

Die Herausforderung annehmen, gemeinsam handeln

Symposiumband

Symposium anlässlich 25 Jahre Aids

Mittwoch, 15. November 2006
10.00 Uhr bis 16.30 Uhr
Großer Sitzungssaal der
Regierung der Oberpfalz

Die Herausforderung an

Symposium anlässlich 25 Jahre Aids

Mittwoch, 15. November 2006
10.00 Uhr bis 16.30 Uhr
Großer Sitzungssaal der
Regierung der Oberpfalz

nsam handeln

Die Herausforderung annehmen, gemeinsam handeln

teinsam handeln

Schirmherr:
Dr. Werner Schnappauf
bayerischer Staatsminister
für Umwelt, Gesundheit und
Verbraucherschutz



Veranstalter:
Psychosoziale
Aids-Beratungsstelle Oberpfalz
(BRK Bezirksverband
Niederbayern/Oberpfalz)
in Kooperation mit der
Regierung der Oberpfalz



Veranstaltungsort: Großer Sitzungssaal der Regierung der Oberpfalz



Veranstalter:
Psychosoziale
Aids-Beratungsstelle Oberpfalz
(Träger: BRK Bezirksverband
Niederbayern/Oberpfalz)

Schirmherr:

Dr. Werner Schnappauf
Bayerischer Staatsminister für
Umwelt, Gesundheit und



Das Symposium wurde finanziell unterstützt von:



**Bayerisches Staatsministerium für
Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz**



**Bayerisches Bezirksverband
Rotes
Kreuz
Niederbayern/Oberpfalz**



GILEAD



GlaxoSmithKline

tibotec

DIVISION OF JANSSEN-CILAG GmbH



**Sparkasse
Regensburg**

Herzlichen Dank !!!!

Inhalt

Seite

Grußwort

1

Staatsminister Dr. Werner Schnappauf, MdL, Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz

Grußwort

2

Markus Sackmann, MdL, Vorsitzender des BRK, Bezirksverband Niederbayern/Oberpfalz

Eröffnungsrede

4

Staatssekretär Dr. Otmar Bernhard, MdL, Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz

25 Jahre Aids – Eine chronologische Einführung in das Symposium

8

Dipl.Psych. Hans-Peter Dorsch, Leiter der Psychosozialen Aids-Beratungsstelle Oberpfalz (BRK)

HIV in Deutschland, Bayern und den Regionen: ein aktueller Blick auf die Datenlage

14

Dr. Uli Marcus, Robert-Koch-Institut, Berlin

Die HIV-Infektion und die Möglichkeiten des therapeutischen Handelns

16

Prof. Dr. Bernd Salzberger, Infektiologie der Uniklinik Regensburg

Struktur und Strategie der Bayerischen Aids-Arbeit: ein Modell der Bayerischen Aids-Beratungsstellen

19

Dipl.Soz.Päd. (FH) Walter Imhof, Sprecher der Bayerischen Aids-Beratungsstellen und Leiter der Aids-Beratungsstelle der Caritas München

Seminar A: Der HIV-Antikörpertest

30

Der HIV-Antikörper-Tests: Standards der Beratung und Durchführung

31

Dr.med. Hans-Joachim Hennig, Anonyme Aids-Beratung der Landeshauptstadt München

Elisa, PCR, Schnelltest und Co.: was ist von den verschiedenen Testverfahren zu halten ?

32

Dr. Uli Marcus, Robert-Koch-Institut, Berlin

Wir bringen den Test zu den Menschen: ein Modell der MÜAH

34

Dipl.Soz.Päd. (FH) Michael Tappe; Leiter der Aids-Beratungsstelle der Münchner Aids-Hilfe

Inhalt

Seite

Seminar B: Aids-Aufklärung an bayerischen Schulen - immer noch (k)ein wichtiges Thema ?	37
Aids-Aufklärung an bayerischen Schulen: Richtlinien, Stellenwert und Anregungen für die Praxis Dr. Peter Ludwig, Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus	38
Das Aids-Aufklärungsmanual LIZA - Leben in Zeiten von Aids: Vorstellung des Manuals und Erfahrungen Studiendirektorin Sieglinde Cygan-Guglhör, Leiterin des Autorenteams, Gymnasium Bad Aibling	44
Aids-Aufklärung an Bayerischen Schulen - Angebote der Bayerischen Aids-Beratungsstellen Dipl.Psych. Doris Stankewitz, Leiterin der Aids-Informations- und Beratungsstelle Niederbayern	50
Aids-Aufklärung an Bayerischen Schulen aus dem Blickwinkel der Gesundheitsverwaltung Elisabeth Suttner-Langer Regierung der Oberpfalz, Gabi Raithel Landratsamt/NW Abteilung Gesundheitswesen, Wolfgang Rießelmann Landratsamt Cham Gesundheitsamt	53
Aktuelle Herausforderungen für die Präventionsarbeit nach 25 Jahren Aids Dipl.Psych. Ute Mathyl, ehemalige und langjährige Leiterin einer bayerischen Aids-Beratungsstelle	56
Aids-Prävention im Umfeld grenzüberschreitender Prostitution - Ein Zwischenbericht nach 10 Jahren Arbeit Dipl.Soz.Päd. (FH) Elisabeth Suttner-Langer, Leiterin des Aids-Präventionsprojekts Jana	60
Aids in Osteuropa - Katastrophe am Rand der EU ? Dipl.Päd. Frieder Albert, Connect plus e.V.	62
25 Jahre Aids: eine persönlicher Sichtweise in Bemerkungen und Gedichten Ernst Häussinger, HIV-infiziert seit über 20 Jahren	64
Epilog Dipl.Psych. Hans-Peter Dorsch, Leiter der Psychosozialen Aids-Beratungsstelle Oberpfalz (BRK)	75

Grußwort von Dr. Werner Schnappauf, MdL

Bayerischer Staatsminister für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz



Als vor 25 Jahren die ersten fünf Fälle einer ungewöhnlichen Infektionserkrankung durch den Arzt Michael Gottlieb in Los Angeles veröffentlicht wurden, ahnte zunächst niemand, welchen dramatischen und globalen Verlauf diese Infektionskrankheit nehmen würde.

Die ersten Jahre nach der Entdeckung waren von Angst und Schrecken in der Bevölkerung und bei den Betroffenen geprägt, zumal wirksame Behandlungsmöglichkeiten fehlten. Inzwischen ist AIDS zwar immer noch nicht heilbar, aber seit einigen Jahren immer besser behandelbar geworden. Zugleich ist AIDS aus dem Blickfeld der Öffentlichkeit gerückt.

Die Herausforderungen sind jedoch unverändert: Die Erfolge in der Therapie führen zu neuen Anforderungen an die Begleitung der Betroffenen. Die Staatsregierung hat deshalb dafür gesorgt, dass ein ausgezeichnetes und flächendeckendes Netz zur Prävention, Information und Beratung von Ratsuchenden, Betroffenen und deren Angehörigen geschaffen wurde. Auf die gemeinsam erreichten Erfolge können wir stolz sein.

In Bayern ist die Situation stabil. Dennoch dürfen wir nicht vergessen, dass sich AIDS in der Welt immer mehr zu einer Katastrophe entwickelt.

Rund 40 Millionen Infizierte weltweit und etwa 2,8 Millionen Todesfälle pro Jahr sprechen für sich. Die Zunahme an Infektionen und die Entwicklung von Resistenzen vor allem im südlichen Afrika sind besorgniserregend.

Unsere Solidarität und Verantwortung sind selbstverständlich.

In diesem Sinne wünsche ich uns allen für die Zukunft den Mut und die Bereitschaft, die Herausforderungen, die sich uns durch diese Krankheit stellen, anzunehmen und entsprechend zu handeln.

Ich danke der Psychosozialen Aids-Beratungsstelle Oberpfalz für die Initiative zur Ausrichtung der Tagung und spreche darüber hinaus allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der staatlichen Gesundheitsämter in den Landratsämtern, der Psychosozialen Aids-Beratungsstellen, Aids-Hilfen und allen anderen Organisationen, die sich täglich Hand in Hand gegen Aids engagieren meine vollste Anerkennung aus.



Dr. Werner Schnappauf, MdL

Bayerischer Staatsminister für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz

Grußwort von Herrn Markus Sackmann, MdL

Vorsitzender der BRK

Bezirksverband Niederbayern/Oberpfalz



Vor 25 Jahren löste Aids in den USA eine erste Veröffentlichung aus, die wahrscheinlich nur von relativ wenigen Menschen gelesen und deren Tragweite möglicherweise von niemandem wirklich erkannt wurde. Bereits nach wenigen Jahren wurde jedoch deutlich, dass Aids epidemisch ist und nicht nur die USA, sondern auch uns in Deutschland und in Bayern betrifft.

Als Reaktion wurde seit 1987 in Bayern ein Beratungsstellennetz aufgebaut mit dem Ziel, in jedem der 7 Regierungsbezirke Bayerns mindestens eine nichtstaatliche Beratungsstelle zu allen Fragen im Zusammenhang mit AIDS für die Bevölkerung zur Verfügung zu haben. Im September 1988, also vor ziemlich genau 18 Jahren, eröffnete schließlich der BRK-Bezirksverband Niederbayern/Oberpfalz hier in Regensburg die Psychosoziale Aids-Beratungsstelle Oberpfalz als Teil dieses Beratungsstellennetzes.

Damals hatten viele Menschen große Angst vor dieser Krankheit und manche Gesundheitspolitiker befürchteten anfangs eine Epidemie verheerenden Ausmaßes. AIDS galt bei vielen als Synonym für Tod und Hoffnungslosigkeit, aber auch für Schuld und verwerflichen Lebenswandel, so dass in Bayern auch Forderungen nach einer sehr repressiven AIDS-Politik laut wurden, die aber zum großen Teil verhindert werden konnte.

Dem heutigen Betrachter wird die Brisanz der AIDS-Thematik dieser vergangenen Zeit kaum verständlich sein, da die Anzahl der HIV-Infizierten in Deutschland im internationalen Vergleich moderat blieb und die Fortschritte der Medizin ebenfalls erheblich zu einer Entspannung beigetragen haben.

Gerade hier in der Oberpfalz - und das freut mich ganz besonders - können wir jedoch auch andere, nicht weniger bedeutsame Gründe für die Entspannung der Diskussion nennen. Denn schon in den schwierigen Anfangszeiten gelang es hier in der Oberpfalz, eine Basis der Zusammenarbeit zwischen der Regierung der Oberpfalz und den Gesundheitsämtern als staatliche Stellen, sowie der örtlichen AIDS-Hilfe und unserer AIDS-Beratungsstelle als nichtstaatliche Stellen aufzubauen. Dieses Bemühen um Kooperation statt Konfrontation lag dem BRK-Bezirksverband Niederbayern/Oberpfalz von Anfang an am Herzen und wir sind überzeugt, dass dieses Modell der Zusammenführung aller beteiligten gesellschaftlichen Kräfte erheblich dazu beigetragen hat, Vorurteile abzubauen und vertrauensvolle und fruchtbare Zusammenarbeit entstehen zu lassen.

Ein sichtbares Zeichen dieser fruchtbaren Zusammenarbeit ist es, dass gerade der Bezirk Oberpfalz sich als erster Bezirk in Bayern bereiterklärt hat, einen Kostenbeitrag für den Unterhalt einer AIDS-Beratungsstelle zu leisten. Hier in der Oberpfalz gelang es also, einem Finanzierungsmodus der Weg zu bahnen, der bis heute als bayernweite Regelung gültig ist und wir danken dem Bezirk Oberpfalz an dieser Stelle herzlich für die seither erfolgte finanzielle Unterstützung der AIDS-Beratungsstelle.

Ein weiteres Zeichen ist es, dass die Regierung der Oberpfalz als einzige Bezirksregierung Bayerns Träger eines Aids-Präventionsprojekts ist, das weithin große Anerkennung genießt und erst kürzlich

sein zehnjähriges Bestehen feierte – nämlich das Projekt JANA, das Aids-Prävention im Umfeld grenzüberschreitender Prostitution im Grenzbereich Oberpfalz/Tschechien leistet. Herr Dorsch, der Leiter der Aids-Beratungsstelle, war damals eng in die Konzeptionierung dieses Projekts mit eingebunden.

Hier in der Oberpfalz blicken wir also auf eine lange Tradition der guten Zusammenarbeit zurück. Aber auch die Zeiten der politischen Kämpfe sind vorbei und das Bayerische Gesundheitsministerium hat durch den Aufbau des Netzes der Aids-Beratungsstellen, durch JANA, aber auch die Förderung zahlreicher Projekte der Aids-Hilfen dafür gesorgt, dass Bayern mit seinen AIDS-Beratungsangeboten, sowie der medizinischen und psychosozialen Versorgung von Menschen mit HIV und AIDS innerhalb Deutschlands mit an der Spitze steht. An dieser Stelle will ich dem Bayerischen Gesundheitsministerium herzlich für die Förderung unserer Aids-Beratungsstelle danken.

Vieles hat sich also gewandelt in diesen 25 Jahren und auch die durch Aids ausgelöste Herausforderung ist eine andere geworden: es ist nämlich ruhig geworden um das Thema – zu ruhig, wie ich meine.

Der Streit ist zwar vorbei, die Katastrophe ist ausgeblieben, wir lesen keine Sensationsmeldungen mehr in der Presse, aber: Aids ist weiterhin nicht heilbar, es gibt keinen Impfstoff, an Aids sterben in Deutschland weiterhin Menschen, lediglich die Zahl ist gesunken und die Zahl der HIV-Infizierten in Deutschland steigt von Tag zu Tag.

Das Problem als solches wächst also von Tag zu Tag, nur die Wahrnehmung des Problems wird immer geringer. Es gibt den alten Aids-Slogan „Silence is death“, will sagen, über Aids darf nicht geschwiegen werden, sondern wir müssen darüber reden, um auf die Risiken einer HIV-Infektion aufmerksam zu machen und so zu verhindern, dass sich HIV ungehindert verbreiten kann.

Dieses Ziel ist für jeden Einzelnen, für unsere Jugend und für unsere ganze Gesellschaft, von großer Bedeutung und darf nicht einfach auf die Aids-Beratungsstellen und die anderen Aids-Organisationen delegiert werden, denn die können das alleine nicht schaffen. Für den Erfolg der zukünftigen Aids-Arbeit ist es entscheidend, dass wichtige Kooperationspartner und Mitstreiter in der Gesellschaft für die Aids-Aufklärung gefunden und motiviert werden können – genau dieses Ziel haben sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Aids-Beratungsstelle mit der Durchführung dieses Symposiums gesetzt. Ihnen will ich an dieser Stelle meinen Dank und meine Anerkennung für ihre Arbeit und für ihren unermüdlichen Einsatz aussprechen.

Es freut mich, dass der beschriebenen Tradition der guten Zusammenarbeit folgend dieses Symposium in Kooperation mit der Regierung der Oberpfalz organisiert wurde. Es freut mich, dass Herr Dr. Otmar Bernhard, Staatssekretär im Bayerischen Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz die Eröffnungsrede hält und damit den Stellenwert der Aids-Prävention im Allgemeinen und dieses Symposiums im Besonderen unterstreicht. Dem Symposium wünsche ich im wunderschönen Großen Sitzungssaal der Regierung der Oberpfalz einen erfolgreichen Verlauf.



Markus Sackmann, MdL
Vorsitzender des BRK-Bezirksverband Niederbayern/Oberpfalz

Eröffnungsrede von Herrn Dr. Otmar Bernhard, MdL Bayerischer Staatssekretär für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz



Ein Vierteljahrhundert ist vergangen seit der amerikanische Arzt Michael Gottlieb die AIDS-Erkrankung erstmals beschrieben hat. Inzwischen ist das HI-Virus zu einer Geißel der Menschheit geworden: 65 Mio. Menschen haben sich infiziert, 25 Mio. starben bereits an AIDS.

In den vergangenen 25 Jahren wurden Fortschritte im Kampf gegen diese schreckliche Krankheit erzielt. Aber wir können und dürfen mit dem Erreichten nicht zufrieden sein. Nach wie vor ist AIDS nicht heilbar. Jeden Tag, auch heute, sterben rd. 8000 Menschen an der tödlichen Krankheit - vor allem in Afrika. In den Industrieländern wie Deutschland hingegen ist die Krankheit zu einem behandelbaren chronischen Leiden geworden.

Seit eine medikamentöse Behandlung der Krankheit möglich ist, zeigt sich in den Industrieländern wie Deutschland eine besonders fatale, unerwünschte „Nebenwirkung“.

HIV und AIDS verlieren ihren Schrecken. Stattdessen stellt sich eine unbegründete Sorglosigkeit ein. Dieser Entwicklung müssen wir mit aller Entschiedenheit entgegenreten. Wir müssen AIDS wieder stärker in das öffentliche Bewusstsein rücken.

Das heutige Symposium der Aids-Beratungsstelle Oberpfalz in Kooperation mit der Regierung der Oberpfalz unter dem Motto „Die Herausforderung annehmen, gemeinsam handeln“ ist ein wichtiger Schritt auf diesem Weg.

Ziel der Veranstaltung ist es:

- das Interesse an AIDS und das Bewusstsein für die Notwendigkeit von Aufklärung und Prävention zu erhalten,
- Spezialisten, Organisationen und einzelne Akteure zu ermuntern, in ihrer hervorragenden Arbeit nicht nachzulassen,
- die Zusammenarbeit aller Beteiligten weiter zu verbessern und mögliche Synergien optimal zu nutzen.

Ich bin heute sehr gerne hierher nach Regensburg gekommen, um sie bei diesem wichtigen Ziel zu unterstützen. Gleichzeitig möchte ich Ihnen, auch im Namen von Herr Staatsminister Dr. Schnappauf, dem Schirmherrn der heutigen Veranstaltung, unsere volle Unterstützung bei ihrer wichtigen Arbeit zusagen.

AIDS, die globale Katastrophe

Nach wie vor ist AIDS eine globale Katastrophe:

- Über 40 Mio. Menschen sind weltweit mit HIV infiziert, das entspricht der Hälfte aller Deutschen.
- 2004 haben sich weltweit rund 5 Mio. mit HIV angesteckt, 8 Menschen in jeder Minute!

- Jedes Jahr sterben rd. 3 Mio. Menschen an Aids; seit Anfang der 80er Jahre schon 22 Millionen!

Besonders viele Menschen sind in den Ländern des südlichen Afrikas infiziert. In Botsuana beispielsweise sind etwa 38 % der Bevölkerung mit HIV infiziert. Bei den schwangeren Frauen sind es über 50%. Dem großen persönlichen Einsatz des botsuanischen Pharmakologen Ramothlwa ist es zu verdanken, dass heute mehr als die Hälfte der Menschen, die antiretrovirale Medikamente benötigen, kostenlos behandelt werden.

Das botsuanische Therapieprogramm hat Vorbildcharakter, insbesondere weil alle Beteiligten - Regierung Hilfsorganisationen und Industrie - an einem Strang ziehen. Ich freue mich daher sehr, dass das Engagement und die Arbeit von Segolame Ramothlwa in diesem Jahr mit dem Deutschen Afrika Preis honoriert und ausgezeichnet wurden.

Auch Bayern engagiert sich international im Kampf gegen AIDS. So sind beispielsweise Aktionen und Kooperationen im Bereich HIV und AIDS Ziel der kürzlich begonnenen Kooperation mit der Region Westkap in Südafrika.

Ebenfalls besorgniserregend sind die stark steigenden Infektionszahlen in Osteuropa und Asien. Vor allem in der Ukraine und in der Russischen Föderation hat sich die Epidemie in den letzten Jahren explosionsartig ausgebreitet. Besonders problematisch ist, dass hier oftmals eine vernünftige Präventionsarbeit fehlt.

Situation in Deutschland

Auch in Deutschland hatten wir zu Beginn der 1980er Jahre einen rasanten Anstieg der Infektionen mit einem Gipfel im Jahr 1983 mit über 7000 Neuinfektionen. Es gelang jedoch diese Zahlen kontinuierlich zu senken.

Derzeit leben in Deutschland ca. 49.000 Menschen mit HIV, rd. 6.800 davon in Bayern.

Diese relativ günstigen Zahlen sind mit der Erfolg unserer konsequenten und effektiven Präventionsmaßnahmen. Das bestätigt auch Peter Piot, Direktor von UN-Aids. Er weist darauf hin, dass es bei uns weltweit eine der niedrigsten Prävalenzraten gibt, und dass dieser Erfolg auf den guten und richtigen Entscheidungen der deutschen Regierung in den achtziger und neunziger Jahren beruht.

Der Bayerische Weg

In Bayern haben wir bereits vor 20 Jahren begonnen das Netz der Bayerischen AIDS-Beratungsstellen aufzubauen. Bundesweit einzigartig gelang es uns in jedem bayerischen Bezirk mindestens eine AIDS-Beratungsstelle einzurichten. Bis heute informieren die Mitarbeiter der 11 psychosozialen AIDS-Beratungsstellen umfassend zu allen Fragen um HIV und AIDS.

Aufklärung und Prävention der Bevölkerung gehören ebenso zu ihren Aufgaben, wie die Beratung und Unterstützung HIV-Infizierter und deren Angehörigen. Die psychosozialen AIDS-Beratungsstellen sind Fachstellen und Kompetenzzentren. Darüber hinaus spielen sie eine wichtige Rolle bei der Vernetzung der Präventionsarbeit beispielsweise bei der Zusammenarbeit mit Schulen oder den Gesundheitsämtern.

Mit den 76 örtlichen Gesundheitsämtern und den 11 psychosozialen AIDS-Beratungsstellen bietet Bayern ein hervorragendes, flächendeckendes Angebot hinsichtlich Prävention, Information und Beratung der Bevölkerung.

Diese Leistung wird flächendeckend durch zielgruppenspezifische Präventionsprojekte verschiedener Träger ergänzt.

So gibt es:

- In München, Nürnberg, Regensburg und Augsburg spezielle Präventionsprojekte für die Hauptbetroffenengruppe der homosexuellen Männer.
- „LIZA“, „Liebe in Zeiten von Aids“, ist ein gemeinsames HIV-Präventionsprogramm des bayerischen Kultus- und Gesundheitsministeriums für Schülerinnen und Schüler der 8. und 9. Klasse und

Besonders interessant hier in Regensburg ist „JANA“, das bereits seit 10 Jahren laufende grenzüberschreitende AIDS-Präventionsprojekt im bayerisch-tschechischen Grenzgebiet. Auch nach dem EU-Beitritt der tschechischen Republik 2004 gibt es eine ausgedehnte Prostituiertenszene auf tschechischer Seite. Bis zu 8000 Männer aus Bayern besuchen täglich die ca. 70 Bordelle im bayerisch-tschechischen Grenzgebiet.

Das Hauptanliegen von „JANA“ ist es, die Ausbreitung sexuell übertragbarer Krankheiten - insbesondere von AIDS - zu verhindern. Hauptzielgruppen sind neben den Frauen in der Prostitutionsszene auch Kunden aus Deutschland und Clubbetreiber.

Wichtige Zielsetzung von „JANA“ ist es, ein internationales Netzwerk zwischen allen mit der Problematik befassten staatlichen und nichtstaatlichen Institutionen und Organisationen aufzubauen. Langfristig soll hier ein Verbundangebot für psychosoziale und medizinische Hilfen entstehen.

Träger des Projektes „JANA“ ist die Regierung der Oberpfalz. Seit dem Jahr 2001 unterstützt der Freistaat Bayern das Projekt mit erheblichen Finanzmitteln. Das StMUGV fördert im laufenden Haushaltsjahr 2006 die Personalkosten bei „JANA“ mit rd. 125.000 Euro. Darüber hinaus wurden aktuell die Anschaffungskosten des neuen Untersuchungs-busses zu 50%, das sind 16.000 Euro, übernommen.

Wir setzen auch in Zukunft auf Prävention

Bei AIDS gilt nach wie vor: „Vorbeugen ist alles, Heilung gibt es nicht!“

Deshalb hat in Bayern die AIDS-Prävention nach wie vor hohe Priorität, auch in Zeiten strikter Sparmaßnahmen. Im aktuellen Haushalt 2006 wenden wir erneut rd. 4,3 Mio. Euro für die AIDS-Prävention und die Unterstützung Betroffener auf. Für das Haushaltsjahr 2007 ist darüber hinaus eine Aufstockung auf 4,4 Mio. Euro vorgesehen. Damit liegt Bayern im Ländervergleich nach wie vor weit vorne.

Finanziert werden damit unter anderem:

- die Personalkosten der psychosozialen AIDS-Beratungsstellen,
- spezifische bayerische Präventionsmaßnahmen sowie
- die kostenlosen und anonymen HIV-Tests, die die bayerischen Gesundheitsämter neben kostenloser und anonymer Beratung anbieten. Dieses Angebot ist heute keine reine Selbstverständlichkeit, aber ein wichtiger Beitrag im Kampf gegen AIDS.

Prävention lebt von Engagement

Für die Bayerische Staatsregierung ist und bleibt Prävention der zentrale und entscheidende Ansatz im Kampf gegen AIDS. Erfolgreiche Prävention ist aber nur mit dem hohen persönlichen Einsatz aller Beteiligten möglich. Wir setzen daher alles daran, dass das große Engagement auch in Zukunft erhalten bleibt.

Die neuesten Befragungsergebnisse der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung - BZgA - zu Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor Aids vom Mai diesen Jahres untermauern diese Notwendigkeit:

So wird beispielsweise die Bedrohlichkeit von Aids heute deutlich geringer eingeschätzt als Ende der 1980er Jahre. 1987 gehörte Aids für zwei Drittel der über 16-jährigen Bevölkerung zu den gefährlichsten Krankheiten. Heute empfinden das nur noch 31% der Befragten. Weiter gehört Aids nur noch für

2% der Menschen zu den größten Gesundheitsbedrohungen in Deutschland, Ende der 80er Jahre vertrat noch rd. ein Viertel der Bevölkerung diese Meinung.

Diese Zahlen sind besonders besorgniserregend, wenn man vergleicht, dass in den gleichen Umfragen praktisch 99 % der Befragten korrekt über die Risiken und Gefahren der HIV- Übertragung informiert waren.

Die sorglose Einstellung gegenüber AIDS hat das Verhalten und die Risikobereitschaft der Menschen verändert.

Bundesweit steigen die Infektionen seit dem Jahr 2001 wieder an. Auch für das erste Halbjahr 2006 sind bereits wieder rd. 1.200 Fälle gemeldet.

Ausblick

Das Motto der heutigen Veranstaltung - „Die Herausforderung annehmen, gemeinsam handeln“, ist daher nicht nur Aufforderung, es ist gesamtgesellschaftlicher Auftrag.

Denn: Wenn wir in unseren Präventionsanstrengungen nachlassen, gehen wir ein unkalkulierbares Risiko ein. Ich werde mich deshalb auch weiterhin dafür einsetzen, dass die AIDS-Prävention in Bayern vordringliches gesundheitspolitisches und gesellschaftliches Anliegen bleibt.

Ich bin überzeugt, dass wir in Bayern auch in Zukunft erfolgreiche, ausgezeichnete Arbeit leisten. Die große Resonanz und die hohe Teilnehmerzahl am heutigen Symposium unterstreicht die Motivation und das enorme Engagement der Beteiligten.

Allen -Spezialisten, Organisationen und Einzelakteuren - die die AIDS-Arbeit in Bayern unterstützen möchte ich heute und hier nochmals ausdrücklich danken und Ihnen meine volle Anerkennung aussprechen.

Ich wünsche dem Symposium ein gutes Gelingen und Ihnen allen weiterhin viel Mut und Erfolg für Ihre wichtige Arbeit.

(Dies ist die schriftliche Fassung der Rede von Herrn Staatssekretär, Dr. Otmar Bernhard. Es gilt das gesprochene Wort)

25 Jahre Aids – eine chronologische Einführung in das Symposium

Dipl.Psych. Hans-Peter Dorsch

Leiter der Aids-Beratungsstelle Oberpfalz (BRK)

1981

Wir schreiben das Jahr 1981, als man in den USA auf Patienten aufmerksam wird, die für ihr Alter ungewöhnliche Infektionen zeigen. Es sind ausschließlich junge homosexuelle Männer, einige versterben in kurzer Zeit, ohne dass effektiv geholfen werden kann. Diese Krankheitsfälle werden am 5.Juni 1981 in einem Artikel veröffentlicht – die Geschichte von Aids beginnt.

1982

Nach der Veröffentlichung finden sich schnell weitere, ähnlich gelagerte Krankheitsfälle und schon nach relativ kurzer Zeit ist klar: die Krankheit ist vermutlich sexuell ansteckend und ein Virus die mögliche Ursache. Da die ersten Fälle ausnahmslos unter homosexuellen Männern aufgetreten waren, wird der Name GRID: Gay Related Immune Deficiency (also: „Mit dem homosexuellen Lebensstil zusammenhängender Immundefekt“) vorgeschlagen.

Es ist erstaunlich, dass der Mythos, Aids sei eine Schwulenkrankheit, bei Vielen bis heute überdauert hat, obwohl schon bald die ersten Übertragungsfälle bei Blutern, bei Drogenabhängigen, bei Haitianern, ja sogar bei Neugeborenen gefunden werden. Schon dieses Beispiel zeigt, dass die Auseinandersetzung mit Aids häufig von Irrationalismen und Vorurteilen belastet wurde und auch heute oft noch belastet wird. Jedenfalls muss schon bald ein neuer Name gefunden werden und es wurde auf eine Bezeichnung zurückgegriffen, die bereits 1981 in einem Fachartikel erschienen war: AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome, zu deutsch: Erworbenes Immunschwächesyndrom.

1983

Mit der Hypothese, dass es sich bei der Ursache von HIV wahrscheinlich um ein Virus handelt, das über sexuelle Kontakte und über Blut übertragbar ist, geht man natürlich sehr schnell daran, diesen Erreger identifizieren zu wollen und bereits im Jahr 1983 gelingt es einem Team um Luc Montagnier vom Pasteur Institut in Paris, dieses Virus zu isolieren, das sie LAV – Lymphadenopathy associated Virus - nennen. Gleichzeitig veröffentlicht Robert Gallo aus den USA die Entdeckung eines angeblich ebenfalls für Aids ursächlichen Virus mit Namen HTLV-III und es entbrennt ein Streit, wer von beiden nun tatsächlich das Aids verursachende Virus gefunden hat. Später stellt sich heraus, dass beide Viren identisch sind. Die endgültige Namensgebung HIV – Human Immunodeficiency Virus erfolgt erst später im Jahr 1986.

Eine tödliche, sexuell übertragbare Infektionskrankheit vorwiegend im Schwulen- und Drogenmilieu - das war natürlich prädestiniert dafür, in den USA in die Schlagzeilen zu geraten und schließlich greift auch der Spiegel das Thema auf und schreibt in seiner am 6.Juni 1983 erschienenen Titelstory, dass die „Homosexuellen-Seuche „AIDS““ Europa erreicht habe. Damit hat Aids auch in Deutschland Eingang in die Schlagzeilen genommen - leider häufig in Form hysterisierender und die Fakten zum Teil außer Acht lassender Darstellung.

Die ersten Sensationsberichte über Aids stoßen bei vielen auf Unglauben und werden als Medienerfindung und bloßer Versuch verstanden, die sexuelle Liberalisierung zu konterkarieren. Beide Reaktionen – Hysterie und Verleugnung – sind bis heute beliebte Grundmuster der Auseinandersetzung mit Aids geblieben.

Es gibt natürlich auch angemessene Reaktionen in dieser Zeit. In Deutschland wurde auf Initiative von Schwulenorganisationen bereits im Jahr 1983 die Deutsche Aids-Hilfe in Berlin und Anfang 1984 als erste Aids-Organisation in Bayern die Münchner Aids-Hilfe gegründet. Die Münchner Aids-Hilfe ist also nicht nur die älteste, sie ist bis heute auch die mit Abstand größte Aids-Organisation in Bayern,

1984

Mit der Identifizierung des HI-Virus ist die Voraussetzung geschaffen, einen Test zu entwickeln, der auch bei symptomfreien Menschen ermitteln kann, ob man mit HIV infiziert ist oder nicht. Bereits im Jahr 1984 wird dieser Test – ein so genannter Antikörpertest – zum ersten Mal in Deutschland eingesetzt und ab Mitte 1985 kommt es zum routinemäßigen Einsatz dieses Tests.

Dieser Schritt ist aus verschiedenen Gründen von großer Bedeutung:

Zum einen wurde damit in Deutschland der Infektionsweg über Blut- und Blutprodukte seit Mitte 1985 so gut wie ausgeschlossen. Das war ein erster wirklich entscheidender Schritt, die Verbreitung von HIV zu begrenzen.

Zum anderen konnte sich natürlich jeder auf HIV testen lassen, auch, wenn dies ethisch sehr umstritten war, da der Arzt dem Patienten zwar sagen konnte, dass eine lebensbedrohliche Infektion vorliegt, ohne aber zugleich Hilfe anbieten zu können. Der Test gilt heute noch bei Vielen als Todesurteil – zu Unrecht, denn die Situation hat sich wesentlich geändert. Heute kann man den Test fraglos als Zugangsvoraussetzung für gezielte lebensverlängernde medizinische Maßnahmen propagieren und zugleich darauf setzen, dass Test und Testberatung einen Einfluss auf das zukünftige Verhalten des Getesteten entwickeln können.

Dieses Thema „Test und Testberatung“ ist so wichtig für die Prävention, dass ihm ab 13.00 Uhr eines der beiden Seminare gewidmet ist.

1985

Schließlich schreiben wir das Jahr 1985. Inzwischen ist Aids in mehr als 50 Ländern aufgetreten und Gesundheitsexperten sprechen längst von einer gefährlichen Epidemie. Trotzdem wirkt das öffentliche Eingeständnis des ersten Prominenten, an Aids erkrankt zu sein, wie ein Schock: Rock Hudson bekennt sich Mitte 1985 zu seiner Erkrankung und stirbt am 2. Oktober 1985 an den Folgen von Aids. Jetzt hat Aids plötzlich ein Gesicht - noch dazu ein sehr bekanntes – und ist nicht mehr abstrakt. Aids taucht nun zunehmend in den Schlagzeilen auf, eine hysterische öffentliche Debatte beginnt und das Thema lädt sich immer mehr auf.

1986

1986 werden die Lage immer besorgniserregender, die Fachpresse berichtet sogar von der Entdeckung eines zweiten HI-Virus in Afrika und der Einsatz des ersten Medikaments gegen Aids löst aufgrund unerträglicher Nebenwirkungen nach kurzer Zeit fast mehr Schrecken als Hoffnung aus.

In Deutschland wird Aids immer stärker Thema gesellschaftspolitischen Streits und die öffentliche Debatte entgleist immer mehr. Heute kämpfen wir darum, dass Aids überhaupt noch als Problem wahrgenommen wird und damals ging es im Gegenteil darum, überschießende, unangemessene Reaktionen und Panik zu verhindern. Um diese große Aufregtheit in Deutschland zu verstehen, muss man die epidemiologische Situation von damals sehen.

1987

Am 27.5.1987 sind der WHO mehr als 51000 Aids-Erkrankungen aus 112 Ländern gemeldet. Die Tabelle zeigt die 6 Ländern mit den höchsten Meldezahlen, Deutschland liegt hier weltweit an sechster Stelle und die USA führen diese traurige Statistik mit großem Abstand an. Die weltweite Verbreitung von HIV war damals also eine ganz andere, als wir sie heute kennen. Zwar haben epidemiologische Studien damals schon nahe gelegt, dass die Situation in den afrikanischen Staaten wesentlich ernster ist, als es diese Tabelle nahe legt. Aber es wurde auch für Deutschland von manchen Experten eine im Verborgenen sich verbreitende Aids-Epidemie befürchtet: die Zahl der Infizierten in Deutschland wurde in Größenordnungen von ca. 50 000 bis hin zu 150 000, ja sogar bis zu einer halben Million geschätzt und der ständige Verweis auf hohe Dunkelziffern hat natürlich die Phantasie zusätzlich angeheizt.

USA	35980
Brasilien	1695
Frankreich	1617
Uganda	1138
Tanzania	1130
BRD	1036

Viele haben also in Deutschland eine Katastrophe vergleichbar der Pest im Mittelalter befürchtet. Wie es häufig in solchen Situationen ist, wurde nach den Schuldigen für diese Gefahr gesucht und es gab damals einige, denen ein Blick in die damalige Statistik reichte, um diese Schuldfrage zu beantworten: fast 85 % von diesen 1036 für Deutschland angegebenen Aids-Kranken waren homosexuell, drogenabhängig, oder beides. Nun muss man sich nur noch vorstellen, wie Phantasie mit Panik und Vorurteilen sich verbünden und man versteht etwas von der Atmosphäre dieser Zeit.

In der Bevölkerung kam es zunehmend zu irrationalen Reaktionen, zu Panik, sogar zu Übergriffen gegen HIV-Infizierte oder auch nur vermutete HIV-Infizierte. Immer neue Schlagzeilen in der Presse heizten das Ganze zusätzlich auf und manche Äußerungen von Politikern, von Vertretern staatlicher Institutionen und auch der Kirchen ließen einen Eindruck entstehen, dem schließlich von besonnener Seite mit Aufrufen begegnet wurde, man möge die Krankheit und nicht die Erkrankten bekämpfen. Ernst Häussinger wird uns in seinem Beitrag noch persönliche Eindrücke aus dieser Zeit vermitteln.

Aids wurde für viele zum Synonym für sündige und illegale Lebensführung und nicht wenige haben in den HIV-Infizierten verantwortungslose Monster gesehen oder sehen wollen, die nichts Besseres zu tun haben, als ihre Mitmenschen zu infizieren. Diese Stimmung beeinflusste natürlich auch die politische Debatte, denn seit 1986 tobte eine Auseinandersetzung, mit welcher Strategie die Aids-Verbreitung am besten bekämpft werden könne.

Die Bundesregierung unter der Bundesgesundheitsministerin Süßmuth setzte auf Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger, auf freiwilliges Mitwirken an der eigenen Gesundheitserhaltung und auf Aufklärung und beginnt die Kampagne „Aids geht alle an“.

In Bayern sorgte dagegen Peter Gauweiler mit seinem Maßnahmenkatalog für Furore, der ordnungspolitische Maßnahmen in den Vordergrund stellte: Aufklärung und Beratung waren zwar ebenfalls Teil der Vorschläge, im Vordergrund der öffentlichen Diskussion standen aber Begriffe wie Vorführung durch die Polizei, Tätigkeitsverbote, Schließung von Einrichtungen, verpflichtende Tests für verschiedene Personengruppen, Meldepflicht usw. Inzwischen sind all diese Vorschläge längst Geschichte, die besonnenen Kräfte haben sich durchgesetzt und Bayern glänzt mit seinem hervorragend ausgebauten Aids-Beratungsstellennetz, das in Deutschland einzigartig ist.

Heute wissen wir, dass in Deutschland die Katastrophe verhindert und die Verbreitung des HIV mit den Mitteln der Aufklärung und Prävention so wirkungsvoll begrenzt werden konnte, dass die Geschichte der Aids-Prävention in Deutschland eine Erfolgsgeschichte par excellence ist. Heute wissen wir auch, dass gerade die vertrauensvolle Zusammenarbeit staatlicher Stellen mit den zivilgesellschaftlichen Organisationen - den Betroffenenorganisationen, den Aids-Beratungsstellen und Aids-Hilfen, den Wohlfahrtsverbänden, den Kirchen - und die partnerschaftliche Einbeziehung der Infizierten selbst das deutsche Erfolgsmodell begründen.

Damals aber, in dieser politisch umkämpften Zeit wurden in Bayern die Grundlagen geschaffen für die Strukturen der psychosozialen Aids-Arbeit, die bis heute gelten, auch wenn sich zum Teil die personelle Ausstattung stark geändert hat:

- die Gesundheitsämter werden im Rahmen eines Bundesmodells mit Aids-Fachkräften ausgestattet. Deren Finanzierung endet nach 5 Jahren, die Personalstellen werden wieder gestrichen.
- es gründen sich zu den bereits existierenden Aids-Hilfen in München, Nürnberg und Augsburg weitere Aids-Hilfen in Regensburg, Würzburg, Bayreuth und anderen bayerischen Städten. Die meisten haben sich inzwischen wieder aufgelöst
- Das Netz der Psychosozialen Aids-Beratungsstellen in Bayern wird beschlossen und aufgebaut, das auch heute noch im wesentlichen unverändert fortbesteht.

1988

1988 wird es immer deutlicher, dass sich Aids zur weltumspannenden Epidemie ausgeweitet hat und die WHO erklärt 1988 den 1. Dezember zum Welt-Aids-Tag, der seither jedes Jahr begangen wird und sich zur zentralen weltweiten öffentlichkeitswirksamen Aktion entwickelt hat. Trotz aller Bemühungen steigt die Zahl der Infektionen überall an, ein medizinischer Erfolg ist nicht in Sicht. Immer mehr Prominente erkranken und sterben an den Folgen von Aids: 1988 der Schauspieler Kurt Raab, 1990 der Graffiti-Künstler Keith Haring.

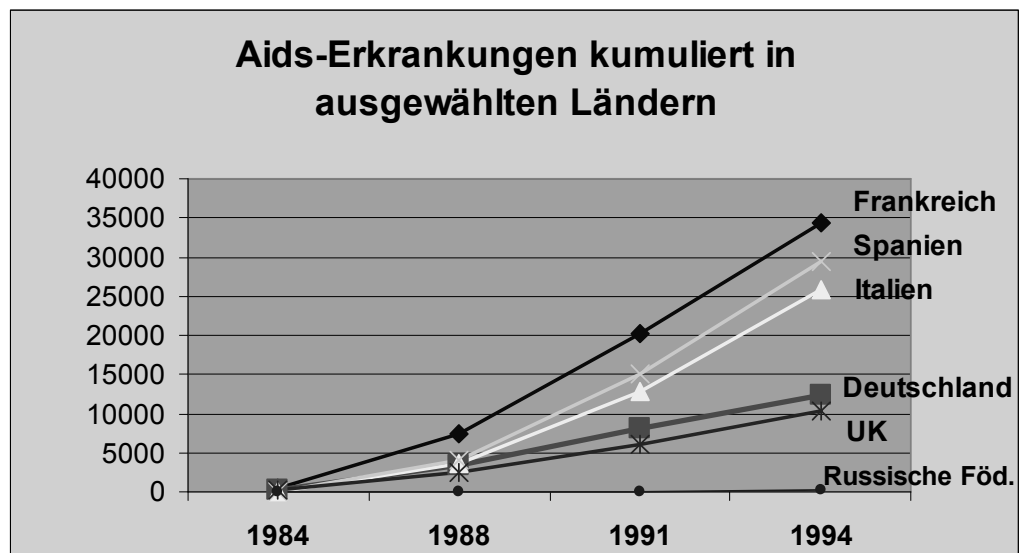
1991

Freddy Mercury stirbt an den Folgen von Aids. Der Basketballstar Magic Johnson informiert die Öffentlichkeit von seiner HIV-Infektion. Im selben Jahr wird die Rote Schleife zum internationalen Symbol gegen die Diskriminierung der HIV-Infizierten.. HIV verbreitet sich immer mehr, der medizinische Erfolg bleibt aus, auf internationalen Aids-Kongressen ist Depression angesagt.

1992 stirbt der Schauspieler Anthony Perkins an den Folgen von Aids, der Balletttänzer Rudolph Nurejew und der Tennisspieler Arthur Ashe folgen 1993. In diesem Jahr wird der Film Philadelphia mit Tom Hanks und Denzel Washington, der die Diskriminierung von Aids-Kranken thematisiert, in den USA, später auch in Deutschland, zum Kassenschlager.

1994

Nach Schätzungen der WHO leben weltweit ca. 14 Mio. HIV-Infizierte, davon alleine 8 Mio. in Afrika: die afrikanische Aids-Epidemie entwickelt sich immer mehr zur Katastrophe. Osteuropa und Zentralasien sind bisher weitgehend von HIV verschont geblieben. In Deutschland ist es hervorragend gelungen, die Verbreitung von HIV entscheidend zu bremsen. Dies gilt auch im innereuropäischen Vergleich. Immer noch gibt es keinen medizinischen Durchbruch.



1995

1995 ist ein sehr bedeutsames Jahr. Die Vereinten Nationen gründen das United Nations Programme on HIV/Aids – kurz UNAIDS, um den weltweiten Kampf gegen Aids zu intensivieren und zu koordinieren. Dieser Schritt ist bis heute sehr bedeutsam, da die UNAIDS zunehmend dafür sorgt, dass Aids weltweit die Aufmerksamkeit bekommt, die bitter notwendig ist und längst notwendig war.

Ende des Jahres 1995 wird schließlich bekannt, dass Versuche mit einer völlig neuen Medikamentenklasse, sehr erfolgreich verlaufen sind. Insbesondere die Kombination mit den bereits bekannten Medikamenten ist wesentlich erfolgreicher als die bislang verabreichte Monotherapie.

1996

Anfangs ist das Mißtrauem noch sehr groß. Aber im Laufe des Jahres wird es unübersehbar: der Durchbruch in der Aids-Therapie durch die Antiretrovirale Kombinationstherapie ist geschafft. Wir erleben plötzlich, dass sich schwerstkranke Patienten, die sich bereits vom Leben verabschiedet hatten, in erstaunlichem Ausmaß erholen. Zum ersten Mal sind bei Aids-Patienten nachhaltige gesundheitliche Verbesserungen möglich. Die Hilflosigkeit in der Auseinandersetzung mit HIV ist plötzlich vorbei.

Der Welt-Aids-Kongreß in Vancouver findet statt und die Ärzte, die daran teilgenommen hatten, kommen beinahe euphorisch zurück. Es hatte sich gezeigt, dass die Kombinationstherapie in der Lage ist, die Anzahl der HIV im Blut entscheidend zu senken. Erste Hoffnung auf eine mögliche Heilung keimt auf. Zugleich aber geht die Epidemie ungebrochen weiter. Die UNAIDS spricht von weltweit 3,1 Millionen Neuinfektionen allein 1996, die Zahl der weltweit lebenden HIV-Infizierten wird inzwischen auf ca. 22,6 Millionen geschätzt.

1997

Neben den Erfolg der Präventionsarbeit ist also der medizinische Erfolg getreten, darf man nun also das Aids-Problem als erledigt betrachten ?

Leider nicht ! In Deutschland und den reichen Industrieländern sinkt die Zahl der an Aids Verstorbenen zwar stark, aber die große Zahl der Infizierten in den Entwicklungsländern, das sind über 90 % aller Infizierten weltweit, haben nicht Teil am Erfolg der Medikamente. Und die Zahl der Infizierten steigt überall, in den reichen Ländern der Erde moderat und in den Ländern der dritten Welt mit ungebrochener Dynamik.

Präventionsfachleute beginnen davor zu warnen, dass die sehr euphorische Berichterstattung über den medizinischen Erfolg die Präventionsarbeit in Deutschland beeinträchtigen könnte.

Weitere Medikamente kommen auf den Markt.

2001

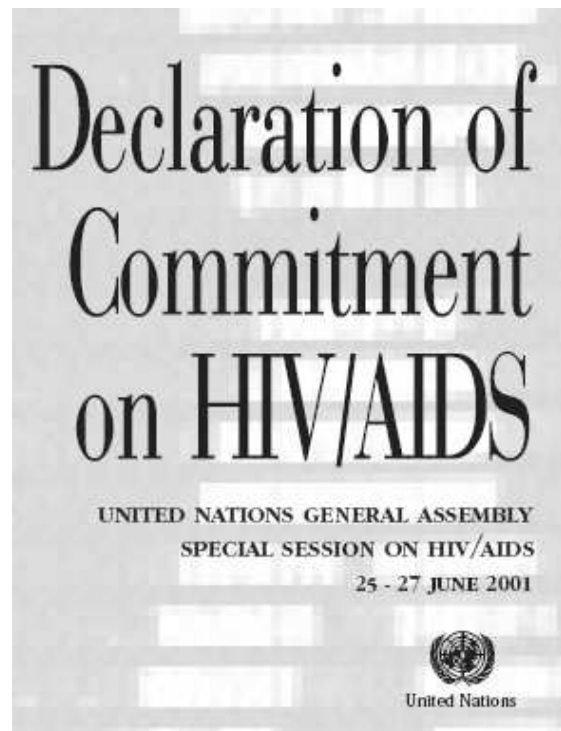
Die Geschichte von Aids dauert nun seit 20 Jahren. Es zeichnet sich nun deutlich ab, dass in Deutschland viele Menschen Aids nicht mehr ernst genug nehmen. Die Deutsche Aids-Gesellschaft warnt, dass nur noch ein Drittel der Bevölkerung Aids als gefährlich einstufe. Die Aids-Beratungsstellen kämpfen zunehmend mit dem Desinteresse der Bevölkerung.

Wohlgemerkt: es gibt keine Heilung, lediglich das Ende der Hilflosigkeit hat 5 Jahre nach Beginn der Antiretroviralen Kombinationstherapie dazu geführt, dass viele Menschen Aids nicht mehr ernst nehmen.

Der Kontrast zur weltweiten Entwicklung könnte kaum größer sein, denn weltweit ist die Verbreitung von HIV völlig außer Kontrolle. Inzwischen sind weltweit ca. 60 Millionen infiziert, davon sind ca. 22 Millionen bereits verstorben. Aus der vermeintlichen Außenseiterkrankheit von vor 20 Jahren hat sich die größte medizinische Katastrophe seit der Pest im Mittelalter entwickelt.

Die Vereinten Nationen treffen sich vom 25.- 27. Juni 2001 zu einer Vollversammlung zum Thema Aids, da gesehen wird, dass HIV nicht nur einzelne Menschen oder ganze Familien vernichtet, sondern Nationen in die Knie zwingt und die Entwicklung eines Kontinents um viele Jahre zurückwirft.

Es kommt zur Declaration of Commitment on HIV/AIDS und es wird ein Fond zur Bekämpfung der drei großen Infektionskrankheiten Tuberkulose, Malaria und Aids beschlossen, der den Kampf gegen die Verbreitung dieser Krankheiten und zugleich die Versorgung der Patienten weltweit, also auch in den Entwicklungsländern, sicher stellen soll.



2005

Aids ist schon lange nicht mehr *eine* Epidemie, sondern viele verschiedene. Nach der afrikanischen Katastrophe, die immer noch anhält, hat sich eine ostasiatische Katastrophe entwickelt und Indien schickt sich an, Südafrika den traurigen Spitzenplatz als Land mit den meisten HIV-Infizierten abzunehmen. Es gibt zwar in manchen Ländern Erfolge in der Präventionsarbeit, und auch die Versorgung der Aids-Patienten macht in manchen Ländern der dritten Welt gute Fortschritte. Trotzdem sind die alarmierenden Nachrichten in der Überzahl.

In den letzten Jahren werden aus Osteuropa und Zentralasien die höchsten Zuwachsraten gemeldet, an der Spitze liegen hier die Ukraine und Russland und es ist nicht zu erkennen, dass in diesen Ländern mit aller Macht gegengesteuert wird. In einem späteren Beitrag von Herrn Alberth wird die aktuelle Entwicklung in diesen Ländern dargestellt und Frau Suttner-Langer vom Projekt Jana zeigt in ihrem Beitrag auf, dass diese Entwicklung für uns in Deutschland überhaupt nicht bedeutungslos ist.

Selbst in den Ländern, die die größten Präventionserfolge bisher hatten, droht der Präventionserfolg sein eigener größter Gegner zu werden. Die Katastrophe ist ausgeblieben und es gibt Medikamente, damit ist für viele der Grund entfallen, sich mit dieser ungeliebten Krankheit zu beschäftigen. Nach vielen Jahren der hysterischen Überbewertung ist nun das Pendel zu einer ebenso unrealistischen, weil verharmlosenden Unterbewertung der Aids-Risiken umgeschlagen.

Ende des Jahres 2005 tritt das Robert-Koch-Institut (RKI) mit einem Paukenschlag an die Öffentlichkeit. Das RKI hatte jahrelang dargestellt, dass die Zahl der Neuinfektionen in Deutschland konstant bei ca. 2000 liegt. Nun stellt das RKI dar, dass die Zahl der Neuinfektionen seit wenigen Jahren jährlich um ca. 15 % ansteigt und im Jahr 2005 mit etwa 2500 Neuinfektionen gerechnet werden muss. Den aktuellen Stand der Dinge wird Herr Dr. Marcus vom Robert-Koch-Institut in seinem Beitrag darstellen.

Wir erleben aber nicht nur eine Zunahme, auch das Erscheinungsbild von Aids hat sich bei uns in den Jahren sehr verändert.

- Aids ist international geworden: alleine die Aids-Beratungsstelle Oberpfalz hat in den letzten Jahren Infizierte aus mehr als 30 verschiedenen Ländern beraten und betreut und die reisefreudigen Deutschen infizieren sich ebenfalls weltweit – in Deutschland wie im Ausland.
- Aids betrifft längst nicht mehr hauptsächlich die früheren „klassischen Hauptbetroffenengruppen“ der Schwulen und Drogenabhängigen, sondern erschließt sich zunehmend immer breitere Bevölkerungskreise – Herr Imhof liefert in seinem Beitrag dazu eine interessante Analyse.

Aids-Prävention wird immer schwieriger und aufwendiger, weil die Zielgruppen vielfältiger sind und bei vielen Menschen die selbstverständliche Überzeugung von der Notwendigkeit, sich vor HIV zu schützen, abhanden gekommen ist. Präventionsfachleute stellen zunehmend fest, dass die Präventionsarbeit an Grenzen stößt und plötzlich wird auf den großen Kongressen darüber diskutiert, ob es in manchen Situationen mehr oder weniger sanften Druck braucht, damit Prävention nicht vor lauter Geschäftsinteressen und Skrupellosigkeit ins Hintertreffen gerät. Frau Mathyl geht in ihrem Beitrag auf aktuelle Probleme der Aids-Prävention ein.

Gegenläufig zur Ausweitung der Aids-Problematik hat die Aids-Arbeit in Bayern einen Verlust an finanziellen und personellen Ressourcen hinnehmen müssen. Wir müssen daher unbedingt dafür Sorge tragen, dass alle verfügbaren Ressourcen genutzt, die Zusammenarbeit gefördert und die Arbeit optimal organisiert wird, um die Herausforderung Aids wirkungsvoll anzunehmen - Herr Imhof stellt diesem Sinne einen Strategieentwurf vor, wie die Aids-Arbeit in Bayern erfolgreich zu organisieren ist.

Natürlich kommt den Schulen im Bereich Aids-Aufklärung eine besondere Bedeutung zu, daher ist diesem Thema ein Nachmittagsseminar gewidmet und ich verweise auf die Beiträge im entsprechenden Kapitel.



Nun schreiben wir das Jahr 2006 und wir sind in der Gegenwart angekommen. Die Geschichte von Aids dauert nun seit 25 Jahre an und ein Ende ist leider nicht in Sicht. Das Aids-Problem stellt sich uns heute völlig anders dar – medizinisch, epidemiologisch, gesellschaftspolitisch, sozialpsychologisch – und auch die Probleme der Aufklärungs- und Präventionsarbeit haben sich stark verändert. Wir müssen auf diese Veränderungen reagieren und im besten Fall eine gemeinsame Strategie entwerfen, wie wir die Herausforderung Aids weiterhin bestehen können – dieses Symposium will ein Baustein in diesem Bestreben sein.

HIV in Deutschland, Bayern und den Regionen: ein Blick auf die aktuelle Datenlage

Dr. Uli Marcus

Robert-Koch-Institut, Berlin

Abbildung 1: Neu diagnostizierte HIV-Infektionen in Deutschland (06/2006)
nach Infektionsweg und Diagnosehalbjahr

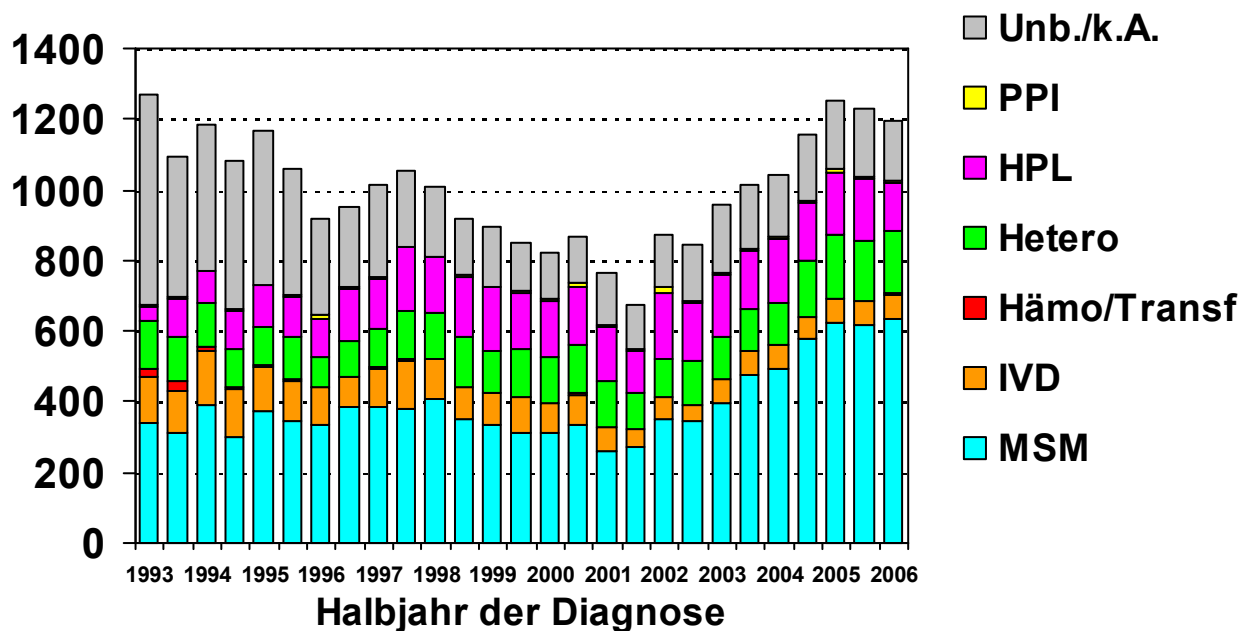


Abbildung 2: Verteilung der HIV-Erstdiagnosen aus Bayern auf die Regierungs-
bezirke, 2001-06/2006

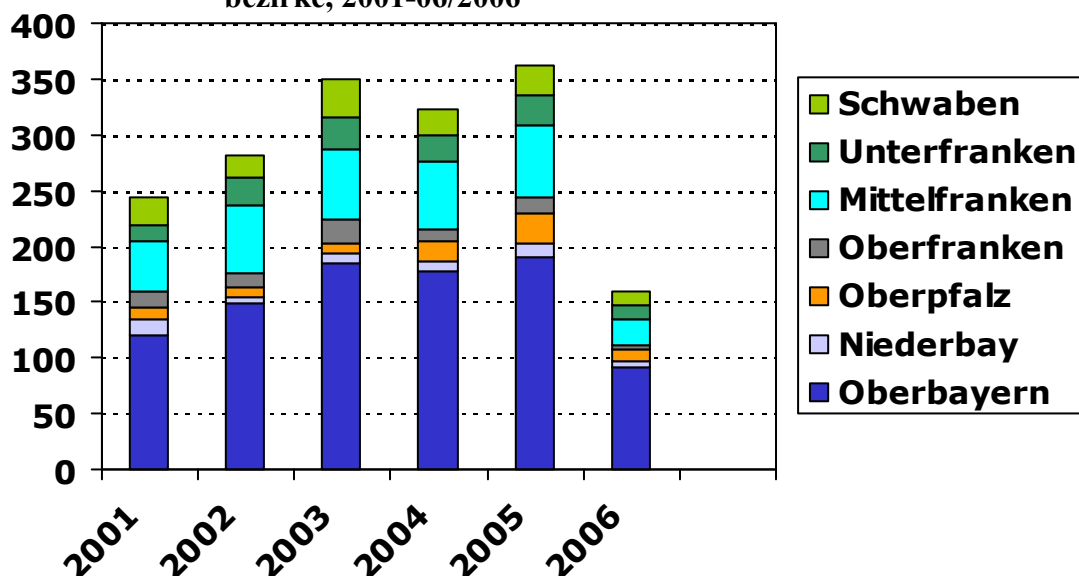


Abbildung 3: Verteilung der Erstdiagnosen nach Infektionsrisiko und Regierungsbezirk (2001-06/2006)

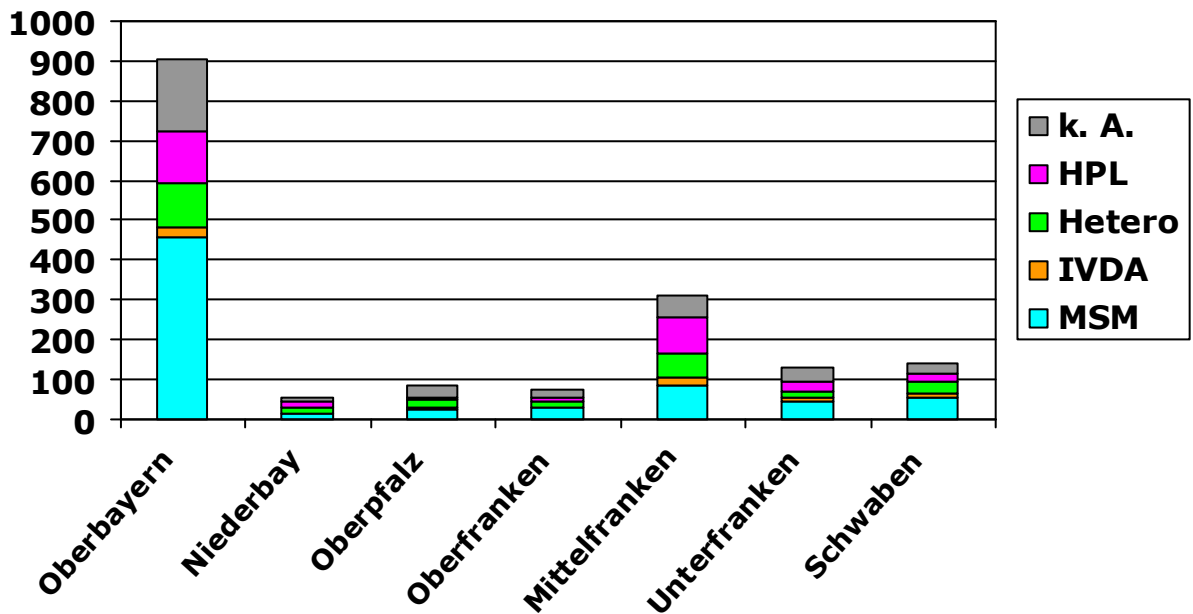
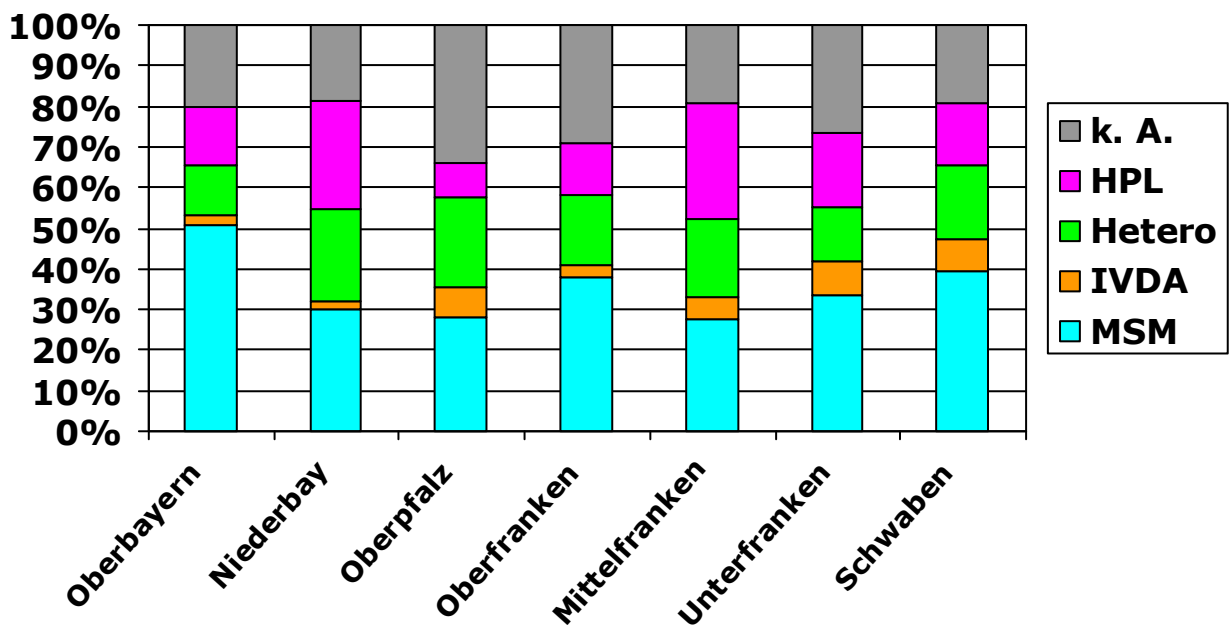


Abbildung 4: Prozentuale Verteilung der HIV-Erstdiagnosen nach Infektionsrisiko in den Regierungsbezirken



Die HIV-Infektion und die Möglichkeiten des therapeutischen Handelns

Prof. Dr. Bernd Salzberger

Infektiologie der Uniklinik Regensburg

Die Therapie der HIV-Infektion hat 1987 begonnen und sich ab 1996 rasch entwickelt. Mittlerweile gibt es mehr als 20 Substanzen in vier verschiedenen Gruppen, die in der Therapie zugelassen sind. In der Regel besteht eine antiretrovirale Therapie aus einer Kombination von drei Substanzen, z.B. zwei Nukleosidanaloga plus einem nichtnukleosidalen Inhibitor der Reversen Transkriptase oder einem Proteaseinhibitor.

Zu dieser Entwicklung haben Grundlagen- und klinische Forschung gleichermaßen beigetragen, unter anderem durch die Identifizierung von potentiellen Zielen für eine antiretrovirale Therapie im Replikationszyklus und durch die gut geplanten klinischen Studien, die diese Konzepte dann bestätigt haben (Abb.1). Nach der Einführung der ersten antiretroviralen Substanz 1987 (Zidovudin oder AZT) kam es mit der Einführung der quantitativen Bestimmung der HIV-RNA und der Protease-Inhibitoren 1996 zum Durchbruch in der Therapie. Potente Medikamentenkombinationen und die Methoden, die Wirksamkeit der Therapie direkt im Blut zu messen, waren nun vorhanden. Mit dieser Therapieform hat in den westlichen Ländern die HIV-Infektion und AIDS einen Teil des Schreckens verloren: aus einer früher nicht behandelbaren tödlichen Erkrankung ist die HIV-Infektion zu einer langfristig behandelbaren chronischen Erkrankung geworden (Abb. 2). Die Zahl der durch eine antiretrovirale Therapie geretteten Lebensjahre wird allein in den USA auf mehr als 2 Millionen Lebensjahre bis 2006 geschätzt.

„Hit hard and early“ - Therapie wie bei allen Infektionskrankheiten?

Das Therapieziel bei vielen Infektionskrankheiten ist die Ausheilung der Infektion mit Eradikation der Erreger. Dazu sollte die Therapie so rasch wie möglich beginnen.

Initial wurde die Wirksamkeit der Therapie sogar so optimistisch eingeschätzt, dass eine Eradikation des HI-Virus für möglich gehalten wurde. Dies führte zum Konzept des „hit hard and early“, also einer frühen, sobald wie möglich nach der Diagnose beginnenden, konsequenten antiretroviralen Therapie. Durch langjährige Suppression der Virusreplikation sollte ein komplettes Absterben aller infizierten Zellen erreicht werden und so zur Heilung führen. Dieses Konzept erwies sich als unmöglich – die Halbwertszeit der latent mit HIV-infizierten Zellen ist so lang, dass auf diesem Weg nicht mit einer Eradikation gerechnet werden kann.

Zusätzlich stellten sich im längeren Einsatz der Substanzen Nebenwirkungen heraus, die in einer langjährigen Therapie zu einer erheblichen Belastung werden könnten. Diese beinhalten Veränderungen des Lipid- und Kohlehydratstoffwechsels mit einer Steigerung des Risikos für kardiovaskuläre Ereignisse und Veränderungen des Fettgewebes (sog. Lipodystrophiesyndrom) .

Alle diese Erkenntnisse haben in den letzten Jahren zu einer Änderung des therapeutischen Konzepts geführt. Ziel in der Behandlung von HIV-infizierten ist die maximale Verlängerung der symptomfreien Zeit, und das bedeutet heute – mit dem derzeitigen therapeutischen Reservoir- bei symptomlosen Patienten nicht die Einleitung einer Therapie so früh wie möglich, sondern zu einem Zeitpunkt, bevor eine irreparable Schädigung des Immunsystems eingetreten ist oder schwere Infektionen aufgetreten sind. In der Regel wird bei symptomlosen Patienten also eine Bestimmung des Immunstatus (CD4- und CD8-Lymphozyten im peripheren Blut) vorgenommen und eine antiretrovirale Therapie begonnen, bevor die Zahl der CD4-Lymphozyten unter 200/mcl fällt. Falls Symptome der Infektion vorhanden sind, muss die Entscheidung für eine Therapie auch früher fallen, allerdings ist eine gute Korrelation von Krankheitszustand und CD4-Zellen insofern vorhanden, als schwere Infektionen über dem Grenzwert von 200 CD4-Lymphozyten selten sind. Diese Empfehlungen sind recht einheitlich von den meisten internationalen Experten erarbeitet und akzeptiert worden. In den letzten Jahren allerdings scheint hier erneut ein Umdenken einzusetzen: eine antiretrovirale Therapie, die früher beginnt, könnte auch seltenere Komplikationen verhindern und zusätzlich die immer noch stattfindenden Neuinfektio-

nen reduzieren. Da heute Kombinationen verfügbar sind, die ein sehr gutes Langzeitnebenwirkungsprofil aufweisen, sollte die Frage des besten Zeitpunktes für den Beginn einer Therapie erneut in guten Studien reevaluiert werden.

Adhärenz und Resistenzentwicklung

Ein Teil der Empfehlung ist geblieben: hit hard. Nur eine konsequente Therapie kann die Virusreplikation unterdrücken und das Immunsystem erst wieder aufbauen und dann gegen die Angriffe des Virus konservieren. Eine Replikation auf niedrigem Niveau, sei es durch eine ungenügend wirksame Therapie oder häufige Unterbrechungen der Therapie führt wie bei allen Infektionserregern zu einer Resistenzentwicklung. Diese Resistenzen entstehen durch zufällige Punktmutationen des HIV, die dann bei subtherapeutischen Wirkspiegeln, die einen Wechsel der Substanzen erforderlich macht. Resistenzen können bei Neuinfektionen auch übertragen werden. Mittlerweile beträgt die Rate an Resistenzmutationen in Europa 10% bei nicht behandelten Patienten. Deshalb sollte heute ein Resistenztest nicht nur beim Therapieversagen einer laufenden Therapie, sondern vor jeder Therapie stattfinden. Resistenztests gehören auch im weiteren Verlauf der Therapie zu den Instrumenten der Therapiesteuerung, wie auch Messungen der Spiegel der antiretroviralen Medikamente im Blut.

Ausblick

Die Entwicklung der antiretroviralen Therapie wird weitergehen – neue therapeutische Targets sind identifiziert und neue Substanzen sind ständig in klinischer Prüfung. Zu diesen neuen Substanzen gehören Chemokinrezeptorenantagonisten, die die Bindung des HIV an einen der zusätzlich benötigten zellulären Rezeptoren behindern, Integraseinhibitoren, die den Einbau des Virus in die Erbsubstanz der Zelle verhindern sollen und weitere. Die Genetik wird uns in den nächsten Jahren viele Hinweise auf bessere Therapien, auf individuelle Anpassung von verschiedenen Kombinationen auf spezifische Patienten mit Hilfe der Pharmakogenetik geben. Damit wird die Therapie weiter verbessert und sichergestellt gemacht.

Über diesen Fortschritten dürfen andere Probleme nicht vergessen werden. Der Hauptteil der HIV-infizierten hat weiterhin keinen raschen und unkomplizierten Zugang zur medizinischen Behandlung, die ehrgeizigen Programme der WHO waren nicht so rasch zu verwirklichen wie erhofft. Und jedes Jahr werden 5 Millionen Menschen neu mit HIV infiziert. Die Verhinderung dieser Infektionen hat die höchste Präferenz. Hierfür hat neben Präventionsarbeit mit Aufklärung, Behandlung anderer sexuell übertragener Erkrankungen, Gebrauch und Weiterentwicklung von Barrieremaßnahmen die Entwicklung einer Vakzine eine allerhöchste Priorität. Bisher konnte nicht definiert werden, wie eine Immunität gegen HIV genau aussehen muss, welche Zellen hierfür mit welchen Bestandteilen des Erregers stimuliert werden müssen. Die Grundlagenforschung und die klinische Forschung müssen auch hier kooperieren und parallel die Erkenntnisse über HIV-spezifische Immunmechanismen erweitern und diese dann rasch im Tierversuch und im Menschen prüfen.

Tabelle 1: Antiretrovirale Substanzklassen und Substanzen

Nukleosid/Nukleotidanaloga	Nicht-nukleosidale Inhibitoren der RT	Protease-Inhibitoren	Fusionsinhibitoren
Abacavir (Ziagen®)	Delavirdin (Rescriptor®)	Atazanavir (Reyataz®)	Enfuvirtide (Fuzeon®)
Didanosin (Videx®)	Efavirenz (Sustiva®, Stocrin®)	Fosamprenavir (Telzir®)	
Emtricitabin (Emtriva®)	Nevirapin (Viramune®)	Indinavir (Crixivan®)	
Lamivudine (Epivir®)		Lopinavir (Kaletra®)	
Stavudin (Zerit®)		Nelfinavir (Viracept®)	
Tenofovir (Viread®)		Ritonavir (Norvir®)	
Zalcitabin (Hivid®)		Saquinavir (Invirase®, Fortovase®)	
Zidovudin (Retrovir®)			

Abbildung 1: Replikationszyklus des Virus und potentielle Angriffspunkte d. Therapie

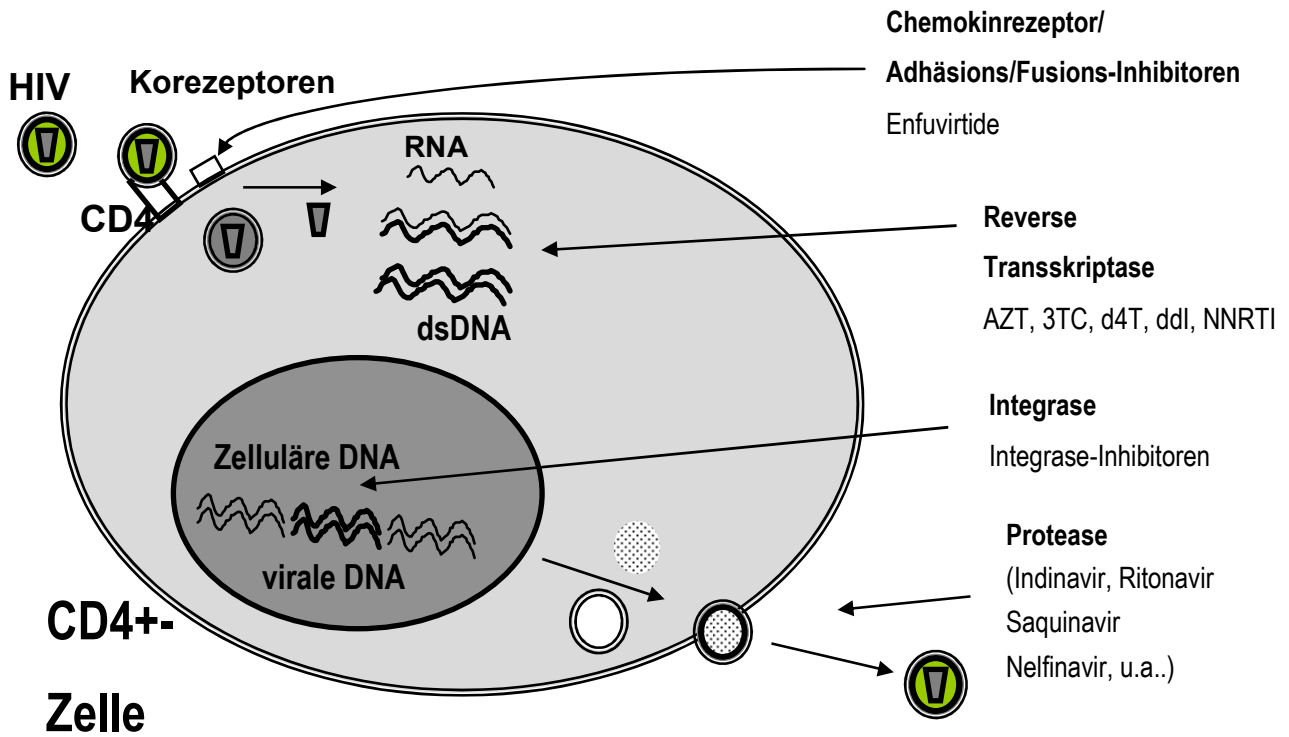
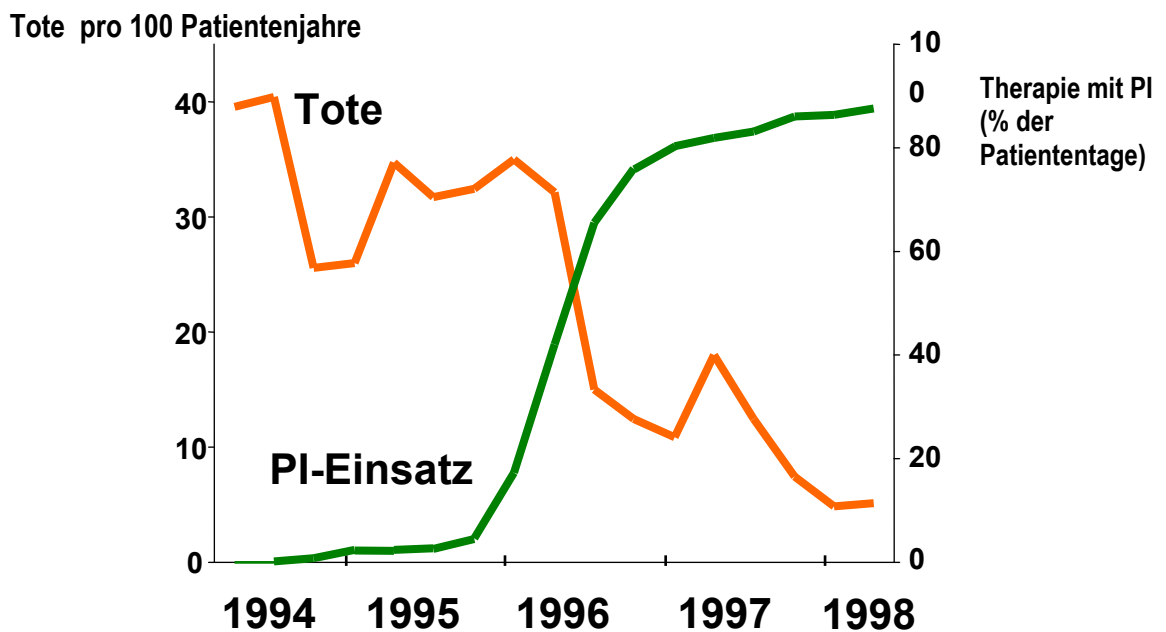


Abbildung 2: Einführung der Proteaseinhibitoren und Abfall der Todesfälle durch AIDS bei Patienten mit schwerem Immundefekt (CD4-Lymphozyten < 100/mcl, mod. nach Palella, NEJM, 1987)



Struktur und Strategie der Bayerischen Aids-Arbeit: ein Modell der Bayerischen Aids-Beratungsstellen

Dipl.Soz.Päd. (FH), Walter Imhof

Leiter der Aids-Beratungsstelle der Caritas München

Ich möchte die Notwendigkeiten einer gelungenen AIDS-Arbeit in Bayern skizzieren und einen Vorschlag machen, wie diese Arbeit zwischen den bestehenden -und möglichen künftigen- Beteiligten der AIDS-Arbeit zielführend aufgeteilt werden kann. Zuvor möchte ich auf der Grundlage der Statistik des Jahres 2005 die Arbeit der Psychosozialen AIDS-Beratungsstellen und die Situation darstellen.

1. Die Arbeit der Psychosozialen AIDS-Beratungsstellen und die Situation in Bayern

Was verstehen die AIDS-Beratungsstellen unter „gelungener AIDS-Arbeit“?

Wir wollen mit unserer Arbeit den Menschen einen informierten und von irrationalen Ängsten und von Vorurteilen freien Umgang mit HIV und den HIV-Infizierten ermöglichen. In diesem Sinne gelingt unsere Arbeit dann, wenn wir einerseits Menschen effektiv helfen können, die Wahrscheinlichkeit einer Neuinfektion zu minimieren und ein von HIV so weit als möglich unbelastetes Leben zu führen und andererseits die HIV-positiven Menschen unterstützen, die individuellen körperlichen, psychischen und sozialen Folgen der HIV-Infektion zu minimieren.

Allgemein geht es also darum, die individuellen und die gesamtgesellschaftlichen „Kosten“ im Sinne von Nachteilen von AIDS so gering wie möglich zu halten.

Mit dieser Aussage ist bereits ein wesentliches Merkmal der Arbeitsweise der Psychosozialen AIDS-Beratungsstellen in Bayern genannt: wir arbeiten seit vielen Jahren auf der Basis eines integrierten Konzepts, das als „Rahmenkonzept der Psychosozialen AIDS-Beratungsstellen in Bayern“ vor 4 Jahren veröffentlicht wurde.

Wesentliche Punkte dieses Konzepts sind:

- Aufklärung der Bevölkerung mittels Gesprächsgruppen, Aufklärungsaktionen, massenmedialen Kampagnen, Pressearbeit und vielem mehr, um irrationale Ängste abzubauen und einen informierten Umgang mit HIV und den Menschen mit HIV/AIDS zu erreichen
- Aufklärung und Prävention für spezielle Zielgruppen mit erhöhtem Risiko einer HIV-Infektion
- Beratung und Fortbildung für Berufsgruppen und Multiplikatoren, um einen professionellen Umgang mit HIV und den betroffenen Menschen mit HIV/AIDS zu unterstützen
- Beratung für Verunsicherte und Verängstigte
- Hilfen und Beratung für Betroffene und ihr soziales Umfeld

Alle genannten Arbeitsbereiche wenden sich an eigene Zielgruppen, haben aber die oben formulierte gemeinsame Zielsetzung: einerseits Menschen effektiv zu helfen, die Wahrscheinlichkeit einer Neuinfektion zu minimieren und ein von HIV so weit als möglich unbelastetes Leben zu führen und andererseits die Menschen mit HIV/AIDS zu unterstützen, die individuellen körperlichen, psychischen und sozialen Folgen der HIV-Infektion zu minimieren.

In diesem Sinne richtet sich die Arbeit der Psychosozialen AIDS-Beratungsstellen in Bayern auch tatsächlich an alle – an die Menschen mit HIV/AIDS, ihr soziales Umfeld, an die Hauptbetroffenengruppen, aber auch an die Allgemeinbevölkerung und an verschiedene Berufsgruppen, die beruflich mit dem Thema AIDS umgehen müssen. Auch Politikern und Entscheidungsträgern bieten wir unsere Expertise als Fachstellen an und natürlich den Medien, die eine zentrale Rolle in der öffentlichen Darstellung von AIDS haben.

Jeder ist aufgefordert, seinen Teil dazu beizutragen, damit wir gemeinsam die AIDS-Problematik meistern.

Natürlich kommt in unserer Arbeit den Menschen mit HIV/AIDS oder denjenigen, die mit ihnen zusammenleben, eine herausgehobene Bedeutung zu, wenn wir als Ziel das Meistern der AIDS-Problematik nennen. Die Menschen mit HIV/AIDS bedürfen schließlich besonderer Hilfen, da sie einerseits die größten Probleme mit HIV haben, andererseits tragen sie auch die größte Verantwortung, mit der eigenen Infektion so umzugehen, dass sie nicht an andere weitergegeben wird.

Ähnliches gilt für das soziale Umfeld der Menschen mit HIV/AIDS. Viele Partnerinnen und Partner und Angehörige sind überfordert, wenn sie plötzlich ganz real mit HIV konfrontiert sind. Sie brauchen Unterstützung in ihrer Situation, in der es darum geht zu helfen und zur Seite zu stehen und zugleich Infektionsrisiken zu kennen und zu vermeiden.

In unserer Arbeit mit Menschen mit HIV/AIDS und ihrem sozialen Umfeld treffen also unsere Ziele Hilfe und Beratung für HIV-positive Menschen einerseits und die Vermeidung von Neuinfektionen andererseits ganz wesentlich zusammen. Und damit kann ein weiterer Grundsatz für gelungene AIDS-Arbeit genannt werden: AIDS-Prävention gelingt nur gemeinsam mit den Menschen mit HIV/AIDS. Die Begrenzung der Weiterverbreitung von HIV, beruht auch auf der solidarischen Grundbotschaft, dass HIV-Infizierte Teil dieser Gesellschaft sind und bleiben und ihre Eingebundenheit in das gesellschaftliche, wirtschaftliche und soziale Leben ermöglicht und auch geschützt wird.

Damit Sie einen Einblick in die Arbeit der AIDS-Beratungsstellen bekommen, seien kurz einige Zahlen vorgestellt.

Die Psychosozialen AIDS-Beratungsstellen in Bayern haben im vergangenen Jahr insgesamt 5875 Personen beraten. Davon waren 2183 Menschen HIV-infiziert.

<i>Beratene Personen</i>	<i>Anzahl</i>
Menschen mit HIV/AIDS	2183
Angehörige	502
Sonstige Ratsuchende	3190
Summe	5875

Neben den HIV-positiven Personen erreichen wir auch deren Angehörige und eine große Zahl von Menschen, die nicht infiziert sind, bzw. die ihren Status nicht wissen. Diese sog. „sonstigen Ratsuchenden“ sind in Sorge oder Angst. Sie hatten eine vermeintliche oder tatsächliche Risikosituation und möchten klären, ob sie ein Infektionsrisiko eingegangen sind und ob ggf. ein AK-Test empfehlenswert ist.

Das andere wesentliche Arbeitsfeld der AIDS-Beratungsstellen neben der Beratung ist die Präventionsarbeit. Wir richten unser Aufklärungsangebot sehr breit gestreut sowohl an die Allgemeinbevölkerung, als auch an die Hauptbetroffenengruppen.

Die Zusammenfassung der Statistik für das Jahr 2005 zeigt, dass wir insgesamt 1729 Veranstaltungen und Aktivitäten im Rahmen unserer Informations-, Aufklärungs- und Präventionsarbeit durchgeführt haben. Dabei wurden weit über 100 000 Personen erreicht. In der Tabelle sind die wichtigsten Veranstaltungen zusammengefasst.

<i>Aktivität/Veranstaltungsart</i>	<i>Anzahl</i>
Infostände	144
Gruppenveranstaltungen	527
Schulung/Fortbildung	328
Kulturelle Veranstaltungen	40
Aktionen	150
Medienarbeit und Veröffentlichungen	452

Die sehr unterschiedlichen Aktivitäten der AIDS-Aufklärung sind beispielsweise Infostände, Gruppenveranstaltungen, Schulung- und Fortbildungsveranstaltungen, aber auch öffentlichkeitswirksame Aktionen und Medienarbeit.

Ich habe ausgeführt, dass AIDS-Aufklärung sich an alle richtet und richten muss, auch wenn es einzelne Gruppen gibt, die unsere besondere Unterstützung und Aufmerksamkeit erfordern.

Nun könnte jemand einwenden, dass AIDS doch vorwiegend ein Problem der Homosexuellen und der Drogenabhängigen ist und wir doch entsprechend unser Hauptaugenmerk auf diese Gruppen zu richten haben und nicht auch auf die Allgemeinbevölkerung.

Ich möchte Ihnen als Antwort kurz Zahlenmaterial vorstellen, das aus den Arbeitsdokumentationen

der AIDS-Beratungsstellen zusammengestellt wurde. Die AIDS-Beratungsstellen sind bei vielen Fragestellungen Ansprechpartner und erste Anlaufstation für HIV-Infizierte, daher geben die gemeinsamen Zahlen der Beratungsstellen ein gutes Bild von der Situation in Bayern wieder.

Die AIDS-Beratungsstellen in Bayern deren Zahlen ich hier vorstelle - das sind 4 Stellen in München und je eine Stelle in Augsburg, Bayreuth, Nürnberg, Passau, Regensburg und Würzburg - haben im Jahr 2005 mit insgesamt 2183 HIV-infizierten Menschen gearbeitet. Das sind ca. ein Drittel aller in Bayern lebenden Menschen mit HIV/AIDS. Zum Vergleich: das RKI hat zum Ende des Jahres 2005 geschätzt, dass in Bayern ca. 6800 HIV-Infizierte leben. Wir werten die Daten von 1988 Menschen mit HIV/AIDS aus, deren Infektionsweg wir wissen. Wir denken daher, dass wir einen guten Eindruck haben, wie sich die HIV-Infektionen in Bayern auf die verschiedenen Gruppen verteilen.

Infektionen über Blut und Blutprodukte sind seit Einsatz des HIV-Antikörpertests extrem selten, dies zeigt sich auch in der Statistik der AIDS-Beratungsstellen, die sich im wesentlichen mit den Angaben des Robert-Koch-Instituts deckt. Hier gibt es keine neue Infektionsdynamik, da es sich bei diesen Menschen fast durchwegs um langjährig Infizierte handelt.

Infektionsweg	Aids-Beratungsstellen		RKI
	Absolut	Relativ	Relativ
MSM	1044	52,52%	64,80%
Heterosexuell	337	16,95%	12,15%
HPL	337	16,95%	12,52%
i.v.Drogen	211	10,61%	8,47%
Blut/Blutprodukte	38	1,91%	1,33%
PPI	21	1,06%	0,74%
Summe	1988	100%	100%

Eine zweite Gruppe, die früher eine größere Rolle gespielt hat, ist die Gruppe der Drogenabhängigen. Der Anteil der Drogenabhängigen hat mit den Jahren abgenommen und ist mit gut 10,5 % etwas größer, als das RKI für Bayern angibt. Auch hier gilt derzeit, dass wir keine aktuelle Infektionsdynamik feststellen können, da auch diese Klienten in der Regel seit vielen Jahren infiziert sind.

Bei den Männern, die Sex mit Männern haben, zeigt sich ein erster deutlicher Unterschied: zwar stellen sie in Übereinstimmung mit dem RKI weiterhin die größte Gruppe im Klientel aller AIDS-Beratungsstellen in Bayern, allerdings ist der Anteil deutlich geringer als es die Zahlen des RKI erwarten lassen.

Im Gegensatz dazu ist der Anteil der heterosexuell Infizierten, sowie der Infizierten aus den Hochprävalenzländern höher, als es die Zahlen des RKI erwarten lassen.

In manchen Beratungsstellen werden Kinder begleitet, die sich während der Schwangerschaft oder bei der Geburt bei ihren Müttern angesteckt haben, glücklicherweise nicht viele. Dieser Übertragungsweg ist durch geeignete medizinische Maßnahmen vermeidbar, daher darf uns jeder Einzelfall schmerzhaft daran erinnern, dass der HIV-Test in der Schwangerschaftsvorsorge einen festen Platz finden sollte.

Wir sehen also, dass die Statistiken der AIDS-Beratungsstellen und des RKI weitgehend übereinstimmen und lediglich die große Abweichung bei den MSM irritiert. Ein ganz anderes Bild ergibt sich allerdings, wenn wir die Statistik der Bayerischen AIDS-Beratungsstellen nach Regionen aufteilen in die Statistik von Oberbayern mit München und die Statistik der restlichen 6 Bezirke. Diese Aufteilung ist insofern sinnvoll, da München als deutlich größte Stadt Bayerns eine eigene epidemiologische Situation hat.

Dies führt tatsächlich zu einem verblüffenden Ergebnis:

Die Situation in Oberbayern mit der Landeshauptstadt München entspricht eher dem Bild, welches das RKI zeichnet. Hier gilt sehr deutlich, dass HIV in erster Linie und überwiegend MSM betrifft und sich lediglich ca. ein Drittel der Infizierten auf einem der anderen Infektionswege angesteckt hat. In unserer Statistik sind die homosexuellen Infektionen

Infektionsweg	Oberbayern		RKI
	Absolut	Relativ	Relativ
MSM	836	70,19%	64,80%
Heterosexuell	127	10,66%	12,15%
HPL	128	10,75%	12,52%
i.v.Drogen	91	7,66%	8,47%
Blut/Blutprodukte	6	0,5%	1,33%
PPI	3	0,25%	0,74%
Summe	1191	100%	100%

sogar etwas dominanter als in der Statistik des RKI, während alle anderen Infektionswege etwas geringer vertreten sind.

Wenn wir uns die Zahlen außerhalb Oberbayerns betrachten, ergibt sich dagegen ein völlig anderes Bild. Außerhalb Oberbayerns ist der Anteil unserer Klienten, mit homosexuellem Übertragungsweg weit geringer, als es nach den Zahlen des RKI zu erwarten ist. Im Gegenzug ist der Anteil der heterosexuell Infizierten und der Menschen aus Hochprävalenzländern, die ihre Infektion in ihrem Heimatland in Afrika, Asien oder Lateinamerika erworben haben und zum Zeitpunkt der Einreise in Deutschland bereits infiziert waren, deutlich höher. Auch alle weiteren Infektionswege sind stärker vertreten, als es die Zahlen des RKI erwarten lassen.

Infektionsweg	Restbayern		RKI
	Absolut	Relativ	Relativ
MSM	208	26,10%	64,80%
Heterosexuell	209	26,22%	12,15%
HPL	210	26,35%	12,52%
i.v.Drogen	120	15,06%	8,47%
Blut/Blutprodukte	32	4,02%	1,33%
PPI	18	2,26%	0,74%
Summe	797	100%	100%

Was schließen wir daraus?

Das weitgehend in der Öffentlichkeit vorherrschende Bild der AIDS-Ausbreitung in Bayern - sprich: die HIV-Infektion findet in erster Linie bei homosexuellen Männern statt, stellt in Bayern lediglich die Situation des Großraumes München dar, nicht aber die Situation außerhalb Münchens.

Alle anderen Regionen Bayerns haben eine ganz andere Situation. Hier machen wir die Erfahrung, dass die Zahl der heterosexuell Infizierten, der Menschen aus den Hochprävalenzländern und der MSM etwa gleich groß ist. Auch der Anteil der Drogenabhängigen fällt nicht so deutlich ab. Wenn man bedenkt, dass die meisten Drogenabhängigen heterosexuell leben, dann gilt hier, dass fast drei Viertel der HIV-Infizierten heterosexuell leben und wir müssen deutlich auf die Risiken einer heterosexuellen Übertragung hinweisen, die im größten Teil Bayerns im Vordergrund steht.

Wir stellen also fest, dass HIV sich zunehmend neue Bevölkerungsteile erschlossen hat. HIV-Infektionen finden natürlich in deutlicher Anzahl über homosexuellen Weg statt. HIV-Infektionen finden aber ebenfalls in deutlicher Anzahl über heterosexuellen Weg statt, so dass wir für uns den Schluss daraus ziehen, dass wir AIDS-Aufklärungsarbeit nicht auf wenige Gruppen beschränken dürfen. Wir müssen bevölkerungsweit eine gute Basis-AIDS-Aufklärung organisieren und darauf aufbauend zielgruppenspezifische Präventionsangebote für Hauptbetroffenengruppen.

Wir wollen nun den Versuch wagen, kurz eine Strategie der AIDS-Arbeit in Bayern darzustellen, um dann die unterschiedlichen Institutionen mit ihren verschiedenen Aufgaben und Identitäten in diese Gesamtstrategie einzuordnen.

2. Notwendigkeiten der AIDS-Arbeit in Bayern: ein Strategieentwurf

Was sehen wir als notwendig an, damit in Bayern mit dem AIDS-Problem möglichst kompetent und effektiv umgegangen wird?

1. Wir müssen die Versorgung der Betroffenen sichern
2. Wir müssen sicher stellen, dass alle Menschen Zugang zu Information und Hilfe haben, die sie in die Lage versetzen, ausreichend über AIDS Bescheid zu wissen und sich vor AIDS schützen zu können
3. Wir müssen unser Gemeinwesen so organisieren, dass die gültigen Regularien eine Weiterverbreitung von HIV wenigstens nicht begünstigen und im besseren Fall sogar vermeiden.

Was meinen wir, wenn wir sagen, wir müssen die Versorgung der Betroffenen sichern?

1. Medizinische Versorgung:

Hier geht es um eine HIV-spezifische medizinische Versorgung, die in Bayern nur in den Großstädten in medizinischen Behandlungszentren angeboten wird und für viele Menschen mit

HIV/AIDS nur unter Inkaufnahme von Fahrtzeiten zugänglich ist. Es geht aber auch um eine HIV-unabhängige medizinische Grundversorgung der Menschen mit HIV/AIDS, die in vielen Einzelfällen aus irrationalen Gründen immer wieder in Frage gestellt wird.

2. Psychosoziale Versorgung:

Hier ist der Zugang zu möglichst niederschweligen Hilfsangeboten für HIV-positive Menschen gemeint. Das bedeutet Beratungs-, Begleitungs- und Gruppenangebote, von kompetenten Ansprechpartnern.

Die Versorgung der Menschen mit HIV/AIDS sicher zu stellen ist nicht nur ein Gebot der Solidarität, der Humanität, das geschützt ist durch die Menschenrechte und natürlich auch durch unser christlich/abendländisches Wertesystem, sondern auch ein Gebot der praktischen Vernunft: es geht – wie bereits ausgeführt – auch darum, den einzelnen Menschen mit HIV/AIDS als Partner zu gewinnen, der sich aktiv daran beteiligt, die Weiterverbreitung von HIV zu begrenzen. Im optimalen Fall bedeutet das, dass sich HIV-positive Menschen in der Beratungsstelle aktiv für bestimmte Veranstaltungen in der Präventionsarbeit zur Verfügung stellen.

Das Idealbild ist die Gesellschaft, die es den Menschen mit HIV/AIDS ermöglicht, in der Gemeinschaft ohne ungerechtfertigte Nachteile in aller Offenheit als positive Menschen leben zu können und akzeptiert zu sein. So lange dieses Idealbild nicht verwirklicht ist, müssen psychosoziale Einrichtungen HIV-Infizierte in ihrer persönlichen Auseinandersetzung mit der Infektion (sprich ihrer Identitätsbildung als HIV-Infizierte) und in der Auseinandersetzung mit der Gesellschaft über die Folgen der HIV-Infektion unterstützen.

Was meinen wir, wenn wir sagen, wir müssen sicher stellen, dass alle Menschen Zugang zu Information und Hilfe haben, die sie in die Lage versetzen, ausreichend über AIDS Bescheid zu wissen und sich vor AIDS schützen zu können.

1. Wir brauchen Anlaufstellen, an die sich die Menschen mit ihren Fragen zu HIV, aber auch mit ihren von HIV ausgelösten, zum Teil irrationalen Sorgen und Ängsten wenden können.
2. Wir brauchen ein niederschwelliges Testangebot, damit Menschen, die wichtige Frage klären können, ob sie sich mit dem HIV infiziert haben oder nicht. Wir brauchen in dieser Situation ein obligatorisches begleitendes Beratungsangebot, das sicher stellt, dass der Test je nach Testergebnis seinen Sinn erfüllt - entweder als Informationselement innerhalb einer präventiven Gesamtstrategie - oder als Beginn einer medizinischen Behandlung.
3. Wir müssen eine Basisinformation in der Bevölkerung sicher stellen, damit ein Grundlagenwissen zu HIV, den Übertragungswegen und den Infektionsrisiken, sowie den Schutzmöglichkeiten vorhanden ist. Hier bietet es sich natürlich an, Kooperationsstrukturen mit den Schulen aufzubauen, da nahezu jeder Mensch in irgendeinem Schultyp eine 8. oder 9. Klasse durchläuft und so eine Grundversorgung mit Information am besten sichergestellt werden könnte.
4. Wir müssen darüber hinaus maßgeschneiderte Präventionsangebote an verschiedene Zielgruppen richten, die ein erhöhtes Infektionsrisiko haben. Diese Präventionsarbeit muss lebensweltnah sein, um die Akzeptanz der Präventionsbotschaft möglichst zu verbessern und zu maximieren.
5. Wir müssen darüber hinaus sicherstellen, dass alle Fachstellen, die mit dem Thema HIV konfrontiert werden, zunehmend professionell und kompetent damit umgehen lernen. Das heißt, wir brauchen Fortbildungsangebote für diese Fachstellen und wir brauchen Anlaufstellen, an die sich Fachpersonal aus verschiedenen Berufsgruppen mit ihren Fragen zu HIV, aber auch mit ihren von HIV ausgelösten, Sorgen und Ängsten wenden können.
6. Wir brauchen regionale und überregionale AIDS-Kampagnen, die grundlegende Botschaften vermitteln, die für eine Auseinandersetzung mit AIDS und für den Schutz vor HIV werben.

Was meinen wir, wenn wir sagen, wir müssen unser Gemeinwesen so organisieren, dass die gültigen Regularien eine Weiterverbreitung von HIV wenigstens nicht begünstigen und im besseren Fall sogar vermeiden.

Hier geht es um Richtlinien, Verordnungen und Gesetze, die natürlich so gestaltet sein müssen, damit die Verbreitung von HIV im besten Fall vermieden wird.

Beispiele sind:

- gesetzliche Pflicht, Blutkonserven auf HIV-Antikörper zu testen
- Der HIV-Antikörper-Test als Teil der Schwangerschaftsvorsorge
- Richtlinien für die AIDS-Aufklärung an Schulen

Zusammenfassung des Strategieentwurfs:

1. Versorgung der Betroffenen sichern
2. Beratung der Bevölkerung über Anlaufstellen sicherstellen
3. Testberatung und Testangebot vorhalten
4. AIDS-Aufklärung an Schulen
5. Informationsangebote für die Bevölkerung; AIDS im öffentlichen Bewusstsein halten, überregionale Kampagnen
6. Spezielle Präventionsangebote/-Kampagnen für Zielgruppen mit besonderem Risiko
7. Politik, Gesetzgeber, Entscheidungsträger für die Berücksichtigung der HIV-spezifischen Notwendigkeiten sensibilisieren

3. Die Beteiligten in der AIDS-Arbeit in Bayern

Wir haben zunächst Einrichtungen in der AIDS-Arbeit, welche sich in ihrer Tätigkeit allein und ausschließlich mit AIDS-Arbeit beschäftigen. Das sind die Psychosozialen AIDS-Beratungsstellen, die AIDS-Hilfen und die AIDS-Projekte. Die Beratungsstellen sind in Bayern flächendeckend bei den Wohlfahrtsverbänden angesiedelt. Dadurch wird auch unterstützt, dass alle gesellschaftlich relevanten Gruppierungen erreicht werden.

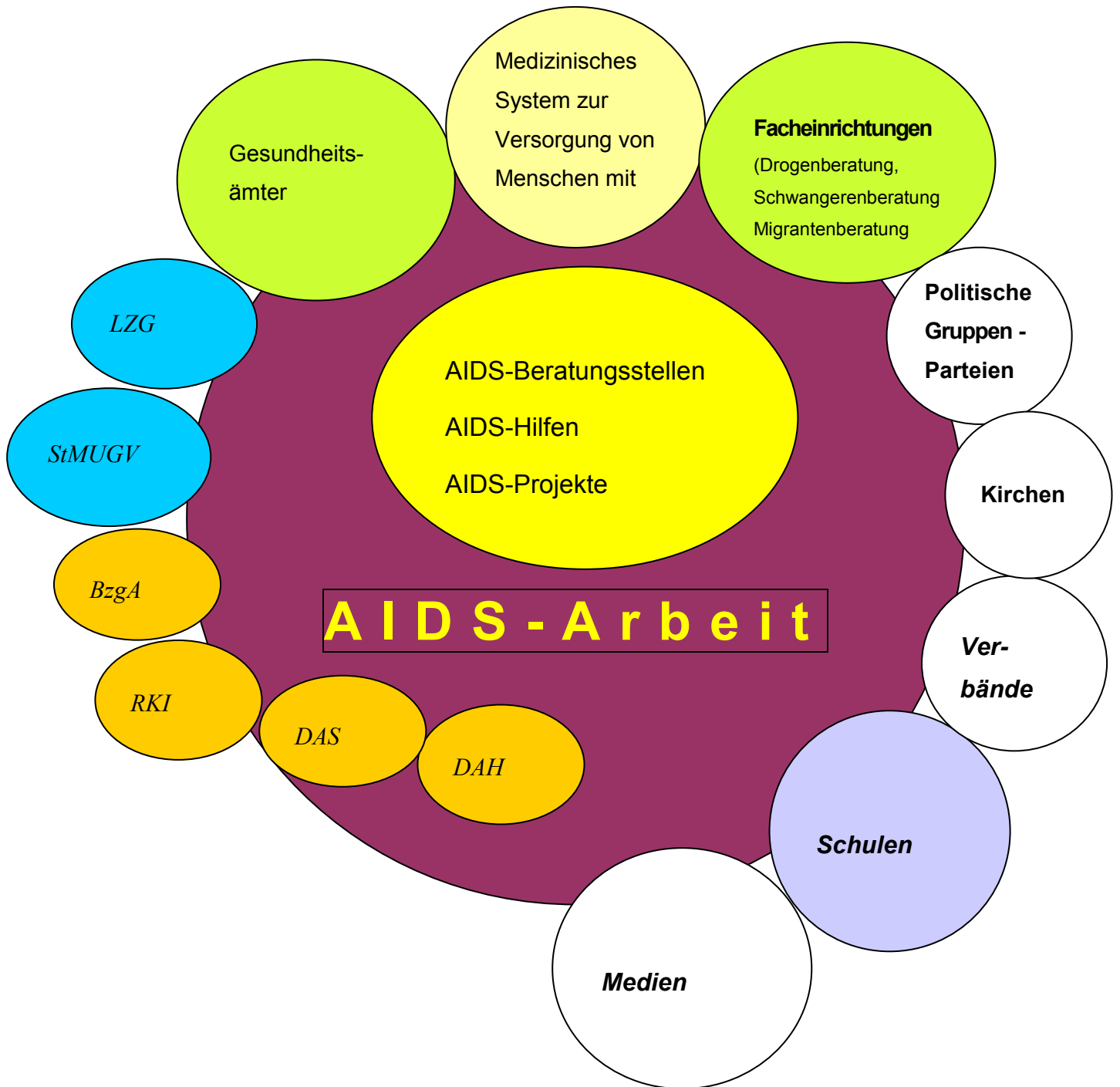
Neben diesen ausschließlich in der AIDS-Arbeit tätigen Einrichtungen, gibt es ferner Personen, welche durch ihre Tätigkeit mit dem Thema HIV/AIDS konfrontiert sind.

Das sind:

- die Mitarbeiter in Drogeneinrichtungen, in Einrichtungen für Migranten, in allgemeinen sozialen Beratungsstellen etc. Dazu gehören auch die Mitarbeiter aller Facheinrichtungen, die im Arbeitsfeld Gesundheitspädagogik, Sexualpädagogik und Suchtprävention arbeiten und hier natürlich AIDS als einen wichtigen Aspekt mitbehandeln müssen.
- Im medizinischen System sind das die niedergelassenen Ärzte, die AIDS-Patienten behandeln, die Kliniken, Ambulanzen und natürlich, die Laborärzte, die sowohl den AK-Test als auch die Blutuntersuchungen zur Kontrolle der antiretroviralen Therapie oder die Resistenztestungen durchführen.
- Die Ärzte in den Gesundheitsämtern, die neben anderen Aufgaben die Möglichkeit des anonymen und kostenfreien Antikörpertests inklusive der zugehörigen Beratung anbieten. Ferner sind Sozialpädagogen und Ärzte an den Gesundheitsämtern in der AIDS-Aufklärungsarbeit aktiv.
- Das zuständige Fachreferat im Gesundheitsministerium (StMUGV) und die Landeszentrale für Gesundheit (LZG). Die Lehrer und Pädagogen in der schulischen, aber auch außerschulischen Bildungsarbeit, für die AIDS ein Thema unter vielen aus dem gesundheitspädagogischen, sexualpädagogischen, ethischen, persönlichkeitsbildenden Komplex darstellt.
- Gesellschaftliche Organisationen wie politische Parteien, Kirchen, Verbände sind ebenso in der Verantwortung sich dem Thema AIDS zu stellen und in den ihnen angeschlossenen Gruppierungen und Organisationseinheiten sich mit der Unterstützung von Betroffenen und der Aufklärungs- und Fortbildungsarbeit auseinander zu setzen. Ferner die Politiker und Entscheidungsträger, die für die Rahmenbedingungen unseres gesellschaftlichen Zusammenlebens entscheidende Bedeutung haben.
- Die Medien haben die Aufgabe das Thema AIDS sachlich zu präsentieren. Sie haben zentrale Bedeutung für die Darstellung von AIDS in der Öffentlichkeit und damit für die Präsenz von AIDS im öffentlichen Bewusstsein. Hier ist eine realistische Orientierung an der Vielfältigkeit und Vielschichtigkeit im Auftreten von HIV/AIDS hilfreich.
- Schließlich gehören hierzu auch die bundesweit in der AIDS-Arbeit tätigen Organisationen, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), das Robert-Koch-Institut (RKI), die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) und der Deutschen AIDS-Stiftung (DAS).

Sie sehen, dass es eine Vielzahl an Organisationen sind, die ausschließlich oder in Teilbereichen oder

sogar nur am Rande mit der Vermittlung eines möglichst verständlichen und realistischen Bildes von der HIV-Infektion und der AIDS-Erkrankung in allen seinen Facetten vermitteln.



Wenn es nun gelingt, die beschriebenen Aufgaben ausreichend zu erfüllen, ist aus unserer Sicht eine optimale gesamtgesellschaftliche Antwort auf AIDS erreicht. Dies bedeutet nicht zugleich das Absenken der Neuinfektionsrate auf Null, sondern lediglich auf den bestmöglichen Wert und unsere Hoffnung ist, dass es gelingt, die Verbreitung von HIV dauerhaft auf das bestehende, im internationalen Vergleich sehr niedrige Niveau, zu begrenzen.

Um dieses Ziel zu erreichen sind zwei Dinge notwendig:

1. Wir brauchen ausreichende Ressourcen in Bayern, personell und finanziell - das heißt nicht nur mindestens ein Aufrechterhalten der personellen Situation in den AIDS-Organisationen. Das bedeutet auch ganz wesentlich, dass das Bewusstsein über die Wichtigkeit der AIDS-Aufklärung bei

allen gefördert und erhalten werden muss, die im weiteren Sinne in der AIDS-Aufklärung tätig sind.

2. Wir müssen die Arbeit optimal organisieren

Natürlich gibt es bewährte Organisationsstrukturen der verschiedenen beteiligten Stellen. Die Psychosozialen AIDS-Beratungsstellen und die AIDS-Hilfen sind eng vernetzt. Hier besteht auch eine sehr enge Kooperation mit dem „Fachausschuss AIDS“ der Wohlfahrtsverbände. Dieser ist das Bindeglied zu den Trägern.

Auf lokaler Ebene sind vielerorts gute und tragfähige Kooperationen für die AIDS-Arbeit entstanden.

Wichtig ist weiterhin die Abstimmung auf der Bezirksebene. In vielen Regierungsbezirken finden dazu Treffen statt. Das sollte wieder für alle Bezirke obligatorisch sein. Neben dem Austausch können hier gemeinsame Projekte geplant und organisiert werden und neue Entwicklungen im Feld diskutiert werden. Auf dieser Ebene treffen sich AIDS-Beratungsstellen, AIDS Hilfe, Gesundheitsämter und die AIDS-Projekte.

Für Oberbayern halte ich die Arbeitsgruppe auf Bezirksebene für besonders wichtig. Hier sind 20 Landkreise vertreten und in München sitzt eine große Zahl von Stellen.

Auf Landesebene lädt die Landesszentrale für Gesundheit seit einigen Jahren zum landesweiten Präventionsworkshop ein.

Ich habe ausgeführt, dass wir die Kooperation mit den Schulen und der außerschulischen Jugendarbeit für wichtig erachten. Aus diesem Grund sollten zukünftig Vertreter dieser Systeme bei den Bezirkstreffen und dem Präventionsworkshop der LZG einbezogen werden.

4. Modell der Arbeitsteilung und Kooperation für ausgewählte Arbeitsbereiche

➤ **Information der Bevölkerung - Prävention**

WAS	WER
Überregionale Kampagnen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gesundheitsministerium ➤ LZG ➤ BzGA
ggf. regionale Kampagnen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psychosoziale AIDS-Beratungsstellen ➤ AIDS-Hilfen ? ➤ Gesundheitsämter ?
Aufklärungsangebote für Allgemeinbevölkerung (Anonyme) Beratungsangebote öffentlichkeitswirksame Aktivitäten	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psychosoziale AIDS-Beratungsstellen ➤ AIDS-Hilfen ? ➤ Gesundheitsämter ?
Schulaufklärung Basisaufklärung für Schüler ab 8.Jahrgangsstufe	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lehrer ➤ Gesundheitsämter ➤ Psychosoziale AIDS-Beratungsstellen ➤ AIDS-Hilfen ? Aids-Projekte ? ➤ donum vitae, pro familia etc.
Zielgruppenspezifische Angebote für Gruppen mit besonderen Risiken	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psychosoziale AIDS-Beratungsstellen ➤ AIDS-Hilfen ➤ AIDS-Projekte

➤ **HIV-Antikörpertest**

WAS	WER
Test und Testberatung	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gesundheitsämter ➤ AIDS-Hilfe?
Testberatung	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psychosoziale AIDS-Beratungsstellen ➤ AIDS-Hilfen

➤ **Fortbildung für Multiplikatoren und Berufsgruppen**

WAS	WER
Fortbildungsangebote für Lehrer, Jugend- arbeiter – Methoden und know-how- Transfer	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psychosoziale AIDS-Beratungsstellen ➤ AIDS-Hilfen ? ➤ AIDS-Projekte ?
Fortbildung für Berufsgruppen zum Um- gang mit HIV-Ansteckungs-ängsten, zu Hygienemaßnahmen, Übertragungswegen und Schutz	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psychosoziale AIDS-Beratungsstellen ➤ AIDS-Hilfen ?

➤ **Psychosoziale Versorgung der Betroffenen**

WAS	WER
Psychosoziale Beratung und Begleitung	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psychosoziale AIDS-Beratungsstellen ➤ AIDS-Hilfen ➤ AIDS-Projekte

Jeder einzelne Arbeitsbereich wird von verschiedenen Akteuren bedient und es ist sinnvoll, wenn diese Akteure sich absprechen, sich ergänzen oder eventuell die Arbeit aufteilen. Jeder einzelne Arbeitsbereich stellt somit ein Absprache- oder Kooperationscluster dar.

Unabhängig davon, ob die Notwendigkeit von Absprache und Koordination vom Einzelnen gesehen oder anerkannt wird, gilt, dass AIDS-Aufklärung und –Prävention ein Gemeinschaftswerk ist, das nicht einer alleine leisten kann, sondern dessen Erfolg durch das Zusammenwirken und der Arbeit Vieler entsteht.

Dies soll die folgende Grafik darstellen, die der Tabelle die Zeitdimension hinzufügt. Sie zeigt, wie die verschiedenen Arbeitsbereiche der Aufklärungs- und Präventionsarbeit ineinander greifen und innerhalb eines Lebenslaufs aufeinander aufbauen.

Die **erste Ebene** ist die Gesundheits- und Sexualerziehung, die jeder Mensch in seinen ersten Lebensjahren genießt. Darauf baut auf der **zweiten Ebene** die Schulaufklärung auf, die im besten Fall die individuelle psychosexuelle Entwicklung und entsprechende Lebenskompetenzen fördert und erste grundlegende Kenntnisse zu AIDS vermittelt.

Im Laufe der Adoleszenz und der Erwachsenenjahre differenzieren sich aus dem „Gesamtpool der Jugendlichen“ verschiedene Gruppen heraus (**Pfeile**), die in ihrem Leben erhöhte Infektionsrisiken eingehen und die mittels zielgruppenspezifischer Präventionsarbeit sehr gezielt und lebensweltnah angesprochen werden können. Diese Zielgruppen bleiben dauerhaft Ziel der Präventionsarbeit der AIDS-Organisationen. Diese zielgruppenspezifische Präventionsarbeit baut natürlich auf der in Ebene 1 und 2 geleisteten Arbeit auf.

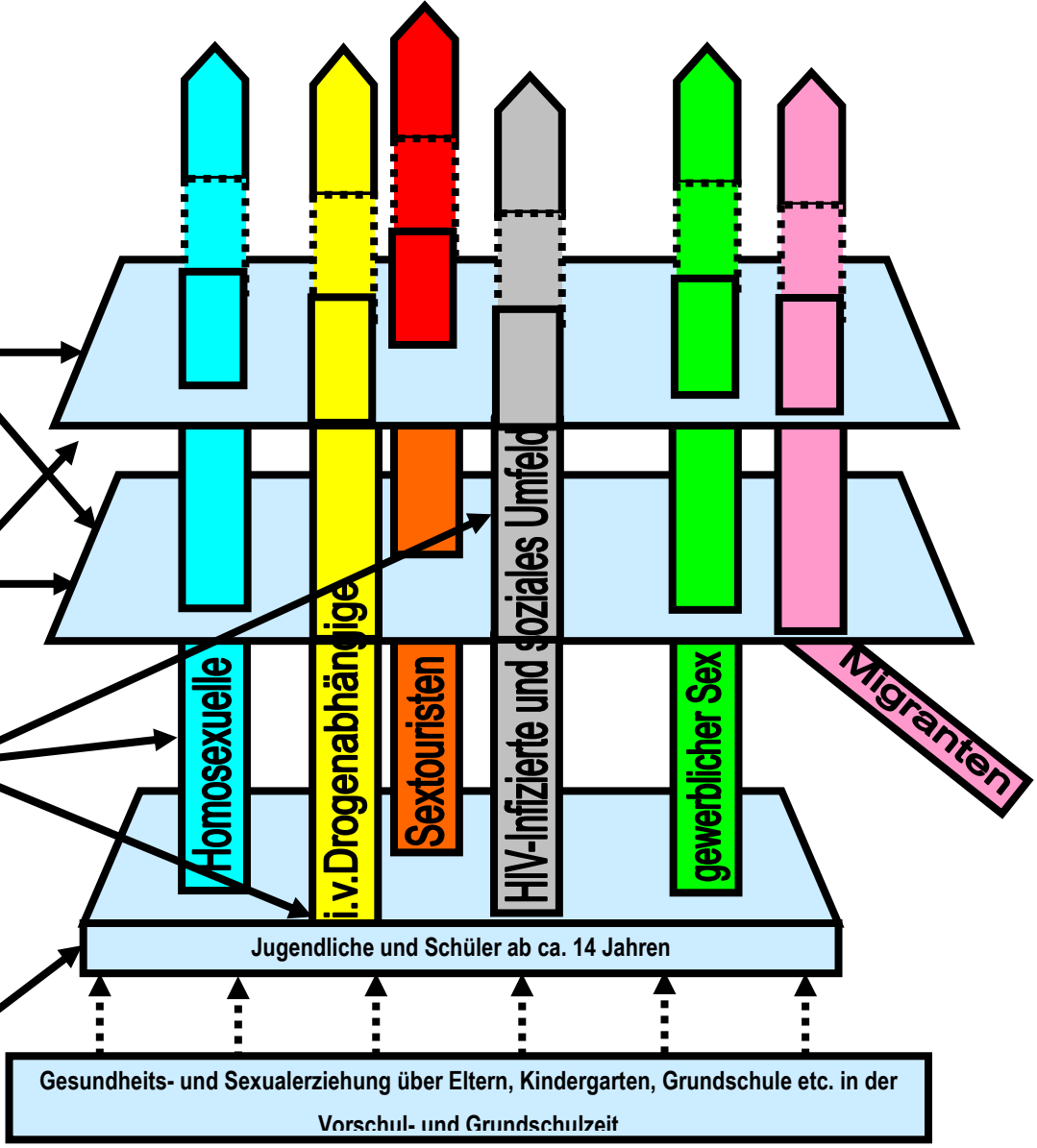
Es gibt natürlich eine Reihe von Angeboten und Kampagnen, die bevölkerungswelt inklusive der eben herausgestellten Zielgruppen gelten. Diese Angebote existieren zwar zum Teil permanent, das Individuum nimmt sie aber in der Regel nur von Mal zu Mal wahr (**dritte Ebene** und **vierte Ebene**).

So wird jeder Mensch immer wieder über Kampagnen zum Thema AIDS erreicht. Viele nutzen in bestimmten Lebenssituationen ein Beratungsangebot oder auch das Angebot des HIV-Antikörpertests. Gerade die Testung bedeutet im individuellen Lebenslauf eine sehr sensible Phase, in der man in der Regel für AIDS-Prävention zugänglich ist. Dies macht die Testberatung so wichtig für die Prävention. So wird also jeder Mensch immer wieder in seinem Lebenslauf Kontakt zu AIDS-Aufklärungs- und Präventionsangeboten haben, wenn auch nicht so häufig oder kontinuierlich wie die spezifischen Zielgruppen.

Parallel zu diesem Ablauf müssen die AIDS-Organisationen daran arbeiten, dass Multiplikatoren und verschiedene Berufsgruppen, die Anteil an dieser „Gesamtaufgabe Aids-Prävention“ haben, über Fortbildungen oder Schulungen die notwendige Kenntnisse zu Aids erwerben können.

Multiplikatoren und Berufsgruppen

- Fortbildung und Schulung**
 - Aids-Beratungsstellen, Aids-Hilfen, Aids-Projekte, LZG, ???
- Bevölkerungsweite Angebote (Anonyme Beratung, Test und Testberatung, öffentlichkeitswirksame Aktionen, u.a.):**
 - Aids-Beratungsstellen, Gesundheitsämter, Aids-Hilfen, Aids-Projekte, ???
- Bevölkerungsweite Kampagnen:**
 - Überregional: LZG, StMUGV, Bzga, RKI, UNAIDS
 - Regional: Aids-Beratungsstellen, ???
- Zielgruppenspezifische Aufklärung und Prävention**
 - Aids-Beratungsstellen, Aids-Hilfen, Aids-Projekte)
 - Fachberatungsstelle
 - ???
- Schulaufklärung**
 - Lehrer, Gesundheitsämter, Aids-Beratungsstellen, Aids-Hilfen, Donum Vitae, Pro Familia
 - ???



Altersachse

Ein wichtiger Aspekt dieses Symposiums ist es, dafür zu sensibilisieren, dass sowohl Beratungsarbeit als auch die AIDS-Aufklärung – trotz der medizinischen Erfolge – weiterhin notwendig sind.

Sie sind heute als Teilnehmende eingeladen, jeweils in Ihren Arbeitsbereichen, an dieser Gemeinschaftsaufgabe mitzuwirken. Nur dann kann es gelingen, die Verbreitung von HIV in Bayern auf ein Mindestmaß zu reduzieren und zugleich die Menschen mit HIV/AIDS ganz selbstverständlich als Teil unserer sozialen Gemeinschaft zu sehen.

Seminar A

Der HIV-Antikörpertest

Seminarvorsitz:

Leitende Medizinaldirektorin Dr. Irmgard Wöfl,

Leiterin des Gesundheitsamtes Rosenheim

Der HIV-Antikörpertest: Standards der Beratung und Durchführung

**Dr.med. Hans-Joachim Hennig, Anonyme Aids-
Beratung der Landeshauptstadt München**

Angesichts stetig steigender HIV-Infektionszahlen in Deutschland kommt der Prävention eine unvermindert große Bedeutung zu. Die Zunahme der Neuinfektionen von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten verdeutlicht, wie wichtig es ist, alle zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Beratung und Aufklärung der Bevölkerung (Einzelberatung, Multiplikatoren-schulung, öffentliche Aktionen etc.) zu nutzen und optimal einzusetzen.

Der HIV-Antikörpertest hat für sich allein nicht zwangsläufig eine präventive Wirkung. Entscheidend ist die Qualität der damit verbundenen Beratung. Sie hat wesentlichen Einfluss darauf, ob die Herstellung eines Zugangs zum Klienten gelingt. Dies ist eine notwendige Bedingung dafür, dass Präventionsbotschaften überhaupt erst angenommen werden können.

Im Gegensatz zu Informationsveranstaltungen von Gruppen hat die Einzelberatung den unschätzbaren Vorteil der Vertraulichkeit und Intimität des Zweiergesprächs. Dies eröffnet die Möglichkeit, offen über Probleme zu sprechen, die mit Angst, Scham oder Schuldgefühlen besetzt sind. Besonders Themen, die moralischen Wertvorstellungen unterliegen, wie z. B. „fremdgehen“ oder die sexuelle Orientierung sind oft mit emotionalen Reaktionen verbunden, die eine adäquate Bearbeitung verhindern. Deshalb ist in der Beratung eine wertfreie Einstellung des Beraters wichtig. Auf diese Weise können Grundvoraussetzungen für angestrebte Verhaltensänderungen geschaffen werden.

Um diese Chance aber optimal im Sinne des Klienten nutzen zu können, ist die Qualifikation des Beraters von großer Bedeutung. Fachkompetenz, persönliche Eigenschaften wie Lebenserfahrung, Offenheit oder Einfühlungsvermögen bilden Kriterien für die Erfüllung gewisser Qualifikationsstandards und sind dabei ebenso maßgebend wie die Berücksichtigung von Standards zur Durchführung des Beratungsgesprächs und des Tests, die sich als hilfreich herausgestellt haben. Diese Standards sollen einerseits für die Berater Orientierungshilfe und Qualitätssicherung sein, andererseits für Ratsuchende eine optimale Unterstützung bei der Klärung ihrer Anliegen gewährleisten.

Neben den Standards zur Durchführung des Beratungsgesprächs und des Tests im engeren Sinne spielen aber auch Standards zur Festlegung geeigneter Rahmenbedingungen der Beratungsstelle eine große Rolle, damit das Beratungsangebot für die Klienten möglichst niederschwellig gestaltet werden kann.

PCR, Schnelltest und Co.: Was ist von den verschiedenen Testverfahren zu halten ?

Dr. Uli Marcus

Robert-Koch-Institut, Berlin

Was weisen die Tests nach?

- Elisa (1.-3.Generation) : HIV-Antikörper
- Elisa (4.Generation) : HIV-Antikörper und p24-Antigen
- Schnellteste : HIV-Antikörper
- PCR : HIV-RNA oder HIV-DNA

Empfohlenes Vorgehen bei der Testung

Antikörpernachweis

- Suchtest (hohe Sensitivität, etwas geringere Spezifität) gefolgt von Bestätigungstest (geringere Sensitivität, sehr hohe Spezifität)
 - Elisa – Western-Blot – (PCR)
 - Schnelltest – (Elisa) - Western Blot
 - Elisa – PCR ?
- Kontrolle eines positiven Erstbefundes an zweiter Blutprobe

Früher Nachweis – schneller Nachweis

- Schnelltest weist Antikörper nicht früher nach, sondern Testdurchführung ist schneller
- PCR zum früheren Nachweis einer Infektion nur indiziert bei passender klinischer Symptomatik und bei Neugeborenen
- Ansonsten kein wesentlicher Zeitgewinn gegenüber Elisa der 4.Generation
- Cave! Falsch positive PCR-Befunde (niedrige Kopienzahl!) möglich

Ab wann lässt sich eine HIV-Infektion nachweisen?

- Elisa (4.Generation) frühestens etwa 10-14 Tage nach Infektion
- Infektion sicher auszuschließen nach ca. 3 Monaten (?)
- Zeitgewinn durch p24-Ag und PCR gegenüber Elisa (3.Generation): wenige Tage bis 2 Wochen

Schnellteste

- Vollblut, Plasma, Speichel
- CE-Zertifizierung
- Indikationen:
 - zur Abklärung einer PEP-Indikation
 - Bei Schwangeren ohne dokumentierten HIV-Test
 - Zur Erhöhung der Testmitteilungsrate
- Bestätigungstest notwendig
- Testberatung?
- Selbsttestung?

Bestimmung der Dauer einer Infektion

- Tests, die kurz zurückliegende Infektionen (~in den letzten 6 Monaten erfolgte) erkennen
 - Geringere Antikörperaffinität
 - Antikörperkonzentration
 - Sensitivität und Spezifität ~ 70%
- Indikation: epidemiologische Fragestellungen, Eingrenzung des Infektionszeitpunktes für Infektionskettenermittlung

Verlaufsdagnostik bei HIV-Infektion

- CD4-Zellzahlbestimmung
- Viruslastbestimmung
- Resistenzbestimmung
- Immunaktivierungsmarker

- STD-Screenings

Wir bringen den Test zu den Menschen: ein Modell der Münchner Aids-Hilfe e.V.

Dipl.Soz.Päd. (FH) Michael Tappe

Fachlicher Leiter der Münchner Aids-Hilfe e.V.

Die Münchner Aids-Hilfe will ab Anfang 2007 den Schnelltest in der Schwulenszene anbieten. Das Angebot ergänzt die Münchner Test-Kampagne und die Testabende im Sub und möchte die Schwelle für unsichere Männer weiter senken.

Test-Kampagne

Ausgangspunkt war die kleine Studie *Check Your Body*, in der wir die Zufriedenheit schwuler Männer in München mit ihrer medizinischen Versorgung abfragten. Das interessante Ergebnis war, dass die Ungetesteten im Vergleich zu den negativ wie positiv Gestesteten signifikant schlechtere Erfahrungen hatten (bei gleicher soziodemografischer Streuung der Untergruppen). So machten Ungetestete weniger Vorsorgeuntersuchungen, hatten weniger Vertrauen in den Arzt, waren weniger zufrieden mit ihrer medizinischen Versorgung und hatten den Eindruck, vom Arzt nicht ausreichend informiert zu werden. Zudem hatten die Ungetesteten größere Schwierigkeiten bei der Behandlung von STD's (z.B. sehr unangenehm, darüber zu reden), informierten ihren Arzt weniger über ihr Schwulsein (Positive zu 95%, Negative zu 70%, Ungetestete zu 40%), gingen bei Beschwerden später zum Arzt als die anderen Gruppen und empfanden Wartezeiten als wesentlich länger. Dies war ein erster deutlicher Hinweis, dass die Ungetesteten sich von den Getesteten durch wesentlich mehr unterscheiden als lediglich durch die Frage der Testung.

Der zweite Anstoß war, dass 80% der Personen, die mit einer Aids-definierenden Erkrankung in ein Krankenhaus eingewiesen wurden bis dahin nichts von ihrer HIV-Infektion wussten. Auch wir hatten einige Klienten, auf die dies zutraf. Die Bandbreite an möglichen Behandlungsoptionen war für diese Personengruppe stark eingeschränkt, die Behandlungserfolge sehr abhängig von der bereits erfolgten Schädigung. Ein früheres Wissen um ihre HIV-Infektion wäre also therapeutisch hilfreich gewesen.

Zum dritten Anstoß wurde, was wir in der Szene erlebten: Immer mehr schwule Männer hatten gewohnheitsmäßig ungeschützten Sex, was sie mit dem Gefühl legitimierten, dass sie dabei „lediglich“ sich selbst riskierten. Die Möglichkeit, selbst infiziert zu sein und damit auch ein Risiko für Andere darzustellen, blendeten sie fallweise aus.

Wir kennen jedoch auch die konfliktreiche Situation dieser Ungetesteten, die ihre Unsicherheit bezüglich ihres HIV-Status als Chance und zugleich als Risiko und Belastung erleben. Viele von ihnen hätten gerne Klarheit – und vermeiden sie doch wieder um jeden Preis. Wir bekamen zunehmend das Gefühl – ohne mit dem Finger zeigen zu wollen –, dass diese Zielgruppe einer der Motoren der Infektionsentwicklung sein könnte. Diesen Personenkreis gezielt anzusprechen und ihm die Möglichkeit zu geben, das eigene Verhalten zu reflektieren, wäre daher für die Präventionsarbeit wesentlich¹.

¹ Die Voraussetzung dafür ist, dass die Vorannahmen stimmen. Wir sind nun nachträglich durch eine Metaanalyse der CDC von 2006 in dieser Sichtweise bestärkt worden. Aus dieser Studie: „Das Risiko einer HIV-Transmission ist bei Menschen, die ihren HIV-Status nicht kennen, 3,5 mal höher als bei denen, die wissen, ob sie infiziert sind oder nicht.“ Und: „Menschen die ihren Serostatus nicht kennen, haben 50% wahrscheinlicher ungeschützten Sex als HIV-Positive“. HIV & More, Vol. 3 / 2006, S. 9.

Wir näherten uns damit der Frage an, ob eine Aids-Hilfe den Test aktiv bewerben soll und entschieden uns 2004 dafür. Wir wollten damit Mut zum Test machen und die Klarheit bieten, dass der Test zu befürworten ist. Wir begleiteten dies durch Öffentlichkeitsarbeit, in der wir der Szene diesen Schritt so gut wie möglich erklärten. Visuell wurde die Test-Kampagne durch die „Schwanzkopf“-Plakate und Anzeigen („...und womit denkst Du?“) umgesetzt, die den Slogan „Mach den Test – für Dich und andere“ unterstrichen.

Im nächsten logischen Schritt boten wir den Test selbst an, kostenfrei und szenenah. In einer Kooperation mit dem Münchner Schwulen-Zentrum SUB und dem Gesundheitsreferat der LH München boten wir im Juli 2005 erstmals an einem Freitag Abend im Schwulen-Zentrum den HIV-Test an. Wir waren erstaunt, wie gut dieses Angebot angenommen wurde in einer Stadt, in der das Gesundheitsreferat seit Jahren den Test anonym und kostenfrei anbietet, und zwar mit großer Akzeptanz auch durch die Szene. Auch bei den folgenden Testabenden im Oktober 2005 und im März, Juli und Oktober 2006 hielt die große Nachfrage unvermindert an. Pro Test-Abend kamen im Schnitt 68,5 Personen zum Test, insgesamt haben wir auf den Testabenden 349 Menschen getestet, bis auf wenige Ausnahmen schwule Männer. Wir werten dies als Zeichen, dass der Test im szenenahen Umfeld eine große Akzeptanz erfährt und den Leuten mehr Mut macht, zum Test zu gehen. Das Durchschnittsalter betrug 37,8 Jahre mit einer Bandbreite von 19 bis 77 J. Fast ein Viertel der Getesteten ging erstmalig zum Test. 4 Ergebnisse waren positiv. Das sind 1,1%.

Bei den Gründen für den HIV-Test gaben immerhin 21,5% der Getesteten ungeschützte Kontakte an und 31,5% wollten Restrisiken bei einem konsequenten Safer-Sex-Verhalten abklären. Nur bei 8% war anamnestisch kein Risiko feststellbar.

Wir haben den Eindruck, dass wir tatsächlich viele Schwule Männer zum Test motivieren konnten, die ansonsten vielleicht nicht oder später zum Test gegangen wären. Auf jeden Fall ist es uns gelungen, die Szene zum Thema Test zu sensibilisieren und den Test wieder in die schwulen Medien zu bringen. Trotzdem haben wir das Gefühl, viele schwule Männer, noch immer nicht motivieren zu können. Für manche ist die lange Wartezeit bis zur Testmitteilung ein (willkommener?) Grund nicht zum Test zu gehen.

Der Schnelltest

Für die Münchner Aids-Hilfe ist die Überlegung, den Schnelltest anzubieten, der nächste logische Schritt aus den Erfahrungen mit der Test-Kampagne. Das Angebot soll den ungetesteten schwulen Männern etwas an die Hand geben, was ihre Unsicherheiten reduzieren kann und zwar gerade diejenigen, die die lange Wartezeit auf das Ergebnis als ihr größtes Testhindernis angeben. Hinzu kommt das Bedürfnis, den Test als normales Angebot in der Szene zu verankern.

Die Etablierung eines Schnelltest-Angebotes hat zwei Hindernisse:

- Die beraterische Anforderung aufgrund der Möglichkeit falsch-positiver Testergebnisse. Wir richten uns bewusst an eine Zielgruppe, die meist aufgrund von Konflikten den Test bislang nicht durchgeführt hat und für die der Test selbst oft konflikthaft erlebt wird. Deshalb muss hier sehr vorsichtig vorgegangen werden. Man muss auf das Risiko falsch-positiver Tests sehr deutlich hinweisen und ein worst-case-Szenario entwerfen, damit im Falle eines positiven Testergebnisses alle weiteren Schritte im Vorfeld bekannt sind. Bei einem positiven Schnelltest-Ergebnis muss klar sein, dass die Aids-Hilfe beraterisch an der Seite des Klienten steht, bis das Ergebnis verifiziert oder falsifiziert ist.
- Der Gesetzgeber erlaubt den HIV-Antikörpertest nur in Händen von Medizinern. Wir denken, hierfür eine strukturelle Lösung zu finden.

Die Möglichkeit falsch-positiver Testresultate dürfte die meiste Kritik an dem Angebot auf sich ziehen. Wir sehen das Vorgehen trotz allem als gerechtfertigt an. Es muss darauf geachtet werden, dass das Schnelltest-Angebot nicht locker-flockig beworben wird („Der kleine Test für zwischendurch“), sondern dass das Angebot mit der gebotenen Ernsthaftigkeit dargestellt und beworben wird.

Weitere Bedenken:

- Es ist sicherlich nicht so, dass man die Haltung der Ungetesteten lediglich dadurch verändern kann, indem man ihnen einen Test anträgt. 1:1-Mechanismen gibt es hier nicht. Viele aus der Hauptzielgruppe der ungetesteten schwulen Männer mit Risikoverhalten werden sich dem Testangebot auch weiterhin entziehen.

- Wir sind uns im Klaren, dass wir mit dem Schnelltest-Angebot eventuell auch kurzfristige Motivationen bedienen („Wenn wir miteinander schlafen wollen, dann musst du aber vorher einen Test machen“). Dies ist nur zu rechtfertigen, wenn die Beratung die Motivation und die Folgen des Tests kritisch hinterfragt.
- Der Schnelltest suggeriert sicherlich einigen, das diagnostische Fenster von 12 Wochen müsse hier nicht berücksichtigt werden. Dass dies nicht so ist, muss deutlich dargestellt werden. Wir möchten jedoch primär die Gruppe ansprechen, die häufig Risiken eingehen, und weniger diejenigen, die punktuelle Risiken schnell abklären wollen.

Den Schnelltest anzubieten löst einige Probleme und schafft einige Probleme. Es ist natürlich Ergebnis der individuellen Prioritätensetzung, ob die Chancen oder Risiken überwiegen. Für uns überwiegen die Chancen wie z.B. der Zugang zu therapeutischen Möglichkeiten. Auch die Diskussion über Sero-Sorting (Auswählen von Sexualpartnern mit gleichem Serostatus) erhält hierdurch sicherlich neue Impulse. Hauptsächlich jedoch möchten wir zur Motivation beitragen, sich und andere zu schützen und dazu beitragen, die Risiken so präsent wie möglich zu machen. Denn wir möchten gerne „Es ist gut, Klarheit zu haben!“ weiter als Norm in der Szene verankern.

Seminar B: Aids-Aufklärung an bayerischen Schulen: immer noch (k)ein Thema

Seminarvorsitz:

Dipl.Psych. Doris Stankewitz

Leiterin der Aids-Informations- und Beratungsstelle Niederbayern

Aids-Aufklärung an bayerischen Schulen: Richtlinien, Stellenwert und Anregungen für die Praxis

Oberstudienrat Dr. Peter Ludwig, Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus

1. Die Rahmenbedingungen

1.1 Aus der AIDS-Bilanz der bayerischen Staatsregierung 1987 – 1992

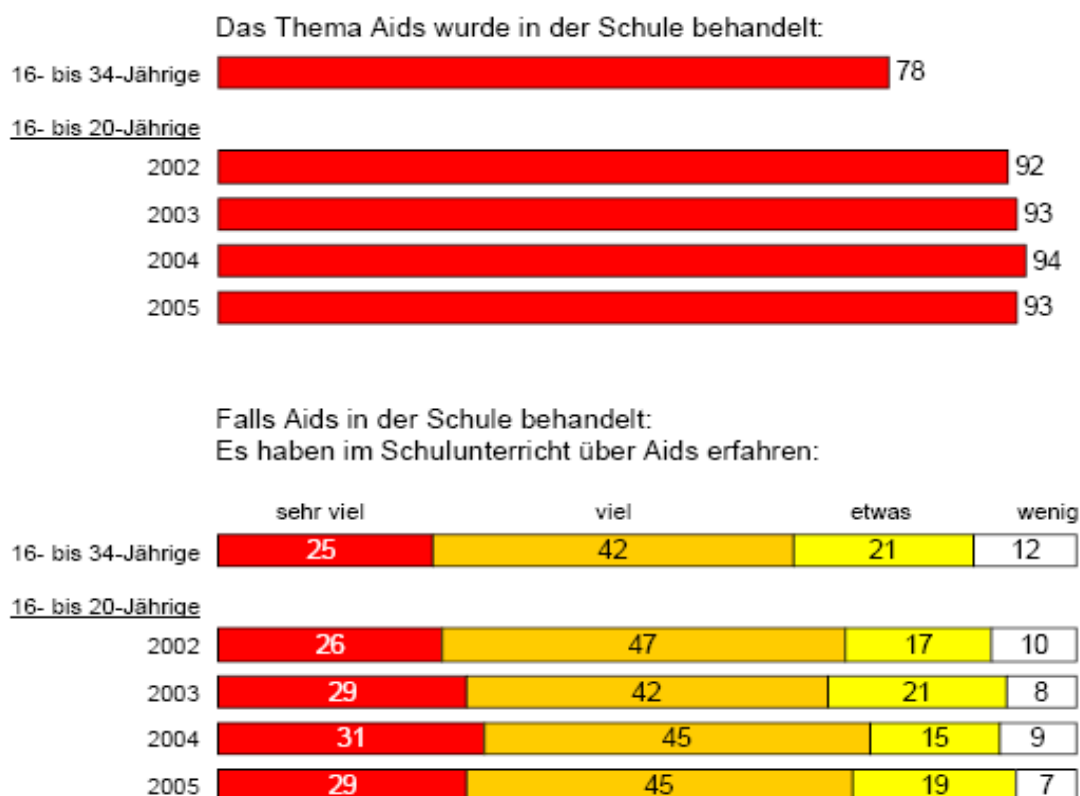
„Die Aufklärung wird für die kommenden Generationen zu einer Daueraufgabe der AIDS-Prävention.“

Wichtigste Aufgabe: Information über Ansteckungswege und Schutz

1.2 Entwicklung an den bayerischen Schulen:

- Seit 1987 expliziter Auftrag zur AIDS-Prävention durch die Bayerische Staatsregierung
- Veröffentlichung der „Richtlinien zur AIDS-Prävention an bayerischen Schulen“ 1989
- Sukzessive Umsetzung der AIDS-Prävention in den Lehrplänen (Gymnasium 1992, Realschule 1994, Hauptschule 1997)
- Integration des Themas in die Schulbücher (kontinuierliche Fortsetzung wird konsequent beachtet)
- Intensive Medien- und Fortbildungsarbeit (LZG, BZgA, Verbände)
- Inhalt der Referendarsausbildung aller Schularten

Befragungen bestätigen den Erfolg (z. B. „AIDS im öffentlichen Bewusstsein“ der BZgA 2005)



1.3 Ursachen erhöhter HIV-Infektionen in Europa (exemplarisch)

Offener Umgang mit Sexualität (z. B. in den Medien) – Eingeschränkte Aufklärung in den Familien
Entwicklungen in Jugendkulturen (Techno, HipHop, Rap, Schönheitsideale)
Lebensvorstellungen der Fun-Generation

Folge: - Wachsender sozialer und gesellschaftlicher Druck
- Zunahme der Häufigkeit wechselnder Partner
- Frühe sexuelle Aktivität

1.4 Problematik von Wissen und Handeln

Wissen:

- In der Breite der Bevölkerung ausreichend (Übertragungswege sind bei 99 % bekannt)
- Interesse für AIDS ungebrochen hoch (53 % der über 16-Jährigen und 72 % der Singles unter 45)
- Bereitschaft zur Verwendung von Kondomen hoch (73 % der unter 45-Jährigen)
- Aufklärung bei Jugendlichen gut (s. o.)
- Wahrnehmung der Gefährlichkeit sinkt (nur 31 % bezeichnen AIDS als „eine der gefährlichsten Krankheiten“)

Handeln:

- Ungeschützter Geschlechtsverkehr noch zu häufig bei:
 - Wechselnden Partnerschaften
 - Spontanen Sexualkontakten
- Verhalten in realen Entscheidungssituationen ungleich Wissen:
 - Zu geringe Verwendung von Kondomen in „Vertrauenssituationen“ (Kondome erzeugen Misstrauen)
 - „Erstes Mal“ zu häufig ungeschützt

Folgerungen für die schulische Präventionsarbeit:

1. Erhalt und weitere Verbesserung des Kenntnisstandes
2. Vermittlung von Problembewusstsein und Handlungskompetenz

2. Beitrag der Schule zur AIDS-Prävention

Rechtliche Basis: **Richtlinien für die Familien- und Sexualerziehung i. d. F. von 2002**
Richtlinien für die AIDS-Prävention i. d. F. von 1989
(www.km.bayern.de/km/schule/recht/bekanntmachungen/)

2.1 Umsetzung

a) Fachlehrer: **Biologie, Religion, Ethik**, Sozialkunde, Deutsch, (*Geographie/Erdkunde*)

Auch in Zusammenarbeit mit:

- Schularzt
- Gesundheitsamt
- Externe Experten (z. B. Psychosoziale Beratungsstellen, Verbände)
- Eltern: Elterninformation oder Elternabende

b) Die Gesamtverantwortung liegt beim Schulleiter.

Idealerweise erfolgt eine Gesamtplanung in einer Lehrerkonferenz zu Beginn des Schuljahres. Die Eltern erhalten Information über die Planungen bei Elternversammlungen oder über Elternbriefe. In der Praxis lebt die AIDS-Prävention sehr stark von engagierten Lehrkräften, die werben, lenken und koordinieren.

2.2 AIDS im Unterricht

a). Fachliche Inhalte:

- Biologische Grundlagen (Menschlichen Sexualität, Immunsystem, Infektionskrankheiten)

- Erkenntnis der Gefahren die von AIDS ausgehen (biol.-med. Grundwissen)
- Infektionsrisiken (Übertragungswege)
- Sittliche und ethische Werthaltungen
 - Förderung von Ehe und Familie
 - Verantwortliches geschlechtliches Verhalten in der Partnerschaft (Treue, Verantwortung sowie christliche und ethische Wertvorstellungen müssen überzeugend vermittelt werden; Hinweis auf Verwendung von Kondomen ungenügend)
- Verantwortung gegenüber der Gesellschaft (Verbreitung von HIV, Umgang mit Infizierten)
- Globale Folgen der AIDS-Pandemie

AIDS-Prävention ist gleichzeitig Prävention gegen alle sexuell übertragbaren Krankheiten

Schule, und das betrifft alle Fächer inklusive der Biologie, darf sich nicht auf technische Aspekte von HIV und AIDS reduzieren (z. B. Verwendung von Kondomen), sondern muss Bewusstsein schaffen! Dies sollte i. d. R. in enger Zusammenarbeit und gemeinsamer Verantwortung mit den Eltern erfolgen.

b) Lehrpläne nach Schularten und Fächern (Überblick)

Grundschule:

Kennen lernen des eigenen Körpers und der Geschlechtsunterschiede, Grundlagen der Hygiene, Zuneigung und Liebe in Ehe und Familie, Schwangerschaft, ... (HSU)

Weiterführende Schulen:

Jahrgangsstufen 5 und 6 (v. a. Biologie)

- Biologische Grundlagen der Geschlechtlichkeit
- Pubertät
- Grundlagen der Hygiene
- Schwangerschaft und Geburt

Eine spezifische AIDS-Prävention erfolgt hier noch nicht; fachliche Grundlagen werden gelegt und persönliche Einstellungen z. B. zu Ehe und Familie besprochen.

Ab Jahrgangsstufe 7 besteht ein direkter Bezug zur AIDS-Prävention.

Jahrgangsstufen (7) und 8 (Biologie, Religion, Ethik)

u. a.:

- Problematik früher Sexualbetätigung
- Partnerschaftliche Grundeinstellungen: sittliche Normen und Verpflichtungen

Jahrgangsstufen 8 und 9 (Biologie, Religion, Ethik, Deutsch)

u. a.:

- Soziale und rechtliche Fragen des Geschlechts-, Ehe- und Familienlebens
- Sittliche und religiöse Grundhaltungen
- Geschlechtskrankheiten und Hygiene
- Problematik der Prostitution
- Persönliche und soziale Aspekte der Homosexualität
- Beeinflussung menschlichen Sexualverhaltens durch die Massenmedien

Selbstverständlich gelten diese Themen und Inhalte auch für alle anderen Schulformen in einer entsprechend angepassten Umsetzung (FOS, BOS, Berufsschulen, Förderschulen).

2.3 Was muss ein Schüler nach Jgst. 9 (10) über AIDS wissen?

- Ansteckungswege	<i>vermittelt durch</i>	Schule, Eltern, Medien
- Schutzmaßnahmen		Schule, Eltern, Medien
- Verlauf der Infektion		Schule
- Verantwortung gegenüber Partner(n) und Gesellschaft		Schule, Eltern , Medien

- Handlungskompetenz in der „Entscheidungssituation“

???

Was sollten Schüler darüber hinaus wissen?

- Sozialer Umgang mit HIV-Infizierten und AIDS-Kranken
- AIDS-Problematik weltweit
- Ansätze und Schwierigkeiten medikamentöser Behandlung

Problematik schulischer AIDS-Prävention:

HIV-Infektionen finden in seltenen Fällen bei Jugendlichen bis 20 statt, sondern v. a. bei über 30-Jährigen. Daher ist es unabdingbar langfristiges Wissen und dauerhafte Einstellungen zu erzeugen.

3. Praktische Anregungen zu AIDS im Unterricht

Bewusst wurde hier auf rein biologische Beispiele verzichtet, da sie i. d. R. nahe liegend und griffig sind.

Beispiel 1:

AIDS als globale Pandemie

Geographie mit Biologie und Ethik

- HIV und AIDS in Afrika – Soziale, demographische und wirtschaftliche Folgen
- Dritte Welt (reale Situation) - „Eine Welt“-Gedanke (Vision)

Bezug zum Lehrplan (Auszüge):

Realschule: Jahrgangsstufe 7

Ek 7.3 Schwarzafrika (ca. 12 Std.)

... Im Vergleich mit ihrem Lebensalltag lernen sie die Situation schwarzafrikanischer Kinder und

Jugendlicher kennen und stellen fest, dass der Entwicklungsstand eines Landes vom Zusammenwirken verschiedener Faktoren abhängig ist. So werden sie auch aufgeschlossen für die Unterstützung von Entwicklungshilfeprojekten.

- ...
- Kindsein in Schwarzafrika: soziale und wirtschaftliche Probleme am Beispiel eines Einzelschicksals [GE, MRE, PB]
- Hilfe zur Selbsthilfe (an einem konkreten Beispiel) [PB]
- Vertiefung: Krisenkontinent Afrika

Gymnasium: Jahrgangsstufe 8

Geo 8.2.2 Afrika südlich der Sahara

Die Schüler gewinnen einen Einblick in das Zusammenwirken von natur- und humangeographischen Faktoren bei der Gefährdung tropischer Ökosysteme. Daneben diskutieren sie Möglichkeiten und Probleme der Entwicklungszusammenarbeit, womit auch ihre Bereitschaft zur Unterstützung von Entwicklungshilfeprojekten gefördert wird [→ SpG 8.3.1].

- ...
- ausgewählte gesellschaftliche Schlüsselprobleme und Projekte zu deren Lösung

AIDS wird nicht explizit genannt, es bieten sich aber viele geeignete Anknüpfungspunkte!

Anregungen:

- Dimension von AIDS in Afrika – Bevölkerungspolitische Folgen
- Gesellschaftliche und soziale Ursachen – Bildung, Not und Armut, Aufklärung und Aberglaube (Vergleich zum Biologie-Unterricht)
- Ökonomische Auswirkungen – z. B. Industrie in Südafrika; Kosten der medikamentösen Versorgung

Jeweils Vergleiche zur Situation in der „Ersten Welt“ (Deutschland)

Materialien:

- Schulbücher Geographie
- Bundeszentrale für politische Bildung (Stichwort AIDS)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Internet und Printmedien

Beispiel 2:

Moralische, ethische und christliche Wertvorstellungen – Verantwortung, Treue, Enthalt- samkeit

(Ethik, Religion, Deutsch, Biologie)

Gymnasium: v. a. in Jahrgangsstufe 9

Realschule: in Jahrgangsstufe 8, Familien und Sexualerziehung in Jahrgangsstufe 7

Hauptschule: in Jahrgangsstufe 8

Projekt „Werbung/Information für Treue“:

Quelle: AIDS – Materialien für 7. bis 10. Klassen (3. Auflage), BZgA

1. Religion/Ethik vermittelt Normen und Werte als Entscheidungsgrundlagen und Lebenshilfen im Alltag
2. Deutsch liefert Methodisches zu Werbung und Medienerziehung, Umsetzung von Werbeplakaten oder Zeitungsberichten
3. Biologie liefert fachliche Basisinformationen über Ansteckungswege, Krankheitsverlauf und Schutzmöglichkeiten

Bezug zum Lehrplan (Auszüge) am Bsp. der Hauptschule:

Zu 1. Religion (hier katholische Religion):

8.3 Miteinander gehen – Freundschaft und Liebe* *Eth 8.4

Lernziele

„... Indem sie sich mit der eigenen Individualität und Fragen menschlicher Sexualität befassen, sollen sie die Geschlechtlichkeit als kostbare Gabe verstehen, die der Achtung und Wertschätzung bedarf. Die Schülerinnen und Schüler sollen biblische Aussagen zur Beziehung von Mann und Frau kennen und darauf aufmerksam werden, dass Zuneigung, Zärtlichkeit und Sexualität als Formen personaler Beziehung und Liebe lebenslange Prozesse sind. ...“

8.3.1 Auf der Wunschliste ganz oben – einen Freund oder eine Freundin finden

- **Erfahrungen mit Freundschaft; was Jungen und Mädchen voneinander erwarten: Wünsche, Sehnsüchte, Hoffnungen**

8.3.2 Sich selbst annehmen – auf dem Weg zum Frau- bzw. Mannsein Ph/Ch/B 8.3.4

- **Geschlechtlichkeit, ein kostbares Gut (z. B. ... Wertschätzung und Verantwortung als Anspruch an Sprache und Verhalten); menschenwürdige Gestaltung der Sexualität (z. B. persönliche Würde, Schamgrenzen und Intimsphäre)**

Zu 2. Deutsch:

8.2.5 Medien und Medienerfahrungen untersuchen* *G/Sk/Ek 8.1.3, 8.8.3; Ku 8.5

- **Textabsicht und sprachliche Besonderheit von ausgewählten journalistischen Textformen erkennen, belegen und beurteilen, z. B. Nachricht, Kommentar, Reportage, Interview, Leserbrief**

8.3.1 Texte vorbereiten, schreiben und überarbeiten

Zu 3. Biologie:

8.3.2 Infektionskrankheiten

- **HI-Virus als Ursache von AIDS: Ansteckung, Verlauf, Schutz**
- **Verhalten gegenüber Kranken**

8.3.4 Pubertät, Sexualität . KR 8.3.2, Eth 8.4.2

- **- Problematik früher Sexualbetätigung ...**

Fazit:

Für die Umsetzung des Themas AIDS gibt es vielfältige Anknüpfungspunkte sowie umfangreiche und geeignete Materialien. Voraussetzung für weitere Verbesserungen bei der Umsetzung in der Schule ist es, dass das Thema auch weiterhin sehr ernst genommen wird. Die Verantwortung dafür muss, so wie in den Richtlinien für AIDS-Prävention beschrieben, in jedem Fach angenommen werden!

Das Aids-Aufklärungsmanual LIZA – Liebe in Zeiten von Aids: Vorstellung des Manuals und Erfahrungen

Studiendirektorin Sieglinde Cygan-Guglhör, Leiterin des Autorenteam, Gymnasium Bad Aibling

Aids-Prävention durch Stärkung der Allgemeinen Lebenskompetenzen Das Präventionsprogramm LIZA – Liebe in Zeiten von Aids

Für heute Heranwachsende gilt nach wie vor – auch wenn es zunehmend in Vergessenheit gerät: Ihre erste Liebe ist eine *Liebe in Zeiten von Aids*. Schule kann und muss einen wichtigen Beitrag leisten, sie rechtzeitig darauf vorzubereiten, dass sie selbstbestimmt, verantwortungsbewusst und wertegeleitet die große Herausforderung Liebe - Sexualität - Partnerschaft annehmen können. Wie dieser Beitrag der Schule aussehen kann, zeigt das seit 2005 vorliegende Aids-Präventionsprogramm *LIZA* („Liebe in Zeiten von AIDS“).

Nach einer Alarmphase in den 80er und 90er Jahren, als man die Notwendigkeit erkannte, auch an Schulen Aidsprävention durchzuführen, ist in den letzten Jahren das Bewusstsein, dass Aids weiterhin eine virulente Gefahr darstellt, in der Öffentlichkeit wieder gesunken. Wie Untersuchungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Daten des Robert-Koch-Instituts über die Aids-Situation in Bayern zeigen, nimmt in der Bevölkerung eine unbegründete Sorglosigkeit angesichts von Aids-Gefahren zu. Anscheinend wiegen sich Erwachsene und auch Jugendliche wegen der medizinischen Fortschritte durch eine moderne lebensverlängernde Kombinationstherapie in der trügerischen Sicherheit, Aids sei heilbar, also kein Thema mehr. So ist bei Jugendlichen das Wissen um Aidsgefahren lückenhaft, Jugendliche sind in Hinblick auf Ansteckungsgefahren wieder sorgloser, sie praktizieren zunehmend öfter ungeschützten Geschlechtsverkehr, so dass die Ansteckungszahlen in der Bundesrepublik nach einer Phase der Konsolidierung in der Vergangenheit nun wieder kontinuierlich wachsen.

Das Ziel, dieser fatalen Entwicklung gegenzusteuern, sollte eine hohe politische und gesamtgesellschaftliche Priorität haben, damit durch verstärkte Präventionsanstrengungen der momentane Trend zur Sorglosigkeit gestoppt werden kann und mehr noch, wirkungsvolle Präventions-Strategien zur Verhinderung von Neuinfektionen sich etablieren können.

Wie aus einer Pressemitteilung der dpa hervorgeht, hat allerdings seit „9/11“ der Kampf gegen den internationalen Terror zunehmend das Thema Aids aus der öffentlichen Wahrnehmung (auch in Deutschland) verdrängt und die Aufmerksamkeit für die globale Aids-Epidemie verringert, parallel



dazu sei die Bereitschaft zu Spenden für Aktivitäten im Zusammenhang mit Aids weltweit gesunken. Angesichts dieser Entwicklung ist das Regensburger Symposium anlässlich des 25. Jahrestages der Erstveröffentlichung über Aids eine Chance, das Thema Aidsprävention regional und überregional wieder in den Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit zu rücken.

Da die Schule auch und besonders bei der Aidsthematik zu Recht als der Ort angesehen wird, an dem Prävention sinnvoll ansetzen kann, stelle ich im Rahmen dieser Tagung gern das LIZA-Programm als ein erprobtes Konzept zur schulischen Prävention vor. Denn durch schulische Prävention erreicht man alle Heranwachsenden einer bestimmten Altersgruppe und kann Präventionsangebote rechtzeitig, nämlich bevor Jugendliche aktiv Sexualität praktizieren, an sie herantragen.

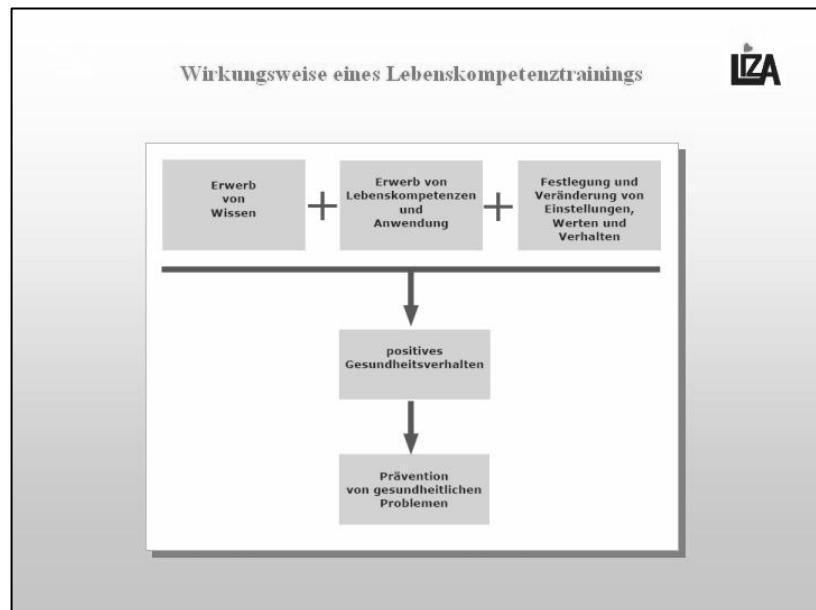
Vor dem Hintergrund der derzeitigen Diskussion über geeignete Präventionsmaßnahmen stellt sich der Ansatz der Persönlichkeitsstärkung und des Trainings der Allgemeinen Lebenskompetenzen nach Maßgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1994) nach wie vor als effektiver, wirkungsvoller, seit langem bewährter Weg dar. Wie in anderen Präventionsbereichen, z. B. in der Suchtprävention oder auch der Gewaltprävention, haben hier Persönlichkeitsstärkung und das Training der „Allgemeinen Lebenskompetenzen“ Vorrang vor isolierter Information und „Aufklärung“.



LISA zielt neben der Vermittlung fundierten biologisch-medizinischen Wissens, das in einen handlungsorientierten Rahmen gestellt wird, besonders auf die Stärkung personaler, sozialer, kommunikativer Kompetenzen ab, durch die Schülerinnen und Schüler zu einer verantwortungsbewussten Einstellung zu Sexualität und Aids geführt werden. Denn wer ein starkes Selbstwertgefühl entwickelt hat, wer selbstbestimmt seine Bedürfnisse und Grenzen wahrnimmt, wer sich dem Anderen klar und angemessen mitteilen kann, wer geübt und gelernt hat, in kritischen Situationen auch einmal „Nein“ zu sagen, der kann auch eher selbstverantwortlich mit Sexualität umgehen.

Dass die Jugendlichen über diese Einstellungen nicht nur rein theoretisch verfügen, sondern sie auch im Ernstfall handelnd umsetzen können, dafür sorgen zahlreiche Übungen und Rollenspiele, in denen relevante Situationen beleuchtet und mit unterschiedlichen Handlungsoptionen durchgespielt werden.

Das primärpräventiv und handlungsorientiert angelegte Programm **LIZA**, von erfahrenen Lehrkräften und Fachleuten aus Aids-Beratungsstellen zur Aids-Prävention in der 8. und 9. Jahrgangsstufe an allen Schularten entwickelt, wurde in enger Kooperation von Gesundheitsministerium, Kultusministerium, dem Institut für Therapieforschung (IFT) München, der Akademie für Lehrerfortbildung und Personalführung (ALP) Dillingen, mit Unterstützung der Firma Roche Diagnostics, Penzberg und Mannheim auf den Weg gebracht.



Die Arbeit mit LIZA hat bereits einen langen Vorlauf:

Eine zweijährige Pilotphase und die Erprobung an verschiedenen Schulen in Bayern konnte Ende der 90er Jahre die Hoffnungen bestätigen, dass LIZA eine wert- und wirkungsvolle Hilfe bei der Aids-Prävention in den Schulen ist. Nach der begleitenden Evaluation durch die Lehrkräfte, die an ihrer Schule die Unterrichtseinheiten erprobt hatten, wurde schließlich das LIZA-Manual von einer Arbeitsgruppe aus Schulpraktikern und Aids-Experten insgesamt einer kritischen Überarbeitung unterzogen, an aktuelle Entwicklungen angepasst und mit didaktischen Hinweisen zur Durchführung ergänzt, um den Praxistransfer zu optimieren. In dieser endgültigen Fassung wurde es als Lehrerhandbuch im Januar 2005 vom Staatsministerium für Unterricht allen weiterführenden Schulen in Bayern zugeschickt.

Das Lehrermanual ermöglicht die Durchführung der insgesamt 21 doppelstündigen Unterrichtseinheiten über zwei Schuljahre (falls gewünscht als fächerübergreifendes Projekt) durch detaillierte Hinweise zur praktischen Umsetzung. Es enthält neben einem kompakten Einführungsteil mit methodischen Erläuterungen (z. B. zu spezifischen Übungen wie Rollenspielen und Entspannungsübungen) und Anregungen zur Organisation genaue Angaben über Ablauf und Zielsetzung jeder der 21 Unterrichtseinheiten.

Im ersten Teil von LIZA geht es zunächst um den Aufbau allgemeiner Lebenskompetenzen, um die Stärkung des Selbstwertgefühls sowie der sozialen und kommunikativen Kompetenzen. Diese sind die persönliche Grundlage des



Kultusstaatssekretär Karl Freller stellte heute (2.12.04) zusammen mit Gesundheitsstaatssekretärin Emilia Müller im Albert-Einstein-Gymnasium München das Aids-Präventionsprogramm „LIZA“ vor. Mit im Bild Dr. Thomas Baier (2.v.li.) von der Fa. Roche Diagnostics und S. Cygan-Guglhör (re.), Leiterin der Arbeitsgruppe LIZA. (Pressemitteilung: KM; Photo: Gesundheitsministerium)

Handelns und häufig entscheidend, wenn es darum geht

- das eigene Selbstbild zu reflektieren
- eine Partnerschaft selbstbewusst zu gestalten
- Verantwortung für sich und andere zu übernehmen
- dem Gruppendruck der Gleichaltrigen zu widerstehen oder
- den durch die Medien erzeugten Zwängen und Leitbildern zu widerstehen.



Im zweiten Teil von LIZA werden die allgemeinen Lebenskompetenzen mit der Aidsprävention verknüpft und für diese nutzbar gemacht.

Die Vermittlung eines fundierten biologisch-medizinischen Wissens über Aids spielt dabei eine wichtige Rolle: von den Übertragungswegen und den Schutzmöglichkeiten bis hin zu den Merkmalen der Krankheit.

LIZA

34. Unterrichtseinheit: Aids-Information

Wie kann ich mich anstecken?

HIV - positive Person

Ansteckende Körperflüssigkeiten:

- Blut
- Spermaflüssigkeit
- Scheidensekret
- Muttermilch

Kontaktperson

Zugang zur Blutbahn

- z. B. durch frische Verletzungen
- Schleimhäute
- intravenöser Drogenmissbrauch

HIV-Test

Die Kontaktperson hat sich infiziert. Sie ist HIV positiv, d. h. das HI-Virus ist in die Blutbahn gelangt. HIV-Antikörper sind erst nach drei Monaten nachweisbar. Das Virus kann nach Eindringen in den Körper sofort weiter gegeben werden.

Die Kontaktperson hat sich nicht mit dem HI-Virus infiziert. Sie ist HIV negativ. Keine HIV-Antikörper nachweisbar.

Faustformel:

- **Infektiöse Körperflüssigkeiten müssen in ausreichender Menge**
- **direkt oder indirekt in die Blutbahn eines anderen Menschen gelangen.**

Kopiervorlage

Folie

© 2005 Cygan-Gughör/Thum

Ebenso wichtig ist jedoch auch die Förderung einer verantwortlichen Einstellung zur Sexualität und zu Aids.

Demgemäß geht es um Themen wie:

- Rollenverhalten zu erkennen und erweitern
- Liebe, Sex und Partnerschaft
- Verhütung
- Aids-Information
- Homosexualität

Das Lehrermanual enthält zusätzlich zu Angaben über den Ablauf der Unterrichtseinheit alle Arbeitsblätter und Folienvorlagen

Themen in den Unterrichtseinheiten und Ebenen

LIZA

- Verantwortung für sich und andere übernehmen
- Den eigenen Körper wertschätzen lernen
- Selbstsicheres Verhalten
- Kommunikationsübungen
- ☐ Methoden der Problemlösung und Angstbewältigung
- Männliche und weibliche Rollenbilder
- Körpersignale für Wohlbefinden erkennen
- Übungen zum Widerstand gegen Gruppendruck
- ☐ Wünsche für die eigene Partnerschaft
- Sprechen über Formen von Sexualität
- Sexuelle Normen
- ☐ Informationen über Aids

sowie didaktische Anregungen und methodische Hilfestellungen. Da für die schulische Aidsprävention die enge Zusammenarbeit mit dem Elternhaus unabdingbar ist, gibt das Manual auch konkrete Anregungen, wie eine solche Kooperation durch die Einbeziehung der Eltern erfolgreich gestaltet werden kann.

Da es sich bei dem LIZA-Programm um ein Lebenskompetenz-**Training** (in dem Haltungen und Verhaltensweisen trainiert werden) handelt, sieht das Curriculum eine ausgewogene und altersgemäße Verknüpfung zwischen Informa-

tion und interaktiven Übungen wie Rollenspielen, Übungen zur Körperwahrnehmung, Bewegungsübungen, Entspannungstraining und kognitiven Übungen vor. Dabei werden bekannte Arbeitsformen von der Stillarbeit über die Partner- und Gruppenarbeit bis hin zu Plenums-Gesprächsrunden und Präsentationen angewendet.



Prävention, wie sie im vorliegenden Manual angeboten ist, besteht dabei aus vier Grundpfeilern mit folgenden Inhalten:

- Ich-Stärkung durch die Reflexion eigener Verhaltensweisen und Einstellungen,
- Training sozialer Kompetenzen und alternativer Verhaltensoptionen
- darin eingebettet: thematische Informationen, z. B. zu Partnerschaftlichkeit, Sexualität, Rollenbildern und AIDS.
- Stärkung der Standfestigkeit gegen Gruppendruck und Medieneinflüsse

Damit bietet LIZA weit über die AIDS-Prävention hinaus den Schülern eine wertvolle Hilfe zur Persönlichkeitsentwicklung und Orientierung. Dass dazu eine modifizierte Lehrerhaltung hilfreich ist, liegt auf der Hand: Der Lehrer wird sich hier weniger als der Unterweisende definieren, die angemessene Rolle ist eher die eines Moderators von Erfahrungsprozessen.

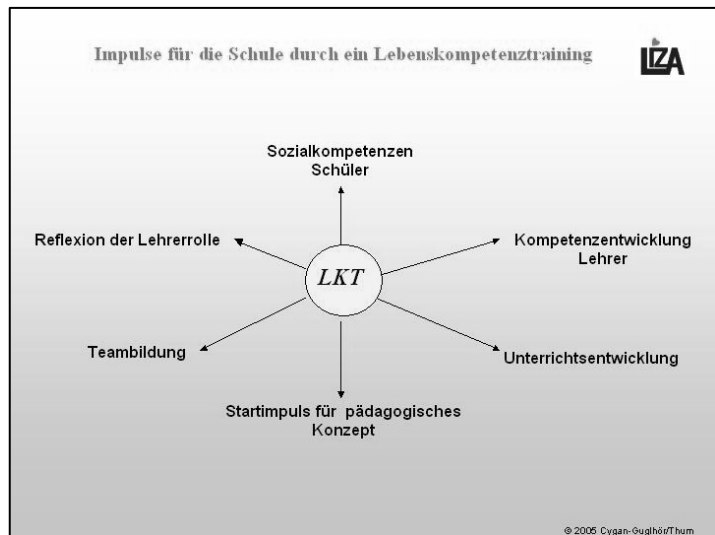


Auch Lehrkräfte, denen es hauptsächlich darum geht, Jugendliche in der oft kritischen Adoleszenzphase dabei zu unterstützen, selbstverantwortlich ihren Weg zu finden, werden das Programm zu schätzen wissen, das darüber hinaus eine gute Grundlage für einen Schulentwicklungsprozess darstellt, da es zur Kompetenzentwicklung aller Beteiligten beiträgt und auch Impulse für die Unterrichtsentwicklung bereithält.

Mit diesem Manual sind die Schulen für die Präventionsarbeit bestens gerüstet, wenn zusätzlich notwendige Ressourcen für LIZA-Fortbildungen und Schulungen bereitgestellt werden können.

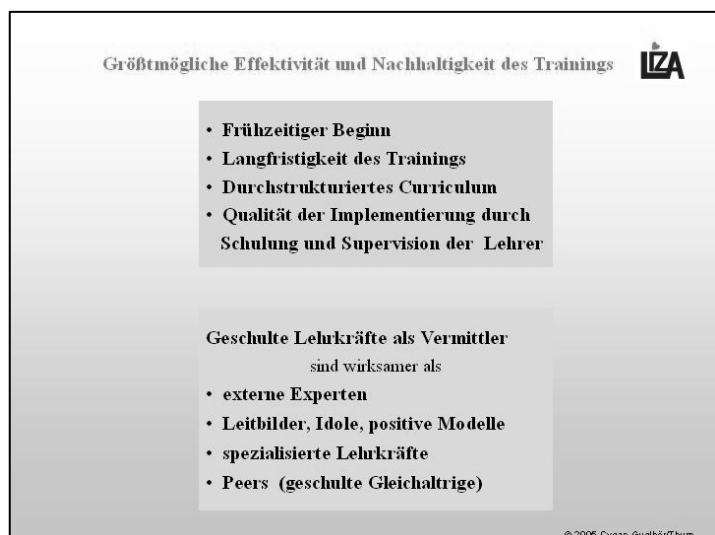
Ohne Schulung oder Fortbildung wird ein Lehrerteam sich seinen Weg alleine suchen müssen. Die Hemmschwelle, es zu probieren, wird dann geringer sein, wenn aufgrund anderweitiger Fortbildungen die Methodik des Rollenspiels, Arten der Gesprächsführung (u. a. Feedback geben, aktiv Zuhören), aber auch Formen von Entspannungsübungen bereits bekannt und eingeübt sind. Genauso wie es sich empfiehlt, bei den spezifischen Unterrichtseinheiten des 2.

Teils (Sexualität, Aids, Homosexualität) externe Experten beizuziehen, ist es sinnvoll, wenn sich auch das Lehrerteam im Verlauf der Arbeit mit LIZA zu unterschiedlichen Themen Experten für eine schulinterne Lehrerfortbildung (SchiLF) holt.



Allen Kollegen, die sich an die Umsetzung des LIZA-Projekts machen wollen, wünschen wir viel Freude, Erfolg, und interessante Erfahrungen.

Alle bayerischen Hauptschulen, Realschulen und Gymnasien verfügen bereits über je ein Exemplar, das Anfang 2005 an die Schulleitungen geschickt wurde. Momentan ist die zweite Auflage des Manuals in Druck. Es kann nach Druckfertigstellung kostenlos bezogen werden über folgende Bezugsadresse:



**Fachpublika Wehner GmbH,
Eggenfelden, Tel. 08721-3841 bzw. Fax: 08721- 5910**

Aids-Aufklärung an bayerischen Schulen – Angebote der Bayerischen Aids-Beratungsstellen Dipl.Psych Doris Stankewitz, Leiterin der Aids- Informations- und Beratungsstelle Niederbayern

Die Psychosozialen Aids-Beratungsstellen verstehen die Schulprävention als einen wichtigen Teil ihrer Aufklärungsarbeit. Unsere Stärke ist dabei eine besondere Authentizität der Präventionsbotschaft, wissen wir doch durch den Kontakt zu Betroffenen, was es auch heute noch bedeutet, mit einer HIV-Infektion zu leben. Ebenfalls von Vorteil ist, dass wir „von außen“ in die Schulen hinein kommen. Dies erhöht die Aufmerksamkeit, und es ist für die Jugendlichen leichter, mit Menschen, die nicht bewerten und zu denen kein weiterer Kontakt besteht, über diesen sehr sensiblen Bereich, der so eng mit Sexualität verwoben ist, zu sprechen.

Es ist schwierig, einen Überblick über die Angebote der Bayerischen Aids-Beratungsstellen zur Schulprävention zu geben, sind sie doch je nach Anbindung an die Träger und deren Schwerpunkten, nach personeller Kapazität, nach Standort in der Großstadt oder im ländlichen Bereich unterschiedlich und auch in den einzelnen Stellen in den vergangenen siebzehn bis zwanzig Jahren verschieden gewachsen. Ich werde versuche, die Gemeinsamkeiten herauszustellen.

Je nach Kapazität und Möglichkeiten der entsprechenden Stelle haben sich in der Schulprävention verschiedene Durchführungsformen herauskristallisiert, die auf jahrelanger Erfahrung beruhen. Inhaltlich gibt es dabei vor allem die beiden Schwerpunkte:

- Infektionswege und Schutzmaßnahmen und
- Lebensumstände HIV-infizierter Menschen.

Infektionswege und Schutzmaßnahmen bilden dabei den zentralen Bestandteil der Information: Nur wenn die jungen Menschen wissen, was gefährlich bzw. ungefährlich ist und welche Möglichkeiten zur Infektionsvermeidung ihnen in ihrem Lebenszusammenhang zur Verfügung stehen, haben sie die Kompetenz, mit der Gefährdung durch HIV umzugehen.

Die Lebensumstände HIV-infizierter Menschen sind zum einen der Bereich, der zu Schutzverhalten motiviert. Gerade in einer Zeit, in der kein realistisches Bild davon mehr vorhanden ist, was eine HIV-Infektion eigentlich bedeutet, ist es notwendig, dies authentisch darzustellen, „Aids ein Gesicht zu geben“, und damit deutlich zu machen, warum es sich lohnt sich zu schützen. Darüber hinaus haben die Aids-Beratungsstellen aber auch in der Aufklärung in Schulen das Ziel, der immer noch vorhandenen Diskriminierung und Ausgrenzung infizierter Menschen entgegenzuwirken.

Den Zentralthemen entsprechend sieht die Durchführung aus. Wichtig ist es, den Bezug zu dem Leben der Jugendlichen herzustellen und sie mit einzubeziehen. Deshalb arbeiten die meisten Aids-Beratungsstellen mit personalkommunikativen Methoden, die Aids-Prävention in den Rahmen der Sexualpädagogik einbetten, ohne aber dabei den gesamten Bereich Sexualität/Liebe/Partnerschaft abzudecken. Deutlich seltener sind Vorträge.

Methodisch werden von vielen der Stellen Teile des Aids-Parcours benutzt, ein von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entwickeltes Methodenpaket. Der Parcours besteht aus fünf Stationen zu den Themen

- Infektionswege,
- Verhütung,

- Leben mit HIV,
- Einstellung zu Sexualität, Liebe, Partnerschaft und Infektionsschutzmöglichkeiten,
- Pantomime (eine Station zur Auflockerung, pantomimisch dargestellt werden sollen Begriffe aus dem Themenfeld Sexualität, Liebe, Partnerschaft).

Ursprünglich wurde der Parcours – daher der Name – als spielerischer Wettbewerb von in Gruppen geteilten Klassen nacheinander durchlaufen. Da dies jedoch eine hohe personelle Kapazität erfordert, bei fünf Stationen sind fünf Teamer erforderlich, arbeiten die Beratungsstellen je nach ihren Möglichkeiten mit auf sie zugeschnittenen Abwandlungen. Zum Teil werden dabei die hauptamtlich Mitarbeitenden durch gut geschulte Ehrenamtliche ergänzt.

Da die Arbeit an den Interessen der Jugendlichen ansetzen, können eine Reihe weiterer Themen angesprochen werden. Häufig angeschnitten werden „Kommunikation in der Sexualität“, Homosexualität, sexuell übertragbare Krankheiten; das Thema HIV-Antikörpertest, eventuell auch Epidemiologie und Krankheitsverlauf/Behandlung ergibt sich aus dem Zusammenhang der gestellten Fragen.

Aids ein Gesicht zu geben wurde als wichtiger Präventionsinhalt dargestellt. Bei vielen Stellen ist der Einbezug von infizierten Menschen in die Schulprävention möglich. Damit verändert sich der Schwerpunkt: Die Schülerinnen und Schüler können hier Betroffene selbst kennen lernen und erfahren, wie sich das Leben durch die Infektion verändert. Dies hilft, eine realistische Sichtweise zu bekommen und wirkt Ausgrenzung entgegen. Leider ist dies nur in geringem Rahmen möglich. Gerade in ländlichen Gebieten befürchten viele Infizierte erkannt zu werden und sind deshalb zu solchen Veranstaltungen nicht bereit.

Über die Standardschulprävention hinaus werden von den Beratungsstellen – oft in Zusammenarbeit mit anderen Stellen, vor allem den Gesundheitsämtern und den Schwangerenberatungsstellen freier Träger – größere Projekte durchgeführt. Dies können Theater- und Kunstprojekte sein, ganze Projekt-tage, Workshops, Podiumsdiskussionen und Lesungen, Infostände und Pausenaktionen, Jugendfilm-tage und Elternabende. Und selbstverständlich stellen wir Material zur Verfügung und helfen bei der Anfertigung von Referaten und Facharbeiten.

Es gibt zwei zentrale Probleme in der Schulprävention der Psychosozialen Aids-Beratungsstellen.

Das erste Problem betrifft die eigentlich notwendige und gewünschte Flächendeckung. Wir sind bei den weiten Wegen und dem geringen Personal nicht in der Lage, in alle Schulen im Regierungsbezirk zu kommen. Deshalb gehen die meisten Beratungsstellen nur in Ausnahmefällen von sich aus auf Schulen zu. Veranstaltungen kommen in der Regel über Anfrage der Schulen zustande, in denen unsere Arbeit schon bekannt ist. Nur in einer Aids-Beratungsstelle ist es durch den Einsatz von Geringverdienern, die durch die Begleitung infizierter Menschen auch die notwendige Authentizität erreichen, möglich eine ungefähre Flächendeckung zu erreichen. Dieses Modell ist aber auf die anderen Regierungsbezirke nicht übertragbar. Die Schulprävention ist nur ein Bestandteil unserer Aufgaben neben der Beratung, der Begleitung Infizierter und anderen Präventionsformen. Mehr personelle Kapazität ist notwendig, wenn eine Flächendeckung tatsächlich das politische Ziel darstellt.

Das zweite Problem scheint dem entgegengustehen: Wir wünschen uns mehr Anfragen, nicht nur für die Arbeit mit Schülerinnen und Schülern selber, sondern auch für Elternabende und vor allem für die Fortbildung von Lehrern. Multiplikatoren-schulung ist ein Schlüsselbegriff. Es ist uns ein Anliegen, Lehrer in die Lage zu versetzen, zumindest Teile der Aids-Prävention selbst übernehmen zu können. Damit könnten wir die geringen Kapazitäten ausgleichen und uns auf die Arbeit konzentrieren, die nur von uns leistbar ist: Die Vermittlung eines realistischen Bildes von Aids.

Noch einige Anmerkungen zum praktischen Vorgehen, wenn Sie Interesse daran haben, die Angebote der Aids-Beratungsstellen zu nutzen:

- Für jeden Regierungsbezirk gibt es mindestens eine (für Oberbayern mehrere) Psychosoziale Aids-Beratungsstelle. Sie haben also auf jeden Fall Ansprechpartner.

- Bitte melden Sie Ihren Bedarf langfristig an und wenn möglich auch nicht als Lückenfüller kurz vor den Ferien.
- Das zeitliche Minimum sind zwei Schulstunden, einige Stellen setzen von vornherein drei Stunden an.
- Möglich ist die Arbeit ab Klasse 8, in Ausnahmen schon ab der 7. Klasse.
- Generell ist unsere Schulprävention in allen Schulformen von der Förderschule, Hauptschule, Realschule Gymnasium bis zur Berufsschule, Berufsoberschule oder Fachoberschule möglich.
- Fragen Sie die zuständige Aids-Beratungsstelle nach den Angeboten und Bedingungen. Wenn Sie selbst schon Vorstellungen haben, klären Sie diese ab. Über das Standardangebot hinaus ist – bei rechtzeitiger Anfrage – vieles möglich.
- Arbeiten Sie mit uns zusammen, bereiten Sie mit uns den Unterricht vor und nach. Seien Sie uns Partner in der Prävention, helfen Sie uns, damit Jugendliche die bestmögliche Aidsaufklärung erhalten.

Aids-Aufklärung an bayerischen Schulen aus dem Blickwinkel der Gesundheitsverwaltung

Elisabeth Suttner-Langer, Regierung der Oberpfalz; Gabi Raithel, Landratsamt/NW Abteilung Gesundheitswesen; Wolfgang Rießelmann, Landratsamt Cham Gesundheitsamt

Allgemeine Präventionsgrundsätze

Aidsprävention in den Schulen findet im Rahmen der Gesundheitsförderung als Präventionsaufgabe von bayerischen Gesundheitsämtern und als Bildungsauftrag der Schule statt.

Neben vielen anderen Themen wie Suchtprävention, Gesundheitsvorsorge oder Sexualpädagogik ist die Aidsprävention an Schulen für die Mitarbeiter/innen der Gesundheitsämter eine wichtige Aufgabe. In diesen Veranstaltungen finden allgemeine Präventionsstrategien Anwendung.

Prävention ist nur wirksam wenn sie langfristig, kontinuierlich, frühzeitig und zielgruppenorientiert angeboten wird. Fächerübergreifende Vernetzung, Nutzung vorhandener Ressourcen und Förderung von Lebenskompetenz sind Richtlinien bei der Auswahl von Präventionsinhalten.

Dabei ist das Ziel aller Veranstaltungen die nachhaltige Vermittlung von Wissen, z. B. über Schutzmöglichkeiten, Ansteckungswege und Hilfsmöglichkeiten und das Weitergeben von Strategien und Hilfen zur Lebensbewältigung.

Fachlich qualifizierte Mitarbeiter/innen der Gesundheitsämter sind Berater/innen für Lehrer oder Schüler, Ausbilder für Multiplikatoren, Kooperationspartner bei Gesundheitstagen und Aufklärungsveranstaltungen sowie Impulsgeber bei Anfragen.

Unterschiedliche Rahmenbedingungen

In der Oberpfalz sind in den Landkreisen insgesamt 7 Gesundheitsämter für die Gesundheitsförderung und HIV-AIDS-Prävention – und damit für ca. 1,1 Millionen Menschen – zuständig.

Bei der Umsetzung der Präventionsarbeit in die Praxis zeigen sich, bei gleicher Ausgangslage aufgrund gesetzlicher Richtlinien, Unterschiede von Amt zu Amt. Welche Gewichtung zum Beispiel dem Thema beigemessen wird, mit welcher Intensität es behandelt und umgesetzt wird, wie viel Personal dafür in den Ämtern zur Verfügung steht und welche Arbeitsbedingungen in den jeweiligen Landkreisen vorherrschen, kann sehr variieren.

Unterschiede zeigen sich auch in der Arbeit mit dem Kooperationspartner Schule. Während bei einem Teil der Bildungseinrichtungen Veranstaltungen zur HIV-AIDS-Prävention fest etabliert sind, greifen andere Einrichtungen die Angebote zur Kooperation durch die Gesundheitsämter kaum oder gar nicht auf.

Unterschiedliche Rahmenbedingungen entstehen auch dadurch, dass die Höhe der finanziellen Mittel, die für HIV-AIDS-Prävention zur Verfügung gestellt werden, von Jahr zu Jahr schwanken. Jahrespläne müssen sich daher immer wieder neu am aktuellen Budget orientieren und diesem angepasst werden.

Veranstaltungen im Rahmen der Sexualpädagogik

Das Thema HIV-AIDS ist in den meisten Schulen Teil des Biologieunterrichtes, oder wird im Rahmen anderer Fächer, wie zum Beispiel Religion oder Ethik, behandelt. Teilweise findet diese Präven-

tionsarbeit in eigener Regie durch die Fachlehrer/innen statt, wobei von Seiten der Gesundheitsämter verschiedene Unterrichtsmaterialien wie zum Beispiel der Verhütungskoffer, Broschüren oder andere Medien ergänzend zur Verfügung gestellt werden können.

Die biologischen, ethischen und sozialen Aspekte der HIV-AIDS-Prävention sind aber auch verbindlicher Unterrichtsgegenstand im Rahmen der fächerübergreifenden Familien- und Sexualerziehung an bayrischen Schulen. An den meisten Einrichtungen wird daher das Thema bei den Unterrichtseinheiten zur Sexualpädagogik aufgegriffen, das von den Fachkräften der staatlich anerkannten Schwangerenberatungsstellen an den Gesundheitsämtern / Landratsämtern durchgeführt wird.

AIDS-Prävention wird dabei in den Kontext von „Liebe – Freundschaft – Sexualität“ gestellt, der für alle Schularten zahlreiche geeignete Einstiegs- und Anknüpfungspunkte zum Thema HIV und AIDS bietet.

Die Anzahl, der in diesem Rahmen von den Gesundheitsämtern durchgeführten Veranstaltungen, ist zwar in den letzten 2 Jahren, wie eine Statistik der Regierung der Oberpfalz zeigt, gleich geblieben. Doch die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die mit den Veranstaltungen erreicht werden konnte, ist in der Oberpfalz im Jahr 2005 um 40% angestiegen.

Im Vorfeld der Behandlung der AIDS-Thematik findet an den Schulen meist eine allgemeine sexuelle Aufklärung, schwerpunktmäßig ab der 5./6. Jahrgangsstufe statt. Die spezielle AIDS-Aufklärung ist auf das 8.-10. Schuljahr fokussiert – in den Schulen zur individuellen Lebensbewältigung meist in der Werkstufe – da sich die Jugendlichen in diesem Alter besonders mit dem Thema Verhütung beschäftigen und sich stärker mit Fragen persönlicher Betroffenheit und Solidarität mit anderen auseinandersetzen.

Beim Zeitaufwand für die AIDS-Prävention zeigen sich, in Abhängigkeit von der jeweiligen Schule, große Unterschiede. Die Zeitspanne kann dabei von einer Stundeneinheit, über einen Projektvormittag, bis hin zu ein- oder mehrtägigen Veranstaltungen reichen. Bei manchen Schulen ist eine Unterrichtseinheit auch Ausgangspunkt für eine Projektarbeit der Schüler/innen zur AIDS-Thematik über mehrere Wochen.

Unterrichtseinheiten werden in den meisten Fällen nach Geschlecht getrennt durchgeführt. Arbeitsform ist größtenteils der Gesprächskreis oder die Arbeit in Kleingruppen. Im Vordergrund stehen dabei das selbständige Erarbeiten von Themen und Fragen, Visualisieren, Schaffen von Meinungsbildern und Handlungsstrategien, sowie das „Miteinander ins Gespräch kommen“.

Eine altersgemäße Sprache und Orientierung am Vorwissen und den Fragen der Jugendlichen ist ein weiterer Grundsatz, sowie die Tatsache, dass gemeinsame Freude und Spaß am Miteinander, ebenso wichtige Faktoren für gelungene Präventionsarbeit sind.

Viele Schulen haben Interesse an Fortbildungsveranstaltungen zur Umsetzung von Unterrichtsinhalten in den jeweiligen Jahrgangsstufen, der Information über geeignete Unterrichtsmaterialien und Medien zur AIDS-Prävention und Sexualerziehung, sowie der Elternarbeit.

Dieser Bedarf zeigt sich auch darin, dass die Zahl der Informationsveranstaltungen für Multiplikatoren, die von den Mitarbeitern/innen der Gesundheitsämter der Oberpfalz im Jahr 2005 durchgeführt wurden, um über 60% zugenommen hat.

Spezielle Veranstaltungen zum Thema Aids

Bei den speziellen Veranstaltungen zum Thema Aids (z. B. Dichterlesungen, Benefizkonzerte, Theateraufführungen, Kunstausstellungen und -projekte,...) sollen gelernte Inhalte verinnerlicht werden. Die kreativen, musischen, künstlerischen und spielerischen Inhalte ermöglichen einen leichteren Zugang zu der Thematik und festigen Wissen nachhaltig. Die Betrachtung des Themas aus verschiedenen Blickwinkeln fördert eine differenzierte Sichtweise und regt zu einer persönlichen und kritischen Auseinandersetzung an.

Resümee

Um unsere Arbeit fachlich qualifiziert weiter zu gewährleisten, ist eine langfristige Verankerung im bayerischen Erziehungs- und Unterrichtsgesetz (EUG) nötig. Eine größere Gewichtung der Thematik AIDS und mehr Raum für Soziales Lernen an Schulen sind ebenso notwendig, wie die intensive Zusammenarbeit der Schule mit den Gesundheitsämtern und anderen Kooperationspartnern.

Im Bereich der Arbeitsbedingungen an den Gesundheitsämtern sind ein Informationsaustausch und regelmäßige Fortbildungen zur Qualitätssicherung hilfreich. Die Sicherung finanzieller Ressourcen ist notwendig um auch zielgruppenspezifisch und aktuell Angebote durchführen zu können.

Die Erarbeitung gemeinsamer Qualitätsstandards zur Aidsprävention an den Gesundheitsämtern könnte dazu beitragen, klarer und mit einer positiven Außenwirkung zu arbeiten. Tatsächlich findet an den Gesundheitsämtern die Vernetzung von verschiedenen Fachbereichen und Facheinrichtungen statt, dieser Vorteil kann genutzt werden Wissen zu bündeln und effektiv einzusetzen. Die Nutzung eines Netzwerks bündelt Ressourcen und fördert Zusammenarbeit und letztendlich Qualität.

Aktuelle Herausforderungen für die Aids-Prävention nach 25 Jahren Aids

Dipl.Psych. Ute Mathyl, Ehemalige Leiterin einer bayerischen Aids-Beratungsstelle

Nathalie war seit drei Jahren HIV-infiziert, als sie, inzwischen an Aids erkrankt, mit 18 ein Testament machte, gerade noch rechtzeitig, bevor sie im Jahr 1994, kurz vor ihrem 19. Geburtstag, starb. Sie schrieb säuberlich auf, was man ihr anziehen solle nach dem Tod, wen man zu ihrer Beerdigung einladen, welche Musik man spielen, wer welche Texte an ihrem Grab sprechen und wer ihre kleinen Habseligkeiten bekommen solle. Immer wenn wir in den darauf folgenden Jahren ihre Geschichte erzählten und den Quilt – einen von der Familie nach ihrem Tod genähten Gedenkteppich - zeigten, in dem sie irgendwie weiter lebte, ist es uns gelungen, die Menschen betroffen zu machen, die uns zuhörten. Sie, dessen waren wir uns sicher, würden nun einiges dafür tun, sich nicht zu infizieren. Aids hatte ein Gesicht bekommen für sie.

Heute wäre die Geschichte von Nathalies kurzem Leben nicht mehr glaubwürdig. Denn HIV-Infizierte erkranken, ein wahres Wunder der medizinischen Entwicklung, erst nach langer Zeit an Aids, und auch dann überleben sie noch viele Jahre. Wer also heute Menschen präventiv anrühren will, der muss andere Geschichten von anderen Schicksalen, anderen Menschen erzählen, um Aids ein glaubwürdiges Gesicht zu geben. Aber er *muss* sie erzählen. Denn mit Panikmache, Abschreckung und dem ewigen Wiederholen von Schutzappellen kommt man an die Menschen weder heran, wenn es ums Rauchen, noch wenn es um HIV geht.

Lassen Sie mich zurückblenden in die achtziger Jahre. Wir - inzwischen längst die „Dinosaurier“ der Aids-Arbeit – hatten es gewiss nicht leicht, als wir aus dem Stand den Kampf aufnahmen gegen die neue Krankheit, Pioniere auf einem nicht bestellten Feld, noch ohne Konzepte, aber mit viel Power. Möglicherweise hatten wir es aber damals leichter, den gesellschaftlichen und politischen Schulterschluss gegen Aids zu erreichen, als es heute, 25 Jahre später, die Aids-Arbeiter haben, wenn sie sich gegen die zermürbende Gleichgültigkeit stemmen, die sich auf allen Ebenen breit gemacht hat. Immerhin waren wir getragen vom Wohlwollen der Gesundheitspolitiker, der Ministerialen, der Medien: Die Infizierten wurden mal bedauert, mal als lebende Zeitbomben diskriminiert, aber Aids war immer ein Thema, über das in der Gesellschaft gesprochen wurde und das sich die Politiker etwas kosten ließen. Dass Aids-Prävention sowie die Begleitung Betroffener nicht zum Nulltarif zu haben waren, konnte der Gesellschaft damals, wenn auch oft nur mit Mühe, vermittelt werden.

So wurde das Pilotmodell Aids-Prävention zum Erfolgsmodell. Aus einer akuten, in ihrer Tragweite gar nicht abschätzbaren Bedrohung, aus Besorgnis, Angst und Panik erwuchs eine richtungweisende Innovation. Es würde uns heute weiter helfen, wenn wir wüssten, warum das Werk so gut gelungen ist. Aber leider gab und gibt es keine begleitende Qualitätssicherung und Evaluation. Man darf deshalb, ich zitiere den Professor für Gesundheitspolitik an der TU Berlin Rolf Rosenbrock, spekulieren, welche der Elemente und Komponenten unserer Kampagnen wie stark – jedes für sich und in Synergie miteinander – gewirkt haben:

- War es der kombinierte Einsatz bevölkerungsweiter Streubotschaften und Kampagnen in Verbindung mit massenhafter persönlicher Beratung?
- War es die Qualität der Botschaften? War es das solidarische gesellschaftliche Klima, das öffentlich vermitteltes Lernen auch in Scham- und Tabubereichen ermöglichte?
- War es die Erweiterung der Gesundheitserziehung um die Unterstützung der Betroffenen?
- War es der soziale Zusammenhalt in den betroffenen Gruppen, vor allem der Schwulen?
- Oder waren es der Problemdruck und die Angst durch die persönliche Konfrontation mit HIV-Infizierten und Aids-Kranken im persönlichen Umfeld?

Wahrscheinlich sei all dies wichtig gewesen, und wahrscheinlich erkläre sich der Gesamterfolg aus der Synergie dieser Komponenten. Aber mit derartig vagen Vermutungen hat man nicht genug in der Hand, um eine im Prinzip bewährte Strategie weiter zu entwickeln oder zu modifizieren.

Dass sie weiter entwickelt und modifiziert werden muss, steht außer Zweifel. Denn so erfolgreich das Pilotmodell war, so sehr bröckelt der Erfolg dieser Innovation. Seit der zweiten Hälfte der 90er Jahre deuten alle verfügbaren Indikatoren darauf hin, dass safer sex und safer use insgesamt langsam, in einigen Szenen dramatisch nachlassen.

Wo die Gründe dafür liegen, ist nicht erforscht. Aber die Fragen, die Rosenbrock in diesem Zusammenhang stellt, führen doch weiter:

- Handelt es sich um ‚normale‘ Ermüdungserscheinungen einer nun schon über viele Jahre laufenden Kampagne?
- Welche Rolle spielt der erfreuliche Umstand, dass Aids-Erkrankungen und Sterben im persönlichen Umfeld immer seltener erlebt werden müssen?
- Hat die nachlassende Präsenz von Aids in den Medien einen Einfluss?
- In welchem Maße hat sich infolge der Kombinationstherapie die Wahrnehmung von Aids in den Zielgruppen von einer tödlichen Bedrohung zu einer behandelbaren chronischen Krankheit gewandelt, vor der man sich nicht mehr so sehr schützen muss?
- Haben wir es mit Effekten nachlassender Präventionsanstrengungen zu tun, verursacht durch die vielerorts schwindende öffentliche Unterstützung sowie durch geringeres Engagement bzw. nachlassende Kreativität der Präventions-Experten?
- Oder haben wir es mit den Folgen des aus der Präventionsarbeit bekannten Problems zu tun, dass die Präventionsbotschaften Menschen mit geringerer formaler Bildung sowie Angehörige anderer Kulturkreise immer schon schlechter erreichten? Tatsächlich verzeichnen wir auf diesem Gebiet immer mehr Neuinfektionen.

Viele Fragen also, und wenig gesicherte Antworten - in jedem Falle aber eine neue Herausforderung, die sich bestimmt nicht bewältigen lässt mit der bloßen Fortschreibung bisheriger Botschaften, Formen und Medien der Aids-Prävention, aber auch nicht mit dem Rezept: „Mehr von demselben“.

Was dann? Ich gehe davon aus, dass ein tragender Bestandteil der Aids-Strategie unverändert ist: das Ziel der Prävention. Es ist die Minimierung der Anzahl der Neuinfektionen und sonst gar nichts. Prävention hat nicht dort anzusetzen, wo sympathische Menschen verkehren, sondern wo Infektionen drohen. Gesundheitspolitik ist keine Moralpolitik. Wer dies vorurteilslos akzeptiert, kommt schnell darauf, dass Präventionsarbeit nicht nur in verschiedenen Gruppen der Allgemeinbevölkerung, sondern zentral auch in Teilszenen der schwulen Welt, in der Stricherszene, in der Beschaffungsprostitution, im Knast und bei Migranten und Asylbewerbern zu leisten ist. Hier sind die Grundpfeiler der Aids-Strategie der 80er Jahre weiter tragfähig, nämlich

- die gründliche und ehrliche Mobilisierung der Öffentlichkeit und der wichtigsten Zielgruppen, unter Benutzung aller verfügbaren Kommunikationskanäle von den Massenmedien über das Bildungswesen bis zum Freizeitsektor,
- die Einbeziehung aller betroffenen Gruppen in den Entwurf und die Umsetzung der Präventionsstrategien,
- die Orientierung darauf, die vom Risiko Betroffenen dazu zu bringen, miteinander offen über das Risiko und seine Vermeidungsmöglichkeiten zu kommunizieren,
- das Bemühen, den Zusammenhalt und die Kommunikation in den betroffenen Gruppen zu schaffen bzw. zu verbessern, und damit individuell und gesellschaftlich erfolgreiches Risikomanagement zu fördern.

Ansonsten lassen sich, wie schon gesagt, die Erfolge der Vergangenheit nicht einfach wiederholen, indem man die Präventionskonzepte fortschreibt. So groß können Plakate gar nicht sein, dass sie nicht untergehen in der wachsenden Gleichgültigkeit der Bevölkerung, die die Bedrohung nicht mehr ernst nimmt – und in der parallel dazu sinkenden Bereitschaft der öffentlichen Hand, Geld für den Kampf gegen Aids auszugeben.

Es braucht in dieser Situation den weitsichtigen Gesundheitspolitiker, der ohne eine emotionalisierte Bevölkerung im Hintergrund, allein aufgrund von Einsicht in die Bedeutung der Aids-Prävention dieser Arbeit ideologisch den Rücken stärkt. Die Anwesenheit und Eröffnung dieses Symposiums durch Herrn Staatssekretär Dr. Bernhard gibt dieser Veranstaltung genau diese politische Rückendeckung, die nicht nur heute, sondern für die gesamte Aids-Arbeit notwendig ist.

Aids-Prävention ist ein gesundheitspolitisches Thema von herausragender Bedeutung, wie die internationale Entwicklung zeigt, die neben der politischen Rückendeckung auch die notwendigen finanziellen Mittel benötigt.

Wenn, wie in den letzten Jahren geschehen, unter dem Druck klammer öffentlicher Haushalte einzelne Personalstellen oder ganze Einrichtungen gekürzt werden oder sich in ihrer Existenz bedroht fühlen, leidet das langjährig vertrauensvolle Verhältnis zwischen dem Ministerium und den Aids-Einrichtungen, sowie die Solidarität und die Kommunikation zwischen den Beratungseinrichtungen. Das Gemeinschaftswerk Aids-Arbeit droht dann zum Einzelkampf zu werden und die Kreativität und das Engagement der Mitarbeiter erschöpfen sich irgendwann, wenn keine Gelder vorhanden sind, diese Ideen auch Erfolg versprechend umzusetzen.

Gibt es dagegen ein Mittel? Ich glaube schon. Wie es uns vor 25 Jahren möglich war, im ersten Schwung die Szene aufzumischen, so wird es heute möglich sein, sich gegen die Müdigkeit zu stemmen, die viele Beteiligte spüren. Ich bin überzeugt, dass unsere Beratungseinrichtungen die Kraft haben, neue Visionen gegen die Lethargie der Menschen zu entwickeln und in ein neues Konzept zu gießen, das zumindest für das nächste Jahrzehnt trägt. Wie ein solches Konzept im Detail aussehen wird, kann und will ich auch gar nicht beschreiben. Es muss passgenau von denen entwickelt werden, die damit arbeiten wollen – und alle Beteiligten – die verschiedenen Psychosozialen Beratungsstellen, die Aids-Hilfen, die Gesundheitsämter, die Schulen, das Ministerium, die Mediziner, die Politiker – müssen darin den ihnen zustehenden und von ihnen zu verkräftenden Part übernehmen.

Einige Gedanken, die zu einem solchen Konzept führen können, möchte ich aber schon darlegen. Ich bitte um Verständnis dafür, dass ich dabei ausgehe von der Situation meiner ehemaligen Kollegen in den Psychosozialen Aids-Beratungsstellen, die ich natürlich am besten kenne.

Ich halte es aber auch für wichtig, dass Sie alle, die in irgendeiner Form mit Aidsberatungsstellen kooperieren - beispielsweise die Lehrer, die Ärzte, die Sexualpädagogen, die Kollegen in den Gesundheitsämtern - wissen, mit welchen Problemen die professionellen Aids-Berater konfrontiert sind. Vielleicht kommen Ihnen ja einige Gedanken durchaus bekannt vor.

- Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, erinnert euch der Gemeinsamkeiten, des offensichtlich in Vergessenheit geratenen seit langem existierenden, von euch erarbeiteten, Rahmenkonzepts, das ja vom Ministerium autorisiert ist. Es hat neben der Aufklärung auch das Ziel, Infizierten ein menschenwürdiges Leben ohne Diskriminierung zu ermöglichen. Der gesamtgesellschaftliche Konsens, über den Einvernehmen besteht zwischen den Menschen, die sich nicht infizieren sollen, den Infizierten, den Politikern, den Ministerialen, den Beratern ist nach wie vor fundamental wichtig.
- Ersetzt Konkurrenzdenken durch Kommunikation - Solidarität stärkt die Position aller Beratungseinrichtungen, und nur im Schulterschluss werdet ihr ein allseits akzeptiertes tragfähiges neues Konzept erarbeiten können.
- Vertraut dabei wie auch in eurer Arbeit auf eure Kompetenz - ihr macht gute Arbeit, auch wenn die Anerkennung weniger geworden ist.
- Fordert aber auch die Kompetenz derer ein, mit denen ihr zusammenarbeitet - jeder ist ja Experte auf seinem Gebiet - und erweitert die Vernetzung, auch wenn das nicht leichter wird dadurch, dass eure Ressourcen für die Aids-Arbeit in den letzten Jahren kontinuierlich beschnitten wurden.
- Verstärkt die Kommunikation mit dem Gesundheitsministerium - ihr als die Experten vor Ort müsst der Behörde die Argumente liefern, mit denen diese den Politikern Mittel für die Prävention abtrotzen kann. Nur so entsteht eine win-win-Situation, in der sich bestimmt niemand aus dem Ministerium anmaßen wird, ohne Respekt vor den Erfahrungen der Aids-Arbeiter vor Ort als „Ober“ einfach den „Unter“, also euch samt euren Argumenten, zu stechen.

- Besteht darauf, dass Arbeit mit Infizierten als humanes Anliegen zu euren Aufgaben gehört und überdies ein Instrument der Prävention ist - zu jeder Neuinfektion gehört ein HIV-Positiver, der für die Prävention als Partner gewonnen werden muss. Sein Verantwortungsgefühl, sein Selbstbewusstsein sind entscheidend dafür, wie er mit seiner Infektion umgeht und ob er sie weiter gibt. Die Wertschätzung, die unsere Gesellschaft Infizierten entgegen bringt, ist entscheidend dafür, ob sich Infizierte als Partner in der Prävention gewinnen lassen.
- Traut euch – packt auch mal kreative und vielleicht sogar riskante Projekte an, statt - um sich keine Probleme einzuhandeln - bloß Mainstreamaufgaben nachzugehen und im alten Trott zu bleiben. Denkt dabei daran, dass man für das Bohren dicker Bretter Zeit braucht.
- Bindet eure Aktivitäten ein in ein erweitertes, enger als bisher geknüpft Netzwerk, in dem es auch mal neue Kooperationsmodelle gibt – der geborene Kooperationspartner für das Gesundheitsministerium zum Beispiel ist doch eigentlich das Kultusministerium, das den Weg in die Schulen ebnen könnte. Das vor Jahren für Schüler erarbeitete Präventionsprogramm LIZA (Liebe in Zeiten von Aids) kommt immer noch nicht breit zum Einsatz. Auch die Zusammenarbeit mit der LZG (Landeszentrale für Gesundheit) ist noch ausbaufähig.
- Erweitert euren Handlungsspielraum. Lasst euch nicht nur über das Kondom definieren – mit dem Gummi baut ihr keine Vorurteile ab, nehmt keine Berührungängste, stärkt Betroffenen nicht den Rücken, ermutigt niemand, zu einem Infizierten zu stehen: Klärt ganzheitlich auf!
- Gebt euch nicht zufrieden damit, wenn Fallzahlen HIV-positiv getesteter Menschen zur Grundlage finanzieller Förderung gemacht werden – tatsächlich sind niedrige Zahlen ja logischer Weise vor allem Folge eines hohen Versorgungsgrads, der nicht in der Präventionsfälle enden darf.
- Entwickelt kreative Ideen für Zielgruppen, deren Zahl auch im Zeichen der Globalisierung wächst, für Homos und Heteros, für Migranten und Aussiedler, für Berufsreisende und Sexreisende und Drogenabhängige und und und ... Näheres über das Präventionsprojekt Jana und die katastrophale Entwicklung der Seuche in Osteuropa werdet ihr im Anschluss hören.
- Differenziert bei der Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern nach Leistungsfähigkeit: Gesundheitsämter zum Beispiel kommen vermutlich besser zurecht in Schulen als mit der schwulen Szene oder mit jungen Menschen, die auf der Suche nach ihrer sexuellen Identität im Coming out sind und eure Unterstützung brauchen. In der Aids-Prävention darf keine Ressource ungenutzt bleiben, aber auch kein Partner überfordert werden.
- Koppelt die Aufklärung mit der Beratung über sexuelle Krankheiten – das kann ein Beitrag dazu sein, dass Aids-Prävention wieder ein breites gesellschaftliches und politisches Anliegen wird.

Ich weiß, das alles sagt sich leicht und tut sich schwer. Unser Freund, der leider zu früh gestorbene Sozialpädagoge Klaus Pfaff, hat es als „ungeheure Aufgabe“ bezeichnet, im Kampf gegen Aids eine „kollektive Einstellungsänderung“ bewirken zu wollen, wie wir das alle auf unsere Fahnen geschrieben haben.

In der Fußgängerzone unseres Tagungsorts Regensburg gibt es eine häusergroße Wandmalerei, die David und Goliath zeigt – ein Bild, das dem biblischen Sieg des guten Schwachen gegen den bösen Starken ein Gesicht gibt. Ich meine, das ist ein gutes Beispiel. Uns geht es ja auch darum, einen Kampf in ein begreifbares Bild zu fassen, Aids wieder ein Gesicht zu geben und so Bewusstsein zu schaffen, eine Vorstellung davon zu vermitteln, was es heißt, infiziert zu sein. Und zu vermitteln, dass auch der vermeintlich Schwächere eine Chance hat, den Kampf zu gewinnen. Lassen Sie uns nicht so sehr von Statistiken sprechen, die, wie es Paul Bakyenga, der Erzbischof von Uganda formuliert, keine Gefühle haben, sondern lassen Sie uns Geschichten erzählen, die berühren. Ich bin damit wieder bei meiner Geschichte von Nathalie. Suchen Sie sich Ihre Nathalie, eine, die in unsere Zeit passt so wie Nathalie in die Zeit der Pioniere gepasst hat. Dann haben Sie einen Schlüssel zu einer effektiven, erfolgreichen Prävention.

Aids-Prävention im Umfeld grenzüberschreitender Prostitution – ein Zwischenbericht nach 10 Jahren Arbeit

Dipl.Soz.Päd. (FH) Elisabeth Suttner-Langer

Leiterin des Aids-Präventionsprojekts Jana

Das Aidspräventionsprojekt JANA arbeitet seit 10 Jahren zielgruppenorientiert und präventiv im baye-risch-tschechischen Grenzgebiet, um die Ausbreitung sexuell übertragbarer Krankheiten vor allem HIV/AIDS zu verringern. Durch die Koppelung von Präventionskampagnen und gezielter Gesund-heitsfürsorge, insbesondere durch spezielle Streetworker-Programme, lassen sich Risikogruppen deut-lich besser erreichen. JANA hat durch umsichtige, transparente, methodisch durchdachte Arbeit auf beiden Seiten der Grenze hohe Akzeptanz erlangt, sowohl in der Szene als auch in Fachkreisen.

Mit der Übernahme der Trägerschaft des Aidspräventionsprojektes JANA hat die Regierung der Ober-pfalz Neuland betreten. Vor 10 Jahren waren das Gelingen und der Erfolg des Projektes nicht abseh-bar.

Als feste Anlaufstelle wurde im grenznahen Ort Domažlice eine Beratungsstelle eingerichtet, die mit zwei Streetworkerinnen besetzt ist. In dem ausgestatteten Untersuchungszimmer findet 1mal wöchent-lich eine ärztliche Sprechstunde statt. Für unsere Klientinnen ist die Beratungsstelle ein Ort der Be-gennung, darüber hinaus haben sie die Möglichkeit Wäsche zu waschen oder zu duschen.

Die von JANA betreuten Frauen kommen aus Osteuropa, etwa 1/3 aus der Ukraine. In den 10 Jahren haben wir mit mehreren 1000 Frauen gesprochen, untersucht wurden bis heute 972 Frauen aus 14 un-terschiedlichen Nationen.

Die Frauen gelangen häufig aufgrund falscher Vorstellungen, Vorspiegelung falscher Tatsachen und aus Verzweiflung in die Prostitutionsszene. Sie stehen unter einem hohen ökonomischen Druck und leben in kompletten Abhängigkeitsstrukturen. Die Meisten haben keine dauerhafte Aufenthalts- oder Arbeitserlaubnis und kehren wieder in ihre Heimat zurück.

Insofern ist die Arbeit von JANA ein kleiner Baustein in einer weltweiten Gesundheitsvorsorge und ein erfolgreiches Beispiel grenzüberschreitender Zusammenarbeit.

Zu Beginn vor 10 Jahren wurden ca. 20 Clubs betreut, jetzt sind es etwa 70. Wie viele Prostituierte sich im Grenzgebiet aufhalten, kann nur geschätzt werden; pro Club arbeiten im Schnitt 4-5 Frauen, jedoch gibt es auch Clubs, in denen bis zu 30 Frauen tätig sind. Bis im Jahr 2002 wurde ein stetiges Ansteigen des Angebots der Prostitution in bordellartigen Betrieben festgestellt. Nach jetziger Ein-schätzung geht die Zahl seitdem leicht zurück. In dem von uns regelmäßig betreutem Gebiet (Land-kreise Domažlice, Tachov und Klatovy) war und ist die Straßenprostitution schon immer eher gering, etwa nur ein Zehntel der geschätzten Gesamtzahl von den in der Prostitution tätigen Frauen bieten se-xuelle Dienstleistungen auf der Straße an.

Die Einreisebedingungen nach Tschechien haben sich im Laufe der Jahre verändert, wodurch sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Land auch im Hinblick auf das Schengener Abkommen ver-kürzt hat. Dadurch ist die Fluktuation der Klientinnen, die aus anderen osteuropäischen Ländern kommen, größer, die Erreichbarkeit für uns schwieriger geworden. Ein zielgruppenorientiertes, frei-williges und anonymes Beratungsangebot ist unbedingt notwendig, um alle Frauen, auch die, die kei-nen legalen Aufenthaltsstatus haben, zu erreichen. Aus unserer Sicht wäre es hilfreich, gerade diesen Aspekt in die Gesetzgebungen der betroffenen Länder einfließen zu lassen.

Die Situation für unsere Klientinnen hat sich im Laufe der Jahre geändert. Das Wohlstandsgefälle zwi-schen den beiden Ländern wird geringer, trotzdem erwarten deutsche Freier weiterhin ein Billigange-bot sexueller Dienste. Zusätzlich zu diesen Forderungen führen die bestehenden Abhängigkeitsstruktu-ren zu einem steigenden Konkurrenzdruck unter den Frauen. Dies bedingt, dass Safer-Sex-Regeln au-ßer Acht gelassen werden und die Ansteckungsgefahr sich erhöht.

JANA beruht auf der Notwendigkeit, der Problematik des Sextourismus an der Grenze zu begegnen und damit die Ausbreitung sexuell übertragbarer Krankheiten, insbesondere HIV/AIDS, einzudämmen. Aus unserem Land kommt hauptsächlich die Nachfrage nach sexueller Dienstleistung. Deshalb hat Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit für Freier einen hohen Stellenwert. Die Umsetzung gestaltet sich für uns jedoch schwierig, da wir Männer nur im Milieuumfeld als Freier ansprechen können. Außerhalb der Szene fühlt sich jeder Mann beleidigt, wenn er als Kunde angesprochen wird. *Den* Freier gibt es nicht. Das sind völlig unterschiedliche Männer: Familienväter, Ledige, Junge, Ältere. Viele kamen schon als Jugendliche mit der Szene in Kontakt. Hier versuchen wir anzusetzen. Bei unseren Infoveranstaltungen an den Schulen sprechen wir mit den Jugendlichen neben gesundheitspräventiven Themen vor allem auch über Prostitution und regen sie an, sich damit kritisch auseinanderzusetzen. Dadurch soll vorgebeugt werden, dass sie leichtfertig und ohne Wertbewusstsein in die Szene geraten.

Die sexuell übertragbaren Krankheiten und HIV/AIDS steigen weltweit an. JANA ist mit seinem gesundheitspräventiven Ansatz auf dem richtigen Weg. Als zusätzliches, neues Angebot können wir seit Oktober 2006 mit einem mobilen Untersuchungsbus den Prostituierten einen noch einfacheren und niederschwelligeren Zugang zum Gesundheitssystem anbieten. Für viele Frauen ist es aus unterschiedlichsten Gründen (zu große Entfernung, Kontrolle des Clubbetreibers oder Zuhälters, keine Ortskenntnisse, ...) nicht möglich unsere Arztpraxis aufzusuchen. Mit dem neuem Angebot können wir direkt bei der Streetwork kostenlos, freiwillig und anonym Untersuchungen und Testungen anbieten.

Mit vielen anderen Aspekten, wie Frauenhandel, Zwangsprostitution oder wirtschaftlicher Not, sind wir bei unserer Arbeit konfrontiert und versuchen den Frauen Hilfestellung zu geben und gemeinsam Lösungen zu erarbeiten. Unsere Hauptaufgabe ist nach wie vor, zu den Frauen Vertrauen aufzubauen und ihnen gesundheitspräventive Angebote nahe zu bringen. Wertungsfrei wollen wir die Stärkung des Selbstwertes erreichen und mit unserer Unterstützung eigenmotiviertes Handeln fördern.

Aids-in Osteuropa – Katastrophe am Rand der EU ?

Dipl.Päd. Frieder Alberth

Connect plus e.V.

Seit 10 Jahren steigt die Zahl der HIV-Infektionen in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion, vor allem in Russland und der Ukraine stark an. Zuerst waren die Drogengebraucher betroffen. Heute sind es vor allem Frauen und Kinder. Im Sommer 2006 waren beim Nationalen Aids-Zentrum in Kiew in der Ukraine über 110.000 HIV-Infizierte registriert. WHO und UNAIDS schätzen die Zahl auf 400.000. Nicht anders in der Russischen Föderation: Die offizielle Zahl liegt bei 350.000, Experten gehen jedoch von über eine Million HIV-Infizierten aus. In den Großstädten in der Ukraine und in Russland sind bald 5 % der Jugendlichen infiziert. Noch ist der Trend nicht gebrochen. Warum gelingt es nicht, die Epidemie zu bremsen?

Nach dem Zerfall der Sowjetunion veränderte sich vieles grundlegend. Die Staaten und auch ihre Bürger mussten nach einer neuen Identität suchen – ein Prozess, der noch lange nicht abgeschlossen ist. Der soziale Umbruch brachte durch die Privatisierung des staatlichen Vermögens ein Oligarchen-System hervor. Es ergaben sich neue Strukturen und Machtpositionen, die die Korruption nicht verringerte, sondern verfestigte. Ideale gingen verloren und die Arbeitslosigkeit nahm zu. Insbesondere für viele Jugendliche gab es keine Arbeit mehr und wenig Ausbildungsmöglichkeiten. Ein Nährboden für Hoffnungslosigkeit und Sehnsucht, dieser Welt zu entfliehen. Afghanistan-Veteranen brachten die Möglichkeit dazu mit, nämlich das Know-how für die Herstellung von Drogen aus Mohn. So war es kein Wunder, dass der Drogengebrauch rasant anstieg. An HIV dachte in diesem Zusammenhang niemand. Für Ukrainer und Russen war AIDS eine Seuche des Westens. Anfang der neunziger Jahre gab es daher kaum Wissen über die Übertragungswege von HIV.

Anfänge in der Drogenszene

Als Beispiel soll von Odessa berichtet werden. Odessa ist die Partnerstadt von Regensburg, eine Hafenstadt am Schwarzen Meer. Nicht unweit dieser Stadt gab es einen Platz, den alle nur „Palermo“ nannten. Dort trafen sich täglich Tausende von Drogengebraucher. Kleindealer gingen mit Gefäßen voller „Shirka“ – so heißt der selbst hergestellte Stoff aus Mohn – durch die Menge und jeder konnte mit seiner Spritze für ein paar Grivna seine Spritze auffüllen. Heute wird die Zahl der HIV-Infizierten in Odessa offiziell mit 16.000 angegeben, tatsächlich dürften es 50.000 oder 60.000 sein.

Alle Bevölkerungsschichten betroffen

Unwissenheit und die politischen Verhältnisse förderten die dramatische Entwicklung am Anfang und fördern bis heute die weitere Ausbreitung. Die Infektion ist längst schon in der Allgemeinbevölkerung angekommen. Drogengebraucher brauchen täglich ihren Stoff. Das kostet am Tag ca. 5 €, umgerechnet. Wie bei uns ist das Geld auf zwei Wegen zu bekommen: Diebstahl oder Prostitution. Prostitution ist in der Ukraine zwar verboten, doch in einem komplizierten Geflecht aus Abhängigkeiten und Profitgier verdienen viele daran. Kaum jemand hat Interesse, das Gesetz tatsächlich umzusetzen oder die Prostitution zu legalisieren. Allein in Odessa wird die Zahl der Prostituierten auf Tausende geschätzt. Über die Freier gelangt HIV in alle Schichten der Allgemeinbevölkerung. Die Zahl der heterosexuellen Männer und Frauen bei den Neuinfektionen steigt. Zu Beginn der Epidemie waren noch 90% der Neuinfizierten Drogengebraucher, heute sind es „lediglich“ 60%.

Fehlendes Problembewusstsein

In den Köpfen der Menschen ist diese Entwicklung aber noch nicht angekommen. Wir alle wissen, dass AIDS erst nach Jahren ausbricht. Dann bekommt die Krankheit ein Gesicht. An AIDS erkrankt sind heute in der Ukraine vor allem die Drogengebraucher und so nimmt es auch die Gesellschaft wahr. Drogengebrauch ist im Verständnis der Gesellschaft und auch im Verständnis der Politiker und Ärzte eine Charakterschwäche. Die Betroffenen werden verfolgt und ausgegrenzt. Mit diesen Men-

schen hat man nichts zu tun, deshalb kann man auch nicht ihre Krankheit haben. Man will nicht begreifen, dass HIV sich bereits überall ausgebreitet hat und jeden betreffen kann.

Immer mehr Frauen infiziert

Insbesondere der Anteil der Frauen bei den Neuinfektionen steigt immer mehr. Sie infizieren sich im Rahmen der Prostitution, die aus ökonomischen Gründen oder aufgrund von Abhängigkeiten betrieben wird, oder sie werden von ihren Männern infiziert, die bei Prostituierten waren. Oft erfahren die Frauen von ihrer Infektion erst, wenn sie gesundheitliche Probleme haben oder wenn sie im Rahmen einer Schwangerschaft vom Frauenarzt getestet werden. Dramatische Berichte von Frauen, die unter Gewalt leiden müssen, die oft durch Alkohol ausgelöst wird, sind keine Seltenheit.

Staatliche AIDS-Zentren

Das ukrainische bzw. russische Gesundheitssystem war auf diese Epidemie nicht vorbereitet. Dennoch gibt es in jeder Stadt ein staatliches AIDS-Zentrum, das alle Aufgaben wahrnimmt: Prävention, Beratung, ambulante und stationäre Therapie und auch Kontrolle. Diese Institutionen funktionieren allerdings nicht effektiv. Die AIDS –Zentren werden zentralistisch geführt, der Patient wird als Befehlsempfänger verstanden. Dorthin wendet sich ein Mensch nur, wenn es nicht mehr anders geht.

Zudem ist das Wissen um HIV und AIDS trotz einer Unzahl von Fortbildungen (für Ärzte? Menschen?) nicht sehr weit fortgeschritten.

Was fehlt, sind somit nicht Strukturen oder Möglichkeiten zur Wissensbildung. Es fehlt einfach am Willen, das Problem auf allen Ebenen anzugehen und zwar bei der Regierung ebenso wie den Ärzten im AIDS-Zentrum. Die innere Einstellung, die eigene Haltung, die ein wichtiger Faktor in der Präventionsarbeit und Therapie ist, verhindert einen unvoreingenommenen Umgang mit dem Thema.

Wie war es bei uns?

Auch bei uns hat es einige Zeit gedauert, bis es die AIDS-Prävention richtig funktioniert hat. In Deutschland waren zuerst die Homosexuellen betroffen. Die anfängliche Ausgrenzung und Stigmatisierung konnte jedoch durch das starke Engagement ihrer Partner, Freunde und Angehörige sowie der Gay-Community verhindert werden. Die ersten AIDS-Beratungsstellen und AIDS-Hilfen wurden gegründet. Als die Epidemie sich dann auf andere Gruppen ausweitete, mussten die zielgruppenspezifischen Präventionsstrategien für Drogengebraucher und Frauen modifiziert werden. Diese Umstellung war auch in den AIDS-Beratungsstellen nicht immer leicht.

Heute sind es die Migranten, die neue Strategien brauchen und die wir noch nicht optimal erreichen. Trotz des breiten Angebots hat man immer wieder das Gefühl, man hinkt der Infektion hinterher. Es dauert auch bei uns zu lange bis die notwendigen Gelder genehmigt sind, bis die Experten die Politiker überzeugt haben und bis die Konzepte vorliegen. Doch in Deutschland stimmt die Richtung. Im europäischen Vergleich haben nur Finnland, Schweden und Norwegen eine geringere Rate. Die kluge Aufgabenverteilung in der Prävention (Rita Süßmuth sei Dank!) und die Einbindung der Selbsthilfe in Prävention, Beratung und Therapie hat Früchte getragen.

Nicht Geld, geistige Werte werden gebraucht!

In der Ukraine und in Russland gibt es dagegen trotz aller Bemühungen immer noch keine effektive Strategie, um die Epidemie zu stoppen und die Betroffenen zu behandeln. Der Grund dafür ist nicht Geldmangel. Der Global Fund, eine Einrichtung der United Nation, brachte 90 Millionen US\$ ins Land – für Prävention und Therapie. Hunderte von inländischen und ausländischen Organisationen entwickeln Konzepte und Programme und setzen diese auch um. Dennoch steigt die Zahl der Infizierten. Dies sollte uns aber nicht davon abhalten, wo immer es geht Projekte zu unterstützen. Nicht unbedingt durch Finanzen, sondern vielmehr durch unsere Offenheit, unsere Beständigkeit und unsere Möglichkeiten mit Partner vor Ort gemeinsam den Kampf aufzunehmen.

25 Jahre Aids: eine persönliche Sichtweise in Bemerkungen und Gedichten

Ernst Häussinger, HIV-infiziert seit über 20 Jahren

Gewidmet meinem Lebensgefährten Christian Noak 1926 – 2000, der mir auch mit seinen Gedichten Mut gemacht hat.

**exitus
ein blatt
fällt aus der welt
unerbittlich
löscht die kerzen
zündet die blumen an**

Während eines Krankenhausaufenthaltes **1985** wurde hinter meinem Rücken bei mir ein HIV-Antikörpertest durchgeführt. Ich wurde weder informiert, noch gefragt. Ein Akt der Willkür? Ein Akt der Entmündigung? Ich verließ damals die Klinik mit der lapidaren Mitteilung HTLV III, HIV-positiv zu sein. Stundenlang lief ich durch die Straßen, wusste nicht wohin. Hätte mich jemand gefragt, wo ich wohne, wo ich Zuhause bin - ich glaube, ich hätte diese Frage nicht beantworten können.

Was war geschehen?

Neben der eigenen Angst verspürte ich ein fremdes Unbehagen, das mich auch heute noch zuweilen befällt. Unsicherheiten und Ängste bestimmten diese Zeit.

Über Freunde kam ich in einen Gesprächskreis mit anderen Infizierten. Wir trafen uns versteckt, wie Geheimbünde. Dort erlebte ich zum ersten Mal, wie andere mit den Ängsten und Problemen umgingen, und bekam das Gefühl, nicht mehr alleine zu stehen. So entstand in der Auseinandersetzung mit AIDS ein Gemeinschaftsgefühl, welches mir half, den Alltag wieder neu in den Griff zu bekommen. Es entstand wieder Vertrauen. Einer von uns, Rudolf, kam auf die Intensivstation. Die Ärzte teilten uns mit, dass er in absehbarer Zeit sterben würde. Trotz der eigenen Lebens- wie Todesangst konnten wir sein Sterben ertragen. Wir betreuten ihn bis zuletzt.

**rudolf 71 jahre
berufssoldat**

**ich mag
nicht mehr
kann
nicht mehr
will
nicht mehr
was ich auch
tue
führt
ins nichts
alles
ins nichtsich frage mich
was mache ich
falsch
was habe ich
falsch gemacht**

**alles
wenn ich
ehrlich bin**

alles

**mein leben
eine einzige
sackgasse**

die krönung
diese krankheit
in meinem alter
ein
doppelleben
habe ich geführt
auf zwei hochzeiten
getanzt
menschen
in die irre geführt
niemandem
die chance
gegeben
mich zu verstehen

mein beruf
die perfektste
farnung
ich habe
lieder gesungen
die ich gehasst
ein gewehr
getragen
jahr für jahr

geschossen habe ich nie

nicht auffallen
um keinen preis
habe ich mich
selbst ausgestossen

bereits
vom tod gezeichnet
bin ich einer gruppe
junger menschen
begegnet
auch ihre gesichter
gezeichnet
vom tod
sie haben
mich begleitet
jeder
auf seine art
ein stück
wie man freunde
begleitet
sie
haben mir
meine würde
zurückgebracht

in letzter minute

so
konnte ich sterben
ohne angst

Trotz der Angst vor Stigmatisierung haben Martin und ich den Schritt in die Aidshilfe gewagt. Am Anfang verband uns nur das Virus. Wir wurden Ansprechpartner für andere HIV-infizierte und AIDS-kranke Menschen. Wir waren bemüht, jedem der kam, die erste Angst zu nehmen. Im Laufe der Zeit erlebte nicht nur ich, dass wir dort unbefangener miteinander umgehen konnten, als in unserem bisherigen Freundeskreis. In der Auseinandersetzung entwickelte sich ein verbindliches Gemeinschaftsgefühl. Ich traute mich wieder Freundschaften zu schließen. Wir erkannten, dass wir unser Schicksal selbst in die Hand nehmen mussten. Wir wollten nicht länger hinnehmen, dass über uns gesprochen wird, sondern wir forderten - und wir fordern noch immer -, dass man mit uns spricht. Das war bitter nötig, weil in weiten Teilen der Gesellschaft der Ruf nach Isolierung, Absonderung und Ausgrenzung immer lauter wurde. Infizierte Freunde verloren Arbeitsplatz und Wohnung. Eltern und

Partner distanzierten sich. Auch ich verlor meinen Arbeitsplatz am Theater.

In dieser Zeit jagte eine Schreckensmeldung die Nächste. Horrorszenarien wurden von Wissenschaftlern und Medizinern entworfen. Es gab hysterische Diskussionen, Panikmache, übertriebene Ängste, Unsicherheiten. Welche Infektionswege gibt es? Kann Sexualität überhaupt noch sicher sein und wie kann sie gelebt werden?

Frühjahr 1986 1. Aidskongress in München mit der Schlagzeile 200 000 HIV-Infizierte in Deutschland. Hochrechnungen zeichneten Horrorvisionen von Neuinfektionen auf.

Körperliche und psychische Unsicherheiten und Ängste bestimmten aber auch das Leben aller Infizierten und Erkrankten. Wo und wie finde ich Hilfe? Wie wird mein Leben weitergehen? Wie schnell werde ich erkranken? Wie lange werde ich noch zu leben haben, Wie werde ich sterben? - Wann? Alle Krankheitsbilder verlaufen zu Beginn der Epidemie absolut tödlich und sind mit qualvollen Schmerzen verbunden. Bekannte und Freunde sterben an Lungenentzündungen (PCP) oder an Toxoplasmose. Der Tod erlöst aus Blindheit (CMV-Retinitis), von der Verpilzung (Mundsoor), vom schmerzhaften Herpes oder von der Progressiven multifokalen Leukencephalopathie (PML)

Intensivstation

**aufschub
dem wahnsinn
entkommen**

**verstrickt
im labyrinth
der schläuche
eingekerkert
in sauerstoffmasken
echolot
dein letztes lebenszeichen
vermummt
die letzten besucher**

**den träumen
dem sinn
entkommen**

**die schmerzen
hat man dir genommen**

**humanes sterben
die letzte gnade**

Die Patienten wurden isoliert und an Schmerzmitteln wird gespart. Begegnungen waren nur mit Mundschutz und Handschuhen möglich. Teilweise wurden medizinische Behandlungen mehr oder weniger verweigert. Gesunde, junge Menschen, vor allem Männer, wurden innerhalb von Wochen zu Greisen und starben qualvoll. Anstelle bei Parties und Festen trafen wir uns immer häufiger in Kliniken und auf Friedhöfen.

klaus 35 jahre

**viele
hast du
begleitet
bis zur
letzten schwelle**

**ungleich
der kampf
du hast verloren
dein gang
trägt dich nicht mehr**

Experten und solche, die sich dafür hielten diskutierten über Werbekampagnen zur Testung der Allgemeinbevölkerung. Prominente und Vertreter aus Politik und Medizin dachten über eine Tätowierung nach. Wo und wie können Infizierte, die „Uneinsichtigen“ isoliert und interniert werden. Mancher hoffte damals, das Problem mit den Schwulen würde sich von alleine lösen. Es war zu einer Selbstver-

ständigkeit geworden, über so etwas zu diskutieren, es fanden sich Schlagworte wie Virusschleudern, Todesbomben in den Medien.

die uneinsichtigen

**das sind die
die nicht begreifen wollen
die infizierten
die erkrankten**

**die werden als erste
erfasst**

die uneinsichtigen

**sand im getriebe
wollen sich nicht
testen
lassen
wollen ihr sexualverhalten
für sich behalten**

da machen wir kurzen prozess

**in luxushotels
werden wir sie einquartieren
mit einem gelben Stern
versteht sich**

solange bis die Lager gebaut.

Noch bevor die Krise um AIDS ihr volles Ausmaß erreichte, taten sich Schwule, ihre Freunde, teils infiziert und andere ihnen solidarisch verbundene Menschen zusammen, und so gründeten sich **1983/84** die ersten Aidshilfen. Sie wiesen Wege aus dem emotionalen Chaos und das persönliche Engagement wurde zur Bewältigungs- und Überlebensstrategie. Aufklärung, Beratung, Betreuung und der Kampf gegen Ausgrenzung waren die zunächst gesetzten Ziele, doch die Begleitung von Menschen mit HIV und AIDS nahm sehr schnell die zentrale Position ein. Zu schnell wurden Berater und Begleiter zu Sterbenden.

März 1987 kam es zum Eklat, als die Bayerische Staatsregierung ihren vom damaligen Innen-Staatssekretär ausgearbeiteten Maßnahmenkatalog zum Kampf gegen AIDS vorlegte. Insbesondere der geforderte Zwangstest für die so genannten Risikogruppen und Beamtenanwärter stieß bei schwulen Organisationen, Aidshilfen und Politikern aus allen Reihen auf große Kritik. Bayerische Aidshilfen sahen ihre anonyme Arbeit in Gefahr.

Während eines privat initiierten Positivtreffens im Waldschlösschen bei Göttingen - es fand damals unter Ausschluss der Öffentlichkeit statt aus Angst vor Diskriminierung, Gewalt und Repressalien - fassten wir den Entschluss, als öffentlich wirksame Antwort gerade in München, in der Höhle des Löwen, ein Treffen mit und für HIV positive und AIDS kranken Menschen aus ganz Europa zu organisieren. **Pfingsten 1988** fand dann trotz großer Probleme, nicht nur finanzieller und planerischer Art, das Positivtreffen unter dem Motto „Mut gehört dazu“ statt. Nicht wie ursprünglich geplant mit 50, sondern mit über 250 Teilnehmern, die alle privat untergebracht werden konnten. Auch Pfadfinder boten Schlafplätze mit Frühstück an. So hatte dieses Treffen mehrere Gesichter, ein öffentliches - ein politisches, - aber auch ein sehr privates. Zum ersten Mal fanden Frauen und Männer den Mut, in der Öffentlichkeit darüber zu reden, wie sich ihr Leben durch das positive Testergebnis verändert hat, und hatten so den Teufelskreis von Panikmache, Angst und Versteckspiel durchbrochen.

„Wir sind mutig, wir bleiben mutig, wir werden anderen Mut machen“ Dieser Spruch vorgetragen in vielen europäischen Sprachen auf dem Marienplatz war Höhepunkt und gleichzeitig erstes öffentliches Bekenntnis HIV positiver und aidskranker Menschen aus ganz Europa. Das europäische Positivtreffen war geboren. Weitere folgten.

Ich blieb nicht in der Anonymität.

Ich gewann Selbstbewusstsein, und ging so gestützt und gestärkt in die Öffentlichkeit.

Den Aidshilfen gelang der Sprung aus den Hinterhäusern und Kellern.

Es entstanden bundesweite Netzwerke zwischen Infizierten und Aidshilfen: (Buddy-Systeme, Positiventreffen, Positivtelefone, HIV-Cafes und Act up).

Es wurden so Foren für eigene Aktivitäten in politischen, gesellschaftlichen und persönlichen Bereichen geschaffen. Beziehungen wurden ermöglicht, verfestigt und vertieft.

„Wie eine Gesellschaft mit ihren Positiven umgeht, daran lässt sich festmachen wie human sie ist“, in Abwandlung dieses Ausspruches ist dieser Satz, auch noch heute, auf die Situation vieler Menschen mit HIV und AIDS anzuwenden

Es herrschte auch ein äußerst fragiles schwules Selbstverständnis. Angesichts der rasanten und bedrohlichen Entwicklung drohte Gefahr auch aus den eigenen Reihen. Es zeigten sich Misstrauen, Diskriminierung, sogar Ablehnung selbst innerhalb der schwulen Szene. Präventionsplakate in schwulen Bars waren keine Selbstverständlichkeit. Infizierte wurden in ihrem Stammlokal zu Außenseitern. Selbst unter Positiven wurden AIDS-Kranke zu Ausgeschlossenen, zu Geächteten.

Vor 25 Jahren wurde in der Gesellschaft AIDS als Schwulenseuche und Schwulenpest wahrgenommen, die sich praktisch ausschließlich innerhalb dieser bestimmten Gruppe überträgt, und die bis dahin unter heterosexuellen Menschen nur bei Drogengebern und Prostituierten auftrat. Die entworfenen Schreckensszenarien erzeugten nicht nur Panik sondern riefen auch zur Hatz gegen Schwule und Drogengebern auf.

Celia
33 Jahre

**die hoch
erhobene hand
vom schwur
gezeichnet
entmündigt
die augen
entmündigt
die lippen
ausgeschlossen
aus der
idylle
kein meineid
kann dich
bestürzen
du allein
kennst die wahrheit
kennst die lüge
deine träume
gekauft
in jeder
währung
bezahlt
kreuzverhöre
machen dich schläfrig
gratwanderungen
halten dich wach
warst du
ein freudenmädchen
wieviel
freude
blieb übrig
für dich
was du willst**

**r u h e
d e i n e n
f r e i s p r u c h**

**so wenig
so viel**

Damals gab es eine Vielzahl von Vorfällen, in denen Menschen unbegründet und unberechtigt denunziert und terrorisiert wurden, weil Nachbarn oder Kollegen einen untypischen Lebenswandel beobachteten und diesen mit einem hohen Infektionsrisiko gleichsetzten. So verdächtigten Mieter andere Mieter der AIDS Krankheit und informierten die Eigentümer. Kollegen wetteten gegen scheinbar homosexuelle Kollegen, die wegen des befürchteten Infektions-Risikos ihre Arbeitsstelle verloren oder schlimmer gar unter entsprechendem Druck ihre Arbeit selbst kündigten.

Trotz und wegen dieser angespannten und angstbesetzten Zeit, trotz der eigenen Bedrohung, trotz des andauernden Miterlebens von Leiden, Sterben und Tod von Nahestehenden, konnten damals viele kreative Kräfte mobilisiert werden.

Die Selbsthilfe entsteht und wächst! Nicht nur „Bewegungsschwestern“, auch versteckte Schwule beziehen Stellung, gehen in die Öffentlichkeit. Eine neue schwule Gleichheit entsteht in dieser frühen Zeit. Arm und reich, intellektuell oder bieder, nicht nur verschiedene soziale Schichten, sondern auch alt und jung waren miteinander verbunden, solidarisierten sich und unterstützten sich gegenseitig. Auch Liebe war mit im Spiel. Wir waren Kindern gleich!

Einige Vorurteile können abgebaut werden. Die Auseinandersetzung mit Drogen und Drogengebrauchern nimmt neue Wege. Ärzte fingen an anzuerkennen, dass Zugehörigkeit, Loyalität, Treue und Liebe zum Schwulsein gehört, und so orientierten sie sich bald an den Bedürfnissen ihrer Patienten. Angebote und Selbsthilfeprojekte für infizierte heterosexuelle Menschen entstehen, später für Migranten. Das Sterben von Freunden ist kein Einzelschicksal mehr, sondern wird zu einer kollektiven Erfahrung.

Ende der 80er Jahre, erreicht die Aidskrise einen Höhepunkt. Es gibt erste Medikamente, doch mit gravierenden Nebenwirkungen (AZT). 1996 gelingt der revolutionäre, medizinische Durchbruch mit der Entwicklung neuer Wirkstoffe und der Erkenntnis, dass nur durch Kombinationen mehrerer Substanzen das Virus in Schach gehalten und eine Resistenzentwicklung verhindert werden kann. Todkranke Patienten gewinnen wieder Perspektiven. Zukunftsplanung ist möglich.

AIDS ist immer noch unheilbar und durch die regelmäßige, lebenslange Medikamenteneinnahme kommt es nicht selten zu schweren Nebenwirkungen.

Fettumverteilungsstörungen sorgen für verändertes Aussehen, stigmatisieren Betroffene.

Strikte Medikamenteneinnahme ist erforderlich um eine Resistenzentwicklung des Virus zu verhindern. Durch diese neuen Therapiemöglichkeiten und Heilungserfolge ist das Thema AIDS noch stärker aus dem öffentlichen Bewusstsein verschwunden. Allgemeine Sparzwänge führen dazu, dass die Unterstützung weiter nachlässt.

Die Schreckensszenarien, welche vor 25 Jahren Panik hervorriefen, sind zumindest in Deutschland nicht eingetroffen. Das frühe, schnelle Sterben, der Kahl Schlag, hat zumindest in westlichen Ländern aufgehört. AIDS hat ein neues Gesicht bekommen.

Die trügerische Sicherheit, der scheinbare Sieg über das Virus, weckt neue Hoffnungen und verleitet zu sorglosem und ungeschütztem Geschlechtsverkehr. Neue Leichtsinnigkeit und steigenden Infektionszahlen vor allem bei jungen Menschen ist beobachten. In Afrika, Russland, China, Indien sind die Neuinfektionen besorgniserregend. In Afrika raffte es ganze Generationen hinweg.

afrika

**das kind
drei jahre alt
verhungert**

**keiner weinte
sie starrte
auf das winzige
grab
die untergehende
sonne**

**blendete sie nicht
die leute
bildeten einen halbkreis
sangen tonlos**

klatschten in die hände

**bewegungslos
stand sie allein**

**sie wusste noch nicht
dass ihr zweites kind
das sie in einem tuch
auf dem rücken trug
inzwischen
auch gestorben war**

**sie muss die gegend
verlassen haben**

**man hat sie
nie wieder gesehen
nie wieder
von ihr gehört**

**im dorf
sprechen die leute
noch immer
von der neuen krankheit**

AIDS ist heute kein öffentliches Thema mehr.

AIDS ist Alltag geworden und es wird als existierendes Risiko weitgehend verdrängt. AIDS ist inzwischen hier bei uns fast eine chronische, eine gutbehandelbare Krankheit geworden. Das Leben und die Lebensqualität vieler HIV – infizierter und AIDS.- kranker Menschen konnte verbessert werden.

AIDS birgt noch immer die Gefahr von Stigmatisierung, Isolation und Ausgrenzung in sich.

AIDS ist nicht heilbar!

Neue Fragen fordern neue Antworten.

Wie stelle ich mich meinen neuen Lebensperspektiven?

Kann ich mich aus den bisher benötigten und in Anspruch genommenen Hilfen lösen?

Wie widme ich mich wieder meinen ganz alltäglichen Dingen?

Wie geht es für mich weiter, wenn ich meine Rente zurückgebe?

Wie kann ich mich neu eingliedern?

Wie bringe ich wieder Beruf oder gar eine Ausbildung, mit dem Einnehmen von Tabletten im Tagesablauf unter?

Nicht nur für Infizierte und Betroffene entstehen dadurch Irritationen, Konflikte, Probleme, und Herausforderungen, sondern auch für die ganze Gesellschaft.

Was wird passieren, wenn die Krankheit AIDS zu einer normalen Krankheit wird?

Bedeutet „normal werden“ seiner positiven Eigenschaften verlustig gehen?

Werden gewachsene soziale Strukturen verkümmern?

Wie immer die Antworten ausfallen, das Thema AIDS bleibt eine Herausforderung!

22 Jahre – eine lange und mühsame Wegstrecke für mich. Vieles ging verloren, von Vielem musste ich mich - mussten wir uns verabschieden. Zu viele Menschen habe ich - haben wir - an die Folgen von AIDS verloren. Eine Wegstrecke voller Bedrohung, voller Schrecken, voller schmerzhafter Verluste und Trauer. Ich habe als Todgeweihter überlebt. Ein Überleben gefüllt von menschlicher Nähe und Intensität, mit viel Freude und Heiterkeit, voller Erlebnisse und gemeinsamer und kreativer Aktionen.

Mein Dank geht an meine Familie, an meine Freunde und an all die helfenden Menschen, ob privat oder in ihren Berufen. Denn diese Menschen verkörpern für mich die Hoffnung mit AIDS besser zu leben und eines Tages AIDS besiegen zu können.

Mein Wunsch an alle Menschen ist, dass sie auch nach 25 Jahren, weiterhin die Situation und die Inte-

ressen der HIV – infizierten und der AIDS – kranken Menschen nicht aus den Augen verlieren, dass wir uns einer kritischen Auseinandersetzung dem Thema AIDS gegenüber weiterhin öffnen und stellen, zur Hilfe, zum Schutz, aber auch zur Warnung an die jungen Menschen und künftigen Generationen.

schüler k

**alle haben es gewusst
nach einer lehrer konferenz
die offizielle verlautbarung
am schwarzen brett**

**der schüler k ist hiv infiziert
informationsmaterial
liegt im sekretariat aus**

**keine diskussionen
nur übereinstimmung**

**der k kann einem leid tun
sagten sie
den jungen bringen wir durch
sagten sie**

**in den klassen
wurde
schillers bürgerschaft
deklamiert**

**man war mit sich
zufrieden
warum auch nicht**

**es folgte ein sommer
der einem die luft raubte
man feierte
das sportfest
das fest der feste
der lorbeer
für die besten der besten
lag bereit
man schätzte
über achthundert gäste
alles
lief wie am schnürchen
der schüler k
die hunder meter
in elf sekunden
frenetischer jubel
welch ein tag**

**unvorbereitet
aus heiterem himmel
geschah
was geschah
beim hürdenlauf
in der zielgeraden
eine panne
ein sturz
ein aufschrei
der menge**

**der schüler k
war gestürzt**

**stand wieder auf
aus einer platzwunde
lief blut
blut
wie wasser aus einer quelle**

lähmendes schweigen
die ihm am nächsten standen
rückten von ihm ab
alle augen
blickten zu boden
ein kreis
entstand
der kreis
wurde grösser
und
grösser

blut ist blut
dachten sie
so
hatte keiner gewettet
man hat nur dieses
eine leben
solange die sache
ansteckend ist
rasch tritt der tod
den menschen an
dachten sie

mitleid
in sekunden
erloschen

in wenigen minuten
es war wie ein spuk
verlor sich die menge
war der platz leer
bedrohlich
die stille

drei menschen
der direktor
ein lehrer
der schüler k
standen
verloren
auf dem rasen
die zeit
stand still
für eine weile

die verantwortung
übernehme ich nicht
schrie der direktor
mit hochrotem kopf

tauben flogen auf

der lehrer
öffnete den verbandskasten
nahm mullbinden heraus
ging
wie in trance auf k zu
er versuchte zu lächeln

sie überschreiten
ihre kompetenzen
schrie der direktor

eine taube
die zurückfliegen wollte
drehte ab

der lehrer
sah die tränen

in den augen von k

lauf nicht davon
nicht jetzt

jetzt nicht

er tupfte die wunde ab
machte einen verband
behutsam
legte er seinen arm
um k schulter

gibt es engel

fragte k

wenn man daran glaubt

der direktor
rief heiser
sie haben blut an ihren händen
vom schuldienst
sind sie suspendiert
schreien
konnte er nicht mehr

ich fahr dich
nach hause

meine eltern sind nicht da
die ganze woche nicht

dann zu mir
ich möchte nicht
dass du heute
allein schläfst
akzeptiert

ok

mein programmvorschlag
für den abend
sportschau
einen krimi
eine übernachtung
im schlafsack

ok

was du nicht wissen
kannst
ich bin ein ausserirdischer

habe ich mir fast
gedacht

ich möchte
dein herz kaufen

ganz einfach so

ganz einfach so

den schlafsack
bekommst du gratis

muss ich
sterben

eines tages
wir alle
hab keine angst
der tod
ist ein altes mädchen
maulwurfsblind
voller gicht
hat mühe die ähren
zu finden
es dauert noch
ein weilchen

rück näher
dann schläfst du
besser ein

schu schu
schu schu

jetzt fallen
dem k
die augen zu
schu schu

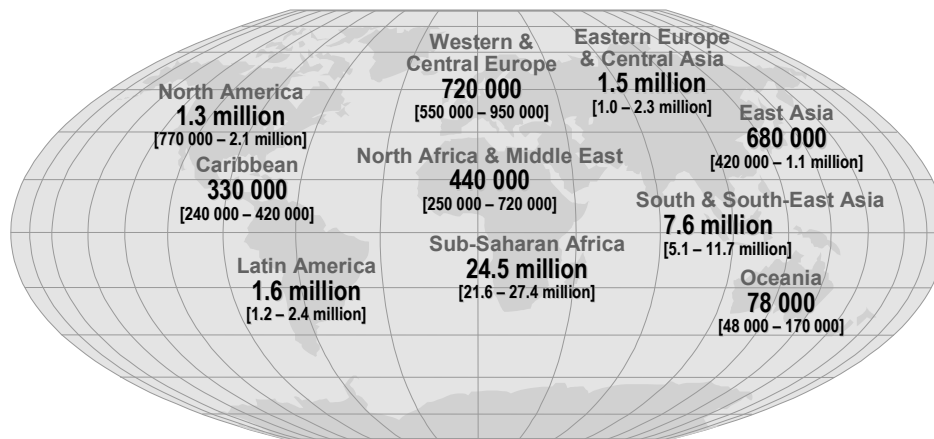
Epilog

Dipl.Psych. Hans-Peter Dorsch

Leiter der Aids-Beratungsstelle Oberpfalz

2006 - die Geschichte von Aids dauert nun seit 25 Jahre an und wir haben im Laufe des Symposiums viel über den aktuellen Stand der Dinge erfahren.

Weltweit betrachtet ist die Katastrophe eingetreten, die vor vielen Jahren befürchtet wurde, wie die folgende Grafik zeigt, die Unaid's Mitte 2006 veröffentlicht hat.



Total: 38.6 (33.4 – 46.0) million

Die Situation in Deutschland ist verglichen mit den meisten Ländern dieser Welt sehr gut. Ca. 50 000 HIV-Infizierte leben hierzulande, alle Aids-Patienten haben Zugang zu HIV-spezifischer medizinischer Versorgung, viele Lebensjahre können gesichert werden. Trotzdem ist ein Leben mit HIV, mit den Medikamenten und den durch sie verursachten Nebenwirkungen niemandem zu wünschen. Und eines hat sich überhaupt nicht verbessert: die Angst der HIV-Infizierten vor dem Stigma, der sozialen Ächtung. Aids ist eben nicht heilbar und auch ein Impfstoff ist nicht in Sicht.

Aids erschließt sich auch bei uns immer breitere Bevölkerungsgruppen: in unserem HIV-infizierten Klientel befindet sich ein Querschnitt durch die ganze Bevölkerung: Politiker, Polizisten, Handwerker, Lehrer, Schulkinder, aber natürlich auch Migranten und selbstverständlich Schwule und Drogenabhängige.

HIV kann jeden treffen, daher müssen wir dafür sorgen, dass auch alle Zugang zum Wissen haben, wie man sich mit HIV infiziert und wie man sich schützen kann und es muss in den Menschen eine ethische Grundüberzeugung gefördert werden, dass jeder Mensch, ich selbst wie die anderen, wertvoll und damit schützenswert ist. Hierin besteht eine wichtige Aufgabe für die Schulen und dieses Symposium hat vielleicht dazu beigetragen, dass in diesem Arbeitsbereich neue Kooperationen entstehen und alte verbessert werden.

Aids-Aufklärung und Prävention ist kein Einzelwerk, sondern eine Gemeinschaftsaufgabe, jeder von uns leistet in seiner beruflichen Funktion einen wichtigen Teil davon, sei es z.B. als Lehrer einer Schule oder als Präventionsfachkraft einer Aids-Beratungsstelle, als Fachkraft einer sexualpädagogischen Einrichtung oder zum Beispiel als Arzt in einem Gesundheitsamt. Genau dafür ein Bewusstsein zu schaffen, war Ziel dieses Symposiums.

Wir wollen mit Ihnen zusammen erreichen, dass die Zahl der HIV-Neuinfektionen so gering wie möglich wird und zugleich, dass die HIV-positiven Menschen selbstverständlicher Teil dieser Gesellschaft sind und bleiben. Niemand von uns leistet dabei als Einzelner wirklich Entscheidendes, aber gemeinsam können wir die Herausforderung annehmen.

Programm des Symposiums „Die Herausforderung annehmen, gemeinsam handeln“

ab 9.00 Uhr	Öffnung des Tagungsbüros				
	<i>10.00 bis 12.00 Uhr: Plenumsveranstaltungen</i>		13.00 - 14.30 Uhr: Seminare A und B Nach Kurzreferaten bleibt für Referenten und Teilnehmer Zeit zur Diskussion der Themen.		15.00 - 16.30 Uhr: Plenumsveranstaltungen
10.00 Uhr	Begrüßung Dr. Wolfgang Kunert, Regierungspräsident der Oberpfalz	13.00 Uhr	Seminar A: Der HIV-Antikörpertest		15.00 Uhr
	Grußwort Markus Sackmann, MdL, Vorsitzender des BRK-Bezirksverband Niederbayern/Oberpfalz		Vorsitz: Dr. Irgard Wölfl, Leiterin des Gesundheitsamts Rosenheim		15.20 Uhr
10.15 Uhr	Grußwort und Eröffnung des Symposiums Dr. Ottmar Bernhard, Staatssekretär im Bayerischen Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz		Der HIV-Antikörpertest: Standards der Beratung und Durchführung; Dr.med. Hans-Joachim Hennig, Anonyme Aids-Beratung der Landeshauptstadt München		15.40 Uhr
10.30 Uhr	25 Jahre Aids – Eine chronologische Einführung in das Thema Dipl.Psych. Hans-Peter Dorsch, Leiter der Aids-Beratungsstelle Oberpfalz (BRK)		Elisa, PCR, Schnelltest und Co.: Was ist von den verschiedenen Testverfahren zu halten? Dr. Uli Marcus, Robert-Koch-Institut, Berlin		16.00 Uhr
10.50 Uhr	HIV in Deutschland, Bayern und den Regionen: ein Blick auf die aktuelle Datenlage Dr. Uli Marcus, Robert-Koch-Institut, Berlin	13.00 Uhr	Wir bringen den Test zu den Menschen: ein Modell der Münchner Aids-Hilfe e.V.; Dipl. Soz. Päd (FH) Michael Tappe,		16.20 Uhr
11.10 Uhr	Die HIV-Infektion und die Möglichkeiten des therapeutischen Handelns Prof. Dr. Bernd Salzberger, Infektiologie der Uniklinik Regensburg		Vorsitz: Dipl. Psych. Doris Stankewitz, Leiterin der Aids-Informations- und Beratungsstelle Niederbayern		16.30 Uhr
11.30 Uhr	Struktur und Strategie der Bayerischen Aids-Arbeit: ein Modell der Bayerischen Aids-Beratungsstellen Dipl. Soz. Päd. (FH) Walter Imhof, Sprecher der Bayerischen Aids-Beratungsstellen und Leiter der Aids-Beratungsstelle der Caritas München		Aids-Aufklärung an bayerischen Schulen: Richtlinien, Stellenwert und Anregungen für die Praxis; Oberstudienrat Dr. Peter Ludwig, Bayer. Staatsministerium für Unterricht und Kultus		
12.00 Uhr	Mittagessen		Das Aids-Aufklärungsmanual LIZA – Liebe in Zeiten von Aids: Vorstellung des Manuals und Erfahrungen; Studiendirektorin Sieglinde Cygan-Guglhör, Leiterin des Autorenteam, Gymnasium Bad Aibling		
			Aids-Aufklärung an bayerischen Schulen – Angebote der Bayerischen Aids-Beratungsstellen; Dipl. Psych. Doris Stankewitz, Leiterin der Aids-Informations- und Beratungsstelle Niederbayern		
			Aids-Aufklärung an bayerischen Schulen aus dem Blickwinkel der Gesundheitsverwaltung; N.N.		
		14.30 Uhr	Kaffeepause		
					Teilnehmerbeitrag: € 15,- Incl. aller Symposiumsunterlagen, Mittagessen und Getränke.
					Überweisung an: Aids-Beratungsstelle Oberpfalz, Kto 106 104 Sparkasse Regensburg, BLZ 750 500 00 unter Angabe des Teilnehmersnamens und des Kennworts „Symposium“
					Anmeldeschluss: Freitag, 3. November 2006
					Hinweis: die Teilnehmerzahl ist begrenzt!! Für die Anmeldung verwenden Sie bitte das Anmeldeformular. Download unter www.aids-beratung-oberpfalz.brk.de Mit der Überweisung des Teilnehmerbeitrags wird die Anmeldung verbindlich und Sie erhalten eine Bestätigung zur Vorlage im Tagungsbüro.

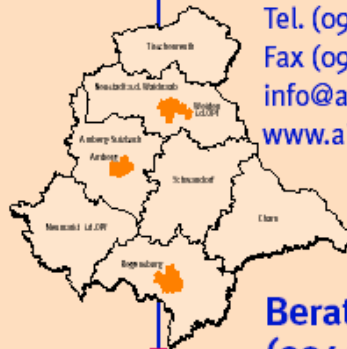
Hand in Hand Gegen AIDS.



Psychosoziale Aids-Beratungsstelle Oberpfalz

Träger: Bayerisches Rotes Kreuz,
Bezirksverband Niederbayern/Oberpfalz

Bruderwöhrdstraße 10
93055 Regensburg
Tel. (0941) 79 13 88
Fax (0941) 79 21 54
info@aids-beratung-oberpfalz.brk.de
www.aids-beratung-oberpfalz.brk.de



Beratung
(0941) 79 13 88

gemeinsam leben
Die Aids-Beratungsstellen in Bayern
leben mit Aids

Spendenkonto

BRK-Spendenkonto für die Aids-Arbeit in der Oberpfalz
Sparkasse Regensburg
Bankleitzahl 750 500 00
Kontonummer 120 022