

PLUS MINUS



MIGRANTENPRÄVENTION DER AIDS HILFE WIEN	3
10 FRAGEN AN MIGAY	4
ABSCHIEBUNG VON HIV-POSITIVEN MIGRANTINNEN	6
HIV/AIDS-PRÄVENTION – EINE FRAGE DER MENSCHENRECHTE	8
A MATTER OF SURVIVAL – MIGRANTINNENSCHICKSALE IN SÜDAFRIKA	9
PERSPEKTIVE AIDS 2010 – AUSBLICK 2010	11
HIV UND DIE NIERE	12
PSYCHOLOGISCHE ASPEKTE IM UMGANG MIT HIV/AIDS	13
REZENSIONEN	16

Die AIDS-Hilfen Österreichs

www.aidshilfen.at

Bei aller Vielfalt einem gemeinsamen Ziel verpflichtet. Verhinderung von Neuinfektionen, Reduzierung der Neuerkrankungen, Weiterbau eines von Solidarität und Toleranz geprägten Klimas für die Betroffenen.



Aids Hilfe Wien · Aids Hilfe Haus · Mariahilfer Gürtel 4 · A-1060 Wien
Tel.: 01/59937 · Fax: 01/59937-16 · E-Mail: wien@aidshilfen.at
Spendenkonto: 240 115 606 00 · (CA-BA 12 000)



Aidshilfe Salzburg · Linzer Bundesstraße 10 · A-5020 Salzburg
Tel.: 0662/88 14 88 · Fax: 0662/88 14 88-3
E-Mail: salzburg@aidshilfen.at · Spendenkonto: 02 025 666 (Raika 35 200)



aidsHilfe Kärnten · Bahnhofstr. 22/ 1 · A-9020 Klagenfurt
Tel.: 0463/55 128 · Fax: 0463/51 64 92
E-Mail: kaernten@hiv.at · Spendenkonto: 92 011 911 (PSK 60 000)



AIDSHILFE OBERÖSTERREICH · Blütenstraße 15/2 · A-4040 Linz
Tel.: 0732/21 70 · Fax: 0732/21 70-20
E-Mail: office@aidshilfe-ooe.at · Spendenkonto: 01 002 161 83
(Hypobank 54 000)



Steirische AIDS-Hilfe · Schmiedgasse 38/ 1 · A-8010 Graz
Tel.: 0316/81 50 50 · Fax: 0316/81 50 506
E-Mail: steirische@aidshilfe.at · Spendenkonto: 92 011 856 (PSK 60 000)



AIDS-Hilfe Tirol · Kaiser-Josef-Straße 13 · A-6020 Innsbruck
Tel.: 0512/56 36 21 · Fax: 0512/56 36 219
E-Mail: tirol@aidshilfen.at · Spendenkonto: 03 893 060 800 (CA-BA 12000)



AIDS-Hilfe Vorarlberg · Kaspar-Hagen-Straße 5/1 · A-6900 Bregenz
Tel.: 05574/46526 · Fax: 05574/46 526-20
E-Mail: contact@aidshilfe-vorarlberg.at · Spendenkonto: 10 193 263 114
(Hypobank 58 000)

Servicestellen der AIDS-Hilfen Österreichs

Redaktionsbüro Aidshilfe Salzburg:

Linzer Bundesstraße 10 · A-5020 Salzburg
Tel.: 0662/88 14 88 · Fax: 0662/88 14 88-3
E-Mail: plusminus@aidshilfen.at

Medienservice Aids Hilfe Wien:

Aids Hilfe Haus, Mariahilfer Gürtel 4
A-1060 Wien · Tel.: 01/595 37 11-81
Fax: 01/595 37 11-17
E-Mail: wien@aidshilfen.at

Impressum:

Medieninhaber und Herausgeber:
Die AIDS-Hilfen Österreichs

Redaktion: Hans-Christian Gruber, Aidshilfe Salzburg, Linzer Bundesstr. 10, A-5020 Salzburg, Tel.: 0662/ 88 14 88, Fax: 0662/ 88 14 88-3, E-Mail: plusminus@aidshilfen.at

Redaktionsbeirat (verantwortlich für den Inhalt):
Drⁱⁿ. Lydia Domoradzki, AIDS-Hilfe Tirol
Drⁱⁿ. Lola Fleck, Steirische AIDS-Hilfe
Drⁱⁿ. Renate Fleisch, AIDS-Hilfe Vorarlberg
DDⁱⁿ. Elisabeth Müllner, AIDSHILFE OBER-ÖSTERREICH
Dr. Günther Nagele, aidsHilfe Kärnten
Mag. Frank Amort, Aids Hilfe Wien
DSA Maritta Teufl-Bruckbauer, Aidshilfe Salzburg

Beiträge von:

Mag. Frank Amort, Hans-Christian Gruber, Mag^a. Birgit Leichsenring, Drⁱⁿ. Sigrid Ofner, Dana Pajkovic, Mag. Klaus Stummer, DSA Maritta Teufl-Bruckbauer

Grafik: Jetzt neu! · **Druck:** Klampfer Druck
Auflage: 8.500 · gedruckt auf Recyclingpapier
Erscheinungsweise: vierteljährlich

PlusMinus ist das Informationsmagazin der AIDS-Hilfen Österreichs. Es richtet sich an alle, die das Thema HIV und AIDS interessiert oder berührt, an Krankenhäuser, ÄrztInnen, Pflegeeinrichtungen, soziale Institutionen, engagierte Privatpersonen – vor allem aber an diejenigen Frauen und Männer, die unmittelbar davon betroffen sind. Praktische und wissenschaftliche Aspekte der HIV/AIDS-Prävention, Neues aus Wissenschaft und Forschung, Aktuelles zur Kombinationstherapie, politische, soziale und gesellschaftliche Fragestellungen zu HIV, AIDS und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten, rechtliche und psychosoziale Aspekte in der Betreuung von Betroffenen, Aktuelles aus den einzelnen AIDS-Hilfen und von internationaler Ebene, Rezension, Daten, Zahlen und Termine sind Inhalt des Magazins.

Unsere LeserInnen sind herzlich dazu eingeladen, uns ihre Meinungen, Anregungen und Wünsche in Form von Leserbriefen mitzuteilen. Die Redaktion ist bemüht, so viele und so vielfältige Stimmen wie möglich zu Wort kommen zu lassen, muss sich jedoch im Einzelfall die Entscheidung über den Abdruck vorbehalten.

PlusMinus wird unterstützt von



Die „MigrantInnen Prävention“ in der Aids Hilfe Wien

von Dana Pajkovic*



*Mag^a. Dana Pajkovic
ist in der Präventions-
abteilung der Aids Hilfe
Wien tätig.

Die Aids Hilfe Wien widmet seit 2008 20 Wochenstunden der Prävention für MigrantInnen. Davor wurde von der Aids Hilfe Wien ein sehr erfolgreiches Projekt, das „Parkprojekt“, ein Mal pro Jahr durchgeführt, welches von der „Frauen Prävention“ koordiniert wurde. Des Weiteren war die Aids Hilfe Wien auch beim EU-Projekt AIDS & Mobility aktiv, das auf internationaler Ebene für MigrantInnen zuständig ist. Darüber hinaus wurde im Seminarprogramm der Aids Hilfe Wien „10 Fragen auf Türkisch zum Thema HIV/AIDS“ angeboten. Nun sind MigrantInnen auch Frauen, Männer, Jugendliche und gehören diversen Berufsgruppen an. Somit kann sehr schnell die Frage auftreten, ob es wirklich notwendig sei, eine eigene Stelle für MigrantInnen zu schaffen. Das ist dann unabdingbar, wenn es darum geht, lebensweltorientiert zu

agieren. Lebensweltorientierung bedeutet in diesem Kontext, auf unterschiedliche Bedürfnisse einzugehen, wie etwa die Sprache und das Wissen, oder auf die Frage, wie tabuisierte Themen in der Prävention mit MigrantInnen angesprochen werden sollen. Auch die „Role Model“-Funktion dürfte hier ein nicht zu unterschätzender Faktor sein.

Inzwischen ist über ein halbes Jahr vergangen, seit dieser Bereich existiert. Was ist bis dato passiert? Was hat sich verändert?

Das Parkprojekt wurde in die Regelabteilung der Aids Hilfe Wien integriert und ist seitdem ein fixer Bestandteil. Das Projekt feiert heuer seinen 10. Geburtstag und ist auch auf internationaler Ebene als „Best Practice Projekt“ bekannt. In der täglichen Arbeit werden Workshops in diversen Vereinen durchgeführt.

Durch Vor-Ort-Arbeit in den Communities ist die Aids Hilfe Wien mit der „MigrantInnen-Prävention“ stärker präsent. So besteht etwa mit der „Bassena“ (Wiener Stadtteilzentrum in der Siedlung Am Schöpfwerk) eine Kooperation. Hier wird speziell die Zielgruppe der MigrantInnen arabischer Herkunft angesprochen. Neben verschiedenen Vor-Ort-Aktionen und Workshops werden zwei Mal pro Jahr Seminare mit speziellen Inhalten zum Thema Migration angeboten. So fand im Herbst 2008 ein Seminar zum Thema „Migration und Gesundheit“ und ein weiteres im April 2009 zum Thema „Migration und das große Tabu“ statt. Dieses nicht nur theoretische, sondern auch interaktive Seminar, präsentierte eine Situationsdarstellung der Lebenswelten von lesbischen, schwulen und transidenten MigrantInnen.

Zehn Fragen an MiGay

von Dana Pajkovic*

*Mag^a. Dana Pajkovic
ist in der Präventions-
abteilung der Aids Hilfe
Wien tätig.

MiGay wurde Ende März mit der Nullnummer präsentiert und ist eine Zeitschrift, welche den AdressatInnenkreis der schwulen, lesbischen und transidenten MigrantInnen sowie alle interessierten LeserInnen ansprechen möchte. Heuer kommt die Zeitschrift noch im Juni, September und Dezember heraus und ist z.B. in der Aids Hilfe Wien erhältlich. Ab 2010 erscheint MiGay alle zwei Monate. TIPP: Alle Fans des Eurovisionsongcontests sollten sich unbedingt die nächste Ausgabe von MiGay besorgen.

Das Interview führte Dana Pajkovic mit Muhamed M. und Yavuz K.

– Wer ist MiGay?

Anfang des Jahres haben wir einen Verein gegründet. Die Zeitschrift, welche unser erstes Projekt ist, wurde Ende März mit der Nullnummer präsentiert. MiGay ist eine Gruppe engagierter Menschen, die einerseits schwul, lesbisch oder transident sind und andererseits großteils in Wien leben und sich für andere schwule, lesbische, transidente Menschen in ganz Österreich bzw. auch in anderen Ländern einsetzen möchten.

– Wer steht hinter MiGay und was macht ihr?

Das Tolle am Team von MiGay ist, dass wir eine Gruppe von Personen sind, die sehr verschiedene Ansichten haben und unterschiedlicher Herkunft sind. Mit der Herkunft ist sowohl der berufliche als auch der regionale Bereich gemeint. Wir haben in unserem Team sowohl AkademikerInnen als auch MitarbeiterInnen, die nicht studiert haben; sagen wir es jetzt prägnant: Menschen aus typischen „GastarbeiterInnenfamilien“. Genauso Personen, die hierzulande sehr viel im aktivistischen Bereich bewegt haben, und solche, die sich bis vor kurzem nicht einmal in die Szene hinein getraut haben. Ich glaube auch, dass



all diese persönlichen Unterschiede etwas zum Abbau unserer eigenen Vorurteile beigetragen haben. Wenn man bei anderen als „Aufklärer“ arbeiten möchte, dann muss man bei sich selbst ansetzen, und ich denke, dass uns diese Unterschiede, auf die wir auch innerhalb der Gruppe stoßen, viel zum Nachdenken gebracht haben und bringen.

– Welche Ziele verfolgt MiGay?

Wir sind aus einer Momentaufnahme entstanden, und diese Momentaufnahme wollen wir weiterentwickeln. Gerade in Wien gibt es MigrantInnen, die schwul, lesbisch oder transident sind und deren besondere Bedürfnisse und Lebenslagen uns dazu angeregt haben, diese in einem Medium zu bearbeiten und die betroffenen Menschen sichtbarer zu machen, deren Wir-Gefühl zu fördern, sie zu informieren und miteinander zu vernetzen. Vieles schließt einander nicht aus, weil ich sowohl schwul als auch Türke sein kann. Es gibt neben dem Paradigma „Bist du schwul oder bist du Türke“ auch noch andere Lebensweisen. Beides lässt sich vereinen, und ich muss nicht jetzt auf einen Teil meiner Identität verzichten, sondern ganz im

Gegenteil: Ich kann mich selbst weiterentwickeln, wenn ich beide oder mehrere Identitäten gleichzeitig pflege. Ich glaube, dass vor allem bei sehr vielen Menschen innerhalb unserer Zielgruppe genau dieses Gefühl gefördert werden muss. Unser Ziel ist es, jene MigrantInnen, die sich nicht in die Szene trauen, zu Hause zu erreichen. Wenn uns das gelingt, dann haben wir unsere Zielsetzung erfüllt.

– Einige Worte zu eurem Format?

Wir haben für die Zeitschrift ein sehr handliches Format gewählt, wobei wir die Gestaltung der Titelseite bewusst sehr unauffällig halten. Was vielleicht seltsam erscheinen mag, ist aus der Perspektive von MigrantInnen das Normalste der Welt. Wir möchten keine auffällige Titelseite, wie z.B. halbnackte Männer oder küssende Frauen, wie dies bei anderen schwul-lesbischen Medien üblich ist. Viele LeserInnen wollen sich zu Hause nicht outen, deshalb unsere bewusst angelegte, unauffällige Titelseite, um genau für diese Menschen da zu sein, für sie etwas zu bewegen, also in erster Linie für die lesbischen, schwulen und transidenten MigrantInnen in dieser Stadt.

– Welche Inhalte möchtet ihr mit den diversen Artikeln transportieren?

Es handelt sich um einen Querschnitt von Themen, die auf der Hand liegen und die sich als natürliche Inhalte für so ein Medium anbieten. Einerseits gehen wir auf die alltäglichen Lebenslagen unserer Zielgruppe ein, die mit den unterschiedlichen Problemen konfrontiert ist, z.B. Fremdenfeindlichkeit, Aufenthaltsgeschichten, Integration als langwieriger, wechselseitiger Prozess, rechtliche Gleichstellung, gesundheitliche Gefährdung etc. Andererseits haben wir einen wichtigen Themenblock im Sinne von: „Wir sind normale Menschen“, „Unsere LeserInnen sind normale Menschen“ usw. Wir möchten MigrantInnen, die zu Hause leben, ein anderes Bild über Homosexualität vermitteln. Wir wollen z.B. dem homosexuellen Iraner zeigen, dass schwules Leben mehr bedeutet, als in irgendwelchen Parks heimlich Sex mit Männern zu haben. Oder einer türkischen Lesbe, die unter Umständen mit noch schwierigeren Problemen zu kämpfen hat, wie z. B. Zwangsheirat, dass es auch anders funktionieren kann. Vielleicht ist dazu mehr Mut, Ausdauer und Flexibilität erforderlich. Aber nicht nur ernste Themen sollen in unserer Zeitschrift Platz finden. Wenn ich mich zurückerinnere: Ich selbst wäre froh gewesen, irgendwo gelesen zu haben, dass es Bücher für Schwule oder Filme über Schwule gibt. Ich kann mich an meine Zeit erinnern und daran, dass ich damals dachte, schwul zu sein bedeute nur, Sex mit Männern zu haben. Wir wollen nicht nur berichten, wie schlimm es ist, schwul/lesbisch und MigrantIn zu sein.

– Stichwort Integration.

Zum Thema Integration möchte ich sagen, dass auch viele Österreicher, die selbst schwul, lesbisch oder transident sind, mit diesem MigrantInnen-thema nicht viel zu tun haben wollen



und oftmals sagen: „Schau, die sind alle Stricher, die sind alle gefährlich und die sind alle brav heterosexuell.“ Integration ist auf beiden Seiten notwendig und nicht nur von MigrantInnen einzufordern. Fremdenfeindlichkeit ist genauso eine Form der mangelnden Integration, weil gelernt werden muss, mit den realen Gegebenheiten umzugehen. Einerseits bekomme ich zu hören, dass ich sehr gut integriert sei, weil ich einen Job habe, brav meine Steuern zahle und Deutsch spreche, andererseits heißt es dann, wenn ich in die Stadt gehe, ich darf nicht in ein Lokal hinein, weil ich wie ein Türke aussehe. Und bin ich als schwuler Türke irgendwo in einer Sauna, heißt es, ich sei ein Stricher und ich werde wieder nicht integriert. Also wo beginnt Integration und wo hört sie auf? Welche Kriterien für Integration gibt es?

– Wo kann MiGay erworben werden und was kostet eure Zeitschrift?

MiGay ist kostenlos und kann in vielen schwul-lesbischen Lokalen, in diversen Vereinen und Organisati-

onen sowie in Jugendzentren abgeholt werden.

– Wie finanziert sich MiGay?

MiGay wird durch private SponsorInnen, durch Spenden von Parteien und diverse große Unternehmen finanziell unterstützt.

– Welche Bedingungen müssen erfüllt sein, damit jemand bei euch mitarbeiten kann?

Man muss Zeit und echtes Interesse daran haben, unsere Ziele, die wir verkünden möchten, zu vermitteln. Es ist uns ein Anliegen, dass wir eine Gruppe von MigrantInnen sind, d.h. aber nicht, dass jemand, der Hildegard, Gondola oder Franz heißt, nicht mitmachen darf.

– Als Schlusswort: Eure Zeitschrift ist dann erfolgreich wenn, ...

Wenn wir den/die MigrantIn zu Hause vor dem PC erreichen, wenn es uns gelingt, ihm/ihr das Gefühl zu vermitteln, dass er/sie nicht alleine ist und dass er/sie keine Angst zu haben braucht und wenn wir den LeserInnen ein Gefühl vermitteln, dass sie zu einer Community gehören.

HIV/AIDS ein Abschiebungshindernis?

Von Maritta Teufl-Bruckbauer*

Ein Situationsbericht über die rechtliche Lage von HIV-positiven und an AIDS erkrankten AsylantInnen in Österreich.

Während in den reichen Industriestaaten der Welt der Zugang zu den erfolgreichen Behandlungsmöglichkeiten gewährleistet ist und sich HIV/AIDS durch den medizinischen Fortschritt zu einer gut zu behandelnden chronischen Erkrankung entwickelt hat, ist die Situation in den Ländern mit begrenzten Ressourcen noch immer sehr bedenklich. Trotz der weltweiten Bemühungen und der immensen Geldflüsse in die von HIV/AIDS stark betroffenen afrikanischen und asiatischen Länder, bleiben nachhaltige Fortschritte sehr begrenzt.

Obwohl es nun schon fast in allen Ländern Programme und Behandlungsmöglichkeiten gibt, haben noch immer ca. 85% aller Betroffenen keinen Zugang zur Therapie.

Auch Menschen aus diesen Ländern, so genannte „Drittstaatsangehörige“, reisen in die EU und auch in Österreich ein. Sie suchen dort Schutz vor Verfolgung und/oder sind auf der Suche nach einem besseren Leben. Da sich die EU aber in den letzten Jahren immer mehr gegenüber Fremden aus den Nicht-EU-Mitgliedstaaten abgeschottet hat, ist es mittlerweile aufgrund der restriktiven Visapolitik vor allem für AsylwerberInnen fast unmöglich, legal einzureisen. Dies hat dazu geführt, dass AsylwerberInnen, die in Europa Schutz vor Verfolgung in Anspruch nehmen wollen, auf die Hilfe von Schleppern angewiesen sind. Schaffen sie trotz aller widrigen Umstände die Einreise nach Österreich, so verschweigen sie meist die Reiseroute, da sie ansonsten keinen Anspruch auf ein Asylverfahren hätten (= Dublin II Verfahren). Bei einigen dieser Menschen wird im Laufe ihres Aufenthaltes HIV oder AIDS diagno-



stiziert. Haben sie laut Genfer Flüchtlingskonvention Anspruch auf Asyl, so werden sie den ÖsterreicherInnen in den Rechten, auch in den Sozialrechten annähernd gleichgestellt. Konnten sie aber während ihres laufenden Asylverfahrens nicht ausreichend nachweisen, dass sie aufgrund von Verfolgung nicht mehr in ihren Herkunftsstaat zurückkehren können, so muss geprüft werden, ob andere Gründe einer Abschiebung entgegenstehen.

Subsidiärer Schutz nach § 8 ist eine Aufenthaltsberechtigung nach dem Asylgesetz und muss in Österreich einer Person zukommen, die, obwohl sie kein Asyl bekommen hat, weil kein Verfolgungsgrund vorliegt, dennoch gefährdet ist, in ihrer Heimat ihr Leben zu verlieren oder Folter, grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung ausgesetzt zu sein. Das Leben einer Person kann aber auch dann gefährdet sein, wenn schwere Krankheit vorliegt und das Leiden nicht oder nur unzureichend im Herkunftsland behandelt werden kann. So ferne dieses Leiden unbe-

handelt Folter gleichkommt, dürfte diese Person nicht abgeschoben werden, das heißt, man könnte hier von einem medizinischen Abschiebungsverbot sprechen! Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte wendet dieses nach Art. 3 EMRK¹ abgeleitete Refoulementverbot jedoch sehr restriktiv an und verlangt außergewöhnliche Umstände, aufgrund derer zwingende humanitäre Gründe gegen die Abschiebung sprechen. Nur in einem einzigen Fall hat er bislang die Abschiebung eines Fremden wegen dessen AIDS Erkrankung für unvereinbar mit Art. 3 EMRK erklärt. Die Kriterien dafür schreibt der Gerichtshof wie folgt fest: „Der Fremde muss an einem besorgniserregenden Gesundheitszustand im fortgeschrittenen Stadium einer Krankheit leiden, es gibt keine verfügbare Behandlung im Heimatland und keine Angehörigen, die den Kranken versorgen können“.

Der Ansturm an unregelter Zuwanderung und die dadurch entstandene Überforderung der Behörden – noch immer warten tausende so ge-

* DSA Maritta Teufl-Bruckbauer ist die Leiterin der Aidshilfe Salzburg.

1) Europäische Menschenrechtskonvention

2) Verfassungsgerichtshof

3) Flüchtlingskonvention

4) United Nations Commission on Human Rights



nannte „Altfälle“ auf ein Verfahren – führte seit Beginn des 3. Jahrtausends zu einer sukzessiven Verschärfung der Fremdengesetze. Diese wiederum lösten viele Härtefälle aus. Der Berufsalltag der AIDS-Hilfen zeigt, dass es Betroffene gibt, die z. T. schon seit 6, 7 oder gar 8 Jahren die Kombinationstherapie erhalten und noch immer keinen gesicherten Aufenthalt in Österreich haben. Ein Abbrechen der Therapie wegen Ausweisung würde in diesen Fällen einem Abschalten einer Maschine gleichkommen. Es ist zu vermuten, dass sich die Mitgliedsstaaten an der hohen Schwelle des EGMR orientieren, in Österreich jedenfalls hat sich der VfGH², die nunmehr letzte Instanz, schon längst der EGMR-Judikatur angepasst. Daher besteht dringender Handlungsbedarf. Die Befürchtung des EGMR, dass bei grundsätzlicher Gewährung von „humanitärem Aufenthalt für AIDS-krankte Menschen“ den Mitgliedsstaaten eine zu schwere Last aufgebürdet werden würde, kann nicht geteilt werden. Denn die Praxis zeigt, dass die Diagnose HIV/AIDS erst in den Zielländern festgestellt wird und es andere Gründe für die Einreise in die EU-Staaten gab.

Derzeit werden in Bezug auf die Behandelbarkeit im Herkunftsland vor allem die Auskünfte von Botschaften und Auswärtigen Ämtern, die in der Regel ein zu optimistisches Bild zeichnen, eingeholt. Viel mehr müssten Gutachten und Berichte von kompetenten Organisationen oder ÄrztIn-

nen, die vor Ort arbeiten, eingeholt werden. Es müssen Richtlinien erarbeitet werden, nach denen Einzelfall bezogen die Schutzbedürftigkeit geprüft werden kann. Wurde diese festgestellt, so müsste daraus eine Erlaubnis zur Niederlassung folgen. Dazu müssten aber schon wieder Gesetze geändert werden, da der Status des subsidiären Schutzes keinerlei Sicherheit für die Betroffenen bietet. Dieser Status ist nur ein vorübergehender, der mit sehr wenig Rechten verbunden ist und zu keiner Aufenthaltsverfestigung führt. Er gewährt immer nur ein Aufenthaltsrecht von bis zu einem Jahr. Auch die soziale Situation der unter subsidiärem Schutz hier lebenden Fremden ist dementsprechend schlecht. Sie wurden hinsichtlich ihrer Rechte und Pflichten den AsylwerberInnen und nicht den anerkannten GFK-Flüchtlingen³ zugeordnet, was der österreichischen Regierung schon mehrmals Kritik vom UNHCR⁴ eingebracht hat. Da sie von der Grundversorgung leben müssen, was ein Einkommen weit unter dem Sozialhilferichtsatz bedeutet, können sie auch kein autonomes Leben führen und sich in Österreich integrieren. Daneben verbietet der Status freie Reisefreiheit, und der Zugang zur österreichischen Staatsbürgerschaft ist verunmöglicht. Auch die seit April 2009 vorgenommene Gesetzesänderung bezüglich humanitären Aufenthalts/Bleiberechts gibt Normen vor, die die meisten HIV-positiven und an AIDS erkrankten Menschen nicht erfüllen können.

Nur ein Beispiel sei hier genannt: Die Selbsterhaltungsfähigkeit! Auch die Möglichkeit einer „Patenschaft“ bei Nichterfüllung aller wesentlichen Punkte für den Erhalt eines humanitären Aufenthaltes wird wohl nur totes Recht bleiben. Weder soziale Organisationen noch Privatpersonen werden die finanziellen Mittel dafür lukrieren können und wollen.



HIV/AIDS-Prävention ist auch eine Frage der Menschenrechte

Von Drⁱⁿ. Sigrid Ofner



Über 33 Millionen Menschen leben weltweit mit HIV/AIDS, etwa 2,1 Millionen sterben jährlich an der erworbenen Immunschwäche. Woran liegt es, dass die Pandemie bis heute, mehr als ein Vierteljahrhundert nach der Entdeckung von HIV, nicht eingedämmt werden konnte?

Unter anderem daran, wie mit Menschen umgegangen wird, meint der Experte Ralf Jürgens, der im März im Aids-Hilfe-Haus in Wien bei einem Workshop¹ sprach.

„Ohne Durchsetzung der Menschenrechte ist ein erfolgreicher Stopp der Epidemie kaum möglich“, ist Ralf Jürgens, Jurist und Mitbegründer des „Canadian HIV/AIDS legal Network“, überzeugt. Es ist kaum vorstellbar, aber weltweit haben ca. 85% der Menschen, die ein hohes Risiko haben, sich mit HIV zu infizieren, keinen Zugang zu Präventionsmaßnahmen. Jürgens, der heute als Berater für die

Themen Gesundheit und Menschenrechte unter anderem für die WHO tätig ist, erklärt: „Wegen Menschenrechtsverletzungen sind in vielen Staaten der Erde bestimmte Bevölkerungsgruppen, zum Beispiel Jugendliche, Frauen, DrogengebraucherInnen, Männer, die Sex mit Männern haben, und Häftlinge, besonders vulnerabel für HIV/AIDS.“

In vielen Staaten Afrikas, ist es für Frauen unmöglich, zuzugeben, dass sie HIV-infiziert sind. Sie würden von ihren Männern verstoßen werden. In manchen Ländern darf die Aufklärung Jugendlicher über die Ansteckungswege mit HIV und die Möglichkeiten, sich zu schützen, erst ab einem gewissen Alter einsetzen. Homosexualität ist überhaupt in vielen Gegenden der Erde ein absolutes Tabuthema.

Menschenrechte werden auch 2010 ein Thema sein

Mittlerweile gibt es ein Netzwerk mit dem Titel „Menschenrechte und HIV/AIDS – jetzt erst Recht“, das von Ralf Jürgens gemeinsam mit anderen AktivistInnen gegründet wurde und nun schon 650 Initiativen umfasst. Das Netzwerk ist weltweit tätig, denn auch in Industriestaaten, wie Österreich, kommt es vor, dass Menschen, die mit HIV/AIDS leben diskriminiert werden. Die AIDS-Hilfen Österreichs haben auf diese Problematik in ihrem Bericht mit dem Titel „POSITIV LEBEN OHNE UNTERSCHIED“ hingewiesen, der in PlusMinus 4/08 publiziert wurde.

Ralf Jürgens ist bereits intensiv mit den Vorbereitungsarbeiten zur Welt-AIDS-Konferenz 2010, die in Wien stattfinden wird, beschäftigt. „Wir werden im wissenschaftlichen Programm wieder eine eigene 'Schiene'

für HIV/AIDS und Menschenrechte haben“, sagt der Experte und verrät weiters: „Wien ist ein guter Platz für Menschenrechtsangelegenheiten, es werden sehr viele Leute kommen. Wir wollen von der Konferenz ausgehend einen Marsch für 'HIV/AIDS und Menschenrechte' veranstalten, der mit einem Konzert enden soll.“

Hauptaugenmerk wird bei der Internationalen Welt-AIDS-Konferenz in Wien unter anderem auf die Staaten des ehemaligen Ostblocks gelegt werden. Dort steigen die Zahlen an HIV-Neuinfektionen nach wie vor sehr stark an, und Menschenrechtsverletzungen stehen effektiven Präventionsprogrammen häufig im Wege, wie Ralf Jürgens berichtet: „Obwohl in Osteuropa die Zahl der HIV-infizierten Menschen eng mit dem Drogenproblem zusammenhängt, sind DrogengebraucherInnen bei den Präventionsmaßnahmen unterrepräsentiert. In vielen Ländern Osteuropas haben GefängnisinsassInnen keinen Zugang zu antiretroviraler Behandlung bzw. zu HIV-Prävention.“ Spritzentauschprogramme, wie sie bei uns und in vielen anderen Staaten bereits seit Jahren üblich sind, sind eine Form der „harm reduction“, die helfen, die Zahl der HIV-infizierten DrogengebraucherInnen nicht ständig weiter anwachsen zu lassen.

Um die HIV/AIDS-Pandemie eindämmen zu können, ist es unverzichtbar, dass medikamentöse Therapie und Prävention die Menschen, die diese benötigen, erreichen. „Das Einhalten der Menschenrechte ist kein Allheilmittel“, weiß auch Ralf Jürgens, „aber es ist klargeworden, dass Menschenrechtsverletzungen ein fundamentales Problem für den Kampf gegen HIV/AIDS sind.“

1) „Human Rights and HIV/AIDS“, Wien, 24. März 2009

A matter of survival

*MigrantInnenschicksale in Südafrika von Hans-Christian Gruber**



**) Hans-Christian Gruber ist seit 2008 für das Redaktionsbüro der AIDS-Hilfen Österreichs tätig.*

In ungefähr einem Jahr beginnt die Fußball-Weltmeisterschaft in Südafrika. Schon seit längerer Zeit fragen sich daher die Verantwortlichen der FIFA, ob das Land an der Südspitze Afrikas bis dahin seine Probleme in den Griff bekommen kann. Den Gästen dieses Spektakels soll sich die Regenbogensnation schließlich in bestem Licht präsentieren. Das Bild des freundlichen Landes, wie es sich seit der Präsidentschaft von Nelson Mandela darstellt, wird seit einigen Monaten durch fremdenfeindliche Übergriffe auf MigrantInnen aus dem Nachbarstaat Simbabwe getrübt.

Simbabwe, im Norden von Südafrika gelegen, erlebt seit der „Wiederwahl“ von Präsident Robert Mugabe einen dramatischen Verfall. Zu den politischen Unruhen und der völlig desaströsen Wirtschaftslage kam im Jahr 2008 eine Choleraepidemie.

Simbabwe leidet dazu unter einer der höchsten HIV-Raten weltweit – ein funktionierendes Gesundheitssystem ist allerdings nicht vorhanden. In den letzten zehn Jahren sank somit die Lebenserwartung von 55 auf 44 Jahre. Daher verlassen viele Simbawwer ihr Land. Hauptmigrationsziel ist Südafrika. Dort sind in den letzten Jahren

drei Millionen illegaler Einwanderer aus dem Norden angekommen.

Ein von „Ärzte ohne Grenzen“ (MSF) im Juni herausgegebener Bericht schildert die Umstände der Flucht und die Lebensbedingungen der MigrantInnen in Südafrika. So ist der Weg durch den Krokodilfluss Limpopo oft dem durch den Busch vorzuziehen, lauert dort doch die Gefahr, von Banditen, den so genannten Guma-Gumas, überfallen und beraubt zu werden. Frauen und Kinder sind hierbei besonders gefährdet: Jede Zweite berichtet über Vergewaltigung durch Schlepper, Banden oder



Soldaten. „Ärzte ohne Grenzen“ stellte allein in der kleinen Grenzstadt Musina bei 391 im April 2009 durchgeführten HIV-Tests eine 35 prozentige HIV-positiv-Rate fest.

In Südafrika angekommen, haben die Flüchtlinge den Status illegaler Einwanderer und somit keinen Anspruch auf Gesundheitsversorgung oder sonstige soziale Unterstützung. Es bleibt also nur der Weg, sich als billige Arbeitskraft auf Tagelöhnerbasis zu verdienen und zu hoffen, für die Arbeit auch bezahlt zu werden. Zwischen 80 und 100 Rand am Tag, umgerechnet etwas weniger als 10 Euro, können mit diesen Gelegenheitsjobs verdient werden.

Ziel der größten Zahl der MigrantInnen ist die Metropole Johannesburg. Hier wohnen sie zumeist im Stadtteil Hillbrow, der berüchtigt ist für seine Schwindel erregende Kriminalitätsrate. Wird ein/e MigrantIn Opfer eines Verbrechens kann er/sie keine ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, zu groß wäre die Gefahr, gemeldet und dann unweigerlich abgeschoben zu werden. Sexuelle Gewalt gegen Frauen ist in Südafrika sehr häufig, besonders die Gruppe der Migrantinnen ist hier betroffen. Laut einer diesjährigen Studie des MRC (Medical Research Council) gaben 27,6 % der befragten Männer an, bereits mindestens einmal ein Mädchen oder eine Frau vergewaltigt zu haben. Jeder Fünfte dieser Männer war HIV-positiv. Einer von vielen Gründen für die Tat mag die weit verbreitete Vorstel-

lung sein, dass Sex mit einer Jungfrau eine Heilung von HIV/AIDS bewirkt.

„Ärzte ohne Grenzen“ beklagte in dieser Studie die verweigernde Hilfeleistung von Seiten des Klinikpersonals. ÄrztInnen wie auch Krankenpflegepersonal wiesen Hilfesuchende mit teilweise rassistischen Bemerkungen weg. Besonders seit dem Pogrom gegen MigrantInnen im Mai 2008 in der Township Alexandria und den Provinzen Gauteng und Western Cape hat sich die Lage dramatisch verschlechtert. Werden Behandlungen illegaler MigrantInnen nicht gemeldet, drohen ÄrztInnen jetzt empfindliche Strafen. Die Regierung verstärkte nach den Unruhen die Kontrolle und Abschiebung von illegalen MigrantInnen. Auch geraten öffentliche Stellen immer mehr durch gerichtsanhängige Klagen von Privatpersonen und Unternehmen wegen angeblicher Untätigkeit im Flüchtlingsproblem unter Druck.

Bedauerlicherweise ist zur Zeit keine Lösung in Sicht. Die Bedingungen für eine Besserung der Lage im Bereich HIV/AIDS sind in weite Ferne gerückt. Dies war zu erwarten, handelt es sich dabei doch um ein Land, in dem sich der amtierende Staatspräsident durch Duschen vor einer HIV-Infektion schützt!

Ein 16-jähriges Mädchen kam mit ihren beiden Tanten über die Grenze. Sie wurden von Guma-Gumas überfallen. Einer

nahm ihr erst das ganze Geld, dann vergewaltigte er sie brutal. Sie wurde mit einer STD infiziert und kann wegen ihrer Verletzungen im Unterleib kaum sitzen oder gehen. Ihre Periode ist ausgeblieben, sie könnte schwanger sein. Dennoch kann sie keine Klinik aufsuchen, weil sie befürchtet, sofort abgeschoben zu werden!
Sara Hjalmarsson, MSF-Krankenschwester und Projektkoordinatorin in Musina.

Wir waren sieben Mädchen. Wir kamen mit dem Bus zur Grenze. Dann hatten wir kein Geld mehr. Männer boten uns an, dass sie uns in ihren Autos über die Grenze bringen. Sie fuhren mit uns in den Wald. Dort haben sie uns vier Monate eingesperrt und dauernd vergewaltigt. Eigentlich wollte ich für meine kleinen Geschwister Geld verdienen, jetzt bin ich im vierten Monat schwanger und habe keine Möglichkeit, ihnen zu helfen.

Ein 17jähriges Mädchen in der mobilen MSF-Klinik in Musina.

Unser Team in Johannesburg brachte einen bewusstlosen Simbabweer ins Krankenhaus. Er war überfallen worden und hatte schwere Verletzungen. In der Klinik meinte die Oberschwester, da der Mann seinen Namen nicht nennen könne, würde sie sich auch nicht um ihn kümmern. Eine sehr schockierende Haltung, da jeder medizinisch Tätige Hilfsmaßnahmen ergreifen muss, wenn lebensbedrohende Verletzungen vorliegen.

Dr. Eric Goemaere, Medical Coordinator, MSF in Südafrika.

Das Leben wurde sehr schwer nach der Vergewaltigung. Ich hatte einen Sicherheitsbeamten gefragt und der hatte mir gesagt, es gäbe in der Nähe Leute, die eine Haushälterin brauchen. Ich ging mit ihm und er brachte mich zu einem Auto, dort saßen schon drei Männer drin. Ich wollte weglaufen, aber er hielt mich fest, dann schlug er mich. Danach vergewaltigte er mich. Hierauf schlug er mich wieder. Später ließ ich mich auf HIV testen: Ich war positiv.

Eine 38-jährige Simbawerin in Johannesburg.

AIDS 2010 im Überblick

In Wien wird vom 18. bis zum 23. Juli 2010 die Welt AIDS Konferenz stattfinden. Plusminus bietet in jeder Ausgabe aktuelle Informationen im Überblick.

Der Erfolg der HIV/AIDS-Arbeit ist wesentlich durch die Integration des Themas Menschenrechte determiniert. Der §25 der Erklärung der Menschenrechte hält fest, dass jeder/jede „das Recht auf einen Lebensstandard, der seine/ihre und seiner/ihrer Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet“, hat. Menschenrechtsverletzungen können unmittelbar zur Gesundheitsbeeinträchtigung führen, umgekehrt kann aber die Förderung von Menschenrechten ein aktiver Beitrag zur Gesundheit sein. Drⁱⁿ. Sigrid Ofner, Mitarbeiterin der Aids Hilfe Wien und Vertreterin im Koordinationskomitee der Welt Aids Konferenz, weist darauf hin, dass ein besonderer Fokus auf das Gesundheitswesen gelegt werden muss: „Hier können Menschenrechte gefördert aber auch verletzt werden. Der im Dezember 2008 veröffentlichte Diskriminierungsbericht der AIDS-Hilfen zeigt deutlich, dass auch in Österreich Handlungsbedarf besteht. Menschenrechte stellen für die Community das zentrale Thema dar.“ (FrA)

Das Thema Menschenrechte wird in einem eigenen Track der Konferenz behandelt werden und Mag. Frank M. Amort aus Wien wurde gemeinsam mit Drin. Christine Stegling aus Botswana als Track-Co-Chair für diesen Fachbereich nominiert. Weiters konnten Kurt Krickler (Homosexuelle Initiative HOSI Wien) als Co-Chair des Community Programmes sowie Gottfried Mernyi (Aktionsbündnis gegen Aids) und Wiltrut Stefanek (Selbsthilfegruppe „Puls-hiv“) für die Mitarbeit in den Bereichen Leadership bzw. Community gewonnen werden. (FrA)

Die AIDS-Hilfen haben im Frühjahr die Landesjugendreferate über die kommende Konferenz informiert. Die Konferenz soll ein großes Jugendprogramm haben und bereits im Vorfeld Sichtbarkeit für HIV/AIDS erzeugen. Aus diesem Grund wird der Wiener Aids Tag am 1. 12. 2009 zum Thema „Jugend und HIV/AIDS“ stattfinden. Weitere Aktivitäten im Vorfeld und begleitend zur Konferenz sind in Planung. Ganz konkret wird ein Marsch für Menschenrechte im Zentrum von Wien angedacht. (FrA)

15 Monate vor der Welt AIDS Konferenz finden in Wien zahlreiche Vorbereitungs- und Koordinierungstreffen statt und die Weichen für die Konferenz werden gestellt. Bei Interesse besteht die Möglichkeit, sich unter www.aids2010.org für den regelmäßigen Erhalt des Newsletters anzumelden! Im Herbst beginnt die Einreichfrist für Abstracts, Skills Building Workshops und Scholarships. (FrA)

Autor: Frank Amort



Barockfest

SINNLICHES VERGNÜGEN
IM ZWERGERLGARTEN

Samstag, 8. August ab 17.00 Uhr
Mirabell-/Zwergergarten
(bei Schlechtwetter:
Samstag, 15. August)

- * inspiriert lustwandeln * eng umschlungen flanieren
- * erlesene Gaumenfreuden und eisgekühlte Getränke genießen
- * entspannt musikalischen Darbietungen lauschen
- * angeregt plaudern * opulente Kostüme bestaunen und sich an Gewinnen erfreuen
- * und vieles mehr

Highlight:
der internationale Travestiekünstler
Coco von Chanel!
Showbeginn: 22.00 Uhr
mit anschließender
Preisvergabe an die
schönsten barocken Figuren



Sinnliches Vergnügen für einen guten Zweck. Die Aidshilfe Salzburg lädt auch heuer wieder zum Barockfest im Zwergergarten. Der Eintritt ist frei. Der Reinerlös durch den Verkauf von Speisen und Getränken kommt der Aidshilfe Salzburg und deren Projektarbeit zugute. Freiwillige Spenden sind willkommen. Wir freuen uns auf zahlreiches Kommen.

Sponsoringpartner:



www.aidshilfe-salzburg.at

„HIV und die Niere“

von Birgit Leichsenring*

* Mag^a. Birgit Leichsenring ist seit 2007 für die Medizinische Information und Dokumentation der AIDS-Hilfen Österreichs zuständig.

Die Nieren gehören zu den essentiellen Organen im menschlichen Körper. Sie befinden sich unterhalb des Brustkorbes auf beiden Seiten der Wirbelsäule und ihr Aussehen ähnelt dem einer roten Bohne. Eine Niere wiegt 120–200g und ist grob geschätzt etwa so groß wie ein Packerl Taschentücher. Die Nieren beinhalten ein kompliziert aufgebautes Filtersystem (Nephron und Glomerulus), durch welches das Blut geleitet wird. In 24 Stunden strömen ca. 1500 Liter Blut durch die Nieren – die unglaubliche Menge von 15 vollgefüllten Badewannen. Bei diesem Vorgang werden vom Körper benötigte Stoffe zurückgehalten und nicht benötigte oder Schadstoffe mit dem Harn ausgeschieden. So entstehen pro Tag ein bis zwei Liter Harn, welcher neben Wasser hauptsächlich überschüssige Salze und Harnstoff als Endprodukt des Eiweißstoffwechsels enthält. Das gefilterte Blut wird dem Blutkreislauf wieder zugeführt. Auf diese Weise regulieren die Nieren die Entgiftung des Körpers und gleichzeitig das Blutvolumen und seine Zusammensetzung. Diese Organe haben auch noch weitere Aufgaben, so wird hier z.B. Vitamin D in seine aktive Form umgewandelt, welches zur Erhaltung gesunder Knochen benötigt wird.

Ist die Nierenfunktion eingeschränkt, können sich Abbauprodukte im Körper ansammeln. Das kann z.B. zu erhöhtem Blutdruck, Nervenschädigungen, Schädigungen der Knochen und erhöhtem Risiko für Herz-Kreislauf-erkrankungen führen. Da die Nieren aber äußerst effizient arbeiten (so ist z. B. auch nur eine ausreichend), können bis zu 50% der Funktion verloren gehen, bis eine Störung zu bemerken



ist. Die Funktionstüchtigkeit wird mit dem sogenannten GFR-Wert (bzw. eGFR) beschrieben, der „glomerulären Filtrationsrate“. Der Wert wird aus der Menge an Kreatinin in Blut und Urin berechnet, sowie aus weiteren Parametern wie Alter, Geschlecht, Körpergewicht und ethnische Herkunft. Angegeben wird der GFR-Wert in ml/min/1,73m² Körperoberfläche. Gesunde Nieren ergeben Werte von 90 aufwärts; wenn der GRF-Wert bei mehrfacher Messung unter 60 beträgt, liegt eine chronische Nierenerkrankung (CKD, chronic kidney disease) vor. Die Schwere der CKD wird international in fünf Stadien, je nach GFR-Wert, eingeteilt.

Die häufigsten Faktoren, welche die Nieren beeinträchtigen können, sind höheres Alter, Diabetes und hoher Blutdruck (zusammen mit anderen Risikofaktoren für Herzkrankheiten). Auch Medikamente wie Schmerzmittel (z.B. Diclofenac, Ketoprofen, Ibuprofen) können zu Schädigungen führen. Selbstverständlich ist eine gute Nierenfunktion für alle Menschen gleichwertig essentiell und sollte regelmäßig überprüft werden. Insbesondere, da eine Störung bis zu einem gewissen Grad keine Symptome hervorruft.

Bei einer vorliegenden HIV-Infektion ist es jedoch noch wichtiger, die Nierenfunktion zu überwachen. Denn eine

HIV-Infektion kann zu Organschädigungen führen, bis hin zu akutem und chronischem Nierenversagen. Beeinträchtigungen, die direkt mit HIV in Verbindung stehen, werden unter dem Begriff HIVAN (HIV assoziierte Nephropathie) zusammengefasst. Nierenerkrankungen bei Menschen mit HIV treten meist in Kombination mit vorangeschrittener Infektion, hoher Viruslast, niedriger CD4-Zellzahl, hohem Blutdruck, Diabetes oder einer Hepatitis-C-Koinfektion auf. Durch genetische Prädisposition sind überwiegend Menschen afrikanischer Herkunft betroffen.

Auch einige HIV-Medikamente spielen eine Rolle. Obwohl durch die optimierte Therapie die Häufigkeit von Nierenerkrankungen generell abgenommen hat, werden z.B. die Wirkstoffe Indinavir mit Nierensteinen und Tenofovir mit Fanconi-Syndrom-ähnlichen Beeinträchtigungen assoziiert. Letzteres betrifft jedoch hauptsächlich PatientInnen mit bereits vorhandenen Nierenschädigungen. Bei Einnahme dieser Medikamente ist daher eine kontinuierliche Kontrolle der Nierenfunktion sehr wichtig.

Unabhängig vom HIV-Status können Schritte unternommen werden, die den Nieren und ihrer Funktion entgegenkommen. Dazu gehören das Vermeiden von nierenschädlichen Medikamenten, eine allgemeine Stärkung der Herzfunktion (z.B. durch ausreichend Bewegung), Senkung des Cholesterinspiegels, Behandlung von Bluthochdruck und eine Gewichtsreduktion bei Übergewicht. Aber auch ganz einfache Maßnahmen haben nachhaltig positive Auswirkungen, nämlich ausreichend Wasser trinken und möglichst das Rauchen aufgeben.

Psychologische Aspekte im Umgang mit HIV/AIDS

von Klaus Stummer*

HIV/AIDS scheint in den westlichen Industrieländern unter Kontrolle zu sein. Eine hochwirksame adjuvante medikamentöse Therapie steht zur Verfügung, und die frühere Todesdrohung tritt immer mehr in den Hintergrund – eine gewisse Sorglosigkeit und Ignoranz macht sich breit. Aber ist wirklich alles im grünen Bereich? Was löst HIV/AIDS in der Psyche der Betroffenen aus? Wenden wir uns zunächst der Frage zu, wie die Diagnose „HIV-positiv“ aufgenommen und verarbeitet wird:

Diagnose „HIV-Positiv“

Die erste Reaktion auf die Diagnose ist in der Regel ein *Schock*, eine Art „emotionale Taubheit“. Es handelt sich dabei um eine psychische Notfallreaktion, eine Maßnahme, um das Ich vor einer Überflutung von Ohnmacht, Hilflosigkeit und Vernichtungsangst zu schützen. Sie äußert sich in einem tranceartigen Zustand. Für die Betroffenen fühlt sich alles irgendwie unwirklich an, so als ob alles nicht wahr sei. So verwundert es kaum, dass viele HIV-Infizierte die Mitteilung des positiven Befundes scheinbar gelassen entgegennehmen und im ersten Moment auch keine großen Emotionen zeigen.

Eine Betroffene beschreibt dies so: „Es war so ein Schock, ich war völlig hilflos, wusste nicht wie, was und wo. Ich hab so einen Druck in mir gespürt, mir ist heiß und kalt geworden, ich hab gedacht, ich müsste davonrennen (...)“¹.

Die ersten Fragen sind meistens: „Was heißt das jetzt?“ und „Wie geht es weiter?“. Hier können gezielte und selektive Informationen über die weitere Vorgangsweise beruhigend und



stabilisierend wirken. Das Krisengeschehen, das einer Mitteilung folgt, ist in der Regel sehr heftig, aber in seiner Heftigkeit nicht besonders lang.

Nach dem Schock (derartige Phasenmodelle sind immer prototypisch zu verstehen, der/die Einzelne verhält sich nicht nach dem Lehrbuch, aber diese Modelle ermöglichen uns eine gewisse Orientierung) kommt es meist zu einem *depressiven Einbruch*.

Dabei werden vor allem die vorher abgeblockten Gefühle von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Vernichtungsangst virulent.

In der Begleitung geht es darum, diese Ängste und Gefühle nicht abzuwürgen oder zu beschwichtigen, denn dies dient eher der eigenen Angstminderung als der des Gegenübers. So ist es in der Regel entlastend und angstmindernd, wenn der/die Betroffene seine/ihre Befürchtungen zu Ende denken kann.

Man muss sich vorstellen: Man wird von einem nicht sichtbaren und nicht spürbaren Virus bedroht. Etwas Fremdes ist in den Körper eingedrungen. Es hat sich dort eingenistet und vermehrt sich mit einer unvorstellbaren Rasananz. Es führt ein Eigenleben und lässt sich nicht kontrollieren. Es ist immer präsent und im ganzen Körper.

Es stellt nicht nur für einen selbst eine unheimliche und diffuse Bedrohung dar, es gefährdet auch potentiell genau die Personen mit denen man Nähe, Intimität und Verschmelzung sucht. Und es ist diesem Eindringling egal ob jemand homo- oder heterosexuell, ob jemand sexuell hoch aktiv oder eher passiv ist, oder ob jemand in Österreich oder anderswo geboren wurde. Ein Virus kennt keine Moral und macht keinen Sinn.

Als Infizierte/r findet man sich in einer paradoxen Situation wieder: Man ist manifest gesund und potentiell schwer krank. Wann man erkranken wird, kann niemand sagen: Diese Unvorhersehbarkeit erlebt man, als würde das Schwert des Damokles über einem schweben, oder als hätte man eine Zeitbombe in sich, die irgendwann losgehen wird. Zudem ist man zugleich Opfer und potentielle/r TäterIn: Denn man wurde selbst irgendwann infiziert und kann nun dieses Virus weitergeben und damit andere infizieren. Man ist mit Bedrohungen konfrontiert, die so gut wie alle Bereiche des Lebens erfassen können: Sei es die Bedrohung des Lebens, der Gesundheit, des Selbstbildes und des Selbstwertgefühls, sei es der Sozialbeziehungen, der wirtschaftlichen Existenz und der Möglichkeiten der

* Mag. Klaus Stummer ist seit 1990 für die AIDSHILFE OBERÖSTERREICH in den Bereichen Beratung und Betreuung tätig.

eigenen Lebensgestaltung⁶. Und diese Bedrohungen sind sowohl real wie subjektiv. Was Außen und was Innen ist, ist schwer zu differenzieren. Viele glauben zum Beispiel, dass ihnen jede/r die Infektion ansieht und jede/r von ihrer Infektion weiß. Sie interpretieren etliche Reaktionen ihres Umfeldes in diesem Sinn – und vielleicht ist es wirklich so.

„Sterbephantasien und Verfolgungsängste sind in Anbetracht der Bedrohung durch das HI-Virus begründet, aber zugleich auch Konstruktionen des/der Testpositiven, die Wünsche, Ängste und deren Abwehr offenbaren“¹¹. Oder anschaulicher auf den Punkt gebracht: „Glaub nicht, bloß weil du paranoid bist, dass sie nicht hinter dir her sind“³.

„Plötzlich war alles anders“¹. Man kann sich seines Lebens nicht mehr so sicher sein wie zuvor¹¹. Es beginnt ein Leben „zwischen den Welten“⁵. Und trotzdem arrangiert man sich mit der Zeit. Es kommt zu einer Bewältigung und im Anschluss daran zu einer Neuorientierung: Das Denken ist nicht mehr ausschließlich auf HIV/AIDS eingeengt, und es können neue Lebenspläne entwickelt und realisiert werden¹¹. Aber diese Neuorientierung ist brüchig. Es kann immer wieder zu einem Wechsel zwischen Resignation, depressiven Einbrüchen und völliger Verleugnung kommen.

„Der psychische Verarbeitungsprozess ist durch einen Wechsel zwischen Angst und Angstabwehr gekennzeichnet, der nie abgeschlossen ist: Das Trauma der HIV-Infektion kann weder ganz aus dem Bewusstsein ausgeschlossen und vermieden werden,

noch kann es ganz integriert werden. Vielmehr sind beide Prozesse – Verleugnung und Durcharbeiten – notwendig: die Verleugnung, um das Ich vor der Übermacht der traumatischen Bedrohung zu schützen, und das Durcharbeiten, damit eine Akkommodation an die neue Realität überhaupt möglich wird“⁴.

Leben mit der Therapie

Ein weiterer wesentlicher Einschnitt in das Leben von Betroffenen ist der Beginn der Therapie. Bis zum Beginn der Therapie konnte man, nach den anfänglichen Turbulenzen, doch ein relativ normales Leben führen – und die Betonung liegt bei relativ. Denn neben den vielen Einschränkungen und Problemen als HIV-Positive/r, sind auch engmaschige Laborkontrollen notwendig. Diese Kontrollen machen deutlich, wie weit der Immundefekt fortgeschritten ist. Sie gehen somit auch mit erheblichem Stress einher. Zudem sind diese Laborwerte starken Schwankungen unterworfen. Dieses Auf und Ab schlägt sich auch in der Gemütslage der Betroffenen nieder. Irgendwann erreicht diese „Achterbahn der Gefühle“ ihren vorläufigen „Tiefpunkt“: Aufgrund der Werte wird eine medikamentöse Therapie empfohlen. Nun werden wieder erneut Ängste vor gesundheitlicher Bedrohung und weiteren Einschränkungen in der Lebensgestaltung virulent.

Der Beginn der Therapie läutet eine neue Phase im Verlauf der HIV-Infektion ein, die an den/die Klienten/In hohe Anforderungen stellen. Was für Außenstehende oft nicht nachvollziehbar ist, ist wenn Betroffene sich nicht an die Einnahmemodalitäten halten, die Therapie abbrechen oder ganz verweigern. Sie unterschätzen

dabei, was die HAART Betroffenen abverlangt: Man kann sich das so vorstellen: Wenn man heute Kopfschmerzen hat und eine Tablette nimmt, hat man einen unmittelbaren, erwünschten Effekt. Dies ist bei der HAART nicht so. Die KlientInnen erleben keinen unmittelbaren Benefit, höchstens bessere Laborwerte (und das erst nach Wochen und Monaten). Unverträglichkeitsreaktionen können sich unangenehm bemerkbar machen. Es geht ihnen in den ersten Tagen der Therapie eher schlechter als besser. Last but not least, verstärkt die Therapie auch die Vorstellung, nun endgültig krank zu sein (sonst wäre eine Therapie nicht notwendig). Und auch hier gilt es auf die individuelle Situation des/der Klienten/In einzugehen und Widerstände gegen die Therapie nicht einfach autoritär vom Tisch zu wischen oder nur an die Vernunft zu appellieren. Es ist nicht das kognitive Wissen allein, welches entscheidend ist, ob sich ein/e KlientIn compliant verhält. Würde kognitives Wissen allein genügen, gäbe es wahrscheinlich keine Neuinfektionen.

Es geht folglich auch um eine emotionale Auseinandersetzung mit der medikamentösen Therapie und um eine positive psychische Besetzung des Medikaments, das man sich – tagtäglich und auf unbestimmte Zeit – einverleibt. Die HAART setzt eine psychische Bereitschaft voraus, um von der (einseitigen) Compliance zur (beiderseitigen) Adhärenz zu kommen. Förderlich für diese Bereitschaft ist eine Auseinandersetzung mit der Trauer und der Wut über die mit der Infektion einhergehenden Einschränkungen und ihre Bearbeitung. Es gilt den Tatsachen ins Auge zu sehen und

das Unveränderbare zu erkennen, zu akzeptieren und auszuhalten, aber auch – immer vorhandene – Handlungsspielräume mit dem/der Betroffenen zu entdecken und zu erarbeiten.

Ähnlich wie mit dem Beginn der Therapie verhält es sich auch mit den ersten stationären Aufenthalten. Sie verdeutlichen den Ernst der Lage und signalisieren ein Fortschreiten der Infektion, gegen die man nun schon jahrelang und manchmal jahrzehntelang angekämpft hat. Und so verwundert es auch nicht, dass KlientInnen mit der Zeit den Mut verlieren, resignieren oder aversiv auf die Schulmedizin, das Krankenhaus und das Personal reagieren. Gerade die jahrelange Abhängigkeit von Laborwerten, Medikamenten und medizinischer Versorgung führt oft zu verzweifelten Versuchen, die verlorene Autonomie wiederherzustellen, so dass Betroffene eigensinnig, trotzig, unvernünftig und zornig werden. Wichtig ist zu sehen, dass dies für die Bewältigung der Infektion durchaus Sinn machen kann und es gilt, dies nicht persönlich zu nehmen (was nicht immer leicht ist!). Und was bei der Bewältigung der HIV-Infektion auch eine Rolle spielen kann, ist die Phase des Zorns⁸. In anderen Worten: Der Neid des/der

Infizierten auf die Nicht-Infizierten, die sich eines virusfreien und damit scheinbar glücklicheren Lebens erfreuen dürfen.

Reaktionen der HelferInnen

Es geht auch darum, was die Konfrontation mit HIV-Infizierten bei uns HelferInnen auslöst. Wir sind nicht nur die starken Profis, die immer alles im Griff haben (auch wenn uns dies vielfach zugeschrieben wird). Manchmal erliegen wir einer gefühlsmäßigen „Ansteckung“ von Ohnmacht und Hilflosigkeit und erleben Gefühle unserer KlientInnen bei uns selbst² (was sich therapeutisch durchaus produktiv nützen lässt). Wir werden konfrontiert mit unserer eigenen Vergänglichkeit, mit unserem eigenen Risikoverhalten und mit unseren eigenen irrationalen, unvernünftigen und destruktiven Anteilen. Ich denke, es ist wichtig, unsere Emotionen zuzulassen und sich mit ihnen auseinander zu setzen. Wenn man sie nur als störend abwehrt, besteht die Gefahr des Agierens: Entweder im Sinne einer konkordanten Gegenübertragung: Indem wir uns mehr als nötig engagieren und letztendlich resignieren (Stichwort Burnout). Oder im Sinne einer komplementären Gegenübertragung: Indem wir den Kontakt mit Betroffenen vermeiden, sie ver-

dinglichen oder verkindlichen.

Verhalten und Verhältnisse

Wir arbeiten nicht im luftleeren Raum. Wir werden auch von politischen, gesellschaftlichen und institutionellen Bedingungen gesteuert, die oft schwer zu durchschauen sind. Diese Rahmenbedingungen leisten einen entscheidenden Beitrag zu unserem beruflichen Wohl- oder Unwohlsein. Und gewisse Organisationen/Verhältnisse verstärken auf besondere Weise die persönliche Hilflosigkeit, die man in der direkten Konfrontation mit HIV/AIDS ohnehin erlebt. Nicht wenige resignieren und brennen aus, oft mehr aufgrund der strukturellen Gewalt⁷ und weniger, weil ihnen die Arbeit mit den PatientInnen zu viel wird⁹.

Es würde den Rahmen dieses Artikels sprengen, darauf näher einzugehen. Mir ist hier nur wichtig, diese Bedingungen nicht aus den Augen zu verlieren, um nicht einem psychologischen Reduktionismus zu erliegen. Denn es geht darum, wie wir mit den Betroffenen umgehen, wie die Betroffenen mit uns umgehen und wie wir mit uns selber umgehen – und es geht darum, was die Institutionen, in denen wir arbeiten, mit uns machen, was sie uns zur Verfügung stellen und was sie uns verweigern.

LITERATUR:

1. Aids-Hilfe Schweiz, Bundesamt für Gesundheit (Hg.): HIV-positiv – Was tun? Für Menschen, die vor kurzem erfahren haben, dass sie HIV-positiv sind. Broschüre, Schweiz 2004, 2007
2. Alt Claudia: Balintgruppen mit Beratern/Betreuern von HIV-infizierten und aidskranken Patienten/Klienten. In Ohlmeier Dieter, Dornes Martin, Beier Christel (Hg.): Trauma AIDS. Eine psychoanalytische Studie über die Auswirkungen der HIV-Infektion. Opladen: Westdeutscher Verlag 1995, S.17-40
3. Becker Sophinette: Den Widerspruch aushalten: Interview. Siegesssäule 1/1989, S. 10-12
4. Becker Sophinette, Clement Ulrich: HIV-Infektion und AIDS. In: Uexküll Thure von (Hg.): Psychosoma-

- tische Medizin. München, Wien: Urban & Schwarzenberg, 5. neubearbeitete u. erweiterte Auflage 1996
5. Boes Stefan: HIV und Aids – Ein Leben zwischen den Welten. Vortrag anlässlich des 15. Oberösterreichischen Aidstages, Linz, 28. November 2006 http://www.aidshilfe-ooe.at/Boes_Vortrag_06.htm
6. Daudert Elke: „Wer krank ist, ist nichts als Körper“ Beiträge zum Verständnis chronischer körperlicher Erkrankungen. In: Strauß Bernhard, Meyer Adolf-Ernst: Psychoanalytische Psychosomatik. Theorie, Forschung und Praxis. Stuttgart: Schattauer 1994, S.230-247
7. Horn Klaus, Sozialisation und strukturelle Gewalt. Schriften zur kritischen Theorie des Subjekts, Psychosozial Verlag 1998

8. Kübler-Ross Elisabeth: Interviews mit Sterbenden. München: Droemer Knauer 2001
9. Schmidbauer Wolfgang: Helfersyndrom und Burnout-Gefahr. München, Jena: Urban & Fischer, 2002
10. Weinel Elke: Überlegungen zu Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen bei der Behandlung von AIDS-Patienten. Psyche 1989, S.710-719
11. Weimer Ernst, Nilsson-Schönnesson Lena, Clement Ulrich; HIV-Infektion: Trauma und Traumaverarbeitung. Psyche, 1989, S.720-735
12. Zippel Stefan: Hilfen und Unterstützung nach einem positiven Testergebnis. In: Dunde, Siegfried Rudolf (Hg.) Beratungsführer zu AIDS. Für Angehörige psychosozialer und medizinischer Berufe. Stuttgart: Hippokrates Verlag, 1991, S.49-58

Rezensionen

UND DANN WAR ALLES ANDERS... LEBEN MIT HIV UND AIDS

Ben erhält die Bestätigung: Ja, er ist wirklich HIV-positiv. Doch was ist mit Lea, seiner Freundin? Und wie reagieren wohl die FreundInnen, Eltern und alle anderen? Ingrid Brand beschreibt am Beispiel von Ben in Monologpassagen verschiedener Personen das Schicksal von und den Umgang mit jungen HIV-positiven und AIDS-kranken Menschen. Was spukt da in den Köpfen herum, und wie geht es dem Körper dabei? Trotz einer einfühlsamen Erzählhaltung, kommt die sachliche Information in diesem Buch nicht zu kurz. Ein Glossar am Ende des Buches erläutert die Fachbegriffe von AIDS bis Zytomegalie. So kann während des Lesens jeder unbekannte Begriff schnell nachgeschlagen werden. Das Buch „Und dann war alles anderes ...“ erzählt von jungen Menschen und richtet sich an junge Leser. Der Umgang mit Sexualität und wie er sich durch die Infektion ändert, welche Auswirkungen eine positive Diagnose auf das Leben, die Arbeit, Schule und Studium hat, wird neben ärztliche Aussagen gestellt und damit ein Bild über den Verlauf der Krankheit gegeben. Ingrid Brand legt mit diesem Band einen brauchbaren Beitrag für die AIDS-Prävention im Jugendbereich vor.

Ingrid Brand: „Und dann war alles anders...“ Leben mit HIV und AIDS. Novum-Verlag 2008, 162 Seiten, EUR 15,90. ISBN 978385022346-1. (CbG)

DEREK

Isaac Julien schildert in seinem 2008 entstandenen Film „Derek“ Leben und Werk des britischen Künstlers und Filmemachers Derek Jarman. Der Name Derek Jarman ist für Cineasten seit den achtziger und neunziger Jahren ein fester Qualitätsbegriff. In seinen Filmen traten SchauspielerInnen wie Tilda Swinton oder Sean Bean auf, seine außergewöhnlichen Shakespeare-Verfilmungen brachten ihm den Ruf ein, einer der wichtigsten Filmemacher in Thatchers England zu sein. Seine Musikvideos für Marianne Faithfull, die Sex Pistols oder die Pet Shop Boys setzten Maßstäbe in diesem frisch entstehenden Genre. Als homosexueller Filmschaffender trat Jarman 1987 gegen die berüchtigte „Klausel 23“ auf, die die Publikation und Verwendung von Material verbot, das der „Förderung der Homosexualität“ dienen könnte. Seine AIDS-Erkrankung thematisierte er in seinem letzten Film „Blue“ – hier schilderte Derek Jarman die Veränderung seiner Wahrnehmung durch den allmählichen Verlust seiner Sehkraft infolge von AIDS. All diese Aspekte werden in Isaac Juliens Dokumen-



Derek Jarman

tation beleuchtet. Eingeleitet wird der Film von „Letter to an Angel“, jenem berühmten Brief, den die Schauspielerin Tilda Swinton acht Jahre nach Jarmans Tod an den befreundeten Regisseur gerichtet hat. Den Kern des Films von Isaac Julien bildet ein Interview Colin McCabes mit dem schwer von AIDS gezeichneten Jarman. Dieser schildert darin seine Werke, seine Beziehung zu Film, Politik, Literatur, Krankheit und seinem Garten. Isaac Julien verdeutlicht uns mit seinem Film „Derek“ wieder den Verlust, den besonders die Welt der Kunst durch Jarmans AIDS-Tod erlitten hat. Neben Ausschnitten aus Filmen wird in diesem Streifen auch bisher unveröffentlichtes Super-8-Material aus dem Frühwerk Jarmans gezeigt.

Der Film „Derek“, unter der Regie von Isaac Julien nach dem Drehbuch von Tilda Swinton, ist in der Editon Salzgeber erhältlich. Dauer: 76 Minuten; Großbritannien 2008.