenwirkungen, die sich je nach Substanz und je nach Patient/in unterscheiden. Kurzzeitnebenwirkungen wie Durchfälle oder Kopfschmerzen gehen meist nach einigen Wochen zurück und sind in der Regel gut behandelbar. Langzeitnebenwirkungen – z. B. Nervenentzündungen in den Beinen oder Störungen des Fettstoffwechsels – treten bei den modernen Medika-

Im Januar bezieht die Deutsche AIDS-Hilfe ihre ersten eigenen Arbeitsräume in Berlin – gegen den Widerstand von Ärzten, die im selben Haus ansässig sind.

Im Mai benennt eine internationale Kommission LAV und HTLV-III in „Human Immuno Deficiency Virus“ (HIV) um.

Im selben Monat findet im Tagungshaus Waldschlösschen bei Göttingen das erste bundesweite Treffen von Menschen mit HIV und Aids statt (Positiventreffen).



Im Dezember wird der Nationale AIDS-Beirat gegründet, in den auch die DAH einen Vertreter entsendet.

menten sehr viel seltener auf und lassen sich mit einem Wechsel der Kombination meist in den Griff bekommen. Die meisten HIV-Positiven kommen mit der HIV-Therapie gut klar. Bei einigen jedoch sind die Nebenwirkungen sehr stark und belasten das Alltagsleben erheblich.

Möglich sind ebenso Beeinträchtigungen, die sowohl durch die Medikamente als auch durch HIV selbst verursacht werden, wie etwa Erkrankungen des Zentralnervensystems, Depressionen oder Krebs.

HIV-bedingte Stigmatisierung

Obwohl HIV bei alltäglichen Kontakten nicht übertragen werden kann, werden viele HIV-Positive stigmatisiert und ausgegrenzt, wenn ihre Infektion bekannt wird. Das kann im Freundes- und Bekanntenkreis und in der Verwandtschaft passieren, aber auch am Arbeitsplatz (siehe unten). Selbst in Arztpraxen wird mit ihnen nicht immer so umgegangen wie mit den übrigen Patientinnen und Patienten: Dass man erst am Ende der Sprechstunde aufgerufen wird, obwohl ein früherer Termin vereinbart war, oder dass der Zahnarzt eine

Behandlung einfach verweigert, kommt auch heute noch vor. Ursache für Diskriminierung sind einerseits unbegründete Infektionsängste aufgrund falscher oder fehlender Informationen. Oft sind es aber auch Vorurteile – z. B. gegenüber Menschen aus anderen Kulturkreisen – oder moralische Vorbehalte gegenüber Homosexualität, Drogenkonsum oder ein (vermutetes) „lockeres“ Sexualleben.

Das Besondere bei HIV ist, dass nicht nur die Infizierten selbst, sondern auch ihre Angehörigen – z. B. Kinder in Kita oder Schule – von Stigmatisierung bedroht sind, wenn das soziale Umfeld davon erfährt. Oft wird die Infektion daher zum „Familiengeheimnis“ erklärt.

HIV, Sex und Partnerschaft

In der Beratung von Menschen mit HIV wird man immer wieder gefragt: Finde ich jemanden, der mich als Sexpartner/in akzeptiert? Wann ist ein guter Zeitpunkt, um über die HIV-Infektion zu reden? Und wenn ich es gesagt habe: Wird die Beziehung halten oder daran zerbrechen? Solche Fragen zeigen, dass eine HIV-Infektion das Sexual- und Beziehungsleben stark belasten kann. Beratende erleben häufig auch Ratsuchende, die voller Angst und Panik sind, weil ihr Partner oder ihre Partnerin HIV-positiv ist. „Wird er mich anstecken?“ oder „Hat sie mich vielleicht schon angesteckt?“, so die bange Frage. Umgekehrt befürchten auch viele Positive, sie könnten ihren Partner oder ihre Partnerin anstecken – selbst wenn sie Kondome benutzen und/oder ihre Viruslast dank HIV-Therapie unter der Nachweisgrenze ist.

Vom Sex einmal abgesehen: In diskordanten Beziehungen (ein Partner ist HIV-positiv, einer HIV-negativ) müssen beide einen Weg finden, wie sie mit dem Thema HIV umgehen. Das kann sehr unterschiedlich aussehen: Bei den einen nimmt das Virus breiten Raum ein, bei den anderen spielt es kaum eine Rolle. Je nach Gesundheitszustand und psychischer Verfassung kann sich das allerdings ändern.

HIV am Arbeitsplatz

Nach Schätzungen der Deutschen AIDS-Hilfe stehen etwa die Hälfte bis zu zwei Drittel der HIV-Positiven in Deutschland in Lohn und Brot. Viele möchten jedoch nicht, dass ihre Infektion am Arbeitsplatz bekannt wird – aus gutem Grund: Immer wieder kommt es vor, dass Menschen mit HIV von Kolleg(inn)en gemobbt werden, dass man ihnen kündigt oder den gewünschten Job erst gar nicht gibt – offiziell meist aus anderen Gründen als der HIV-Infektion, um sich in der Öffentlichkeit keine Blöße zu geben und vor Gericht nicht zu scheitern. Dabei gibt es bis auf wenige Ausnahmen – z. B. den Beruf des Piloten oder bestimmte chirurgische Tätigkeiten – keine rechtlichen Einschränkungen für die Beschäftigung von Menschen mit HIV. Das gilt auch für die Arbeit im Gesundheits- und Sozialwesen, im Gastronomie- und Lebensmittelbereich oder im Friseurhandwerk. HIV-Positive müssen sich lediglich an die geltenden Hygienevorschriften halten – so wie alle anderen Beschäftigten auch.

Oft sind es auch falsche Vorstellungen von der Leistungsfähigkeit HIV-Positiver, weshalb sie nicht vermittelt oder eingestellt werden. Wie Menschen mit

anderen chronischen Erkrankungen sind sie daher auf dem Arbeitsmarkt benachteiligt. Ein Outing bei der Jobsuche oder am Arbeitsplatz will also gut überlegt sein.

HIV und soziale Sicherung

Durch den massiven Sozialabbau in den letzten Jahren wird es immer wichtiger, sich privat abzusichern. Für Menschen mit HIV ist das oft aber gar nicht möglich: Beim Abschluss einer Lebensversicherung müssen sie mit einer Ablehnung oder deutlich höheren Beiträgen rechnen. Von der Berufsunfähigkeitsversicherung, die gerade für Menschen mit chronischer Erkrankung so wichtig ist, sind sie in der Regel ausgeschlossen. Außerdem setzt die private Absicherung finanzielle Ressourcen voraus, die aber nicht immer verfügbar sind. „HIV macht arm“ – diese Feststellung stimmt leider in vielen Fällen: Wer nicht mehr arbeitsfähig ist, erst wenig in die Sozialkasse eingezahlt und kaum private Vorsorge getroffen hat, bekommt nur eine kleine Rente. Menschen mit HIV leben heute zwar länger, müssen sich aber oft fragen, wie sie dabei über die Runden kommen.

Hinzu kommt, dass Kranksein in Deutschland immer teurer wird. Dass die Versicherten heute viele Leistungen selbst bezahlen müssen, trifft HIV-Positive umso härter, weil sie auf eine engmaschige Versorgung durch Spezialist(inn)en angewiesen sind. So werden z. B. keine Fahrtkosten mehr erstattet. HIV-Schwerpunktpraxen gibt es aber meist nur in größeren Städten, sodass Menschen aus ländlichen Regionen erhebliche Fahrkosten tragen müssen.

HIV und Migration

Bei vielen HIV-positiven Migrantinnen und Migranten ist der Zugang zu medizinischer Versorgung, zu Wohnraum und Sozialleistungen eingeschränkt. Bei ungeklärtem Aufenthaltsstatus kommt die Angst vor Abschiebung hinzu. Nach aktueller deutscher Rechtspraxis werden immer häufiger auch Menschen mit behandlungsbedürftiger HIV-Infektion abgeschoben, wenn die Botschaften mitteilen, dass im Herkunftsland eine ausreichende medizinische Versorgung gewährleistet sei. Als „ausreichend“ gilt sie allerdings bereits dann, wenn 50 Prozent der Behandlungsbedürftigen (theoretisch) Zugang zur HIV-Therapie haben.



MARCEL DAMS (21), Jungpositiver aus Essen, und der seit 21 Jahren infizierte MICHAEL JÄHME (52) aus Köln schreiben beide in einem eigenen Blog über das Leben mit HIV (teilverzeitblogger.wordpress.com und termabox.wordpress.com). Sie trafen sich in Köln zum Gespräch der Generationen. Birgit Schreiber moderierte.

„Wen therapieren wir hier eigentlich?“

Wo habt ihr euch eigentlich kennengelernt?

Michael: Im Internet, beim Bloggen. Marcel hat einen Satz von mir zitiert.

Marcel: Ja, der lautete ungefähr so: „Es liegt an dir, welche Bedeutung du HIV in deinem Leben geben willst. Lass dir von den anderen nichts vorschreiben.“

Michael: Ich war fasziniert, dass jemand mich zitiert, noch dazu ein so junger Mensch. Und ich fand es toll, dass jemand aus der jungen Generation so powert. Ich blogge erst seit 2007. Da war ich schon 17 Jahre positiv.

Marcel: Eine seltsame Vorstellung – als ich geboren wurde, hast du dich infiziert.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) startet die Kampagne „Gib Aids keine Chance“. Mit Plakaten und im Fernsehen wird versucht, Kondome zu einem Alltagsgegenstand zu machen.



Am 25. Februar 1987 beschließt die bayerische Staatsregierung einen „Maßnahmenkatalog zur Abwehr von AIDS“ (unter anderem mit der Möglichkeit, „Ansteckungsverdächtige“ zum HIV-Test vorzuladen).

Medienwirksamer Verfechter des Katalogs ist Innenstaatssekretär Peter Gauweiler (CSU). Am 24. Oktober kommt es in München zu einer Großdemonstration gegen die bayerische Vorgehensweise.

Am 17. März wird AZT (Retrovir®) als erstes Medikament gegen Aids zugelassen – ein Meilenstein für die Behandelbarkeit der HIV-Infektion. AZT ist das bis dahin teuerste verschreibungspflichtige Medikament: die Behandlungskosten betragen rund 10.000 US-Dollar pro Jahr.

Michael: Stimmt. In deinem Alter hätte ich mich damals nie getraut, so offen über HIV zu sprechen und mich so angreifbar zu machen.

Marcel: Wir haben heute viel mehr Freiheiten. Es ist viel einfacher, im Netz und im Privatleben zu sagen, ich bin schwul.

Michael: Ich bin in eine Zeit hineingebo-
ren, in der Schwulsein durch den § 175 noch
unter Strafe stand. Das hängt mir nach,
macht mich und andere meines Alters viel-
leicht misstrauischer. Und ich war bürger-
lich sozialisiert. Mein Coming-out hatte ich
mit 26. Ich war schon immer politisch und
selbstbewusst, aber erst mit EKAF wur-
de ich ein Tabubrecher – auch in den Au-
gen meiner Kollegen der Aidshilfe. Ich hat-
te den Eindruck, man traute den Positiven
einfach nicht zu, mit der Botschaft ange-
messenen umzugehen. Das fand ich diskrimi-
nierend und empörend. Und es war wich-
tig, dass HIV-Positive da Druck gemacht
haben. Heute kann ich in dem anfängli-
chen Zögern der DAH, das EKAF-Statement
offensiv zu unterstützen, auch etwas Eh-
renwertes sehen – man wollte ganz sicher
sein und keine unkontrollierbare Diskussi-
on losbrechen.

Marcel: Als ich von EKAF schließlich erfuhr, habe ich mich gefragt, ob der Öffent-
lichkeit da was verschwiegen worden ist. In einem Blog habe ich spä-
ter von meinem Recht auf kondomlosen Sex geschrieben, und es gab viele
wütende Reaktionen. Die Leute warfen mir vor, ich würde Sex ohne Kondom
propagieren. In Wirklichkeit plädiere ich für individuellen, verantwortungs-
vollen Umgang mit den verschiedenen Möglichkeiten des Safer Sex. Und das
kann heute eben auch Sex ohne Kondom sein.

Michael: Wie gehst du damit um, wenn Leute aggressiv auf deine Meinung
reagieren?

Marcel: Online verkrafte ich Widerspruch gut. Manchmal kriege ich fünf Schmähamails am Tag. Bestürzt war ich, als ich einen echten Brief im Postkasten zu Hause fand. Darin stand: „Du musst gestoppt werden, die Vorbereitungen sind im Gange.“ Zum Glück war das eine einmalige Sache.

Wie seid ihr beide zum Bloggen gekommen?

Marcel: Die Diagnose „HIV“ war für mich ein Schock. Ich konnte nichts fühlen, nur Ekel vor meinem Körper. Ich zog mich zurück. Dann sagte ein Psychologe zu mir, Anfeindungen seien weniger gefährlich, wenn ich mich selbst akzeptieren könne. Da hat es Klick gemacht. Ab jetzt wollte ich mich nicht nur akzeptieren, sondern viel, viel mehr. Doch im Internet, in dem junge Leute ja gern unterwegs sind, hatte ich bislang nur von Langzeitpositiven gelesen. Und Urteile über HIV-Positive wie „Schwulenkrankheit“, „unmoralisch“ oder „selber schuld“, die ich in manchen Foren fand, machten mich wütend. Dem wollte ich was entgegensetzen. Im Bloggen fand ich dann einen passenden Weg, mich zu engagieren und auch jungen Infizierten eine Stimme zu geben.

Michael: Ich habe 2007 zu bloggen angefangen und entdeckt: Manchmal ist Schreiben sehr heilsam, man lernt sich und seine Positionen besser kennen. Das ist gut für das Selbstwertgefühl. Beim Bloggen tue ich also etwas für mich und meine Lebensqualität. Ich frage mich allerdings, wen wir mit unseren Blogs mehr therapieren: uns selbst oder die Gesellschaft, die ihre Ängste über uns auskippt. Vieles, was menschlich ist, wird verdrängt und auf uns abgeschoben.

Marcel: Angst und Verdrängung gibt es auch unter Positiven. Als ich gerade erfahren hatte, dass ich positiv bin, hat mir ein älterer Infizierter gesagt: „Am liebsten würde ich dich jetzt ohrfeigen, weil du dich angesteckt hast.“ Für mich war das sehr, sehr schlimm. Enttäuschend war für mich auch, dass die Leute bei der Aidshilfe so wenig verständnisvoll waren und mir nichts zutrauten. Als ich eine Gruppe für Jungpositive aufmachen wollte, musste ich dafür kämpfen. Dabei heißt es doch immer, die Jungen sollen sich engagieren.

Michael: Ja, viele Ältere trauen den Jungen nichts wirklich zu. Das ist nicht meine Haltung. Ich bin sehr neugierig, wie jüngere Schwule – oft mit weniger emotionalem Ballast – die Dinge anders machen. Deshalb mache ich wirklich gerne Platz. Wenn ich demnächst in Teilrente gehe und meine Arbeitszeit reduziere, hoffe ich, dass die frei werdenden Stunden mit einem jungen

Sozialarbeiter besetzt werden, der Bereiche wie Prävention und Öffentlichkeitsarbeit übernimmt. Ich glaube, dass gerade die jungen Mitarbeiter die Potenziale der neuen Medien für die Aidshilfen nutzbar machen können. Wir brauchen auch jüngere Mitarbeiter als Identifikationsfiguren, die das Lebensgefühl der jüngeren Generation besser kennen.

Marcel: Junge Berater sind auch deshalb wichtig, weil man manche Themen am besten mit Gleichaltrigen klärt: die Probleme am Arbeitsplatz, in der Schule, Prüfungen. Aber ich lerne auch gerne von älteren Infizierten.

Michael: Ich erwarte nicht, dass die jungen Leute mich und andere meines Alters verstehen. Man kann sich doch nie wirklich vorstellen, wie es ist, wenn man älter ist. Aber gerade deshalb möchte ich mit den jungen Positiven wie Marcel im Gespräch bleiben. Und ich würde gern mal deine Eltern kennenlernen, die da so einen reflektierten jungen Mann großgezogen haben.

Marcel: Ich selbst bin noch immer sehr beeindruckt von der Vorarbeit und der Radikalität der Langzeitpositiven. Ihr habt damals die Öffentlichkeit sehr provoziert.

Michael: Wir hatten den Tod vor Augen und nichts mehr zu verlieren. Ihr seid heute in einer ganz anderen Situation: Wenn ihr euch outet, werdet ihr das euer ganzes Berufsleben nicht mehr los. Andererseits: Die Infektion zu verschweigen und 40 Jahre zu fürchten, euer Geheimnis könnte enthüllt werden, ist auch keine Perspektive.

Marcel: Das war ein Grund, weshalb ich so öffentlich positiv bin. Das habe ich nie bereut. Seit ich bei IWWIT mitmache, komme ich mit so vielen Menschen ins Gespräch. Und ich freue mich schon auf die Kampagne zum Welt-Aids-Tag 2011, da bin ich dieses Jahr dabei.

Michael: Mir liegt ein Projekt am Herzen, zu dem die Kampagne vom letzten Jahr besonders gut passt – das Motto hieß ja „Positiv zusammen leben“. Denn ich finde, Langzeitpositive wie auch ihre Angehörigen brauchen mehr Möglichkeiten zur Biografiearbeit, mehr Raum für Gespräche. Kränkungen und Verletzungen haben bei manchen seit 20, 25 Jahren Spuren in der Biografie hinterlassen. Und sie müssen Scham- und Schuldgefühle bewältigen, um nicht depressiv zu werden. Es ist auch wichtig anzuerkennen, was man in schwierigen Zeiten durchgestanden hat und wo es persönliche Erfolge gab.

Wie habt ihr mit der HIV-Infektion leben gelernt?

Michael: Ich hatte recht schnell wieder eine gewisse Unbefangenheit dem Leben gegenüber gewonnen. Mir hat da einfach geholfen, dass jeden Morgen die Sonne aufgeht. Und im Älterwerden habe ich begriffen, dass niemand von uns unschuldig durchs Leben kommt. Seit ich mir nicht mehr vorwerfe, dass ich mich mit HIV angesteckt habe, spielt die Infektion eine weniger belastende Rolle. Ich bin sogar stolz darauf, dass ich damals überhaupt wagte, offensiv und sexuell schwul zu leben, denn die Angst vor einer Ansteckung mit HIV hatte mein Coming-out verzögert. Heute weiß ich: Das Leben gibt es nicht ohne Risiko. Ich wollte lebendig sein und etwas erleben, auch um den Preis der Infektion.

Marcel: Bei mir nimmt HIV manchmal noch viel Raum ein. Zum Beispiel hatte ich bis vor wenigen Monaten noch recht viele körperliche Probleme. Erst seit Beginn der medikamentösen Therapie geht es mir wieder besser. Wichtig ist für mich vor allem, ob die Infektion in meinem Leben eine gute oder schlechte Rolle spielt. Und da stelle ich fest: Ich habe auch viel gelernt, seit ich infiziert bin, habe viele Menschen kennengelernt. Und ich bin viel reifer geworden, habe begriffen, wie verletzlich das Leben ist. Krankheiten gehören für mich mittlerweile zum Leben dazu.

Was wünscht ihr euch für die Zukunft?

Marcel: Dazu habe ich vor kurzem in meinem Blog Folgendes geschrieben: Ich kann heute nicht wissen, wie mein Leben in zwanzig, dreißig Jahren aussieht. Es kann noch so viel passieren. Hauptsache, ich bin dabei glücklich und akzeptiere mich.

Michael: In Zukunft soll HIV in meinem Leben weniger Raum einnehmen. Privatleben, Sport, Freunde sind jetzt dran. Da ist allerdings doch noch ein Projekt, das mich reizt: Ich würde gern die Biografien von Langzeitpositiven auf Video oder Audio dokumentieren. Dazu habe ich Lust und vielleicht auch bald die Zeit.



**THERESA N., 51,
lebt in Stuttgart.**

BEISPIELFOTO, ZEIGT NICHT THERESA N.

„Meine Botschaft lautet: Lasst euch testen!“

Ich habe einen weiten Weg hinter mir. Und ich habe viel zurückgelassen: die Berge von Kenia, die afrikanische Kultur, aber vor allem meine Kinder, meinen 16-jährigen Sohn und meine zweijährige Tochter. Ich ging nach Europa, um Geld zu verdienen. Meine Kinder sollten ein besseres Leben führen. Und ich wollte so bald wie möglich zu ihnen zurückkehren. Das ist jetzt 20 Jahre her.

Doch aus einem Jahr als Tänzerin in einem Nachtclub wurden zwei und dann drei. Als alleinerziehende Mutter in Kenia hatte ich kaum Chancen; das Geld in Deutschland schien dagegen leicht verdient. Aber es tat sehr weh, meine Kinder in dieser Zeit nicht bei mir zu haben.

Ich weinte viel. Aus Heimweh und weil ich eine ambitionierte Tänzerin war, nicht eine, die in einem Nachtclub enden wollte. Erst als ich einen deutschen Mann kennenlernte, der mich sehr mochte und mich finanziell unterstützte, wurde mein Leben besser. Ich nahm eine Stelle als Zimmermädchen an, arbeitete hart, und schließlich holte ich meine Kinder nach Deutschland. In Kenia gab es damals ethnische Auseinandersetzungen, und meine Familie war in Lebensgefahr geraten. Mein deutscher Freund wurde für meine Kinder, vor allem für meine Tochter, eine enge Bezugsperson. Das ist er noch heute. Ihre Kinder nennen ihn sogar Opa.

Wir dachten, ich würde in wenigen Wochen sterben

Vieles hatte sich für mich bis Mitte der 1990er Jahre zum Guten gewendet. Dann bekam ich eine Darmentzündung und musste ins Krankenhaus. Dort testete man mein Blut und schickte den Befund an meinem Hausarzt. Der eröffnete mir ohne das geringste Mitgefühl: „Du hast Aids.“ Wie ein Zombie taumelte ich aus der Praxis nach Hause. Da brach ich in Tränen aus. Weder mein Freund noch ich wussten etwas über HIV und seine Folgen – wir dachten, ich würde in wenigen Wochen sterben.

Zu diesem ersten Arzt ging ich nie wieder. Ein anderer Arzt war einfühlsamer, und er gab mir Medikamente. Doch die dicken Pillen, die ich mehrmals am Tag nehmen musste, bekam ich oft nicht herunter. Die Folge war, dass meine Medikamente gegen HIV resistent wurden und meine Helferzellenzahl stark absank. Schließlich bekam ich Toxoplasmose, und meine Hüfte wurde geschädigt. Zweimal wurde ich operiert und kann seitdem schlecht laufen.

Ich beschloss, mich zu engagieren

Vor vier Jahren machte mich dann ein Arzt auf die Deutsche AIDS-Hilfe aufmerksam und gab mir die Einladung für ein Treffen positiver Migranten und Migrantinnen in Göttingen. Als ich da hinkam, dachte ich: „Boah, das alles hast du bisher verpasst!“ Ich hatte drei Tage Spaß, besuchte Workshops, tanzte, redete und beschloss, mich zu engagieren.

Ich wurde Mitglied bei Afro-Leben⁺, einer Organisation für afrikanischstämmige HIV-Positive. Uns beschäftigen vor allem die Probleme von Asylbewerbern, denn wer als Flüchtling HIV-infiziert ist, steht ganz besonders unter Druck. Viele leben in beengten Verhältnissen in Sammelunterkünften und müssen sich mit Menschen vertragen, die sie nicht einmal kennen. Sie müssen mit der Trennung von der Familie klarkommen, in einer fremden Kultur und Gesellschaft leben, deren Sprache sie nicht oder kaum sprechen. Und wenn sie dann HIV haben, trauen sie sich oft nicht, Tabletten zu nehmen, weil die anderen Asylbewerber die Packungen finden und sie ausgrenzen könnten.

Manche Flüchtlinge haben auch drängendere Probleme als ihre Infektion. Wie etwa jene Frau, deren Ehemann im Heimatland ermordet wurde und die auch noch ihre Kinder zurücklassen musste. Für diese Frau spielt HIV nur eine Nebenrolle. Kurz und gut: Der seelische Stress belastet die Gesundheit von

Am 9. Juli findet in Frankfurt der Aktionstag „Solidarität der Uneinsichtigen – Für eine menschliche Aidspolitik“ mit etwa 1.500 Teilnehmern statt. Der Frankfurter Oberbürgermeister Brück (CDU) hatte eine „lebenslange, der Krankheit angemessene Quarantäne für Uneinsichtige“ gefordert, worunter er vor allem Drogenabhängige und Prostituierte verstand. Als „unbelehrbar“ wurden vor allem Schwule diffamiert, die angeblich nicht für Verhaltensänderungen zum Schutz vor Aids zu gewinnen seien.



Im September verabschiedet der Weltärztebund auf seiner 40. Generalversammlung eine Erklärung, wonach Ärzte ethisch verpflichtet sind, Aidspatienten und HIV-Positive angemessen zu behandeln.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bestimmt den 1. Dezember zum jährlichen Welt-Aids-Tag.

Flüchtlingsen zusätzlich und verschlimmert womöglich die Folgen ihrer HIV-Infektion.

Ich habe gelernt, mich von HIV nicht unterkriegen zu lassen

In meiner Heimatstadt helfe ich der Aidshilfe, den Kontakt zur afrikanischen Community zu stärken. Das ist eine schwierige Aufgabe, denn die Hemmschwelle, sich über HIV zu informieren, ist für Migranten sehr hoch, speziell für Afrikaner. Die Angst, ihre Infektion könnte bekannt werden, ist riesig. Aber langsam fassen die Mitglieder der Community Vertrauen zu mir. Ich habe einen guten Ruf, bin mit Infotischen bei Festen, begleite Neuinfizierte zum Arzt, und manchmal werde ich sogar ausdrücklich gebeten, Informationen der DAH zu Veranstaltungen der Gemeinde mitzubringen.

Meine Botschaft an meine Leute in der Community lautet: Lasst euch testen, damit ihr euch und andere nicht gefährdet! Das hat mich meine eigene Geschichte gelehrt. Und bei Präventionsveranstaltungen in der Schule sage ich den Kids: Benutzt beim Sex Kondome! Schützt euch und andere!

In Zukunft möchte ich noch mehr für meine Leute in der Community tun. Im nächsten Jahr will ich eine Ausbildung bei der DAH

machen, damit ich das nötige Fachwissen erwerbe. Ich habe gelernt, mich von HIV nicht unterkriegen zu lassen und mich auf das Gute im Leben zu konzentrieren. Jetzt möchte ich für Menschen aus meiner Kultur da sein und ihnen helfen, mit oder ohne HIV ein lebenswertes Leben zu führen.

Ich mach'
mit -
Du auch?





„Ich mach mit – Du auch?“ (1989)

Das DAH-Referat Prostitution bestand von 1986 bis 1992, als es aufgelöst bzw. in ein Frauenreferat umgewandelt wurde, zu dessen Zielgruppen auch Sexarbeiterinnen gehörten. Das Referat hatte zum Ziel, Konzepte zur Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen von weiblichen und männlichen Sexarbeitern zu entwickeln und mit Hurenorganisationen, Gesundheitsorganisationen, Politikern usw. umzusetzen.

Neben den Aktivitäten, die mit diesen verbands- und präventionspolitischen Zielen verbunden waren, wurden von 1986 bis 1992 für Sexarbeiter beiderlei Geschlechts eine Reihe von Printmedien erstellt. Die vorhandene Datenlage bewies schon damals, dass HIV und Aids bei professionellen Sexarbeiterinnen äußerst selten vorkommt und die Dienstleistungen in einem hohen Maße mit Kondom angeboten werden. Dennoch wurden bis 1990 drei Plakate zur Prävention in dieser Zielgruppe gestaltet und gedruckt:

- 1987 „Sie tun, was sie immer tun. Mit Kondom.“
- 1988 „Ich bin mit Sicherheit zu haben. Mit Kondom.“
- 1989 „Ich mach' mit – Du auch?“

Alle drei Plakate waren zum Anbringen in Bordellen, Clubs, Appartements und einschlägigen Saunen gedacht. Durch die zurückhaltende Bildsprache und den gewählten Slogan ließ sich das erste Plakat jedoch auch als Hinweis zum Kondomgebrauch für alle heterosexuellen Menschen verwenden.

Die Frau auf dem zweiten Plakat richtet sich auffordernd an den Betrachter, den Kunden. Durch die erotische Pose des Fotomodells und den an Männerhefte wie Playboy erinnernden Stil der Aufnahme gab das Plakat jedoch Anlass zu Zweifeln, ob hier tatsächlich eine prostitutive Situation dargestellt sei.

Das dritte Plakat wendet sich in seiner Bildsprache ebenfalls an den Kunden. Hier jedoch war ein Fotomodell im Habitus einer Sexarbeiterin abgebildet. Die Frauenverbände äußerten keine Kritik.

HIV und Aids – Wer macht was in Deutschland?

WERNER BOCK UND CHRISTINE HÖPFNER

In Deutschland gibt es verschiedene Akteure im Feld „HIV und Aids“, mit denen die Deutsche AIDS-Hilfe zusammenarbeitet. Die wichtigsten werden im Folgenden kurz vorgestellt.

BZgA UND DAH:

Partnerschaft in der HIV- und Aids-Prävention

Bei der HIV- und Aids-Prävention in Deutschland besteht eine erfolgreiche Arbeitsteilung:

Die staatliche Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wendet sich mit ihren Veröffentlichungen und Kampagnen an die allgemeine Bevölkerung. Die nichtstaatliche Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) dagegen entwickelt Angebote für die von HIV/Aids, Hepatitis und anderen (sexuell übertragbaren) Infektionen besonders gefährdeten Gruppen: Schwule und andere Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), Menschen aus Weltregionen mit weiter HIV-Verbreitung, Drogen Gebrauchende, Armuts- und Beschaffungsprostituierte sowie Menschen in Haft. Für diese Arbeit bekommt die DAH seit 1986 Mittel vom Staat, für den sie als Organisation der von HIV betroffenen Gruppen ein idealer Partner in der Prävention ist.

Diese Zusammenarbeit gilt international als beispielhaft und hat dazu beigetragen, dass die Infektionszahlen in Deutschland insgesamt niedriger geblieben sind als in anderen Industrieländern. Sie steht zugleich für gemeinsames Engagement gegen Diskriminierung und zur Förderung gesellschaftlicher Solidarität, wie z. B. in der Kampagne zum Welt-Aids-Tag unter dem Motto „Positiv zusammen leben. Aber sicher!“ (seit 2010).

1989

Zu Jahresanfang werden in Berlin und Nordrhein-Westfalen erstmals Automaten mit sterilen Einwegspritzen aufgestellt. Sie helfen, HIV-Infektionen beim Drogengebrauch zu vermeiden.



Am 21. Juni schließen sich in Hamburg Junkies, Ehemalige und Substituierte zum bundesweiten Selbsthilfenetzwerk JES zusammen.

Am 14. September dringen Mitglieder der Aktivistengruppe ACT UP in die New Yorker Börse ein und protestieren gegen die Preispolitik des AZT-Herstellers (→ S. 32). Die Proteste führen zu einer Senkung des Preises um 20 Prozent. Zwei Wochen später wird der Vertrieb des zweiten HIV-Medikaments ddI (Videx®) genehmigt – schon vor der endgültigen Zulassung.



Die **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA; www.bzga.de)** mit Sitz in Köln ist eine Unterbehörde des Bundesministeriums für Gesundheit. Einer ihrer Schwerpunkte ist HIV-Prävention in der allgemeinen Bevölkerung: Sie informiert über die Ansteckungswege und Schutzmöglichkeiten, motiviert zum Kondomgebrauch in Risikosituationen und fördert die Verantwortung für die eigene Gesundheit und die Gesundheit der Sexualpartner/innen. Dies geschieht vor allem in der bundesweiten Präventionskampagne „GIB AIDS KEINE CHANCE“.

Zu den Arbeitsfeldern der BZgA gehören ebenso Sexuaufklärung und Familienplanung, Suchtprävention, Aufklärung zur Organ- und Blutspende oder die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.



Die 1983 in Berlin gegründete **Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH; www.aidshilfe.de)** ist der Dachverband von rund 120 regionalen Aidshilfen in Deutschland. Ihre Arbeit orientiert sich an der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 und dem ihr zugrunde liegenden Lebensweisenkonzept der WHO. Das DAH-Konzept der „struk-

turellen Prävention“ nimmt das Verhalten Einzelner ebenso in den Blick wie die Verhältnisse (Strukturen), in denen sie leben. Denn was die Einzelnen für ihre Gesundheit tun können, hängt stark von ihrem sozialen Umfeld und der Gesellschaft ab. Die DAH entwickelt daher lebensweltnahe Angebote der Risikominderung und Gesundheitsförderung, unterstützt Selbsthilfe und Selbstorganisation, mahnt Veränderungen an, wo Politik und Gesellschaft Gesundheit behindern, und engagiert sich für eine bedürfnisorientierte Pflege und Versorgung.

Die DAH mit ihrer Bundesgeschäftsstelle in Berlin veröffentlicht zielgruppengerechte Medien und Materialien (z.B. Broschüren, Plakate, Internetauftritte, Fachbücher), ermöglicht Selbsthilfe und unterstützt die Arbeit von Selbsthilfenetzwerken (z. B. JES – Junkies, Ehemalige, Substituierte). Sie veranstaltet Tagungen, Präventionskonferenzen und alle zwei Jahre die „Positiven Begegnungen“, die größte Selbsthilfekonferenz zum Leben mit HIV in Europa. Aufgabe der DAH ist ebenso die Aus-, Fort- und Weiterbildung für Haupt- und Ehrenamtliche aus Aidshilfen, Drogen(selbst)hilfen und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Darüber hinaus organisiert sie das Gespräch der Community mit Wissenschaft und Medizin, kommuniziert mit Politik, Verwaltung und Verbänden und leistet Öffentlichkeitsarbeit.

Die regionalen Aidshilfen informieren und beraten Menschen aus der ganzen Bevölkerung: persönlich, telefonisch und per E-Mail, aber auch vor Ort, z.B. in der Schwulen- und Drogenszene oder bei Menschen, die anschaffen gehen. Sie bieten Selbsthilfegruppen für Menschen mit HIV/Aids, ihre Freunde und Angehörigen an, betreuen HIV-Positive in Wohnprojekten, im Krankenhaus und im Justizvollzug, führen Aufklärungs- und Fortbildungsveranstaltungen durch und leisten Presse- und Öffentlichkeitsarbeit auf örtlicher Ebene.

Zu den *bundesweiten Projekten unter dem Dach der Deutschen AIDS-Hilfe* gehören

- die Telefonberatung unter der Nummer 0180-33-19411, an der 28 Aidshilfen mit rund 130 Haupt- und Ehrenamtlichen beteiligt sind
- die Onlineberatung unter www.aidshilfe-beratung.de; ihrem Team gehören 30 Berater/innen aus 25 regionalen Aidshilfen an
- das Modellprojekt „Health Support“ von DAH und GayRomeo (www.gay-romeo.com) zur Onlineprävention für Schwule und andere MSM
- die 2008 gestartete Kampagne „ICH WEISS WAS ICH TU“ für Schwule und andere MSM, in der die DAH eng mit regionalen Aidshilfen und Präventionsprojekten kooperiert. Herzstück der wissenschaftlich begleiteten und

Am 18. Februar wird auf der Mitgliederversammlung der Deutschen AIDS-Hilfe zum ersten Mal in der Geschichte der DAH ein Vorstand gewählt, in dem HIV-positive Mitglieder die Mehrheit stellen. Im März veröffentlicht dieser Vorstand ein „Essential-Papier“ und beschreibt darin die „strukturelle Prävention“ als Arbeitsgrundlage der Aidshilfe: Gesundheit muss ganzheitlich betrachtet werden, denn Gesundheitsrisiken lassen sich nicht nur dem individuellen Verhalten zuschreiben, sondern sich auch durch die sozialen, politischen, rechtlichen, wirtschaftlichen und kulturellen Verhältnisse (Strukturen) bedingt.

Im März wird die AIDS-Hilfe DDR e.V. gegründet. Im Laufe des Jahres entstehen 15 Aids-hilfen, 14 werden Mitglied der AIDS-Hilfe DDR, die sich im Dezember wieder auflöst.

Am 28. April wird in Bremen akzept e.V. – Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik gegründet. Die DAH ist Gründungsmitglied und im Vorstand vertreten. Der Verein will sich für die Akzeptanz des Drogenkonsums und für eine emanzipatorische Selbsthilfe anstelle von Bevormundung und Zwang einsetzen.



Im September lädt die Deutsche AIDS-Hilfe unter dem Motto „positiv in den Herbst – keine Rechenschaft für Leidenschaft“ zur ersten Bundespositivenversammlung (BPV) nach Frankfurt ein. In den folgenden Jahren wächst diese Veranstaltung zur größten Selbsthilfekonferenz zum Thema HIV in Europa heran.

international gelobten Kampagne sind Rollenmodelle, die bei örtlichen und regionalen Aktionen zum Einsatz kommen und auch auf der Kampagnenseite www.iwwit.de authentisch aus ihrem Leben mit HIV berichten.



Die 1987 gegründete **Deutsche AIDS-Stiftung (DAS; www.aids-stiftung.de)** ist die größte privat finanzierte Aids-Hilfsorganisation, die Betroffene in materiellen Notlagen unterstützt. Wenn das Einkommen oder die staatliche Grundsicherung für die Heizkostennachzahlung, den Ersatz eines defekten Kühlschranks oder eine krankengerechte Matratze nicht ausreicht, kann man sich an eine Aidshilfe wenden, die einen entsprechenden Antrag bei der Stiftung einreicht. Die DAS bezuschusst ebenso Projekte des betreuten Wohnens, die Einrichtung von Treffpunkten und Cafés oder die Organisation von Krankenreisen und unterstützt beispielhafte Hilfsprojekte im Ausland.



Die 1990 in Aachen gegründete **Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e.V. (DAGNÄ; www.dagnae.de)** ist ein gemeinnütziger Verein, der bundes-

weit rund 2.000 niedergelassene HIV-Therapeut(inn)en und ihre Patient(inn)-en regelmäßig mit aktuellen Informationen versorgt. Fast alle HIV-Schwerpunktzentren und über die Hälfte der in die HIV-Behandlung eingebundenen Ärztinnen und Ärzte sind derzeit in der DAGNÄ organisiert und betreuen einen Großteil der Menschen mit HIV und Aids in Deutschland. Darüber hinaus bietet die DAGNÄ Fortbildungsmaßnahmen auf allen HIV-relevanten Wissensschaftsgebieten an und fördert die wissenschaftliche Arbeit ihrer Mitglieder, soweit sie die HIV-Infektion und verwandte Felder betrifft.



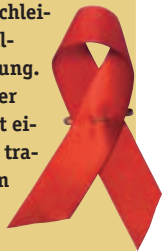
Die **Deutsche AIDS-Gesellschaft e.V. (DAIG; www.daignet.de)** ist eine medizinische Fachgesellschaft, die den wissenschaftlichen Austausch fördert und sich in Forschungsprojekten zur Verbesserung der HIV-Therapie und Prävention engagiert. Die Projektarbeit der DAIG erfolgt in acht Sektionen. Die Sektion KAAD beispielsweise plant und führt klinische Studien durch und fördert die klinische Forschung auf nationaler und internationaler Ebene. Die Pädiatrische Arbeitsgemeinschaft AIDS (PAAD) unterstützt die Aktivitäten der DAIG im Bereich Kinderheilkunde. Die Sektion All Around Women Special (AAWS) wiederum trägt durch eigene Forschung, die Unterstützung von Studienprojekten sowie die Sammlung und Weitergabe von Informationen dazu bei, das Wissen zu frauenspezifischen Aspekten der HIV-Infektion zu vermehren.

ROBERT KOCH INSTITUT



Das **Robert Koch-Institut (RKI; www.rki.de)** ist das zentrale Institut der Bundesregierung zur Überwachung und Prävention von Krankheiten sowie zur biomedizinischen Forschung. Seine Kernaufgaben sind die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten, besonders der Infektionskrankheiten. Das RKI hat den gesetzlichen Auftrag, wissenschaftliche Erkenntnisse als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen zu erarbeiten. Vorrang haben dabei Krankheiten mit hoher Gefährlichkeit, hohem Verbreitungsgrad oder hoher öffentlicher oder gesundheitspolitischer

Anfang des Jahres entwickelt die Künstlergruppe Visual AIDS in New York das „Red Ribbon“ als weltweites Symbol der Solidarität mit den von HIV und Aids Betroffenen. Die Farbe Rot soll laut Visual AIDS für Blut und Leidenschaft stehen. In einer Blitzaktion verschicken Freiwillige Rote Schleifen mit Begleitbriefen an alle Teilnehmer der Tony-Awards-Verleihung. Der Schauspieler Jeremy Irons, der durch die Veranstaltung führt, ist einer der wenigen, die die Schleife tragen, über die Bedeutung erfahren die Zuschauer nichts.



Im September protestieren ACT-UP-Gruppen in Deutschland mit Aufsehen erregenden Aktionen gegen diffamierende Äußerungen katholischer Würdenträger zu Homosexualität und Aids.



Am 8. November erklärt der Star-Basketballer Magic Johnson öffentlich, er sei HIV-infiziert, und zieht sich aus dem Sport zurück. In den USA führt das zu einem bisher nicht erlebten Umfang an Medienberichterstattung über HIV.

Am 24. November stirbt der Sänger Freddie Mercury an den Folgen von Aids.

Bedeutung, die das RKI wissenschaftlich zu untersuchen sowie epidemiologisch und medizinisch zu bewerten hat. Das Institut berät die zuständigen Bundesministerien, vor allem das Bundesministerium für Gesundheit, und wirkt bei der Entwicklung von Normen und Standards mit. Außerdem informiert und berät es die Fachöffentlichkeit – wie z.B. die Deutsche AIDS-Hilfe –, aber auch die breitere Öffentlichkeit.

Die epidemiologischen Daten und Informationen des RKI zu HIV, Hepatitis und anderen (sexuell) übertragbaren Krankheiten sind wichtige Anhaltspunkte für die Planung bedarfsgerechter Präventionsangebote. Die DAH steht daher in ständigem Kontakt mit dem Institut und nutzt seine Funktion als „Frühwarnsystem“, um zeitnah auf aktuelle epidemiologische Entwicklungen reagieren zu können.



EVELIN TSCHAN, 57,
arbeitet bei der AIDS-
Hilfe Konstanz.

„Ich war schon immer empfänglich für Unkonventionelles“

Seit 23 Jahren bin ich nun hauptamtliche Mitarbeiterin der AIDS-Hilfe Konstanz. Ich hatte bei meiner Einstellung keine Aidshilfe-Erfahrungen und wurde mit einer Fülle von Aufgaben konfrontiert, zu einer Zeit, als das soziale Klima für Aidskranke noch sehr eisig war und es für viele noch um Leben und Tod ging. Mittlerweile schreiben wir das Jahr 27 nach Entdeckung des Virus, und aus der reinen Selbsthilfeorganisation Deutsche AIDS-Hilfe ist auch eine Serviceorganisation geworden. Die HIV-Infektion ist heute kein Todesurteil mehr, viele Betroffene können relativ gut damit leben. Heute geht es vor allem darum, die Nebenwirkungen der medizinischen Therapie zu managen.

*Unsere Arbeit beruht maßgeblich auf den Erfahrungen,
 die Betroffene uns vermitteln*

Ich konnte mit der Organisation mitwachsen und habe so mein Know-how erworben. Dadurch hatte ich es in manchem leichter als diejenigen, die heute bei einer Aidshilfe Berater oder Beraterin werden möchten. Sie müssen sich in kurzer Zeit ein umfangreiches und komplexes Wissen aneignen.

Die Aidshilfe ist eine lernende Organisation. Das heißt, dass wir uns ständig weiterentwickeln – mit jeder neuen medizinischen Erkenntnis, mit jedem Medikament, jeder neuen Nebenwirkung, jeder gesellschaftlichen Veränderung.

Eine weitere Konstante ist das Geben und Nehmen zwischen Betroffenen und Mitarbeitern. Nach meiner Erfahrung ist es das, was die Aidshilfe von anderen Organisationen unterscheidet, die sich im Bereich HIV engagieren: Wir sind ein Team von Haupt- und Ehrenamtlichen, und unsere Arbeit beruht maßgeblich auf den Erfahrungen, die Betroffene uns vermitteln. Wir haben ein gemeinsames Ziel: Menschen mit HIV zu stärken, ihnen Hilfe zur Selbsthilfe zu geben, damit sie gut informiert Verantwortung für ihr Leben übernehmen und selbstbewusst Entscheidungen treffen können. Das verstehe ich unter Empowerment.

Kann ich mich in andere Lebenswelten hineindenken?

Neue Berater und Beraterinnen, die nicht selbst aus einer der von HIV betroffenen Gruppen kommen, sollten sich fragen: Kann ich mich auf andere Lebenskonzepte einlassen? Kann ich die Lebensweisen von Männern akzeptieren, die Sex mit Männern haben? Kann ich mich hineindenken in Menschen aus anderen Kulturen, in die Welt von Drogengebern, Exusern oder Substituierten, von Sexarbeitern und Sexarbeiterinnen? Einblicke in diese Lebenswelten können als eine Zumutung empfunden werden oder aber als Bereicherung. Ich kenne Mitarbeiter, die das von ihrer inneren Struktur her nicht ertragen. Auch ich habe manchmal Dinge kennengelernt, die mich sehr befremdet haben. Aber ich bin mit den Jahren akzeptierender und auch unangeregter geworden. Und ich war schon immer empfänglich für Unkonventionelles. Insgesamt gesehen empfinde ich diese Arbeit als eine Bereicherung meines Lebens.

Was die Beratung selbst angeht, vor allem die Face-to-face-Beratung, braucht man dafür Empathie. Das heißt, man kann mitfühlen, darf aber nicht mitleiden. Und man muss erkennen können, ob es dem Gegenüber lediglich um die Fakten geht oder ob hinter der Frage nach der Rente oder einem Schwerpunktarzt in der Nähe noch mehr steckt. Gibt es vielleicht Probleme mit dem Partner, mit den Kindern? Gibt es andere seelische Nöte? Dann muss man vorsichtig ein Gespräch darüber anbieten.

Praktische Erfahrung ist durch nichts zu ersetzen

Bei Menschen, die gerade ein positives Testergebnis erhalten haben, ist es vor allem wichtig, dass man menschliche Präsenz zeigt. Beim ersten Treffen genügt es häufig, die drängendsten Fragen zu beantworten und dann einfach

mit den Rat Suchenden einen Tee zu trinken. Sie sollten auf jeden Fall spüren, dass man für sie da ist, wenn irgendwann weitere Fragen auftauchen. Vieles kann man bei Fortbildungen, auf Tagungen, in Workshops der Aidshilfe und anderer Organisationen lernen und trainieren. Doch die praktische Erfahrung ist durch nichts zu ersetzen.

In der Onlineberatung, bei der ich jetzt seit vier Jahren mitarbeite, geht es vor allem um zwei Dinge: Man muss lernen, mit Texten zu arbeiten und zwischen den Zeilen zu lesen. Wir haben ja nur eine E-Mail vor uns, hören keine Stimme, sehen kein Gesicht. Als langjährige Beraterin mit konventioneller Ausbildung stand ich der Onlineberatung zunächst sehr skeptisch gegenüber, heute dagegen bin ich von den Vorteilen überzeugt: Das Medium ist attraktiv, weil die User anonym bleiben können. Sie können direkt und zielgerichtet Fragen stellen und erhalten schnell eine qualifizierte Antwort, in der Regel innerhalb von drei Tagen, oft schon am selben Tag. Wir erreichen online immer mehr Menschen, darunter auch zunehmend mehr ältere.

In der Beratung stellen wir uns immer wieder auf neue Entwicklungen ein

Die Qualität unserer Antworten sichern wir, indem wir vernetzt arbeiten. Wir können uns online in einem Forum austauschen und einander unterstützen. Alle Antwortmails werden von einer Fachaufsicht gelesen. Das gibt uns zusätzliche Sicherheit. Alle Onlineberater treffen sich in regelmäßigen Abständen persönlich, bilden sich fort, entwickeln gemeinsam neue Qualitätsstandards. Nach dem EKAf-Statement von 2008 zum Beispiel, wonach bei gut funktionierender HIV-Therapie eine sexuelle Übertragung des Virus unter bestimmten Bedingungen so gut wie ausgeschlossen ist, mussten wir neu festlegen, wie wir serodifferente Paare künftig beraten wollen.

So stellen wir uns in der Beratung – ob online, telefonisch oder „von Angesicht zu Angesicht“ – immer wieder auf neue Entwicklungen ein. Die Themen reichen dabei von Problemen am Arbeitsplatz über die Frage, ob und wie man sich gegenüber einem neuen Partner outet, bis hin zum Kinderwunsch HIV-infizierter Frauen. Die Beratung in der Schwangerschaft und zur Vorbereitung der Geburt ist für sie besonders wichtig und kann dazu beitragen, dass alle Maßnahmen getroffen werden, durch die das Baby vor HIV geschützt wird. In Baden-Württemberg hat sich im letzten Jahr kein einziges Kind mehr infiziert. Über Entwicklungen wie diese freue ich mich als langjährige Beraterin natürlich sehr.



TORBEN SCHULTES, 34, ist Präventionsmitarbeiter im Bereich „Schwule und andere Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)“ bei der AIDS-Hilfe Nürnberg-Erlangen-Fürth.

„Ich finde es spannend, mit den Männern zu reden und zu hören, was sie bewegt“

Flexibel sein, eigene Ideen verwirklichen, interessante Leute treffen – das war mein Ziel, als ich vor gut einem Jahr bei der Aidshilfe in Nürnberg anfang. Und genau das kann ich in meinem Job als Präventionsmitarbeiter tun. Meine Hauptaufgabe ist, MSM dabei zu unterstützen, sich vor HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen zu schützen. In meinem Job merke ich ziemlich schnell, ob ich die Leute in der Schwulenszene mit meiner Arbeit wirklich erreiche, denn die sagen mir offen ihre Meinung. Das finde ich gut. Kurzum, ich bin sehr zufrieden hier.

Früher habe ich als evangelischer Diakon in der Kinder- und Jugendhilfe gearbeitet, außerdem bin ich gelernter Erzieher und Krankenpflegeliefer. Ehrenamtlich habe ich mich in der Krisenintervention bei der freiwilligen Feuerwehr engagiert, da musste ich manchmal auch Todesnachrichten überbringen. Diese Erfahrungen helfen mir sehr in meinem Job, obwohl eine HIV-Infektion heute meist keine existenzielle Bedrohung mehr ist. Es geht jedoch nach wie vor darum, Menschen bei Herausforderungen und Krisen zu unterstützen.

In Kneipen erreichen wir die Leute aus der Szene schnell und direkt

Als ich vor einigen Monaten hier anfang, habe ich mich erst mal in der Szene vorgestellt, bei den Wirten und Saunabetreibern. Die haben sich gefreut, dass sie wieder einen Ansprechpartner bei der Deutschen AIDS-Hilfe haben. Weil Wirte wichtige Partner in der Präventionsarbeit sein können, bietet die DAH für sie spezielle Fortbildungsseminare an. Da lernen sie dann zum Beispiel, welche Informationen sie mitliefern müssen, wenn sie Kondome auslegen, was sie beachten müssen, wenn sie einen Darkroom anbieten, und so weiter.

In Kneipen erreichen wir die Leute aus der Szene schnell und direkt, auch die älteren Semester. Mit großem Erfolg haben wir zum Beispiel in einer Leder- und Fetischkneipe eine „Cut and Fuck-Party“ veranstaltet: Eine Frisörin hat Intimhaarfrisuren angeboten, und wir haben Informationsgespräche geführt und Material verteilt, darunter die Broschüre „Haut und Haar – Tipps und Infos für schwule Männer“. Der Event war lustig, und wir sind mit vielen Männern ins Gespräch gekommen.

Viel Spaß macht auch immer der Einsatz beim Faschingsumzug. Zusammen mit einem Kneipenwirt staffieren wir dann einen LKW aus, manchmal mit einem Motto wie „Nürnberg ist rosa“. Manchmal fahren fünfzig Leute mit, DAH-Mitarbeiter, unsere Rollenmodelle der Kampagne „ICH WEISS WAS ICH TU“ (IWWIT) und andere. Wir tanzen, feiern und werfen Bonbons in die Menge. Informationsmaterial über HIV und Prävention wird natürlich auch verteilt. Beim „Christopher Street Day“ sind wir ebenfalls mit einem vollbesetzten Wagen dabei, um zu zeigen: HIV-Positive gehören dazu. Mit von der Partie sind dann wie beim Fasching unsere regionalen Rollenmodelle. Einer von ihnen ist Barkeeper, schwul, mit Migrationshintergrund. Vorbilder wie ihn muss man lange suchen. Mit ihm erreichen wir auch die Zugewanderten, die sich oft scheuen, zu ihrer Infektion zu stehen.

Zu meinen liebsten Einsatzgebieten gehören der Park und die Hafengegend

Unsere neue Präventionsbotschaft lautet nicht mehr nur „Safer Sex ist wichtig“, sondern auch „Lasst euch testen!“. Medizinisch gesehen ist es sinnvoll, früh von der eigenen Infektion zu wissen. Dann nämlich sind die Prognosen für die Therapie am besten, und die Sexualpartner können eine Ansteckung

Beim Gedenkkonzert für den am 24.11.1991 verstorbenen Freddie Mercury (→ S. 46) im Londoner Wembley-Stadion werden über 100.000 Rote Schleifen verteilt. Mehr als eine Milliarde Menschen in über 70 Ländern verfolgen das Konzert im Fernsehen.

Die ursprünglich für Boston geplante Internationale Aids-Konferenz findet vom 19. bis 24. Juli in Amsterdam statt. Der Grund: die US-Regierung hält an ihrer Regelung fest, HIV-Positiven die Einreise in die USA zu verwehren.

Die amerikanische Kontrollbehörde FDA genehmigt die Verwendung des dritten HIV-Medikaments ddC (Hivid®) in Kombination mit AZT bei erwachsenen HIV-Positiven, die bereits seit längerer Zeit infiziert sind.



vermeiden. Immer mehr Männer kommen zu unseren HIV-Schnelltests und zur angeschlossenen Beratung. Zum Glück ist ja das Ergebnis meist negativ.

Ein weiterer Ort, an dem ich Prävention betreibe, ist das Internet. Bei „GayRomeo“, dem bekannten „online dating service“ für Schwule, betreue ich zusammen mit einem Ehrenamtlichen das „Health Support Profil“. Wir nennen uns „GPS – Verkehrshelfer“ (GPS steht für Gay, Proud und Safe, also für schwul, stolz, sicher) und beantworten die Fragen der User möglichst direkt.

Zu meinen liebsten Einsatzgebieten gehören der Park und die Hafengegend. Dort hin gehe ich mehrmals im Jahr mit zwei bis vier Mitgliedern meines ehrenamtlichen Präventionsteams. Wir verteilen Kondome, Informationsmaterial und sprechen mit den Männern, die sich dort treffen. Das sind Menschen mit ganz unterschiedlichen Lebensentwürfen. Ich finde es spannend, mit ihnen zu reden und zu hören, was sie bewegt. Manche sind offen, manche verschlossen, viele freuen sich, dass sich jemand für sie interessiert.



ANDRÉ BUBKAMP,
31, Fachbereichs-
leiter „Ambulantes
Betreutes Wohnen“
bei der AIDS-Hilfe
Essen e.V.

„Manche haben außer der Aidshilfe fast nichts mehr“

Seit sechs Jahren bin bei der Aidshilfe und leite das „Ambulante Betreute Wohnen“. Die Arbeit ist erfüllend, spannend und enorm vielfältig. Die Klientinnen und Klienten haben sehr unterschiedliche Gründe, weshalb sie von uns unterstützt werden möchten. Manche haben außer der Aidshilfe fast nichts mehr. Wir begleiten viele sehr intensiv, manche bis zu ihrem Tod. Eine vertrauensvolle Beziehung ist die Grundlage der Begleitung.

Meist kommen die Menschen in einer akuten Krise zu uns. Sie fühlen sich isoliert, ihr soziales Netz trägt sie nicht mehr. Viele nehmen sogenannte harte Drogen, andere trinken übermäßig Alkohol. Ein Großteil hat psychische Probleme, vor allem Depressionen, aber auch Borderline-Störungen und Psychosen. Die HIV-Infektion und die daraus resultierenden Fragen und Schwierigkeiten kommen dann nur noch hinzu.

Wir geben Hilfe zur Selbsthilfe

Wir nehmen die Menschen, wie sie sind, ohne Vorwürfe, ohne Schuldzuweisungen – so, wie es sich die Aidshilfe als Leitlinie auf die Fahnen geschrieben

Die italienische Bekleidungsfirma Benetton startet eine internationale Werbekampagne mit Plakat- und Anzeigenmotiven, die Körperteile mit dem Stempel „H.I.V. positive“ zeigen. Die Kampagne löst heftige Proteste aus.



Im Juni findet in Berlin die 9. Internationale Aids-Konferenz statt. Die DAH hat ein NGO-Verbindungskomitee gebildet, damit die Anliegen der Nichtregierungsorganisationen und der Menschen mit HIV und Aids bei der Programmgestaltung berücksichtigt werden.

hat. Unser Ziel ist immer Hilfe zur Selbsthilfe, damit unsere Klientinnen und Klienten irgendwann wieder ein eigenständiges Leben führen können.

Derzeit sind wir sieben Mitarbeiter und betreuen über 50 Klienten, ungefähr 60 Prozent sind Männer. Der Jüngste von ihnen ist 21, der Älteste 56. Seit 2007 bieten wir neun Wohnungen in einem eigenen Haus an, dem Günter-Fischer-Haus. Die anderen Klientinnen und Klienten wohnen in ihren eigenen Wohnungen im Stadtgebiet. Egal, ob bei uns im Haus oder außerhalb: alle haben ihre eigenen Mietverträge und werden ambulant betreut.

Gemeinsam entwickeln Klient und Betreuer einen Hilfeplan, der ungefähr für ein Jahr angelegt ist. Je nach Bedarf treffen wir die Betreuten einmal in der Woche oder auch täglich. Daraus entstehen in der Regel sehr intensive Beziehungen mit großer Dynamik. Damit Nähe und Distanz in einem angemessenen Verhältnis stehen, besprechen wir uns häufig und lassen uns regelmäßig supervidieren.

Es erschreckt, wie wenig manche Fachkräfte über HIV wissen

Manche bleiben so lange bei uns, bis wir sie in ein Pflegeheim überweisen müssen. Das war im letzten Jahr zweimal der Fall. Wir sind kein Pflegedienst und auch kein Hospiz, unsere Betreuung ist ambulant und hat deshalb Grenzen. Wir arbeiten mit Pflegediensten zusammen, die Menschen mit Pflegestufe in ihren Wohnungen versorgen. Mittlerweile funktioniert das gut, aber dafür mussten wir einiges investieren. Wir haben zum Beispiel erlebt, dass eine Pflegekraft einen unserer Mieter in einem weißen Schutzanzug besucht hat. Der Klient war entsetzt, genauso wie wir. Es erschreckt, dass manche Fachkräfte noch immer so wenig über HIV und die Infektionsrisiken wissen.

Das betrifft Pflegedienste, das Personal in Pflegeheimen, aber auch Krankenschwestern und -pfleger sowie Ärzte und Ärztinnen im Krankenhaus. Wir haben darauf reagiert. Statt uns über Wissensdefizite zu beschweren, haben wir uns gesagt: Es ist wichtig, dass sie über ihre Ängste reden und etwas dagegen tun. Wir bieten inzwischen bei den mit uns kooperierenden Pflegediensten Schulungen an, führen Inhouse-Seminare durch, besprechen gemeinsam Fälle und schulen auf Wunsch das Personal in Heimen.

Psychisch belastete Menschen brauchen kontinuierliche, fachgerechte Hilfe

Voraussetzung für eine gute Betreuung unserer Klientinnen und Klienten ist neben fundiertem Fachwissen die Fähigkeit zur Gestaltung tragfähiger Beziehungen. Ein Großteil der Hilfesuchenden ist psychisch belastet und braucht kontinuierliche fachgerechte Hilfe. Deshalb begleiten wir sie auch bei alltäglichen Angelegenheiten, wozu unter anderem Zahnarztbesuche gehören. Davon haben viele Angst, vor allem Drogenabhängige, weil sie seit Jahren nicht beim Zahnarzt waren und deshalb eine längere Behandlung benötigen. Das bedeutet wochenlange Vorbereitung und Motivation. Während der Behandlung selbst brauchen sie oft jemanden, der sie bestärkt. Hinterher sind sie dann enorm stolz, dass sie die Herausforderung gemeistert haben.

Wir stellen uns auf diese und andere Bedürfnisse unserer Klientinnen und Klienten ein und entwickeln uns mit ihnen. Das bedeutet zum Beispiel, dass wir heute auch viel über HIV und Alter reden. Dank der verbesserten Behandlungsmöglichkeiten haben viele HIV-Infizierte eine beinahe normale Lebenserwartung, und der Bedarf an qualifizierter Pflege im Alter wächst. Hier sind Innovationen gefordert, hier müssen wir mitwachsen, uns zu dem Thema informieren, weitere Schulungen entwickeln. Auch Lobbyarbeit ist weiterhin ein wichtiger Teil unserer Arbeit.

Innovation brauchen wir auch und vor allem in der Arbeit mit Migranten. Unser Projekt für schwarzafrikanische Männer heißt „Black + Male“. Es bietet aufsuchende Prävention und Beratung, zielt auf die Vernetzung der Hilfesysteme und ermöglicht zugleich den Erwerb von Fähigkeiten für die interkulturelle Aidshilfearbeit. Bisher gibt es kein passendes Angebot für diese Zielgruppe. Und das wollen wir ändern.



CHRISTIAN KRANICH, 43, war von 2005 bis 2011 bei der Münchener Aids-Hilfe als Fachmann für HIV am Arbeitsplatz tätig und arbeitet heute als Manager Patient Relations & Communications HIV für ein Pharmaunternehmen.

„Die Frage ist: Wie gut sind wir auf unsere neuen Klienten vorbereitet?“

Zwei Drittel aller HIV-Infizierten arbeiten. Bei vielen Menschen herrscht aber noch das alte Bild von Aids vor und die Überzeugung, dass eine HIV-Infektion Krankheit und Tod, auf jeden Fall aber Arbeitslosigkeit bedeutet. Dieser Widerspruch bestimmt meine tägliche Arbeit: Ich versuche mit meinem Team, ein kompetenter Ansprechpartner für all jene zu werden, die infiziert sind und einer Beschäftigung nachgehen. Und wir bemühen uns, ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass HIV und Berufstätigkeit sich nicht mehr ausschließen müssen. Heute muss man die HIV-Infektion als eine chronische Krankheit sehen, die manchmal und vorübergehend, aber eben nicht immer eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit bedeutet.

Positive müssen immer noch damit rechnen, wegen ihrer Infektion entlassen zu werden

Auch für Menschen mit einer chronischen Darmentzündung beispielsweise kann es schwer sein, ihren Arbeitsalltag zu gestalten, weil sie zeitweise un-

kontrollierbaren Stuhlgang haben. Außerdem wirft Morbus Crohn, ähnlich wie eine HIV-Infektion, moralische Fragen auf, wie etwa: Darf ich schwanger werden und riskieren, dass mein Kind die Anlage für diese Krankheit erbt? Oder auch: Von wem habe ich die Krankheit bekommen? Wer ist dafür verantwortlich? In Zukunft werden wir uns mehr mit solchen Ähnlichkeiten auseinandersetzen müssen und uns mit anderen Verbänden von chronisch Kranken vernetzen.

Allerdings gibt es auch heute noch ein paar ganz HIV-spezifische Probleme. Positive müssen zum Beispiel immer noch damit rechnen, wegen ihrer Infektion entlassen zu werden. Fast jeden Monat kommt ein Positiver in meine Beratung, dem aus diesem Grund gekündigt wurde. Nicht immer wird der Grund offen genannt. Aber neulich hat ein privates Krankenhaus vor Gericht allen Ernstes mit dem Image-Verlust argumentiert, den ein infizierter Krankenpfleger für sie bedeutet. Und sie haben vorgerechnet, dass der Verlust von zwei Privatpatienten dem Krankenhaus teurer zu stehen kommt als die Abfindung des Arbeitnehmers. Die Richterin ist dieser Argumentation lange gefolgt. Das fand ich erschreckend.

Ich habe im Übrigen noch nie erlebt, dass jemand, der wegen HIV den Job verloren hat, sich in das betreffende Unternehmen zurückklagt. Das ginge ohnehin nur bei großen Firmen: Wenn sich in einem Betrieb erst mal Angst und Vorurteile breitgemacht haben, hat man kaum noch Einfluss auf das vergiftete Arbeitsklima. Darum arbeiten wir am liebsten prophylaktisch. Zum Glück werden wir immer öfter von Arbeitnehmern, aber auch von Arbeitgebern um Rat gebeten – kleine und große Firmen, auch weltweit agierende Konzerne.

Die Angst vor Ansteckung spielt immer noch eine entscheidende Rolle.

Die Geschäftsleitung eines großen Möbelhauses fragte zum Beispiel bei uns an, weil ein infizierter Mitarbeiter sich widersprüchlich verhalten hat: Er hatte seinen Chefs untersagt, seine HIV-Infektion zu thematisieren, gleichzeitig aber alle in der Kantine Beschäftigten informiert. Ich sprach dann mit der Geschäftsleitung, und einer meiner Kollegen hat den infizierten Mitarbeiter beraten. Ein Teil der Lösung lag darin, dass die Belegschaft an einem Gesundheitstag quasi „nebenbei“ über HIV, die Ansteckungswege und Schutzmöglichkeiten informiert wurde.

Das Pharmaunternehmen Hoffmann-La Roche bringt den ersten Test für den mengenmäßigen Nachweis von HIV-Viruskopien im Blut auf den Markt. Damit kann die Wirksamkeit der HIV-Therapie anhand der Virusmenge im Blut (Viruslast) sehr genau festgestellt werden. Die zuerst nur in Studien eingesetzte Methode erweist sich bald auch in der täglichen Praxis als nützlich.

Im Mai wird in den USA der Einsatz von AZT zur Verhinderung von HIV-Übertragungen von der schwangeren Mutter auf das Kind empfohlen, das Übertragungsrisiko sinkt dadurch um ein Drittel.

Im Juni wird in den USA mit Stavudin (Zerit®) ein weiteres HIV-Medikament zugelassen.



Die Angst vor Ansteckung spielt immer noch eine entscheidende Rolle. Ein Facharbeiter erzählte mir vor kurzem, wie sehr er sich davor fürchte, sein neugeborenes Kind mit HIV zu infizieren, weil er in der Werkshalle mit einem Positiven zusammenarbeitete. Ich sagte zu ihm: „Super, dass sie mir das erzählen.“ Denn nur, wenn ich weiß, wovor die Menschen Angst haben, kann ich sie beruhigen und verhindern helfen, dass die Stimmung im Betrieb kippt.

Eine Empfehlung für oder gegen ein „positives Outing“ am Arbeitsplatz können wir allerdings nach wie vor nicht geben. Die Antwort hängt nicht zuletzt von der Firmenkultur ab, davon, wie im Betrieb bisher mit Krankheit und Schicksalsschlägen von Mitarbeitern umgegangen wurde. Ich finde es auch plausibel, wenn ein Arbeitnehmer sagt: „HIV ist für mich kein großes Thema, und ich sehe gar nicht ein, warum ich ausgerechnet mit meinem Chef darüber sprechen soll.“ Das ist in meinen Augen keine Verdrängung, sondern zeugt von einer selbstbewussten Haltung.

In Zukunft werden wir Konzepte für die „klassischen“ wie für die neuen Klienten brauchen

Es ist gar nicht so einfach für Aidshilfen, mit dieser „neuen Art“ Klienten umzugehen. Unter ihnen sind Menschen aller Berufsgruppen, auch Ärztinnen, Ingenieure, Manager. Sie rufen uns eher mit konkreten Fragen an, als dass sie zu uns in die Beratung kommen oder gar übers Wochenende in ein Seminar mit uns fahren. Schon im Erstgespräch kann für sie das Thema Arbeit wichtig sein. Sie fragen sich: Muss ich bei der Einstellung einem HIV-Test zustimmen? Müssen meine Chefinnen überhaupt informiert werden? Berufssoldaten wollen vielleicht wissen: Kann ich als Positiver auch im Ausland arbeiten? Ärzte

und Krankenpfleger interessiert: Gibt es Bereiche, in denen ich nicht mehr tätig sein darf?

Ganz andere Sorgen hat die „klassische“ Klientengruppe. Darunter sind die positiven Langzeitarbeitslosen, die auch in Zukunft die Unterstützung der Aidshilfen in Anspruch nehmen werden. Wir in München waren unter den ersten Aidshilfen, die Beschäftigungsmöglichkeiten für sie boten und ihnen halfen, in den ersten Arbeitsmarkt zurückzukehren. Begonnen hat alles mit dem Café Regenbogen, das gegründet wurde, um HIV-Infizierte aus der Einsamkeit zu holen. Heute arbeiten dort infizierte und nichtinfizierte Ein-Euro-Jobber – ebenso wie in unserem Tagungshaus. In beiden Einrichtungen bieten wir auch Ausbildungen an. Unsere Vermittlungsquote in den ersten Arbeitsmarkt kann sich mit 30 Prozent sehen lassen. Im Bundesdurchschnitt liegt die Quote bei etwa elf Prozent. Allerdings gibt es in und um München ohnehin kaum Arbeitslose.

In Zukunft werden wir Konzepte für die klassischen wie für die neuen Klienten brauchen. Gefragt ist nach wie vor der fürsorgende Ansatz. Aber auch eine neue dienstleistungsorientierte Perspektive ist nötig, damit wir für alle Klienten gute Ansprechpartner sein können.



**FELIX VON PLOETZ, 46,
ist als Sozialarbeiter
bei Fixpunkt e.V. in
Berlin beschäftigt.**

„Gesundheit erhalten ist unser vorrangiges Ziel“

Das Charakteristische unserer Arbeit ist, dass wir Drogenkonsument(inn)en direkt auf der Straße oder an Plätzen aufsuchen und ihnen unsere Unterstützung anbieten. Dadurch, dass ein großer Teil von ihnen Drogen auch mit anderen gemeinsam spritzt und dabei mit „fremdem“ Blut in Berührung kommen kann, ist diese Gruppe im Hinblick auf eine HIV- oder Hepatitis-Infektion stark gefährdet.

Darüber hinaus ist es eine Gruppe, die einen „schlechten Ruf“ und daher kaum Fürsprecher geschweige denn eine Lobby hat. Um unsere Klient(inn)en zu erreichen, setzen wir ein Präventions- und ein Drogenkonsummobil ein. Dazu kommt noch das Gesundheitsmobil für die medizinische Basisversorgung. Seit 2011 kann man sich auch im „TEST-IT-Mobil“ mit Schnelltests auf HIV sowie Hepatitis C untersuchen lassen. An Bord der Mobile sind interdisziplinäre Teams, die – je nach Bedarf – aus Sozialarbeiter(inne)n, Pflegekräften und Ärzt(inn)en bestehen und von Montag bis Samstag in vier Berliner Innenstadtbzirken ein Angebot machen. Unsere Besucher/innen können dort, je nach Art des Mobils, sicher konsumieren, sich medizinisch versorgen lassen und Spritzen tauschen. Sie erhalten hygienische Utensilien wie steriles Wasser und Tupfer und werden zu Safer Use und Safer Sex beraten. Manche neh-

men bei uns einen kleinen Imbiss – Kaffee, Tee, belegte Brote – zum Selbstkostenpreis. Wer will, kann eine Weile bleiben, ausruhen oder reden.

Meist muss eine große innere Leere gefüllt werden

Abstinenz ist nicht unser oberstes Ziel, denn aus unserer Erfahrung ist Drogensucht schwer zu heilen. Dazu braucht es ganz besondere Bedingungen, und meist muss nach dem „Aufhören“ eine große innere Leere gefüllt werden. Aus der Sucht „herauszuwachsen“, ist ein langwieriger Prozess. Unterstützend kann eine Therapie sein, eine neue Liebe oder eine sinnvolle regelmäßige Beschäftigung. Ich kenne zum Beispiel einen Drogenabhängigen, der vor zwei Jahren eine Komparsenrolle in einem Theaterstück in Berlin bekommen hat. Er hat nun seine wöchentlichen Proben und Auftritte und nimmt nur noch selten Drogen.

Was können wir realistischerweise erreichen? Gesundheit erhalten! Dazu müssen wir Kenntnisse über Risiken vermitteln, damit jede/r Verantwortung übernehmen kann. Dazu gehört auch, dass Spritzen fachgerecht entsorgt werden, um eine Mehrfachverwendung auszuschließen.

Drogengebraucher/innen werden von öffentlichen Plätzen vertrieben

Eine große Herausforderung besteht heute darin, Drogengebraucher/innen zu erreichen. Orte, an denen sich die Szene regelmäßig und für länger trifft, gibt es immer weniger, weil Anwohner wie Ladenbesitzer sich beschweren oder vom Hausrecht Gebrauch machen. Sie werden vertrieben – weg von öffentlichen Plätzen, hinein in U- und S-Bahnhöfe oder in Wohngebiete. Wenn es um illegale Drogen geht, gehen die Leute immer häufiger auf die Barrikaden. Das war unter anderem am Kottbusser Tor der Fall. Dort wollte man uns keinen Standort für das Drogenkonsummobil geben, mit der Begründung, wir würden die Szene dadurch anziehen. Dabei ist das Kottbusser Tor schon seit Jahren ein bekannter Treffpunkt für Drogengebraucher/innen.

Das Handy hat die Mobilität von Drogengebraucher(inne)n noch verstärkt. Sie rufen ihren Dealer an, kaufen ihren Stoff und ziehen weiter. Viele Treffs finden im Wartebereich der U-Bahnhöfe statt, aber da kommen wir mit unseren Mobilien nicht hin. Da bleibt nur Streetwork, doch da haben wir dann keinen Schutzraum zu bieten, was auch die Ansprache erschwert.



60 bis 80 Prozent haben eine chronische Hepatitis C

Erfreulich ist, dass sich im Jahr 2010 nach offiziellen Angaben nur knapp einhundert Menschen in der Bundesrepublik, die sich Drogen spritzen, mit HIV infiziert haben; 2011 wurden lediglich 69 mit einer Neuinfektion registriert. Der Höchstwert lag im Jahr 1986 bei 1.300 Neuinfektionen, in den 90er Jahren waren es jährlich um die 300. Bundesweit haben die Botschaften der HIV-Prävention nach und nach gegriffen, und Angebote wie etwa der Spritzenumtausch haben Wirkung gezeigt.

Allerdings haben rund 60 bis 80 Prozent der injizierenden Drogengebraucher/-innen eine chronische Hepatitis C. Das auslösende Virus – HCV – ist viel infektiöser als HIV und wird von Blut zu Blut übertragen. Für das Fixpunkt-Bundespilotprojekt zur Hepatitis-C-Prävention, das nach drei Jahren Laufzeit im Herbst 2011 beendet wurde, haben wir jetzt Kurzinterventionen entwickelt. Wir halten sie für wirkungsvoller als lange Beratungsgespräche. Drogenabhängige leiden oft unter Zeitdruck, da es gilt, den nächsten Konsum zu „organisieren“. Darum erklären und zeigen wir ihnen in fünf bis zehn Minuten, wie man z. B. Alkohol- und Trockentupfer verwendet, sich gründlich die Hände wäscht, sicher snieft mit dem eigenen Röhrchen oder Heroin auf Aluminiumfolie raucht. Ziel ist unter anderem, Aufmerksamkeit für Blut als Übertragungsrisiko zu schaffen.



Die Arbeit ist vielfältig und komplex, langweilig wird es nie

Was bietet Fixpunkt noch? Wir unterhalten mehrere Kontaktstellen und Drogenkonsumräume und machen Streetwork. Außerdem gibt es für junge Menschen, die auf der Straße leben, ein Sanitärprojekt, in dem sie soziale Kompetenzen, aber auch Grundwissen zu Gesundheitsthemen (Notfall, Hygiene, Wundversorgung, Zahnpflege) erwerben können. Substituierten bieten wir die Möglichkeit, sich im Qualifizierungs- und Beschäftigungsprojekt „Idefix“ auszuprobieren.

Die Arbeit ist vielfältig und komplex und lässt keine Langeweile aufkommen. Gerade deshalb bin ich meinem Job seit zwölf Jahren treu. Dabei sehe ich am Beispiel der von uns betreuten Menschen täglich, wie die Gesellschaft mit Randgruppen verfährt. Mit unserer Arbeit versuchen wir, mehr Akzeptanz für die Lebenswelten und Belange sozial Benachteiligter zu schaffen.



CLAUDIA REY,
41, Juristin und
Beraterin der
Berliner Aids-Hilfe
im Strafvollzug

„Lasst euch von den Mauern bloß nicht abschrecken!“

Vielleicht hatte ich am Anfang ein klitzekleines Helfersyndrom. Oder es lag daran, dass ich es in meinem Leben immer so gut gehabt hatte und anderen davon abgeben wollte. Auf jeden Fall waren Menschen, vor allem Drogenabhängige im Strafvollzug, genau mein Thema. Als mich dann eine Kollegin fragte, ob ich nicht ehrenamtliche Mitarbeiterin der Aidshilfe in Haftanstalten werden wolle, habe ich ja gesagt. Das war vor zwanzig Jahren während meines Jurastudiums.

Jetzt bin ich schon zehn Jahre hauptamtlich in der Berliner Aids-Hilfe und kann dort viele Erfahrungen aus der ehrenamtlichen Arbeit nutzen. Ich spreche mit inhaftierten Frauen und Männern über Gesundheit und Sexualität, über HIV, Hepatitiden, Infektionsrisiken, Präventionsmaßnahmen und so weiter. Dabei unterstützt mich ein Kollege. Außerdem bieten wir Fortbildungen an, zum Beispiel für Vollzugsbeamte in Ausbildung. Da hat sich zum Glück etwas getan: Viele junge Beamtenanwärter sind weltoffener als ihre Kollegen vor ein paar Jahren und haben wirkliches Interesse an den Problemen infizierter oder süchtiger Häftlinge.

Studien zeigen endgültig, dass die antiretrovirale Therapie mit zwei verschiedenen Substanzen besser wirkt als mit nur einem Wirkstoff (Monotherapie). Die Zweierkombination wird neuer Behandlungsstandard.

Im Juni veranstaltet die DAH einen bundesweiten Aktionstag „Spritzen in den Knast“, um die Forderung nach Vergabe steriler Spritzen zur Vermeidung von HIV- und Hepatitis-Infektionen im Strafvollzug zu untermauern. Bis heute ist diese Forderung trotz wissenschaftlich nachgewiesener Erfolge dieser Präventionsmaßnahme nicht umgesetzt – lediglich in einer einzigen Justizvollzugsanstalt in Deutschland, der JVA für Frauen in Berlin-Lichtenberg, sind sterile Spritzen zu bekommen.



Im Dezember wird in den USA der erste Vertreter einer neuen Klasse von HIV-Medikamenten zugelassen, der Proteasehemmer Inivrase (Saquinavir®).

Für die Inhaftierten sind wir auch einer der wenigen Kontakte zur Außenwelt

Nicht nur die Vollzugsbeamten, auch die Situation unserer Klienten hat sich verändert. Anfangs ging es oft darum, zu verhindern, dass Aidskranke im Gefängnis sterben müssen. Außerdem fragten wir uns: Was kann man gegen die Diskriminierung tun? Wie erreicht man, dass Süchtige in Haftanstalten saubere Spritzen erhalten? Draußen hat die Präventionsbotschaft „sterile Spritzbestecke nützen der Gesundheit“ recht schnell gefruchtet. Im Knast dagegen sieht das immer noch anders aus. Die JVA Berlin-Lichtenberg ist bundesweit die einzige Haftanstalt mit dem Angebot der Spritzenvergabe. Überall sonst müssen Süchtige, die sich nicht für einen Entzug, eine Drogentherapie oder Substitution entscheiden können, heimlich spritzen. Die Aidshilfe setzt sich in dieser Sache mit den Verantwortlichen in Politik und Justiz auseinander, aber es ist ein mühsamer Weg.

Das Kernstück unserer Arbeit ist die Beratung, und für viele Häftlinge ist sie weit mehr als ein Informationsgespräch. Für die Inhaftierten sind wir nicht nur Experten in Sachen HIV und Aids, sondern auch einer der wenigen Kontakte zur Außenwelt. Und das bedeutet, dass wir manchmal mit Erwartungen konfrontiert werden, die wir nicht erfüllen können und dürfen. Hauptamtlichen Mitarbeitern der Aidshilfe kommt zugute, dass sie als professionelle Berater auftreten und meist auch so wahrgenommen werden. Schwieriger ist das manchmal für die Leute aus meinem eh-

renamtlichen Team, die einen Häftling regelmäßig besuchen. Auch ich wurde als Ehrenamtliche früher mit vielen Projektionen konfrontiert, mal war ich Mutter, dann Schwester, dann Partnerin des Häftlings. Diese Erfahrung hat mir gezeigt, wie wichtig es ist, alle Mitarbeiter auf intensive Kontakte vorzubereiten und sie zu schulen.

Man muss einen Weg finden, miteinander ins Gespräch zu kommen

Eine weitere Herausforderung für Berater wie für Häftlinge ist der Umstand, dass wir uns immer hinter verschlossenen Türen und Fenstern treffen müssen. Es ist nicht möglich, mal eben einen Spaziergang zu machen und einen Kaffee trinken zu gehen. Die Räume, in denen wir beraten, sind auch selten hübsch und ansprechend. Aber egal, wie es drum herum aussieht: man muss einen Weg finden, miteinander ins Gespräch zu kommen.

In anderen Punkten unterscheidet sich die Beratungsarbeit drinnen wenig von der draußen. Ich glaube, alle professionellen Berater der Aidshilfe bringen grundsätzlich die Kompetenz mit, in Haftanstalten zu beraten. Hier wie da muss man zuhören können, man muss verstehen, was das Gegenüber bewegt, und erst dann darf man entscheiden, ob etwa eine kurzfristige oder langfristige Lösung gefragt ist.

Neuen Mitarbeitern in einer Aidshilfe würde ich sagen: „Lasst euch von den Mauern bloß nicht abschrecken!“ Und außerdem: „Pflegt den Kontakt zu den Vollzugsbeamten und haltet euch an die Regeln!“ Dazu gehört beispielsweise, dass wir den Häftlingen zwar Informationen aus dem Internet ausdrucken und mitbringen dürfen, gebrannte Datenträger oder USB-Sticks aber tabu sind.

Unsere Arbeit ist wichtig und wird geschätzt

Zu den Regeln gehört auch, dass wir uns immer in der Zentrale anmelden. Die Beamten dort rufen dann die Häftlinge: „Zur Beratung!“ Früher gab es oft noch den Zusatz „zur Aidshilfe“; das ist zum Glück vorbei. Trotzdem lässt sich die Anonymität unter diesen Bedingungen kaum wahren. Manche Häftlinge ziehen eine telefonische oder briefliche Beratung vor, um nicht von anderen drangsalieren zu werden. Die Welt im Gefängnis hat ihre eigenen Gesetze, und wir tun gut daran, ein Stück weit darüber Bescheid zu wissen.

1996

Die Vereinten Nationen schaffen mit UNAIDS ein spezielles Programm, um die internationalen Maßnahmen gegen die HIV-Epidemie abzustimmen. Vorläufer war das „Global Program on HIV/AIDS“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Bei der 11. Welt-Aids-Konferenz in Vancouver/Kanada herrscht Optimismus: Die neuen Proteasehemmer versprechen einen Durchbruch bei der Behandlung der HIV-Infektion. Es beginnt die Ära der hoch wirksamen Kombinationstherapien (Highly Active Antiretroviral Therapy, kurz HAART).



Die neuen Therapiemöglichkeiten spielen auch auf der 7. Bundesversammlung der Menschen mit HIV und Aids eine große Rolle, die im Herbst unter der Schirmherrschaft von Bundestagspräsidentin Rita Süßmuth in Leipzig stattfindet. Im Vorfeld der Veranstaltung geht www.aidshilfe.de online.

Ich mache meine Arbeit nach all den Jahren noch immer mit viel Motivation. Ich finde es bereichernd, Menschen aus ganz unterschiedlichen Lebenswelten kennenzulernen und sie zu unterstützen. Am meisten Energie gibt mir aber die Tatsache, dass unsere Arbeit in den Haftanstalten wichtig ist und geschätzt wird. Das bestätigen uns die Häftlinge immer wieder.





„Kondome schützen“ (1997)

Mit der Einführung der Kombinationstherapie im Jahr 1996 verlor Aids im öffentlichen Bewusstsein wie auch bei den riskierten Gruppen zusehends seinen Todesstachel. Die Frage, inwieweit sich dies auch auf das präventive Verhalten des Einzelnen auswirkt, wurde viel diskutiert, und auch, wie auf diese neue Herausforderung geantwortet werden sollte.

Die DAH hat es stets vermieden, Sterben und Tod zum Zweck der Primärprävention zu instrumentalisieren. Sie wollte und will nicht mit Angst arbeiten, da dies zu keiner dauerhaften Verhaltensänderung führt. Auch damals widerstand sie der Versuchung, mit Angst dem zu vermutenden Nachlassen des Safer-Sex-Verhaltens entgegenzusteuern – nicht zuletzt auch deshalb, weil dadurch Menschen mit HIV und Aids ausgegrenzt würden.

Allerdings war es der DAH ein Anliegen, der Bagatellisierung der HIV-Erkrankung entgegenzuwirken und die Entscheidung zwischen dem Kondomgebrauch und einer möglichen Ansteckung mit HIV zugunsten von Safer Sex zu beeinflussen. Sie tat dies, indem sie die Folgen einer HIV-Infektion thematisierte. Damals, als man tagtäglich noch viele Tabletten nach strengen Einnahmевorschriften einnehmen musste und die Medikamente erheblich nebenwirkungsreicher waren als heute, schränkte die Therapie die Lebensqualität sehr stark ein.

Dass es angesichts dessen zweifellos besser ist, ohne Chemie zu leben, war 1997 Thema eines Plakats, auf dem neben Zutaten für ein gesundes Frühstück auch HIV-Medikamente mit einem detaillierten Einnahmeplan zu sehen sind. Im Jahr 2000/2001 produzierte die DAH außerdem ein Plakat mit dem Slogan „Medikamente haben Nebenwirkungen. Kondome nicht“, auf dem einige Nebenwirkungen benannt sind. Dies geschah damals auch als notwendige kritische Ergänzung zur Pharmawerbung, die das Leben mit HIV-Medikamenten als gar zu einfach darstellte.

Daten und Fakten zu Epidemiologie, Prävention und Behandlung

CAROLIN VIERNEISEL

Ende 2010 lebten nach Schätzungen von UNAIDS¹ weltweit ca. 34 Millionen Menschen mit HIV und Aids. Im selben Jahr haben sich etwa 2,7 Millionen mit HIV infiziert. Die Situation ist dabei je nach Weltregion unterschiedlich. Die Länder südlich der Sahara sind am stärksten von der Infektion betroffen und verzeichnen weltweit die meisten HIV-bedingten Todesfälle. Weil dort mittlerweile mehr Frauen als Männer infiziert sind, spricht man auch von einer „weiblichen Epidemie“. In Subsahara sind außerdem viele Kinder betroffen – sei es, dass sie selbst das Virus haben oder durch den Tod ihrer Eltern zu „Aids-Waisen“ geworden sind.

Weltkarte von UNAIDS, Global Report 2010



¹ UNAIDS ist das gemeinsame HIV/Aids-Programm der Vereinten Nationen (www.unaids.org).

In Europa ist HIV dagegen hauptsächlich in bestimmten Gruppen verbreitet: bei schwulen und bisexuellen Männern, intravenös Drogen Gebrauchenden, bei Migrant(inn)en aus Ländern mit weiter HIV-Verbreitung. Einen rasanten Anstieg der HIV-Neudiagnosen hat es in den letzten Jahren in Osteuropa und Zentralasien gegeben. Auch in diesen Ländern konzentriert sich die Infektion auf schwule Männer und Drogenkonsumenten. Ihre Regierungen setzen sich jedoch kaum für eine wirksame Prävention in diesen Gruppen ein, weil Homosexualität und Drogenkonsum stark tabuisiert sind. Hinzu kommt, dass die medizinische Versorgung in Osteuropa oft deutlich schlechter ist als in Westeuropa, was sich unter anderem in der hohen Zahl sogenannter Ko-Infektionen mit Tuberkulose oder Virushepatitis widerspiegelt: Diese Erkrankungen, die bei Menschen mit HIV rascher verlaufen und auch den Verlauf der HIV-Infektion beschleunigen, werden oftmals nicht angemessen oder überhaupt nicht behandelt.

Prävalenz und Inzidenz

Auskunft über die Verbreitung von HIV und Aids gibt die „Prävalenz“: Diese Kennzahl sagt aus, wie viele Menschen in der Gesamtbevölkerung oder einer Gruppe infiziert oder erkrankt sind. Liegt die HIV-Prävalenzrate in der Allgemeinbevölkerung über 1 %, spricht man von einer „generalisierten“ Epidemie, z. B. in Subsahara-Afrika.

Auskunft über die Zahl der Menschen, die in einem bestimmten Zeitraum – z. B. einem Jahr – neu an einer Krankheit erkrankt sind oder sich infiziert haben, gibt die „Inzidenz“.

Wie weit HIV in einem Land verbreitet ist, hängt unter anderem davon ab,

- wie die Gesellschaft mit HIV/Aids, (Homo-)Sexualität, Drogenkonsum und Prostitution umgeht,
- wie es um die Geschlechtergerechtigkeit und die Menschenrechte steht,
- wann die Gesundheitspolitik damit begonnen hat, die HIV-Infektion mit geeigneten Maßnahmen – z. B. Aufklärungskampagnen – einzudämmen,
- ob es sich um ein armes oder reiches Land handelt.

Epidemiologische Situation in Deutschland

Nach Schätzungen des Robert Koch-Instituts (RKI) lebten in Deutschland Ende 2011 rund 73.000 Menschen mit HIV, davon 11.500 Frauen und etwa 200 Kinder.

Schwule und andere Männer, die Sex mit Männern haben, sind bei uns nach wie vor die am stärksten von HIV betroffene Gruppe – ihr gehören etwa 45.000 der mit HIV lebenden Menschen an. Rund 11.000 Menschen mit HIV haben sich auf heterosexuellem Weg infiziert. Bei etwa 7.800 handelt es sich um Migrant(inn)en aus Weltregionen mit hoher HIV-Prävalenz wie z. B. Zentral- und Südafrika, bei 8.600 um intravenös Drogen Gebrauchende.

Im Jahr 2011 haben sich laut RKI rund 2.700 Menschen in Deutschland mit HIV infiziert. Bei intravenös Drogen Gebrauchenden ist die Zahl der neu Infizierten seit Ende der 1980er Jahre kontinuierlich gesunken und liegt seit 2002 bei ca. 300 Neuinfektionen pro Jahr; dazu beigetragen haben Maßnahmen wie Spritzenumtausch, Drogenkonsumräume und Substitutionsbehandlung. Eine Übertragung des Virus von der Mutter auf das Kind in der Schwangerschaft und bei der Geburt kommt in Deutschland dank guter medizinischer Betreuung nur noch selten vor; 2011 waren es weniger als zehn Fälle.

Fast 90 Prozent der HIV-Positiven in Deutschland haben 2011 antiretrovirale Medikamente genommen – so viele wie nie zuvor. Eine HIV-Infektion ist heute in der Regel gut behandelbar, aber auch hierzulande kommt es noch zu HIV-bedingten Todesfällen. Meist handelt es sich dabei um Menschen, die zu spät mit einer HIV-Therapie begonnen haben, weil sie z. B. nichts von ihrer Infektion wussten.

Zugang zu medizinischer Versorgung

In westeuropäischen Ländern sind HIV-Medikamente in der Regel problemlos erhältlich. In Deutschland übernehmen die Krankenkassen die Kosten für eine antiretrovirale Therapie und andere Gesundheitsleistungen. Menschen ohne Aufenthaltsrecht haben jedoch häufig keinen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung. So können z. B. Krankenhausbehandlungen zu einer Meldung an die Ausländerbehörde führen. Zwar dürfen die Sozialämter heute keine Daten über die Behandlung akuter Beschwerden und Notfälle an die Ausländerbehörde mehr weitergeben. Doch geplante Behandlungen müssen vorher beim Sozialamt beantragt und dann auch an die Ausländerbehörde

Wegen des stark gestiegenen Bedarfs an medizinischen Informationen über die Kombinationstherapien startet die DAH die „medizinische Rundreise“: Expertinnen und Experten informieren Mitarbeiter/innen von Aidshilfen, Beratungsstellen, Gesundheitsämtern und ähnlichen Einrichtungen vor Ort über den aktuellen Wissensstand.



Die US-amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention (CDC) berichten von einem erstmaligen Rückgang der jährlichen Aids-Todesfälle. Ende 1997 leben etwa 30 Millionen Menschen mit HIV/Aids, und 2,3 Millionen sterben an den Folgen von Aids.



gemeldet werden. Die Angst vor Abschiebung kann dazu führen, dass eine HIV-Therapie erst begonnen wird, wenn das Immunsystem schon stark geschädigt ist und die Behandlungsaussichten deutlich schlechter sind. Initiativen wie die „Malteser Migranten Medizin“ können erkrankte Menschen ohne Papiere zwar kurzfristig, aber nicht auf Dauer medizinisch versorgen, wie dies bei chronischen Erkrankungen wie einer HIV-Infektion notwendig ist.

Im Jahr 2001 hatte sich die internationale Staatengemeinschaft das Ziel gesetzt, bis 2015 alle behandlungsbedürftigen HIV-Infizierten mit antiretroviralen Medikamenten zu versorgen. Dieses Ziel wird voraussichtlich nicht erreicht werden. Zugang zu medizinischer Therapie haben mittlerweile zwar so viele HIV-Positive wie nie zuvor. Doch auf jede/n Behandelte/n kommt ein Infizierter, der ebenfalls Medikamente bräuchte, aber keine bekommt. Das liegt unter anderem an den internationalen Patentregelungen, die eine Versorgung mit Generika – sogenannten Nachahmer-Medikamenten – erschweren. Weil reguläre Medikamente teuer sind, fließt in vielen Ländern ein beträchtlicher Teil des HIV/Aids-Etats an die Pharma-Unternehmen und nicht in die Prävention oder Versorgung von Menschen mit HIV.

Zielgruppen und Gestaltung der HIV-Prävention

Je nach der Verteilung von HIV in den einzelnen Weltregionen unterscheiden sich auch die Ansätze der HIV-Prävention. In den westlichen Industrieländern gibt es

z.B. vielfältige Informations-, Beratungs- und Testangebote speziell für schwule und bisexuelle Männer. In Deutschland läuft seit 2010 die DAH-Kampagne ICH WEISS WAS ICH TU (www.iwwit.de), die das Thema „HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen“ mit unterschiedlichen Aktionen in den Schwulenszenen vor Ort und im Internet in den Blickpunkt rückt. Sie steht beispielhaft für eine lebensweltnahe Präventionsarbeit, die im DAH-Verband gemeinsam mit schwulen Männern, Drogengebraucher(inne)n, Sexarbeiter(inne)n und Migrant(inn)en entwickelt und umgesetzt wird. Diese Einbeziehung oder „Partizipation“ macht auch Gruppen erreichbar, die oft als „schwer erreichbar“ gelten, und ist sicherlich einer der Gründe, weshalb die Infektionszahlen in Deutschland insgesamt niedriger geblieben sind als in vergleichbaren Ländern.

In den Regionen Subsahara-Afrikas, wo die HIV-Infektion nicht auf bestimmte Gruppen konzentriert, sondern überall verbreitet ist, richten sich die Präventionsbemühungen folgerichtig auf die gesamte Bevölkerung. Dazu gehören breit angelegte Informationskampagnen, Sexualaufklärung, die Schaffung und Förderung von Geschlechtergerechtigkeit, aber auch die Befähigung der Regierungen, Verantwortung für die Gesundheit der Menschen in ihren Ländern zu übernehmen. Nach Schätzungen von UNAIDS ist es in den letzten Jahren gelungen, die einst immens hohen Neuinfektionszahlen zum Teil um 25 Prozent zu senken.

Die Regierungen in Osteuropa und Zentralasien geben einen Großteil des Aids-Etats für die HIV-Prävention in der Allgemeinbevölkerung aus. Zielgruppenspezifische Ansätze der HIV-Prävention gibt es bisher nur vereinzelt; die Substitutionsbehandlung für Drogenabhängige beispielsweise wird oft aus ideologischen Gründen rundheraus abgelehnt. Angebote für die besonders betroffenen Gruppen haben bisher meist nur Nichtregierungsorganisationen (NGOs) mit internationaler Hilfe entwickelt. Viele dieser Projekte sind nun allerdings gefährdet, weil der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria ab 2012 zum Beispiel für Russland keine Fördermittel mehr bereitstellt. Solange aber lebensweltnahe, an den Menschenrechten orientierte Angebote Mangelware sind, werden auch die HIV-Infektionszahlen weiter steigen. Von den Regierungen der betreffenden Länder ist daher zu fordern, bei der Verteilung ihrer Aids-Etats diskriminierte und ausgegrenzte Gruppen besonders zu berücksichtigen und sich parallel dazu für den Abbau von Diskriminierung und die Förderung von Toleranz einzusetzen: Ein angstfreies gesellschaftliches Klima ist eine Grundvoraussetzung für wirksame HIV-Prävention.

Am 21. Juli veranstaltet der Landesverband der Eltern und Angehörigen für humane und akzeptierende Drogenarbeit NRW e.V. den ersten „Gedenktag für verstorbene Drogengebraucher“. Er wird seither alljährlich in vielen deutschen Städten mit Veranstaltungen und Aktionen begangen.



In einem „drogenpolitischen Memorandum“ plädiert die DAH zusammen mit anderen Verbänden und Selbsthilfeorganisationen unter dem Stichwort „Drogenmündigkeit“ dafür, das Erlernen eines kompetenten Umgangs mit psychoaktiven Substanzen zu fördern und dafür geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen.

Auf der 12. Internationalen Aids-Konferenz im Juli/August in Genf wird die Beteiligung der Community von Menschen mit HIV und Aids auf allen Ebenen der Konferenzvorbereitung und -durchführung festgeschrieben. Dieses „Genfer Prinzip“ wird später (1999) auch in Deutschland übernommen.

Weiterführende Informationen

Robert Koch-Institut:
www.rki.de

Deutsche AIDS-Hilfe:
www.aidshilfe.de

UNAIDS:
www.unaids.org

Aktionsbündnis gegen Aids:
www.aids-kampagne.de

Weltgesundheitsorganisation (WHO):
www.who.int
 (Europa: www.euro.who.int)

Aids Action Europe:
www.aidsactioneurope.org

Amnesty International:
www.amnesty.de

Deutsche Gesellschaft für Vereinte Nationen:
www.dgvn.de

HIV und Aids – Basiswissen

ARMIN SCHAFBERGER

Was ist HIV?

HIV steht für „Humanes Immunschwäche-Virus“. Es schädigt das Immunsystem, das Krankheitserreger – z. B. Bakterien, Pilze oder Viren – und fehlerhafte Körperzellen bekämpft. Wie alle Viren hat HIV keinen eigenen Stoffwechsel und benötigt daher sogenannte Wirts- oder Zielzellen, um sich zu vermehren. HIV dringt in diese Zellen ein und programmiert sie so um, dass sie neue Viren produzieren.

Was macht HIV im menschlichen Körper?

HIV verändert und schädigt verschiedene Organe, z. B. den Darm, die Nieren, die Knochen und das Gehirn. Die HIV-Infektion ist aber in erster Linie eine Erkrankung des Immunsystems, weil seine Schädigung besonders schwerwiegend ist. Wenn es Krankheitserreger nicht mehr richtig abwehren kann, können auch ansonsten harmlose Infektionen lebensbedrohliche Erkrankungen verursachen. Bei beeinträchtigtem Immunsystem können auch Krebszellen, die tagtäglich im Körper entstehen, nicht vollständig beseitigt werden. Damit erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass sich bestimmte Krebsformen entwickeln.

Schädigung von Organen

Darm

Bereits kurz nach der Infektion vermehrt sich HIV sehr stark im Darm und schädigt dort die in der Schleimhaut sitzenden Immunzellen. Die Darmschleimhaut verliert so ihre Barrierefunktion, sodass Bruchstücke von Darmbakterien in den Blutkreislauf gelangen können. Das führt zu einer auf lange Sicht schädlichen Stimulation des Immunsystems. Außerdem ist im Darm die Abwehrfunktion vermindert, was chronische Durchfälle zur Folge haben kann.

Aids ist weltweit zur vierthäufigsten Todesursache aller Zeiten geworden.

Da das medizinische Wissen rund um HIV und Aids, vor allem zur Behandlung, immer komplexer wird und Berater/innen immer häufiger auch nach anderen sexuell übertragbaren Infektionen gefragt werden, gibt die Deutsche AIDS-Hilfe eine „Infomappe für die Telefonberatung in Aids-hilfen“ heraus, die von einer 1998 eingesetzten Arbeitsgruppe erarbeitet wurden. Parallel dazu erscheint ein „Handbuch für Berater/innen in Aids-hilfen“.



Vom 2. bis 5. Juni findet der 7. Deutsche AIDS-Kongress in Essen statt. Erstmals sind Community-Vertreter/innen an der Planung und Durchführung eines deutschen Aidskongresses direkt beteiligt.

Nieren

Die HIV-Infektion kann die Nierenfunktion beeinträchtigen. Schädliche Stoffwechselprodukte können dann nicht mehr vollständig ausgeschieden werden. Einige HIV-Medikamente, aber auch Schmerzmittel und Drogen können die Nieren zusätzlich schädigen.

Knochen

Im Alter nimmt bei jedem Menschen die Knochendichte ab, sodass es leichter zu Knochenbrüchen kommen kann. Bei Menschen mit HIV setzt dieser Prozess früher ein, weil sowohl das Virus als auch einige HIV-Medikamente negativen Einfluss auf die Knochendichte haben. Für HIV-Positive ist Vorbeugung daher besonders wichtig: mit Bewegung, Vitamin D und ausgewogener Ernährung.

Gehirn und Nerven

Die HIV-Infektion kann die Nerven schädigen. Mögliche Folge ist eine „periphere Polyneuropathie“, die sich z.B. durch Schmerzen, Taubheitsgefühle, Kribbeln oder Brennen äußert und vor allem die Beine betrifft.

HIV kann außerdem die Blut-Hirn-Schranke umgehen und so ins Gehirn gelangen. Das kann zu einer HIV-Demenz führen, was aber dank der antiretroviralen Therapie heute nur noch selten vorkommt. Leichtere Schädigungen des Gehirns werden dagegen häufiger festgestellt, was sich auf das Gedächtnis und die Konzentration auswirken und zu Antriebsschwäche oder Reizbarkeit führen kann.

Herz-Kreislauf-System

Menschen mit HIV haben ein etwas erhöhtes Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall. Grund dafür ist eine Überstimulierung des Immunsystems, die eine gesteigerte Entzündungsreaktion des Körpers bewirkt. Eine weitaus größere Rolle spielen allerdings Rauchen, Bewegungsmangel, hoher Blutdruck oder eine Zuckerkrankheit.

Mund, Rachen, Zähne

Bei schlechter Immunlage kann es zu Krankheiten im Mund- und Rachenraum kommen, z. B. zu Pilzerkrankungen oder zu Entzündungen des Zahnfleisches und des Zahnhalteapparats.

Haut

Viele HIV-Infizierte leiden unter trockener Haut, meist verbunden mit Juckreiz. Auch einige HIV-Medikamente können zu Hauttrockenheit oder Hautausschlag führen.

Schwächung des Immunsystems

Wenn HIV in den Körper kommt, befällt es die sogenannten T-Helferzellen (auch CD4-Zellen genannt) und vermehrt sich in ihnen. Mit fortschreitender Infektion nehmen die Zahl und die Funktionsfähigkeit dieser Zellen ab. Das Immunsystem ist dadurch immer weniger in der Lage, den Körper vor Krankheiten zu schützen.

Wenn sich bei stark geschwächtem Immunsystem „opportunistische Infektionen“ oder bestimmte Tumoren entwickeln, spricht man von Aids (Acquired Immune Deficiency Syndrome, zu Deutsch: erworbenes Immunschwäche-Syndrom).

Überaktivierung des Immunsystems

Durch HIV kann es zu einer ständigen Überaktivität des Immunsystems kommen. Eine Folge können Allergien und Ekzeme sein. Bei diesen „Autoimmunreaktionen“ handelt es sich um Entzündungen im Körper, die auch die Blutgefäße schädigen. Damit erhöht sich das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wie z. B. Schlaganfall.

Vorzeitige Alterung des Immunsystems

Wer sich heute mit HIV infiziert, kann dank antiretroviraler Therapie mit einer annähernd normalen Lebenserwartung rechnen. Andererseits bewirkt HIV, dass das Immunsystem schneller altert als sonst, womit auch die Anfälligkeit für Infektionen früher einsetzt.

Anders als noch vor 15 oder 20 Jahren treten „aidstypische“ Krankheiten wie das Kaposi-Sarkom (ein Hautkrebs) oder die Pneumocystis-Pneumonie (eine Form der Lungenentzündung) nur noch selten auf. Häufige Folge der

Im Mai sagen fünf große Pharmakonzerne den Vereinten Nationen zu, afrikanischen Staaten den Zugang zu HIV-Medikamenten günstiger zu ermöglichen. US-Präsident Bill Clinton erlässt seinerseits eine Verfügung, nach der die USA nicht mehr mit Maßnahmen gegen afrikanische Länder vorgehen, welche die Spielräume internationaler Abkommen ausnutzen, um die Gesundheitsversorgung für Menschen mit HIV und Aids zu verbessern (z. B. durch Einsatz von HIV-Generika).



Vom 9. bis zum 14. Juli findet im südafrikanischen Durban die 13. Internationale Aids-Konferenz statt – die erste auf dem afrikanischen Kontinent, der am stärksten von HIV und Aids betroffen ist. Im Rahmen der Konferenz bekräftigen über 5.000 Wissenschaftler und Ärzte aus mehr als 50 Ländern, unter ihnen ein Dutzend Nobelpreisträger, dass HIV die Ursache von Aids ist. Anlass für diese Erklärung sind unter anderem Äußerungen von Südafrikas Staatspräsident Mbeki, der Sympathie für die Thesen der „Aidsleugner“ erkennen ließ.

HIV-Infektion sind heute dagegen Alterserkrankungen, wie z. B. Schlaganfälle oder leichtere Schädigungen des Gehirns. Eine ungesunde Lebensweise (Rauchen, Drogenkonsum, Bewegungsmangel, Stress) und die HIV-Medikamente können den Alterungsprozess zusätzlich befördern.

Stadien der HIV-Infektion

Die unbehandelte HIV-Infektion verläuft bei jedem Menschen anders. Bei vielen bleibt die Infektion über mehrere Jahre unbemerkt. Einige wenige erkranken bereits in der akuten Phase schwer, andere haben auch nach zwei Jahrzehnten kaum Symptome.

Bei der HIV-Infektion gibt es keine starre Abfolge von Stadien, und zwischen einzelnen Krankheitsphasen liegen oft lange Zeiten ohne körperliche Beschwerden. Durch die antiretrovirale Therapie können HIV-bedingte Erkrankungen wie Durchfälle, Infektionen und selbst Krebs wieder verschwinden.

Akute HIV-Infektion

Nach einer Ansteckung auf sexuellem Weg dauert es einige Tage, bis HIV ins Blut gelangt. Die Viruslast steigt dann massiv an. Etwa zwei bis drei Wochen nach der Infektion treten in den meisten Fällen unspezifische Krankheitszeichen wie Fieber, Haut-

ausschlag, Durchfall, Müdigkeit oder Kopf- und Gelenkschmerzen auf, die oft als Symptome einer Grippe oder Erkältung fehlgedeutet werden. Sie halten etwa sieben bis zehn Tage an und verschwinden dann von selbst wieder.

In dieser als „akute HIV-Infektion“ oder „Primärinfekt“ bezeichneten Phase erkennt das Immunsystem das Virus als Eindringling und setzt ihm körpereigene Abwehrzellen entgegen. Zugleich produziert es Antikörper, die HIV un-

schädlich machen sollen. Diese lassen sich in der Regel drei bis sechs, spätestens zwölf Wochen nach der Ansteckung mit einem HIV-Antikörpertest nachweisen. Mit Erscheinen der Antikörper nimmt die Konzentration der Viren im Blut und in den anderen Körpersekreten erheblich ab.

Während der akuten Infektion ist das Ansteckungsrisiko für andere besonders hoch, da sich im Blut, im Sperma, in der Scheidenflüssigkeit und im Flüssigkeitsfilm der Darmschleimhaut besonders viele Viren befinden. Man geht davon aus, dass ein nicht unerheblicher Teil der HIV-Übertragungen in dieser Phase erfolgt.

Symptomfreie HIV-Infektion

Nach der akuten Phase fühlen sich die meisten Infizierten gesund und bemerken keine Symptome, obwohl HIV „in aller Stille“ das Immunsystem und andere Organe schädigt. Das Immunsystem kann HIV aber zumindest teilweise unter Kontrolle halten, sodass sich eine Art Gleichgewicht zwischen Virusvermehrung und Virusabwehr einstellt. Allerdings nimmt mit fortschreitender HIV-Erkrankung die Zahl der T-Helferzellen ab.

Symptomatische HIV-Infektion

Die Symptome der HIV-Infektion zeigen sich zunächst meist als Störungen des Allgemeinbefindens. Sie reichen von Hautveränderungen über Fieberschübe und Nachtschweiß bis zu Magen-Darm-Beschwerden. Ansonsten harmlose Infektionen verlaufen schwerer, und es dauert länger, bis sie wieder ausgeheilt sind. Wer als Arzt oder Ärztin mit der HIV-Infektion nicht vertraut ist, denkt bei solchen Symptomen oft gar nicht daran, einen HIV-Test anzubieten. Andererseits kann von einzelnen Symptomen auch nicht auf eine HIV-Infektion geschlossen werden.

Bei einer symptomatischen HIV-Infektion wird empfohlen, sofort mit einer antiretroviralen Therapie zu beginnen.

Aids

Treten bei einem schweren HIV-verursachten Immundefekt bestimmte Erkrankungen auf, spricht man von Aids. Dazu gehören schwere opportunistische Infektionen, bestimmte Tumoren, durch HIV ausgelöste Gehirnschädigungen oder starke Abmagerung. Ohne Behandlung verlaufen viele dieser Erkrankungen tödlich.

Bei rechtzeitiger Diagnose und Therapie tritt Aids heute praktisch kaum mehr auf. Trotzdem erkranken auch in Deutschland immer wieder Menschen an Aids. In den meisten dieser Fälle hat man die HIV-Infektion erst spät festgestellt, sodass bereits schwere körperliche Schäden entstanden sind. Oder es handelt sich um HIV-Positive, die zwar um ihre Infektion wissen, doch aus unterschiedlichen Gründen keine antiretrovirale Therapie machen. Heute ist aber selbst Aids kein Todesurteil mehr. Opportunistische Infektionen wie auch Krebserkrankungen können sofort behandelt werden, und man kann eine HIV-Therapie beginnen. Allerdings wird sich das Immunsystem dann langsamer und nicht so gut erholen wie bei einem rechtzeitigen Therapiebeginn, und auch die Sterblichkeit ist höher.

HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen

Zwischen der HIV-Infektion und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (sexually transmitted infections, kurz „STIs“) besteht ein enger Zusammenhang: Viele STIs führen zu Entzündungen, Geschwüren oder Verletzungen von Schleimhäuten, die beim Sex beteiligt sein können, und erhöhen so das Risiko einer HIV-Übertragung. HIV-Negative mit STIs infizieren sich leichter mit HIV, da ihre geschädigte Schleimhaut dem Virus eine Eintrittspforte bietet. Umgekehrt können STI-infizierte HIV-Positive ohne erfolgreiche HIV-Therapie das Virus leichter an andere weitergeben: HIV kann sich in der geschädigten Schleimhaut anreichern und dann leichter übertragen werden.

AUSGRENZUNG ABWEHREN



Willy Sagnol
Frankreich

Owen Hargreaves
England

Sammy Kuffour
Ghana

Robert Kovac
Kroatien

live and let live



„Ausgrenzung abwehren“ (2003)

Der Welt-Aids-Tag wurde erstmals 1988 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ausgerufen und stand seither unter wechselnden Themen. Ab 1996 gab UNAIDS, die Aids-Organisation der Vereinten Nationen, jedes Jahr ein Motto vor, an dem sich die Aids-Organisationen in den verschiedenen Ländern orientieren konnten. Seit 2005 liegt die Federführung der internationalen Aktivitäten bei der World AIDS Campaign, der Welt-Aids-Kampagne.

Ziel des Welt-Aids-Tages ist, durch besondere Aktivitäten an Aids zu erinnern und gemeinsam Solidarität mit Menschen mit HIV und Aids und deren Angehörigen zu zeigen. Außerdem dient dieser Tag auch dazu, die Verantwortlichen in Politik und Gesellschaft zum Handeln im Kampf gegen HIV/Aids aufzufordern.

Die Welt-Aids-Kampagne 2002/2003 unter dem Motto „live and let live“ (Leben und leben lassen) wollte auf Ausgrenzung – z.B. von sexuellen, ethnischen oder kulturellen Minderheiten – und ihre schädlichen Folgen aufmerksam machen, zum Engagement gegen Diskriminierung aufrufen und für Solidarität werben. Die DAH setzte dieses Motto mit dem Slogan „Ausgrenzung abwehren“ um und wurde dabei durch vier Abwehrspieler des FC Bayern München unterstützt, die nicht in Deutschland geboren sind. Sie stellten sich als „Blickfänger“ zur Verfügung, wohl wissend, was Diskriminierung bedeutet und dass man sie abwehren muss.

In den Mittelpunkt ihrer Kampagne zum Welt-Aids-Tag 2003 stellte die DAH die Situation von Migrantinnen und Migranten in Deutschland, war doch ihr Anteil an den neu festgestellten HIV-Infektionen in den Jahren zuvor derart stark gestiegen, dass sie zur zweitgrößten Betroffenengruppe geworden waren.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beteiligte sich an dieser Kampagne, und seit 2004 gibt es eine gemeinsame Kampagne von BZgA, DAH und Deutscher AIDS-Stiftung, an der seit 2008 auch das Bundesgesundheitsministerium beteiligt ist.

Leitlinien der Prävention und Beratung in Aidshilfen

HOLGER SWEERS

Die ersten Aidshilfen wurden 1983/84 gegründet. Infizierte – zu Beginn vor allem schwule Männer – galten damals als Todgeweihte und als Gefahr für die Gesellschaft. Eine wirksame Behandlung gab es nicht, Aidskranke hatten eine bemerkenswert schlechte medizinische Prognose. Ängste vor Infizierten und Kranken grassierten in allen Lebensbereichen, selbst in Krankenhäusern – obwohl die Aidshilfen schon früh darüber informierten, dass man sich bei alltäglichen Kontakten nicht anstecken kann. Einige Erkrankte wurden damals von Freunden versorgt und begleitet, aber es gab auch viele Alleingelassene und solche, die sich voller Scham und Angst aus ihrem gewohnten Leben zurückzogen. In dieser Situation gründeten viele Schwule, einige heterosexuelle Männer und manche Frauen die Aidshilfen und bald auch spezialisierte HIV/Aids-Pflegedienste.

In den Auseinandersetzungen um die richtige Strategie gegen die HIV-Epidemie kristallisierten sich bald Maximen und Ansätze heraus, die die Aids-hilfearbeit bis heute prägen; zusammengefasst sind sie im 2007 verabschiedeten Leitbild der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH). Im Folgenden seien einige wichtige Prinzipien der Aidshilfearbeit genannt, die im Zusammenhang zu sehen sind und sich teilweise auch überschneiden:

Realismus statt Hysterie und Prävention für die besonders von HIV und Aids Bedrohten und Betroffenen

Nach den ersten Berichten über Aids, in denen die Krankheit noch als rätselhafte „Schwulenseuche“ galt, zeichneten die Medien bald ein düsteres Bild von einem „Übergreifen auf die Allgemeinbevölkerung“ – mit Hochrechnungen, die allein für Deutschland Hunderttausende vorhersagten.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) prägte 1987 den Slogan „Aids geht uns alle an“, auch wenn sie damit vor allem Solidarität mit den Betroffenen erreichen wollte. Die DAH ergänzte und korrigierte damals:

Vom 25. bis zum 27. Juni befassen sich die Vereinten Nationen auf einer eigens einberufenen Vollversammlung mit HIV und den weltweiten Folgen – die erste Vollversammlung in der UN-Geschichte, die sich ausschließlich einer Krankheit widmet. Sie beginnt mit einer Schweigeminute für die schätzungsweise 22 Millionen Menschen, die bis dahin an den Folgen von Aids verstorben sind. In einer „Declaration of Commitment“ verpflichten sich die 198 UN-Mitgliedsstaaten, eigene Programme gegen HIV zu entwickeln und zu finanzieren. Beschlossen wird außerdem die Einrichtung eines Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, der drei schwersten Epidemien des Jahrhunderts.

Parallel zum 8. Deutschen AIDS-Kongress in Berlin finden vom 4. bis 7. Juli erstmals die „Positiven Begegnungen“ statt. Die Konferenz zum Leben mit HIV tritt später die Nachfolge der „Bundespositivenversammlungen“ an (erstmal 1990 in Frankfurt am Main).



„... aber nicht jeder ist gleichermaßen bedroht und betroffen“. In ihren Veröffentlichungen konzentrierte sie sich früh auf schwule Männer und den Bereich Drogen und Strafvollzug, weil es hier die meisten Betroffenen gab. In ihrem Memorandum „Leben mit AIDS“ vom Juni 1987 erklärte die DAH eine zielgruppenbezogene Aufklärungsstrategie und eine Konzentration auf die „Hauptbetroffenen-Gruppen“ für entscheidend, weil nur so eine realistische Risikoabschätzung möglich sei. Benannt wurden Homosexuelle, Drogengebraucher und Strafgefangene sowie Prostituierte – die Letztgenannten nicht deshalb, weil besonders viele von ihnen infiziert gewesen wären, sondern weil sie gesellschaftlich als Gefahrenquelle und Überträger in die „Allgemeinbevölkerung“ angesehen wurden.

Die Benennung von „Hauptbetroffenen-Gruppen“ brachte allerdings die Gefahr mit sich, diese zu stigmatisieren und für die HIV-Epidemie verantwortlich zu machen. So benannte etwa ein Spruch aus dieser Zeit die bei schwulen Männern verbreitete Promiskuität (also Sex mit vielen Partnern) zum „Motor der Seuche“. Die DAH betonte daher zugleich: Man muss die konkreten Situationen benennen, in denen es ein Infektionsrisiko gibt, und es kommt auch auf Faktoren wie Alter, soziales Umfeld oder sexuelle Verhaltensweisen an.

Auch das heutige Leitbild der DAH steht in dieser Tradition. Darin heißt es: „Unser Engagement gilt den Menschen, die mit HIV/

Aids leben, und den von HIV, Aids, Hepatitis und anderen sexuell und beim Drogenkonsum übertragbaren Krankheiten besonders bedrohten und betroffenen Individuen und Gruppen. Das sind in Deutschland derzeit vor allem Männer, die Sex mit Männern haben, Migranten und Migrantinnen aus

Weltregionen mit besonders weiter HIV-Verbreitung, Drogengebraucherinnen und -gebraucher, Menschen in Haft und Menschen in der Sexarbeit sowie ihre An- und Zugehörigen.“

Zielgruppenspezifische Prävention braucht gesellschaftliche Aufklärung

Im Zentrum der Aidshilfearbeit standen zunächst vor allem Aufklärung und Information: Man wollte dem Einzelnen Informationen an die Hand geben, an denen er sein Handeln ausrichten konnte (vor allem über die Übertragungswege und die Risiken bestimmter Sexpraktiken und Drogenkonsumformen). Schon früh allerdings erkannte man, dass Informationen allein nicht ausreichen – der Absender der Informationen sollte glaubwürdig und kompetent sein, die Zielgruppen kennen und ihre Sprache sprechen, ihre Lebensweisen akzeptieren und keine Vorurteile und Tabus gelten lassen, so das DAH-Memorandum von 1987. Zugleich brauche Prävention gesellschaftliche Aufklärung, Akzeptanz und Solidarität und die aktive Durchsetzung und Gewährleistung bürgerlicher Freiheits- und Grundrechte (im Sinne einer Sicherung der Vielfalt von Lebensstilen, der sexuellen Verhaltensweisen und der moralischen Wertvorstellungen).

Diese „gesellschaftliche Lernstrategie“ setzte sich politisch gegen die „Such-“ oder „Seuchenstrategie“ durch, die Infektionsquellen ermitteln und gewissermaßen stilllegen wollte – die Vorschläge reichten von der Schließung von Schwulensaußen über Zwangstests bis hin zur Tätowierung und Internierung Infizierter. Vor diesem Hintergrund ist auch die Arbeitsteilung zwischen der staatlichen BZgA und der Selbsthilfeorganisation DAH zu verstehen: Während sich die BZgA mit ihren Medien vor allem an die Allgemeinbevölkerung richtet und gemeinsam mit der DAH und der Deutschen AIDS-Stiftung seit Jahren eine Solidaritätskampagne zum Welt-Aids-Tag umsetzt, konzentrieren sich die Aidshilfen auf Medien und personalkommunikative Angebote (z. B. Vor-Ort-Arbeit) für die und mit den besonders Bedrohten und Betroffenen.

Akzeptanz, Förderung und Schutz der Vielfalt von Lebensweisen und Lebensräumen

Die Ausrichtung auf die besonders Bedrohten und Betroffenen verbindet sich bei den Aidshilfen mit der (kritischen) Akzeptanz der Lebensweisen. Im bereits erwähnten DAH-Memorandum von 1987 heißt es: „Wer Aids bekämpfen will, muss akzeptieren, dass Menschen schwul sind, fixen, auf den Strich respek-

2002–2006

Im Oktober 2002 weist der Ausschuss für Umweltfragen, Volksgesundheit und Verbraucherpolitik im Europäischen Parlament den Antrag der EU-Kommission zurück, das Werbeverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel, also auch für HIV-Medikamente, aufzuheben.

Im Dezember 2003 verkündet die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ihre Initiative „3 by 5“: Bis Ende 2005 sollen drei Millionen HIV-Infizierte in armen Staaten eine HIV-Therapie erhalten. Leider wird das ehrgeizige Ziel nicht erreicht.

Im Januar 2006 wird in den USA mit Atripla die erste Dreierkombination von HIV-Medikamenten in einer einzigen, einmal täglich einzunehmenden Pille zugelassen. Die HIV-Therapie wird immer einfacher.

Im August finden in Leipzig die „Positiven Begegnungen“ statt. Die „Konferenz zum Leben mit HIV/Aids“ ist Nachfolgerin der Bundespositivenversammlungen und der Bundesversammlungen der An- und Zugehörigen von Menschen mit HIV und Aids.



tive ins Bordell gehen und neben oder anstatt einer monogamen Beziehung wechselnde Sexualpartner haben.“

Das im Mai 1989 von der DAH-Mitgliederversammlung verabschiedete Positionspapier „Schwule und Aids“ geht hier deutlich weiter: Es fordert nicht nur Akzeptanz, sondern auch die Förderung und den Schutz verschiedener Lebensweisen, zum Beispiel durch die Stärkung des Selbstbewusstseins schwuler Männer, die Förderung und den Schutz ihrer kommerziellen und nichtkommerziellen Lebensräume und durch Abbau und Verhinderung von Diskriminierung. Wer Akzeptanz signalisiert, so das Papier, fördert auch die individuelle und kollektive Emanzipation, und nur so ist das oberste Ziel sinnvoller Präventionsarbeit zu erreichen: die Vermittlung von Handlungskompetenzen, um eine selbstbestimmte Sexualität zu ermöglichen.

Gleiches gilt für den Drogenkonsum: Zu einer Zeit, als die professionelle Drogenhilfe beinahe ausschließlich auf Abstinenz setzte, gründete sich 1989 mit Unterstützung der DAH das Selbsthilfenetzwerk JES (Junkies – Ehemalige – Substituierte). Ziel war, gesellschaftliche Bedingungen zu schaffen, die ein „menschenwürdiges Leben mit Drogen“ ermöglichen: mit Solidarität und Akzeptanz und ohne die Bedrohung durch Strafverfolgung, ohne Ausgrenzung und permanente Benachteiligung.

Kritische Akzeptanz heißt dabei, dass auch negative Seiten der verschiedenen Lebens-

weisen benannt und in der Arbeit berücksichtigt werden: So gibt es zum Beispiel durchaus abhängigen, nicht selbstbestimmten Drogengebrauch, und nicht jeder, der häufig wechselnde Sexpartner hat, ist damit glücklich.

Förderung der Güter- und Risikoabwägung (Risikomanagement)

Die von HIV und Aids bedrohten und betroffenen Menschen sollen motiviert werden, auf der Basis der Wertschätzung des eigenen wie des anderen Lebens zwischen Lust und Sinnlichkeit auf der einen und der Gesundheit auf der anderen Seite, zwischen dem kurzfristigen und dem dauerhaften Wohlbefinden ein individuell verträgliches Gleichgewicht zu halten. Dies kann nur bei entsprechenden Rahmenbedingungen (Akzeptanz und Stärkung) gelingen, denn Menschen können nicht nur aus Lust oder im Rausch, sondern auch aufgrund von Schwäche oder Not gegen ihre eigenen Interessen handeln. Mit Risikomanagement ist somit gemeint, dass auf der Grundlage ausreichenden Wissens über HIV und Aids eine individuelle Entscheidung hinsichtlich des Schutzverhaltens beim Sex getroffen wird. Die Vor- und Nachteile bestimmter Verhaltensweisen werden gegeneinander abgewogen, wobei verschiedene Motive und das persönliche Sicherheitsbedürfnis zum Tragen kommen.

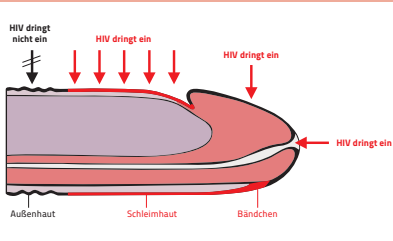
Wer das Ziel eines selbstbestimmten Umgangs mit Sexualität, Drogen und den damit verbundenen Risiken verfolgt, muss allerdings auch damit rechnen, dass Menschen sich nicht immer – und besonders nicht in Situationen, in denen es um Lust und Rausch geht – „vernünftig“ verhalten bzw. oberflächlich antrainierte Verhaltensmuster befolgen. Diese Grenze der Prävention gilt es anzuerkennen.

Keine Verhaltens- ohne Verhältnisprävention

Arbeitsgrundlage der DAH ist das 1990 beschlossene Konzept der strukturellen Prävention. Das heißt unter anderem: Was der Einzelne zu seiner Gesundheit und zur Verminderung von Risiken beitragen kann, hängt stark von den sozialen, wirtschaftlichen, politischen und kulturellen Verhältnissen (Strukturen) ab, in denen er lebt. Verhalten lässt sich also nur beeinflussen, wenn die Verhältnisse und Situationen berücksichtigt und gestaltet werden, in denen es stattfindet. So kann man beispielsweise nicht an Drogengebraucher/-innen appellieren, sterile Spritzen zu benutzen, wenn diese für sie nicht leicht erreichbar sind. Ein anderes Beispiel: Wer ums wirtschaftliche Überleben kämpfen muss (etwa in der Armutsprostitution), hat es schwerer, seinen eigenen Schutz durchzusetzen. Und wer – zum Beispiel aufgrund gesellschaftlicher Ausgrenzung – kein positives Verhältnis zur eigenen Lebensführung und zum eigenen Körper entwickeln kann, hat möglicherweise eher Schwierigkeiten, sich gesundheitsförderlich zu verhalten, Präventionsbotschaften auf-

2007–2009

Im März 2007 empfehlen die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und UNAIDS die Beschneidung als ergänzende Methode der HIV-Prävention. Studien in afrikanischen Ländern hatten gezeigt, dass beschnittene Männer beim heterosexuellen Geschlechtsverkehr ein um 60 Prozent niedrigeres Infektionsrisiko aufweisen.



Am 30. Januar 2008 stellt die Schweizer Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen (EKAF) als erste Regierungsstelle offiziell fest, dass HIV-Positive bei funktionierender antiretroviraler Therapie nicht ansteckend sind, sofern keine anderen (sexuell übertragbaren) Infektionen vorliegen. Im Oktober 2008 startet die DAH „ICH WEISS WAS ICH TU“, ihre erste bundesweite Kampagne zur Intensivierung der HIV-Prävention bei Schwulen und anderen Männern, die Sex mit Männern haben.



Die Deutsche AIDS-Hilfe bekräftigt das Schweizer „EKAF-Statement“ im April 2009 in ihrem Papier „HIV-Prävention und Therapie“ – als weltweit erste Nichtregierungsorganisation.

und anzunehmen sowie Güter und Risiken abzuwägen. Wer sich und andere schützt, schützt sich und andere auch eher.

Achtung und Förderung der Selbstbestimmung

„Unser Ziel ist, dass die Gesellschaft als Ganze und jede und jeder Einzelne informiert, selbstbestimmt und verantwortungsvoll mit den Risiken von HIV/Aids, Hepatitis und den anderen sexuell und beim Drogenkonsum übertragbaren Infektionen umgehen kann“, heißt es im DAH-Leitbild.

Die Selbstbestimmung hat von Beginn an hohen Stellenwert für die Aidshilfe gehabt. Sie verstand sich stets auch als Bürgerrechtsbewegung, die mühsam errungene Freiheiten und Lebensräume verteidigen wollte. Diese Haltung zeigte sich zum Beispiel darin, dass die DAH den gesellschaftlichen Druck ablehnte, Menschen aus „Risikogruppen“ sollten sich testen lassen: Da es noch keine wirksame Behandlung gab, sah man ein positives Testergebnis als klinisch nutzlos, den Test aber als gesellschaftlich gefährlich an, weil er zu Ausgrenzung und Benachteiligung führen könne. Auch widersprach man dem Argument, dass positiv Getestete „automatisch“ für den Schutz ihrer Partner sorgen würden: Jeder und jede Einzelne ist für sich selbst und für den Schutz vor HIV verantwortlich, so die Position.

Dieser Grundsatz ist vor dem Hintergrund von Versuchen zu sehen, Prävention durch Zwangsmaßnahmen zu betreiben. Informationen über gesundheitliche Risiken führen aber in aller Regel nicht oder nur kurzfristig zu dem erwünschten Verhalten, wenn sie

Widerstand, Angst oder Überforderung auslösen. So kann eine Übertreibung des Risikos zu einer fatalistischen Haltung führen („Ich kann ja doch nichts dagegen tun“), zur Verdrängung des Risikos oder zur Vermeidung nur bestimmter, vermeintlich oder wirklich „gefährlicher“ Situationen oder Handlungen.

Setzt man bei der HIV-Prävention darauf, dass der Einzelne für sich selbst und den anderen Verantwortung trägt, muss die HIV-Infektion aber als ein persönlich beeinflussbares Risiko begriffen werden können. Dies wiederum verlangt nach einer realistischen – also weder übertriebenen noch verharmlosenden – Darstellung der Infektionsrisiken. Zur Anregung der persönlichen Auseinandersetzung mit Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten eignen sich am besten personalkommunikative Kampagnen. Diese werden mit den Zielgruppen zusammen entwickelt und mit ihnen in ihrer gewohnten Umgebung durchgeführt, wobei die persönliche Kommunikation über die Themen der HIV-Prävention im Vordergrund steht.

Strukturelle Prävention und Selbsthilfe gehören zusammen

Die Aidshilfen setzen so weit wie möglich auf die Selbsthilfepotenziale der von HIV und Aids bedrohten und betroffenen Menschen, anstatt Prävention „von oben“ durchzuführen. Die Erfahrungen dieser Menschen, zum Beispiel mit sozialer, kultureller, ökonomischer und sexueller Benachteiligung sowie mit HIV/Aids als chronischer Erkrankung, und ihre Kompetenzen stehen im Mittelpunkt der Arbeit.

Im DAH-Leitbild heißt es dazu: „Wir kommen aus der Selbsthilfe, arbeiten mit und für die Selbsthilfe und verstehen unseren Verband als Selbsthilfeorganisation. Wir initiieren, fördern und unterstützen individuelle und kollektive Selbsthilfe nach den Grundsätzen ‚So viel Selbsthilfe wie möglich, so viel Unterstützung wie nötig‘, ‚Selbstvertretung geht vor Stellvertretung‘ und ‚Respekt vor der Autonomie‘.“

Prävention braucht Qualitätssicherung

Um die Qualität der Aidshilfearbeit zu sichern, müssen die Zielgruppen in die Planung, Durchführung und Auswertung der Präventionsarbeit einbezogen werden. Ebenso wichtig sind die kontinuierliche Aus-, Fort- und Weiterbildung der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Teilnahme an der Fachdiskussion, die Vernetzung und der Erfahrungsaustausch mit anderen für die Arbeit wichtigen Akteuren und innerhalb des Aidshilfeverbandes sowie die Entwicklung und Umsetzung von Standards und Leitlinien.

Am 4. Januar 2010 heben die USA das seit 1987 geltende Einreiseverbot für HIV-Positive endgültig auf. Das Verbot habe „mit Angst zu tun, nicht mit Fakten“, sagt US-Präsident Barack Obama.

Im Sommer 2010 berichten die Medien über eine Sensation: Wissenschaftler erklären einen HIV-positiven Leukämiepatienten für endgültig von HIV geheilt – der weltweit erste Fall. Der „Berliner Patient“ hatte bereits 2007 zur Behandlung der Leukämie Stammzellen eines Spenders übertragen bekommen, der aufgrund seiner besonderen genetischen Ausstattung immun gegen die meisten HIV-Typen war. Breit einsetzbar ist die Methode zwar nicht – nur ein Prozent der Bevölkerung in Europa hat die entsprechende Genvariante, und die Sterblichkeit ist hoch –, aber es besteht Hoffnung, dass die Forschungen zur Heilung der HIV-Infektion in einigen Jahren zum Ziel führen könnten.

Zum Welt-Aids-Tag 2011 meldet das Robert Koch-Institut (RKI), dass die Zahl der HIV-Neuinfektionen seit 2007 rückläufig ist und Ende 2011 bei 2.700 liegen werde. Entscheidend beigetragen zu dieser positiven Entwicklung haben laut RKI vor allem eine intensivierte Prävention und die zunehmend frühere Diagnose und Behandlung HIV-Positiver.

HIV- und STI-Prävention gehören zusammen

Die meisten Menschen haben im Lauf ihres sexuell aktiven Lebens irgendwann einmal mit sexuell übertragbaren Infektionen (STIs) zu tun – sei es, dass sie selbst oder dass ihre Sexualpartner/innen betroffen sind. Viele dieser STIs sind wesentlich leichter übertragbar und weiter verbreitet als HIV und können unbehandelt schwere Gesundheitsschäden wie Unfruchtbarkeit oder Leberzirrhose verursachen.

Zwischen der HIV-Infektion und anderen sexuell übertragbaren Infektionen besteht ein enger Zusammenhang: Viele dieser Infektionen führen zu Entzündungen, Geschwüren und Verletzungen der beim Sex beteiligten Schleimhäute, wodurch sich das Risiko einer HIV-Übertragung erhöhen kann.

Eine frühe Erkennung und Behandlung von STIs (auch bei den Sexpartnerinnen und Sexpartnern) unterbricht so nicht nur Infektionsketten, sondern ist zugleich ein Beitrag zur HIV-Prävention.

ICH WOLLTE NIE WIEDER SEX HABEN.



Marcel (21)



Denn ich habe HIV. Wie ich nun damit klar komme?
Das sag ich dir auf www.iwwit.de



Marcel: „Ich wollte nie wieder Sex haben.“ (2010)

Wichtiger Bestandteil der Kampagne ICH WEISS WAS ICH TU sind die Rollenmodelle, die von ihrem persönlichen Umgang mit „Liebe, Sex, Lust und Risiko“ erzählen. Zu diesen Rollenmodellen gehören auch HIV-positive Männer. Das trägt zu einem authentischen Bild vom Leben mit dem Virus bei. Indem die Männer erzählen, wie sie sich infiziert haben, helfen sie anderen, sich zu schützen. Vor allem aber wirken ihre Geschichten der Diskriminierung von Menschen mit HIV entgegen, denn sie machen verständlich, wie es zu der Infektion gekommen ist.

Marcel zum Beispiel hat jahrelang immer Kondome benutzt. Auf www.iwwit.de erzählt er, warum er sich dann trotzdem infiziert hat: „Ich hatte einen neuen Freund. Ich habe ihm vertraut, aber nicht daran gedacht, dass manche Leute nichts von ihrer Infektion wissen. Ich mache mir keine Vorwürfe, denn Fehler zu machen ist menschlich.“

Marcel erzählt auch von den Folgen der Infektion. Am Anfang hatte er große Schwierigkeiten, damit umzugehen, und konnte sich nicht vorstellen, jemals wieder ein erfülltes Sexleben zu haben. Das hat sich zum Glück wieder gegeben: Der 21-Jährige geht heute sehr selbstbewusst und offen mit seiner Infektion um. Sein Anzeigenmotiv mit der Aussage „Ich wollte nie wieder Sex haben“ erschien zum Welt-Aids-Tag 2010 in der schwulen Presse.

Autorinnen/Autoren und Interviewpartner/innen

Bernd Aretz

Jurist und Autor, lebt als Rentner in Offenbach. Er war auf allen Ebenen von Aidshilfe ehrenamtlich engagiert und ist Ehrenmitglied der Deutschen AIDS-Hilfe.

Werner Bock

Fachlicher Leiter von www.aidshilfe-beratung.de

André Bußkamp

Fachbereichsleiter „Ambulantes Betreutes Wohnen“ bei der AIDS-Hilfe Essen e.V.

Marcel Dams

Betreiber des Blogs teilerzeitblogger.wordpress.com und Rollenmodell der Kampagne ICH WEISS WAS ICH TU (www.iwwit.de)

Silke Eggers

Referentin für Soziale Sicherung und Versorgung der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Christine Höpfner

Referentin für Aufklärung und Information der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Michael Jähme

Mitarbeiter der AIDS-Hilfe Wuppertal, Betreiber des Blogs termabox.wordpress.com

Christian Kranich

Von 2005 bis 2011 bei der Münchner Aids-Hilfe als Fachmann für HIV am Arbeitsplatz tätig, heute „Manager Patient Relations & Communications HIV“ bei einem Pharmaunternehmen.

Theresa N.

lebt in Stuttgart

Felix von Ploetz

Sozialarbeiter von Fixpunkt e. V., Berlin

Claudia Rey

Juristin und Beraterin der Berliner Aids-Hilfe e. V. im Strafvollzug

Armin Schafberger

Referent für Medizin der Deutschen AIDS-Hilfe e. V.

Dr. Birgit Schreiber

Journalistin und Schreibtrainerin

Torben Schultes

Präventionsmitarbeiter im Bereich „Schwule und andere Männer, die Sex mit Männern haben“ (MSM) bei der AIDS-Hilfe Nürnberg-Erlangen-Fürth

Prof. Rita Süßmuth

1985 bis 1988 Bundesministerin für Jugend, Familie (Frauen) und Gesundheit, 1988–1998 Präsidentin des Deutschen Bundestages

Holger Sweers

Referent für Aufklärung und Information der Deutschen AIDS-Hilfe e. V.

Dr. Stefan Timmermanns

Von 2008 bis Anfang 2011 Referent für Menschen mit HIV der Deutschen AIDS-Hilfe e. V., heute Dozent an der Fachschule für Sozialpädagogik der Pädagogischen Akademie Elisabethenstift in Darmstadt

Evelin Tschan

Mitarbeiterin der AIDS-Hilfe Konstanz e. V.

Carolin Vierneisel

Fachliche Leiterin des Projekts „PLHIV Stigma Index“ in Deutschland (www.positive-stimmen.de)

MIR REICHT'S

Meine Würde ist unantastbar

Kampagne gegen Homophobie



ICH WEISS
WAS ICH TU

www.iwwit.de



„MIR REICHT'S! Aktionskampagne gegen Homophobie (2011)

„MIR REICHT'S! Meine Würde ist unantastbar“ – das war die Botschaft einer Aktionskampagne der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) zum Internationalen Tag gegen Homophobie 2011. Zehn schwule Männer zeigen sich auf Fotos zugleich schwer verletzt und selbstbewusst fordernd. Die Aktion macht Gewalt und Diskriminierung sichtbar, die für schwule Männer noch immer zum Alltag gehören. Sie setzt ein Zeichen für Selbstachtung und Selbstbestimmung. Mit dabei: Alexander Freier, 24, der mit 15 einmal zusammengeschlagen wurde, weil er schon damals offen schwul lebte. Für ihn ein Grund, erst recht selbstbewusst und offen aufzutreten: „Menschen kennen oft keine Schwulen und haben verschrobene Bilder im Kopf. Ein einziger echter Schwuler bringt manchmal jahrelang gepflegte Vorurteile zum Einsturz.“

Ohne Diskriminierung leben zu können, ist ein Menschenrecht und eine wichtige Voraussetzung für ein gesundes und erfülltes Leben. Dazu Dirk Sander, DAH-Referent für Männer, die Sex mit Männern haben: „Nur wer selbstbewusst und selbstbestimmt mit der eigenen Sexualität umgeht, kann sich auch wirksam vor HIV schützen. Diskriminierung und Angst vor Gewalt beschädigen das Selbstwertgefühl und oft auch die Fähigkeit, sich um die eigene Gesundheit zu kümmern. Wer sich aus Angst verstecken muss, wird außerdem durch Prävention nicht erreicht.“ Die Stärkung des Selbstwertgefühls ist darum ein wichtiger Bestandteil von HIV-Prävention.

Wichtige Begriffe kurz erklärt

Community: Englisch für „Gemeinschaft“. Bezeichnet eine Gruppe von Menschen mit Zusammengehörigkeitsgefühl oder gemeinsamen Interessen, wie z. B. HIV-Positive oder Migrant(inn)en aus einem bestimmten Land.

EKAF: Das Kurzwort steht für die 2008 veröffentlichte Position der Eidgenössischen Kommission für Aidsfragen (EKAF), wonach HIV-infizierte Menschen unter wirksamer, konsequent durchgeführter HIV-Therapie sexuell nicht infektiös sind, wenn keine anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STIs) im Spiel sind. Mittlerweile ist wissenschaftlich belegt, dass eine erfolgreiche, kontrollierte HIV-Therapie das HIV-Übertragungsrisiko bei ungeschütztem Sex um mindestens 96 Prozent reduziert. Die Therapie schützt damit in etwa genauso effektiv wie Kondome. Außerdem gibt es inzwischen Daten, nach denen STIs bei erfolgreicher, kontrollierter HIV-Therapie und nicht nachweisbarer Viruslast das Übertragungsrisiko nicht oder nur minimal erhöhen. Entscheidend für den Schutzeffekt sind folglich Therapietreue, Therapiekontrolle und eine Viruslast unter der Nachweisgrenze.

Epidemiologie: wissenschaftliche Fachrichtung, die sich mit Ursachen, Häufigkeit und Ausbreitung von Erkrankungen sowie deren Risikofaktoren und Folgen befasst. Epidemiologische Daten sind eine wichtige Grundlage für die Prävention.

Homophobie: Irrationale Angst vor Schwulen, Bisexuellen, Lesben, Transgender und Transsexuellen (Trans*). Sie äußert sich durch Ignorieren, verächtliche Blicke und Worte bis hin zu blindem Hass und Gewalt.

Inzidenz: Anzahl von Neuerkrankungen in einem Zeitraum, Gebiet oder einer bestimmten Bevölkerungsgruppe

Prävalenz: Häufigkeit aller Erkrankungsfälle in der Gesamtbevölkerung oder einer bestimmten Gruppe. Man unterscheidet „Punktprävalenz“ (Prävalenz zu einem bestimmten Zeitpunkt) und „Periodenprävalenz“ (in einem Zeitraum). Die Prävalenzrate beschreibt die Zahl der Erkrankten im Verhältnis zur Zahl der untersuchten Personen.

Prävention: Vom lateinischen *praevenire* = zuvorkommen, verhüten. Unterschieden werden im Allgemeinen Primärprävention (Vermeiden oder Ausschalten schädlicher Faktoren, bevor sie wirksam werden), Sekundärprävention (bei Krankheiten: Erkennung und Behandlung) und Tertiärprävention (Begrenzung der Folgen, Verhinderung von Rückfällen).

Safer Sex: Englisch für „sicherer Sex“ (sicherer als ohne Schutzmaßnahmen, aber nicht 100 % sicher – ein „Restrisiko“ besteht zum Beispiel bei falscher Anwendung von Kondomen). Wichtigste Regeln: Beim Anal- und Vaginalsex Kondome benutzen; Blut und Sperma nicht in Mund, Augen und andere Körperöffnungen oder auf Wunden kommen lassen.

Safer Use: Englisch für „sicherer Gebrauch“ (sicherer als ohne Schutzmaßnahmen): Methode zum Schutz vor HIV-, Hepatitis- oder anderen Infektionen beim Drogenkonsum. Regeln: Immer nur die eigene sterile Spritze und das eigene saubere Zubehör verwenden (Löffel, Filter, Feuerzeug, Wasser); gebrauchte Spitzutensilien nicht weitergeben. Zum Sniefen/Rauchen von Drogen immer nur das eigene Röhrchen/die eigene Pfeife verwenden.

Sexuell übertragbare Infektionen (STIs): Werden STIs zu spät erkannt oder behandelt, können sie ernste Folgen haben, wie etwa chronische Unterleibsentzündungen, Unfruchtbarkeit oder Gebärmutterhalskrebs. STIs wie Syphilis, Tripper, Genitalpilze oder Herpes begünstigen außerdem die Weitergabe von HIV, weil sie Geschwüre und Schleimhautverletzungen verursachen, die HIV als Ein- und Austrittspforte nutzt. Kondome senken das STI-Übertragungsrisiko. Weil sie aber sehr leicht übertragbar sind, kommt es vor allem darauf an, dass sie möglichst früh erkannt und behandelt werden.

Stigmatisierung: Die Charakterisierung von Einzelnen oder Gruppen durch gesellschaftlich negativ bewertete Merkmale (soziale Stigmata). Dazu gehören z. B. körperliche oder geistige Behinderungen, psychische Störungen, Krankheiten wie die HIV-Infektion, aber auch die sexuelle Orientierung oder die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Nationalität, Religion oder Volksgruppe. Stigmatisierung führt häufig zu Ausgrenzung.

Viruslast: Die Viruslast gibt an, wie viele HIV-Erbgutkopien pro Milliliter Blut nachweisbar sind. Daraus lässt sich schließen, wie stark sich das Virus vermehrt. Das Ziel der antiretroviralen Therapie ist, die Viruslast dauerhaft unter die Nachweisgrenze zu senken – diese liegt heute bei 20 bis 30 Viruskopien pro ml Blut.

