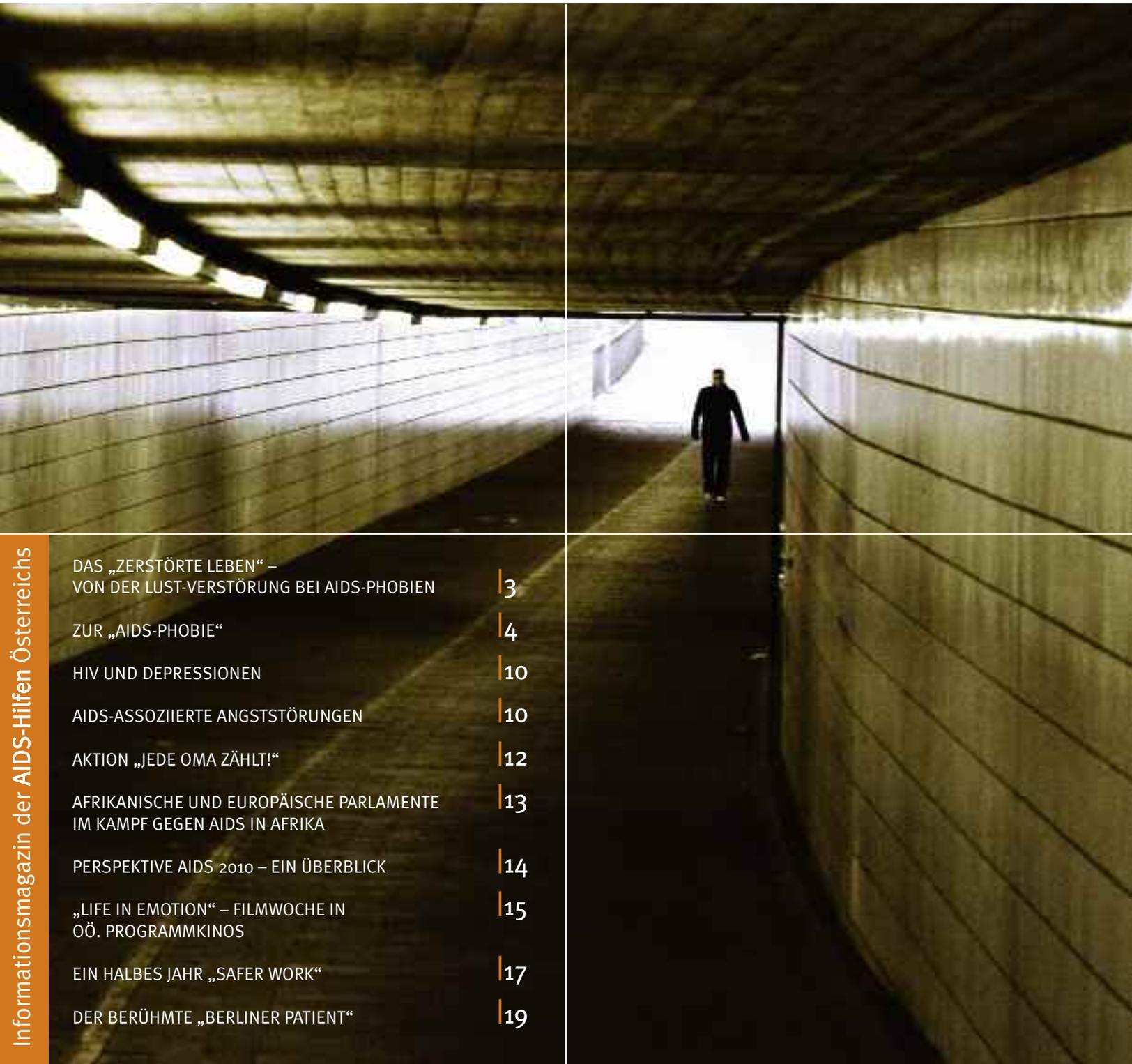


PLUS MINUS



| | |
|--|----|
| DAS „ZERSTÖRTE LEBEN“ – VON DER LUST-VERSTÖRUNG BEI AIDS-PHOBIEN | 3 |
| ZUR „AIDS-PHOBIE“ | 4 |
| HIV UND DEPRESSIONEN | 10 |
| AIDS-ASSOZIIERTE ANGSTSTÖRUNGEN | 10 |
| AKTION „JEDE OMA ZÄHLT!“ | 12 |
| AFRIKANISCHE UND EUROPÄISCHE PARLAMENTE IM KAMPF GEGEN AIDS IN AFRIKA | 13 |
| PERSPEKTIVE AIDS 2010 – EIN ÜBERBLICK | 14 |
| „LIFE IN EMOTION“ – FILMWOCHE IN OÖ. PROGRAMMKINOS | 15 |
| EIN HALBES JAHR „SAFER WORK“ | 17 |
| DER BERÜHMTE „BERLINER PATIENT“ | 19 |

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):
Dr. Lydia Domoradzki, AIDS-Hilfe Tirol
Dr. Lola Fleck, Steirische AIDS-Hilfe
Dr. Renate Fleisch, AIDS-Hilfe Vorarlberg
DDr. Elisabeth Müllner, AIDSHILFE OBER-ÖSTERREICH
Dr. Günther Nagele, aidsHilfe Kärnten
Elke Schlitz, Aids Hilfe Wien
DSA Maritta Teufl-Bruckbauer, Aidshilfe Salzburg

Beiträge von:

Mag. Frank Amort, Hans-Christian Gruber (ChG), Mag. Birgit Leichsenring, Dr. Ulrike Paul, Mag. Erik Pfefferkorn, Mag. Lukas Schmuckermair, Mag. Klaus Stummer, Dr. Michaela Wöss.

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



Das „zerstörte Leben“

Von der Lust-Verstörung bei AIDS-Phobien von Michaela Wöss*

„Ich habe mein Leben und das meiner Familie zerstört“ – ein Satz, der in der Beratung von Menschen mit einer AIDS-Phobie häufig fällt. Ohne einen positiven Befund zu haben oder nach mehreren negativen Testbefunden, ist der Betreffende quasi überzeugt, trotzdem infiziert zu sein.

Die Sorge, bereits auch die Partnerin oder den Partner, sowie die Kinder infiziert zu haben (oder diese zu gefährden), knüpft sich unmittelbar daran.

Sexuell übertragbare Krankheiten, vor allem wenn sie schwer oder unheilbar verlaufen, waren immer schon Anknüpfungspunkt für spezifische Angststörungen bei entsprechend veranlagten Menschen.

Im Zusammenhang mit AIDS kommen Besorgnis, Ängste und pathologische Angststörungen sowie zwanghaftes Verhalten häufig vor. Eine davon ist die AIDS-Phobie – ein Begriff, der oft fälschlich als Sammelbegriff für alle irrationalen AIDS-Ängste benutzt wird.

Streng genommen würde nur die „unangemessene, anhaltende, entgegen besserer Einsicht zwanghaft sich aufdrängende Angst, sich zu infizieren“ unter die Phobie-Definition fallen – also die Angst VOR einer Infizierung, die sich etwa in der Vermeidung bestimmter Situationen oder des Kontakts mit bestimmten Gegenständen, Personen zeigt. Die angstvolle Überzeugung, bereits infiziert zu sein, stellt demnach eher eine hypochondrische Störung dar. Nach unvermeidlichen Situationen wird bei Phobiebetroffenen aber meist die Angst aktuell, sich eben doch infiziert zu haben – sodass in der Praxis eine so strenge Unterscheidung wenig Sinn hat.

Definitiv NICHT als eine AIDS-Phobie zu bezeichnen ist die einfache, wenn

auch sachlich unbegründete Besorgnis, sich auf bestimmte Weise infizieren zu können – hervorgerufen durch Informationsdefizite und/oder unklare Situationen. Auch bei Depressionen oder zwanghaften Grundstörungen können AIDS-bezogene Ängste auftauchen, ohne dass es sich um eine AIDS-Phobie handelt.

Das von AIDS-Phobikern vorweg fantasierte „zerstörte Leben“ wird für den Betroffenen zunehmend zur Realität – wenn auch in einem anderen Sinne: Extreme, krankheitswertige Ängste verselbständigen und „zementieren“ sich – dies wurde in den letzten Jahren durch die Ergebnisse der Hirnforschung auch neurophysiologisch bestätigt. Das Gehirn „lernt“ – ähnlich wie bei chronischen Schmerzen – Angst als Dauerzustand ein, die Person wird auf kleinste, vermeintliche Angstsignale sensibilisiert und reagiert darauf wieder mit verstärkter Angst. Die Folgen: Zwanghafte Handlungen wie wiederholte HIV-Tests, dauernde Beschäftigung mit dem Körper und seinen Signalen, zunehmende Einengung des Denkens und Fühlens, Einengung des gesamten Handlungsspielraums bis hin zur Arbeitsunfähigkeit. Partnerschaften und andere Beziehungen können so belastet werden, dass es zu Dauerkonflikten und Trennung kommt. Aus der – bewussten – Sicht des Phobikers also etwa jene Katastrophen, die er befürchtet, wenn auch in anderer Weise.

Betrachtet man ein Krankheitsgeschehen psychodynamisch – also etwa: Wie „bewegt“ es die Seele unbewusst – so zeigt sich im Zusammenhang mit AIDS-Phobien häufig, dass bei den Betroffenen meist starke, unbewusste innere Konflikte vorhanden sind.

Verkürzt gesagt, geht es häufig um den Konflikt zwischen Autonomie und Abhängigkeit. Bei Menschen mit diesem seelischen Hintergrundkonflikt sind häufig symbolische Ausbruchssituationen der Auslöser für die AIDS-Phobie: der erste oder einmalige Besuch eines Sex-Clubs, ein sexueller Kontakt mit einem gleichgeschlechtlichen Partner oder auch nur der ungeplante Besuch einer Szene-Bar, ein nur fantasiertes Seitensprung, eine zufällige Berührung einer Sexarbeiterin... Der Kontakt mit dem bis dahin Fremden, Unvertrauten, „Verbotenen“ wird als extrem schuldhaft erlebt, stört das – oft bis dahin sehr strenge und eng umrissene – Selbstbild und die daraus entstehende seelische Wirrnis findet ihren Ausweg in einer Angst. Eine Angst, die jeder verstehen kann (vor AIDS kann „man“ ja auch Angst haben); eine Angst, die symbolisch in Zusammenhang mit der auslösenden Situation oder dem dahinterstehenden Konflikt steht (es geht um Sex); eine Angst, die „erzwingt“, vertraute oder eingefahrene Bahnen zu verlassen. So ist es unmöglich Sex mit dem/der festen PartnerIn zu haben, man will sie/ihn ja nicht gefährden. Um ArbeitskollegenInnen vermeintlich nicht zu gefährden, geht man/frau in Krankenstand. Der zugrundeliegende, innere Konflikt zwischen eigenem Wollen und – meist in ihrer Größe und Strenge nur fantasierten – realen Verpflichtungen entzieht sich weiterhin der bewussten Bearbeitung, statt dessen setzt sich der/die Betroffene mit der übermächtigen, alles kontrollierenden Angst auseinander. (Lebens-)Lust und ein gelingender Kompromiss zwischen Wollen und Sollen, zwischen „Für-Sich-Sein“ und „Mittendrin-Sein“ sind vereitelt, die Angst wird zum gehassten – aber „unentbehrlichen“ Begleiter.



*Dr. Michaela Wöss arbeitet seit 1991 für die Aidshilfe Salzburg im Bereich Prävention und Beratung.

Aids-Phobie und -Hypochondrie.

Eine Orientierungs- und Verstehenshilfe für (Test-) BeraterInnen von Klaus Stummer*

Der vorliegende Artikel basiert zum einen auf einem Vortrag, den Klaus Stummer im Rahmen des 3. Deutsch-Österreichischen AIDS-Kongresses in Frankfurt^{11,12} gehalten und zum anderen auf einem Workshop, den er gemeinsam mit Mag. Ulrike Moisl (Klinische Psychologin und Psychotherapeutin in Salzburg) im Rahmen der 1. Fachtagung „Telefonberatung“ der Deutschen Aidshilfe in Berlin geleitet hat.

„Eine Krankenschwester rief Harri herein. (...) Mit dem Stift deutete sie auf das weiß schimmernde Papier und das unterstrichene Wort NEGAT am unteren Rand und sagte, Antikörper seien keine vorhanden; diesem Test zufolge war Harri gesund. (...) Harri verlies den Raum. (...) Er versprach sich selbst, nie mehr Angst zu haben. Nach fünf Minuten fiel ihm zum ersten Mal auf, dass er sich Sorgen machte. Womöglich hatte er sich beim Test mit der Krankheit infiziert. Er dachte an die schroffen Worte des Mannes, der die Probe entnommen hatte, an seine eckigen Bewegungen und seine schmutzige Art. Im Zug kam Harri auf den Gedanken, dass der Mann ein verrückter, überarbeiteter Arzt war, der den Patienten sein persönliches Urteil ins Blut pumpt. Harri tastete nach seinen Lymphknoten. Er war mit seiner Krankheit allein.“¹³

BEGRIFFSBESTIMMUNG

Grob gesprochen lassen sich zwei Ausformungen der sogenannten AIDS-Phobie unterscheiden: Zum einen die AIDS-Phobie im engeren Sinn: Hierbei steht die übersteigerte und völlig unbegründete Angst sich mit HIV zu infizieren im Vordergrund. Man hat Angst vor einer äußeren Gefahr, die man zu vermeiden sucht und

deren Berührung oder gar Eindringen gefürchtet wird. Das Angstmachende ist noch außerhalb der eigenen Person – das Befürchtete ist noch nicht eingetreten⁵. Nach ICD-10 entspricht dies einer spezifischen oder isolierten Phobie. Zum anderen die AIDS-Hypochondrie: Hier steht die unbegründete Angst sich mit HIV infiziert zu haben bzw. an AIDS erkrankt zu sein im Vordergrund. Das Angstmachende ist bereits in einem – das Befürchtete ist bereits eingetreten⁵. Nach ICD-10 gehört diese Form zu den somatoformen Störungen.

Die Befürchtung an AIDS erkrankt zu sein, ist in der Realität nicht begründet. Sie ist nicht oder nur sehr schwer korrigierbar, sie wird von großer Angst begleitet¹⁴ und sie besteht seit mindestens einem halben Jahr. Das Spektrum kann hier von einer vorübergehenden Hypochondrie bis zum hypochondrischen Wahn gehen². Es handelt sich um keine sehr trennscharfen Bilder und die Übergänge sind fließend¹⁰.

Wesentlich für die Beratungspraxis ist die Abgrenzung zu „ängstlich-besorgten“ Klienten (als eine subklinische

UNTERSCHIEDUNG AIDS-PHOBIE UND -HYPOCHONDRIE

| AIDS | -Phobie | -Hypochondrie |
|----------------------|---|---|
| Unbegründete Angst | Sich mit HIV zu infizieren | Mit HIV infiziert zu sein |
| Angstmachendes ist | (noch) außen | (bereits) innen |
| Diagnose nach ICD-10 | Phobische Störung Somatoforme Störung F 40.2 | Spezifische Phobie Hypochondrie F 45.2 |

Beide Störungen haben eine gewisse Nähe zu den Angsterkrankungen und zu depressivem und zwanghaftem Verhalten. Phobiker im engeren Sinn suchen eine Aidshilfe kaum persönlich auf; der Kontakt erfolgt hauptsächlich über Telefon oder per Email. Die Beratungsstelle wird als potentieller Infektionsort gefürchtet und gemieden, während für den hypochondrischen Klienten die Aidshilfe der richtige Ort zu sein scheint, da in Österreich über die Aidshilfe auch ein Zugang zu HIV-Tests möglich ist. Im Folgenden soll auf die Aids-Hypochondrie fokussiert werden, wobei Etliches grundsätzlich auch für die Aids-Phobie gilt.

DEFINITION

Versucht man die AIDS-Hypochondrie näher zu definieren, kann man in Anlehnung an Hans-Jürgen Wirth sagen:

Form der Phobie und Hypochondrie) – „... die aus mangelnder Information oder verzerrter Realitätswahrnehmung und Angst vor Nähe, nur ein erhöhtes Besorgnisniveau aufweisen.“⁸ In der Regel sind solche Ängste durch entsprechende Informationen und eine Testung nachhaltig zu beeinflussen.

WEITERE MERKMALE

Das Risiko einer HIV-Infektion ist, wenn überhaupt, nur marginal gegeben: Als Auslöser fungiert eine stark affektiv besetzte – (schuldhaft erlebte) sexuelle – Episode, es können aber auch sehr bizarre Situationen sein: Z. B. berichtete ein Klient, dass er während eines Spaziergangs mit seinem Kursschatten, von diesem mit einer infizierten Spritze in den Nacken gestochen wurde – die Spritze hatte er nie gesehen, wohl aber einen „Stich“ gespürt.

Seitdem ist er davon überzeugt, HIV-positiv zu sein.

Es kommt zu einer exzessiven und „monomanischen Beschäftigung“⁸ mit dem Thema: Es werden alle möglichen Informationen eingeholt, welche die Angst bestätigen, krank zu sein.

Die Körperwahrnehmung ist auf die Krankheit fixiert, harmlose Körperempfindungen werden als bedrohlich bewertet und als Bestätigung für die Krankheit gesehen.

Body Checking²: Der Körper wird exzessiv auf Krankheitsanzeichen (wie z.B. geschwollene Lymphknoten, Hautveränderungen u.ä.m.) untersucht.

Durch die einseitige Fixierung auf das Thema ist der Betroffene weniger belastbar und in Arbeits- und Beziehungsfähigkeit eingeschränkt. Es kommt zu psychosomatischen Beschwerden, welche das Krankheitserleben bestätigen und verstärken⁶.

Es werden Ärzte konsultiert in Sinne eines „Doctor-Shoppings“¹⁴ – analog dazu kann auch von einem Berater-(S)hopping gesprochen werden. Es liegen mehrere negative Testergebnisse vor – den Ergebnissen wird nicht geglaubt!

Als Berater gewinnt man den Eindruck, dass es nicht wirklich um HIV/AIDS geht, und fragt sich: Worum geht es eigentlich? Was lässt die Betroffenen so unbeeindruckt und nicht selten wider besseren Wissen an ihrer Symptomatik festhalten? Welche Funktion erfüllt diese für sie und was gewinnen sie dadurch. Hier bieten psychoanalytische Ansätze weiterführende Verstehenshilfen.

PSYCHODYNAMISCHER HINTERGRUND

„Hätte ich nicht Aids, wäre alles gut“¹¹

Der Hypochondrie liegt demzufolge ein Konflikt zugrunde, der ganz allgemein als ein Autonomie – Abhängigkeitskonflikt bezeichnet werden kann. Phasen erhöhter Identitäts- und Reifungsanforderungen und damit verbundene Trennungs- und Autonomiewünsche, lösen existentielle Angst aus; Angst verlassen zu werden (Angst vor Objektverlust/Trennungsbedrohung) und/oder Angst vereinnahmt zu werden (Angst vor Selbstverlust/Symbioseangst)³.

Bei einer entsprechenden psychischen Disposition kommt es zu einer „Flucht in die Hypochondrie.“¹⁴ Die Hypochondrie wird zum scheinbaren Ausweg aus der Unlösbarkeit des Autonomie-Abhängigkeitskonflikts. Aufgrund seiner Krankheit muss der Betroffene „da bleiben“, wäre er gesund, könnte er „gehen.“⁵ Die Angst die alte Identität zu verlieren und der Neuen nicht gewachsen zu sein führt dazu, dass die Körperängste an die Stelle der unerträglichen Identitäts- und Desintegrationsängste treten. Es wird eine Ersatzidentität des „körperlich Kranken“ ausgebildet, aus Angst niemand oder nichts zu sein. Der Symptomatik kommt so eine wichtige Entlastungs- und Schutzfunktion zu, die nicht ohne Weiteres aufgegeben werden kann¹⁴.

Wirth paraphrasiert dies anschaulich aus der Sicht des Klienten, wenn er schreibt:

„Meine fanatische AIDS-Hypochondrie ist eine Art Stützkorsett, das verhüllen soll, wie kläglich und wertlos ich mich insgeheim empfinde. Die Krankheit AIDS rechtfertigt meine Verzweif-

lung und Depression, die im Grunde meiner eigenen Person gilt. Indem ich über meine AIDS-Krankheit lamentiere, schütze ich mich vor noch viel bedrohlicheren Minderwertigkeitsgefühlen. Den Kern meiner Probleme stellt eigentlich die Angst vor dem Zerschellen meines Selbstes dar, die Angst dass ich mich auflöse (...). Indem ich all meine Ängste nun in meinen Körper hineinprojiziere, habe ich einen Gegenstand gefunden, an den ich meine Angst heften kann und sie wird dadurch handhabbarer und weniger bedrohlich (...) um gesund zu werden (müsste) ich (wahrscheinlich) erst den Mut aufbringen, die Angst, die Wut und die Traurigkeit zu empfinden, die meiner familiären und meiner inneren Situation angemessen wäre.“¹⁴

KONSEQUENZEN FÜR DIE TESTBERATUNG

Was heißt dies für den speziellen Fall der Testberatung? Wenden wir uns zunächst dem Test und seiner Funktion für den hypochondrischen Klienten zu.

Der Betroffene erlebt sich *körperlich* krank – die psychische Dimension, die dahintersteht, will und kann er vorerst gar nicht wahrnehmen, er steht ihr mit großer Skepsis gegenüber oder weist sie gar empört von sich. Was er möchte, ist eine weitere HIV-Testung. Bei der Rückgabe des negativen Befundes kommt es meist zu einer Beruhigung, die aber nur von kurzer Dauer ist. Die „gute Nachricht“ eines negativen Ergebnisses *muss* in Zweifel gezogen werden, da sonst auch die „hypochondrische Lösung“ infrage gestellt wäre. Es drängt ihn zu weiteren Tests und es kommt zu einem (fast) suchtartigen Verlangen danach („einmal noch“; „das ist sicher mein letzter Test“).

LITERATUR:

1. Albus Christian, Kruse Johannes, Wöller Wolfgang: „Hätte ich die Beschwerden nicht, wäre alles gut“. Patienten mit somatoformen Störungen. In: Wöller Wolfgang, Kruse Johannes (Hg.): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden. Stuttgart: Schattauer Verlag 2007 (1. Nachdr.), S. 322-329

2. Bleichhardt Gaby, Weck Florian: Kognitive Verhaltenstherapie bei Hypochondrie und Krankheitsangst. Heidelberg: Springer Verlag 2007

3. Fürstenau Peter: Psychoanalytisch verstehen. Systemisch denken. Suggestiv intervenieren. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag 2002

4. Hirsch Mathias: Das Krankheitsbild in der psychiatrisch-psychoanalytischen Praxis. In: Jäger, Hans (Hg.): AIDS-Phobie, Krankheitsbild und Behandlungsmöglichkeiten: Workshop München, November 1987. Stuttgart; New York: Thieme 1988, S.39-43

5. Hirsch Mathias: Das hypochondrische Prinzip. In: Nissen Bernd (Hg.): Hypochondrie. Eine psychoanalytische Bestandsaufnahme. Gießen: Psychosozial-Verlag. 2005 (2. Auflage), S. 71-103

6. Hutner Gerhard, Zemann Rolf: Erfahrungen mit AIDS-Phobikern in Beratungsstellen. In: Jäger, Hans (Hg.): AIDS-Phobie, Krankheitsbild und Behandlungsmöglichkeiten: Workshop München, November 1987. Stuttgart; New York: Thieme 1988, S.49-52

7. Jäger Hans: AIDS – psychosoziale Aspekte. In: Jäger Hans (Hg.): AIDS-Phobie, Krankheitsbild und Behandlungsmöglichkeiten: Workshop München, November 1987. Stuttgart; New York: Thieme 1988, S.17-25

Wird dem Verlangen – unhinterfragt – entsprochen, wird der Klient in seiner „hypochondrischen Lösung“ bestätigt. Mit dem Test wird die Problematik wieder auf die körperliche Ebene zurückgedrängt. Der Test lenkt also von der eigentlichen (zugrunde liegenden) Problematik ab – ein Nebenschauplatz wird so zum Hauptschauplatz.

Wie kann man nun als Berater mit diesem drängenden Testwunsch umgehen? Zunächst muss klar sein, dass tatsächlich alles abgeklärt ist und nicht etwa ein erneutes (real begründetes) HIV-Risiko vorliegt. Dann ist der Testwunsch zu hinterfragen, in dem Sinne, dass es offensichtlich nicht mehr um die Klärung einer möglichen HIV-Infektion geht, sondern der Test „lediglich“ der Beruhigung dienen soll. Und wenn die (vielen) Tests in der Vergangenheit nur kurzfristig beruhigen konnten, was sollte jetzt anders sein?

Wichtig ist, die Ängste und Befürchtungen der Klienten zu thematisieren und zu Ende denken zu lassen^{6,8}. Mögliche Fragen wären: Was würde es für Sie bedeuten, wenn Sie HIV-positiv, was wenn Sie HIV-negativ wären? Was hieße dies für Ihre momentane Lebenssituation? Was würden Sie nicht mehr machen können (im Falle eines positiven Befundes) und was würden Sie machen können (im Falle eines negativen Befundes)? Wie würden Sie ihre Umgebung darauf reagieren? (Wer würde wie darauf reagieren?) usw.

Es geht also darum, die Problematik in einen übergeordneten Zusammenhang zu stellen, der die subjektive und individuelle Be-Deutung der Symptomatik für den Klienten sichtbar werden lässt. Und es geht nicht darum, sich in fruchtlose und scheinbar „sachliche“

Diskussionen über mögliche „Ausnahmen von der Regel“ oder der nicht erreichbaren „100-prozentigen Sicherheit“ zu verlieren.

Es kann nun sein, dass der Klient, im Laufe des Gesprächs, tatsächlich von einer weiteren Testung absieht und Einsicht in psychische Hintergründe signalisiert – möglich ist aber auch, dass derselbe Klient noch am gleichen Tag ein Labor aufsucht, wo keine „lästigen“ Fragen gestellt werden. Aber keine Sorge (wenn Sie zur Fürsorge neigen) oder freuen Sie sich nicht zu früh (wenn Sie schon unwillig wurden): diese Klienten kommen wieder und der Reigen beginnt von vorne.

NEGATIVE THERAPEUTEN-/BERATERREAKTION

Der hypochondrische Klient ist ein sehr schwieriger Klient, der die Geduld des Beraters nicht selten auf eine harte Probe stellt. Auf der Seite des Beraters kommt es zu unterschiedlichen Gefühlen. Entweder zu einer „konkordant-ängstlichen Fürsorge“ (...) oder einer „ärgerlich-unwilligen Abwehr.“⁵ (...) Und nicht selten schlägt eine anfängliche Fürsorge mit der Zeit in eine ärgerlich-unwillige Abwehr um. Röder, Overbeck bezeichnen dies als „negative Therapeutenreaktion“, und meinen damit: „...die heftigen negativen Affekte (...) die diese Patienten mobilisieren“ können⁹.

Der Klient steht i.d.R. unter einem hohen Leidensdruck. Diesen gibt er an den Berater (unbewusst) weiter, weshalb es beim Berater zu oben angeführten negativen Reaktionen auf den Klienten kommt, da die Klienten den Berater immer wieder mit denselben (unauflösbaren und scheinbar „unsinnigen“) Fragen kontaktieren

(und damit nicht selten verunsichern), sich über die Zeit keine nachhaltige Veränderung einstellt und die Klienten sehr penetrant sein können (den Berater so quasi mit ihrer Problematik „schamlos“ „penetrieren“). Dies führt u.U. dazu, dass im Berater eigene phobische, hypochondrische und zwanghafte Anteile virulent werden können, die er durch übergroße Fürsorge oder durch Ärger und Unwillen abwehrt.

GRENZEN UND CHANCEN IN DER BERATUNG

Als Berater sollte man sich seiner Grenzen bewusst sein, vermeintliche Kränkungen im Kontakt reflektieren, um möglichst neutral auf den Klienten reagieren zu können d.h.: die geschilderte Problematik ernst nehmen (auch wenn es manchmal schwerfällt), den Kontakt halten und zugleich beschränken und begrenzen (inhaltlich und strukturell)⁷ und es gilt offene Fragen/Probleme/Widersprüche auszuhalten.

In der Beratung geht es darum, dem Druck des Klienten etwas entgegen zu stellen und (für sich) die Problematik in einem übergeordneten Zusammenhang zu verstehen. Wichtig scheint, dass der Berater ein Konzept der Aids-Phobie/-Hypochondrie im Kopf hat, dass er weiß, welche Merkmale typisch für diese Symptomatik sind und dass er aus diesem Verständnis heraus interveniert und sich nicht auf die manifeste Symptomschilderung fixieren lässt, sonst würde er der „Arretierung“⁵, die für den hypochondrischen Klienten typisch ist, erliegen. Mit einer Hypothese im Hinterkopf (wie der des Autonomie-Abhängigkeitskonfliktes) stellt man auch automatisch andere Fragen. Damit gewinnt man als Berater an Hand-

lungsspielraum und ermöglicht dem Klienten automatisch weiterführende Optionen, was im Idealfall zu einer Aufweichung der Verfestigung, in die der Klient gefangen ist, führt.

Um Veränderung zu evozieren, muss der Berater einerseits die Sorge des Klienten ernst nehmen, andererseits muss er der Verführung durch den Klienten, die Symptomatik über den Test lösen zu wollen widerstehen. Diesbezüglich muss sich der Berater weitestgehend abinent verhalten und die Verantwortung an den Klienten zurückgeben. Der Berater muss sich bewusst sein, dass der Klient die „hypochondrische Lösung“ nicht so ohne Weiteres aufgeben kann, dass er sich zuerst eine Alternative dazu erarbeiten muss und dass dies ein langwieriger Prozess sein kann.

Und der Berater muss sich genau überlegen was er – im Rahmen seiner Tätigkeit – überhaupt leisten kann. Ein vorrangiges Ziel kann sein, den Betroffenen zu einer Psychotherapie zu motivieren und das allein ist eine Kunst für sich. Hier kann dem Berater die Rolle eines Wegbereiters zukommen. Indem er im Klienten, Interesse und Neugier weckt, über die rein körperliche Ebene hinauszudenken. Dafür braucht es den sprichwörtlich „langen Atem“ und eine hohe Frustrationstoleranz.

RESÜMEE

Die Aids-Phobie/-Hypochondrie ist eine schwerwiegende psychische Beeinträchtigung, die durch Wissensvermittlung und wiederholte Testung nicht nachhaltig beeinflussbar ist, für den Patienten eine unbewusste Funktion erfüllt und von erfahrenen PsychotherapeutInnen behandelt werden sollte.

HÄUFIGE VERSTRICKUNGEN UND IHRE MÖGLICHEN AUFLÖSUNGEN

„Psychodynamisch verstehen – psychologisch Denken – suggestiv Intervenieren“³

| VERSTRICKUNG | AUFLÖSUNG |
|---|--|
| sich in Details verlieren (z.B.: bezüglich einer unmöglichen HIV-Infektion) bzw. dem Drängen des Klienten nach 100 %-iger und absoluter Sicherheit nachgeben | klare Informationen geben und dabei belassen (Klienten sind i. d. R. bestens informiert) |
| mit dem Klienten zum „Diskutieren“, „Streiten“ anfangen/sich in einen Machtkampf verstricken | genau nachfragen/explorieren und damit den Klienten zu Introspektion und Selbstexploration ermutigen und motivieren |
| Klienten weitere Tests empfehlen oder versuchen ihn davon abzuhalten | Testwunsch hinterfragen, psychische Komponente hervorheben und letztlich die Verantwortung an den Klienten zurückgeben |
| den roten Faden verlieren und damit keine Grenzen setzen, struktur- und konzeptlos bleiben | Annahmen über die Bedeutung der Symptomatik im Hinterkopf haben und damit das Gespräch strukturieren und begrenzen |
| die subjektive Krankheitstheorie des Klienten übernehmen/ablehnen | die subjektive Krankheitstheorie des Klienten respektieren |
| Klienten überzeugen/überreden wollen, dass seine Angst unbegründet ist (weiß er oft selber) | die Angst ernst nehmen, Ängste ggf. zu Ende denken lassen, Leidensdruck explizit anerkennen |
| glauben den Klienten „helfen/heilen“ zu können – eigene Größenphantasien unreflektiert ausleben | eigene Grenzen akzeptieren, sich die „Latte“ nicht zu hoch legen – die Hilfsmöglichkeiten sind, selbst für sgn. Experten, eng begrenzt! |
| sich übergroße Sorgen machen oder (mit der Zeit) Ärger und Unwillen im Gespräch ausagieren – gerade das Berater(s)hopping und die „Unkorrigierbarkeit“ können vom Berater als sehr kränkend erlebt werden | Sorge/Ärger als spezifische Gegenübertragungsreaktionen reflektieren und möglichst neutral bleiben, sich stets bewusst sein i.d.R. nicht der einzige Berater zu sein (lässt sich u.U. produktiv nützen) |
| Scheitern des Gesprächs bzw. Unveränderbarkeit der Symptomatik persönlich nehmen – eigene Kompetenz in Frage stellen | Scheitern/Unveränderbarkeit als krankheitsbedingt werten – „Rückfälle“ u.a. Merkmale gehören zum Krankheitsbild! Gegenübertragungsgefühle (wie eigene Ohnmacht, Hilflosigkeit, Gefühl der Inkompetenz) als Erkenntnisinstrument nutzbar machen |
| psychodynamische Deutungen geben – die der Klient sowieso nicht annehmen kann und die höchstens zu Verstimmungen und Rückzug/Beziehungsabbruch führen | Psychogenese-Einsicht fördern: vorsichtig und behutsam das Gespräch auf mögliche psychische/lebensgeschichtliche Hintergründe lenken |
| der Verführung des Klienten, auf der somatischen Ebene zu verharren, erliegen | Neugier und Interesse für psychosoziale und biographische Zusammenhänge wecken |

8. Jäger-Collet Bernadette: Das Krankheitsbild in der Psychologischen Praxis. In: Jäger Hans (Hg.): AIDS-Phobie, Krankheitsbild und Behandlungsmöglichkeiten: Workshop München, November 1987. Stuttgart; New York: Thieme 1988, S.44-48

9. Röder Christian, Overbeck Gerd, Müller Thomas: Psychoanalytische Theorien zur Hypochondrie. In: Nissen Bernd (Hg.): Hypochondrie. Eine psychoanalytische Bestandsaufnahme. Gießen: Psychosozial-Verlag. 2005 (2. Auflage), S.15-49

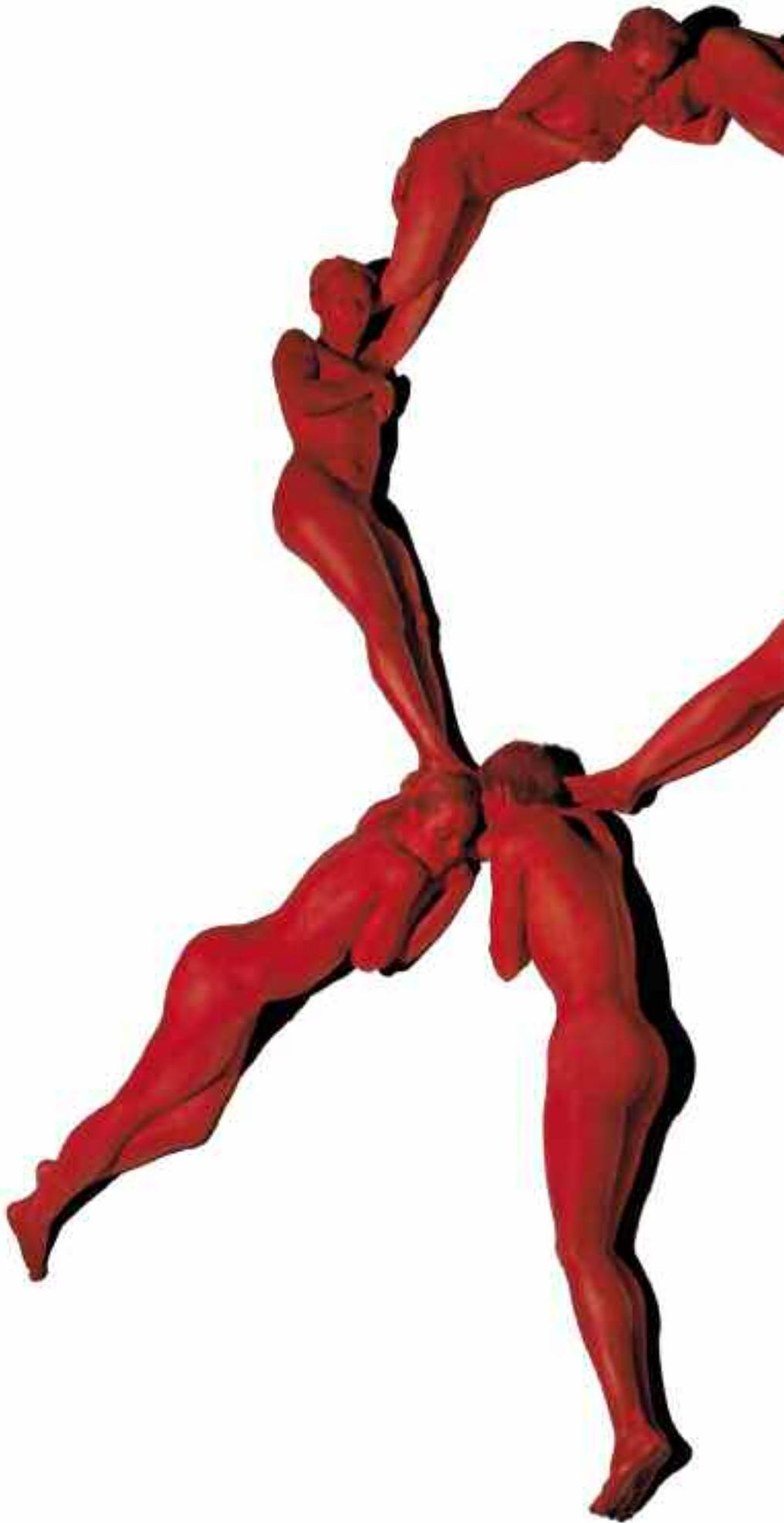
10. Saß Henning: DSM III – Diagnostik phobischer Störungen. In: Jäger, Hans (Hg.): AIDS-Phobie, Krankheitsbild und Behandlungsmöglichkeiten: Workshop München, November 1987. Stuttgart; New York: Thieme 1988, S.31-38

11. Stummer Klaus: AIDS-Phobie und -Hypochondrie in der Testberatung (Abstract). European Journal of Medical Research. 3. Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress. Vol. 12, Juni 2007, S.12

12. Stummer Klaus: Aids-Phobie und -Hypochondrie in der Testberatung. In: Deutsche AIDS-Hilfe (Hg.): INFO – Telefon – Online – Beratung; Nr. 37, August 2007, S.8-10

13. Tamminen Petri. Der Eros des Nordens. Roman. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag. 2003

14. Wirth Hans-Jürgen: Zur psychoanalytischen Familientherapie der AIDS-Hypochondrie. In: Nissen Bernd (Hg.): Hypochondrie. Eine psychoanalytische Bestandsaufnahme. Gießen: Psychosozial-Verlag. 2005 (2. Auflage), S.387-417.



Die AIDS-Hilfen
Österreichs 



POSITIV LEBEN
OHNE UNTERSCHIED

AIDS-assoziierte Angststörungen

von Ulrike Paul*

Im Rahmen der Testberatung begegnen uns immer wieder Personen, die ohne ein nennenswertes HIV-Infektionsrisiko eingegangen zu sein, unter starken AIDS-Ängsten leiden. Ausführliche Beratung und selbst wiederholte negative HIV-Antikörpertest-Befunde vermögen sie nur vorübergehend oder mitunter gar nicht zu beruhigen. Dieses objektiv unbegründete Erleben einer massiven persönlichen Bedrohung durch AIDS, welches vielfältige Formen der Manifestation annehmen kann, wird oftmals unter der Bezeichnung AIDS-Phobie zusammengefasst. Irrationale, also sachlich nicht begründete Ängste, sich eine schwere, unheilbare Krankheit zuzuziehen oder an einer solchen zu leiden, sind in der Bevölkerung weit verbreitet. Ich möchte nun herausarbeiten, welches die Besonderheiten AIDS-assoziiierter Angststörungen sind.

Wenn man sich dieser Frage nähert, ist es hilfreich, sich zunächst die bestimmenden medizinischen und epidemiologischen Merkmale der HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung und die ihr gegenüber erfolgten sozialen Attribuierungen zu vergegenwärtigen. Zunächst einmal handelt es sich um eine Infektionserkrankung, welche in erster Linie auf sexuellem Weg weitergegeben wird. Aufgrund der starken Betroffenheit homo- und bisexueller Männer, insbesondere in den Anfangsjahren der AIDS-Epidemie, wird die Krankheit mit von der Norm abweichendem Sexualverhalten in Zusammenhang gebracht. Promiskuität, Ausübung von Prostitution und sexuelle Untreue werden weiters als Ursachen für Betroffenheit unterstellt, ungeachtet dessen, wie der/die Einzelne sich tatsächlich infiziert hat.

Ein weiterer bedeutsamer Übertragungsweg, nämlich der über das sogenannte

Needle-Sharing im Zusammenhang mit dem intravenösen Drogenkonsum, verleitete die Gesellschaft dazu, der Krankheit erst recht den Anstrich des Amoralischen und Randständigen zu verleihen, das Virus als Eindringling in den „gesunden Volkskörper“ zu identifizieren und Virusträger der mutwilligen Selbstgefährdung und potenziellen Beschädigung der Volksgesundheit zu bezichtigen. Das schuldig Sprechen Betroffener dient der Abwehr der Wahrnehmung eigener Vulnerabilität und erzeugt die Illusion von Immunität. Anders als bei prozesshafter Schädigung des Organismus, etwa durch ungesunden Lebenswandel, besteht bei der HIV-Infektion ein Kausalzusammenhang zwischen einem punktuellen Ereignis und dem Erwerb der Krankheit, wodurch das „Fehlverhalten“ der von HIV Betroffenen besonders stark ins Blickfeld gerät. Die Tatsache, dass der AIDS-Erreger das Immunsystem, also den körpereigenen „Schutzwall“, angreift und sukzessive zerstört, lässt die Krankheit besonders heimtückisch erscheinen.

Bei der AIDS-Phobie handelt es sich keineswegs um ein einheitliches Krankheitsgeschehen. Unter dem Begriff der AIDS-Phobie werden eine Reihe von psychischen Auffälligkeiten und Pathologien subsumiert, denen die Bezeichnung Phobie nicht immer gerecht wird. Die Diagnose einer AIDS-Phobie ist nur dann zulässig, wenn eine Person sachlich nicht begründete Angst empfindet, sich mit dem AIDS-Erreger zu infizieren. Wohingegen jemand der unbegründeterweise trotz zahlreicher gegenteiliger medizinischer Befunde weiterhin der Überzeugung anhängt, bereits infiziert oder erkrankt zu sein, als hypochondrisch einzustufen ist. Häufig leiden diese Personen noch zusätzlich unter einer Zwangsstörung.

Wenngleich sich vielfach die irrationale Angst vor AIDS in der Beratung bzw. im psychotherapeutischen Prozess vordergründig als das zentrale Problem darstellt, welches der/die KlientIn als massiv lebensqualitätsbeeinträchtigend empfindet, mag die Primärdiagnose dennoch anders ausfallen. Bei der psychischen Grunderkrankung handelt es sich oftmals um eine Persönlichkeitsstörung oder um eine posttraumatische Belastungsstörung. So wichtig es ist, die mit AIDS in Zusammenhang stehenden Angststörungen unter differentialdiagnostischem Blickwinkel genau zu beleuchten, darf aber auch nicht jede sachlich unbegründete Sorge, sich mit HIV zu infizieren, als Angststörung qualifiziert werden. Befürchtet beispielsweise eine Person, die erstmals in ihrem Leben wissentlich auf einen HIV-Positiven trifft, sich beim Trinken aus demselben Glas mit HIV infiziert zu haben, so ist diese Angst zwar unberechtigt. Die kollektive Angst vor AIDS ist bei der Beurteilung dieser individuellen Panik allerdings nicht außer Acht zu lassen. Erst wenn trotz ausführlicher Beratung ein hartnäckiges Fortbestehen der Beunruhigung zu beobachten ist, sollte an eine Angststörung gedacht werden.

Trotz aller individuellen Verschiedenheiten hinsichtlich der Genese AIDS-assoziiierter Angststörungen weisen Biografie und Persönlichkeit Betroffener doch Gemeinsamkeiten auf. Als bedrohlich und schuldhaft erlebte Autonomieimpulse des Individuums, die über sexuelle, über den bestehenden Bindungskontext hinausweisende Wünsche symbolisiert werden, finden in der AIDS-Angst ihren Ausdruck. Charakteristisch für die AIDS-ängstliche Struktur ist eine nur unzureichend erfolgte Ablösung vom Elternhaus,

* Dr. Ulrike Paul ist Psychologin und Systemische Familientherapeutin und arbeitet seit 17 Jahren in den Bereichen Beratung und Prävention in der AIDS-Hilfe Tirol.

welches zumeist dem Paradigma einer rigiden christlich-katholischen Sexualmoral verpflichtet ist, sowie Unflexibilität in Hinblick auf Konfliktlösung. Das Bemühen um Offenlegung und Bewusstmachung des jeweiligen Be-

deutungsgehalts der AIDS-Angst hat sich gegen hartnäckige Widerstände zu behaupten. Der psychotherapeutische Prozess vollzieht sich daher in der Regel in kleinen Schritten und ist stets von der Gefahr eines frühzeitigen Ab-

bruchs durch den Klienten begleitet, sobald die Angst sich – zumeist nur temporär – verringert. Aufgrund der Hartnäckigkeit der Ängste ist bei deren Behandlung ein langer Atem erforderlich.

„HIV und Depression“

von Birgit Leichsenring*

Psychische Erkrankungen sind weltweit stark verbreitet. Die WHO (Weltgesundheitsorganisation) geht davon aus, dass jede vierte Person, die einen Arzt aufsucht, an einer Erkrankung dieser Art leidet. Der allgemeine Begriff der psychischen Erkrankungen beschreibt eine Vielzahl an unterschiedlichen Störungen. Definiert und eingeteilt werden diese Störungen in einem Unterpunkt des sogenannten IDC-10 Index, einem internationalen Register der WHO, welches sämtliche Arten von humanen Krankheiten auflistet. Im Kapitel „IDC-10 / F00 bis F99“ sind die psychischen Störungen erfasst. Dazu gehören z. B. Persönlichkeits-, Verhaltens- und Angststörungen, Schizophrenie oder affektive Störungen, um nur einige Beispiele zu nennen. Zu den sehr häufig diagnostizierten Erkrankungen gehört die Depression. Sie zählt zu den affektiven Störungen (IDC-10/F30-39), betrifft also das Gefühlsleben. Eine Depression kann massive Auswirkungen auf die Lebensqualität haben und unter Umständen bis zum Suizid führen. Typische Symptome sind z. B. Antriebslosigkeit, Niedergeschlagenheit, Konzentrationsstörungen, Hoffnungslosigkeit oder ein Gefühl der Wertlosigkeit. Dazu können Schlafstörungen, Appetitlosigkeit oder Schwindel auftreten. Die Symptome und Ausprägungen variieren jedoch stark und eine Diagnose ist oft schwierig.

In der Gesamtbevölkerung geht man davon aus, dass etwa 15 bis 20 % im

Laufe ihres Lebens eine Depression erfahren. Bei Menschen mit HIV/AIDS ist es die am häufigsten diagnostizierte psychische Störung und die Lebenszeitprävalenz wird mit bis zu 50 % aller PatientInnen angegeben. Man nimmt an, dass auch das HI-Virus selbst zur Entstehung von Depressionen beiträgt. Darum ist auch die Wirksamkeit der HIV-Therapie im zentralen Nervensystem wichtig. Andererseits können zusätzlich bestimmte HIV-Medikamente selbst als Nebenwirkung Depressionen verursachen.

Die Therapie einer Depression besteht aus zwei Komponenten, der psychotherapeutischen und der medikamentösen. Die heute verwendeten Antidepressiva sind im Allgemeinen sehr gut verträglich, beeinflussen die Persönlichkeit nicht und haben keinen Abhängigkeitscharakter. Wie bei vielen Medikamenten können zu Beginn Nebenwirkungen auftreten, die im Verlauf abklingen, bzw. können die Medikamente bei PatientInnen unterschiedliche Wirkung zeigen. Diese Effekte sind jedoch individuell verschieden, daher ist eine engmaschige Beobachtung in den ersten Wochen einer Antidepressiva-Therapie wichtig.

Grundsätzlich unterscheidet sich die medikamentöse Therapie einer Depression bei HIV-positiven PatientInnen natürlich nicht von der anderer PatientInnen. Jedoch sind mögliche Wechselwirkungen mit den Medika-

menten der HIV-Therapie (HAART) zu beachten. Vor allem die Protease Inhibitoren (PIs, eine Wirkstoffklasse der HAART) spielen hier eine Rolle und unterscheiden sich hinsichtlich dieser Wechselwirkungen. So beeinflusst der PI Ritonavir die Menge von Antidepressiva im Blut und verändert damit deren Wirkung. Der PI Fosamprenavir hingegen zeigt diesen Effekt nicht. Dieser Zusammenhang ist nicht unwesentlich, da geschätzte 25 % aller PatientInnen mit HIV/AIDS Antidepressiva einnehmen. Aber auch nichtverschreibungspflichtige Substanzen können die HAART beeinträchtigen. So sollte beispielsweise Johanniskraut nicht gemeinsam mit den HIV-Medikamenten eingenommen werden. Unabhängig von diesem medizinischen Zusammenhang kann eine Depression ganz allgemeine Auswirkungen auf die HAART haben. Oft ist es so, dass bei einer Depression die Adhärenz sinkt. Weiters gilt, je weniger konsequent die HIV-Therapie eingenommen wird, desto mehr leidet auch der Therapieerfolg.

Mit psychischen Erkrankungen wie zum Beispiel einer Depression sollte daher keinesfalls leichtfertig umgegangen werden. Doch mit einer bedachten Wahl an Medikamenten, sowohl vonseiten der HAART als auch vonseiten der Antidepressiva, ist dies kein unlösbares Problem. Die Therapie einer Depression trägt wesentlich zu einer besseren Lebensqualität bei.

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

Die gesamte IDC-10 Auflistung inkl. der Rubrik Foo-99 „Psychische und Verhaltensstörungen“ finden Sie z. B. unter www.dimdi.de, dem dt. Institut für medizinische Information und Dokumentation.

Aktion „Jede Oma zählt!“

von Hans-Christian Gruber

AIDS hat weltweit 15 Millionen Kinder zu Waisen und teilweise auch zu Betroffenen gemacht. 12 Millionen davon leben in den sogenannten Sub-Sahara-Staaten. Etwa die Hälfte aller AIDS-Waisen lebt bei den Großeltern, zu meist bei der Großmutter. Neben der Versorgung der Enkel übernehmen diese Frauen auch häufig die Krankenpflege für ihre erkrankten eigenen Kinder. 90 Prozent der Krankenpflege wird in den betroffenen Ländern von der Großmuttergeneration geleistet.

Um diesen Umstand ins Bewusstsein einer breiteren Öffentlichkeit zu rücken, hat die Organisation HelpAge die Kampagne „Jede Oma zählt“ ins Leben gerufen. Schirmherrin der Kampagne ist die bekannte deutsche Schauspielerin Hannelore Hoger. Unterstützt wird diese Aktion von der deutschen Bundesministerin für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Heidemarie Wiecek-Zeul, der Schriftstellerin Kirsten Boie sowie Sven Christian Finke, einem Vorstandsmitglied der AIDS-Hilfe Deutschland.

Die Kampagne „Jede Oma zählt“ will über die Website „www.jede-oma-zaehlt.de“ 5.000 Großmütter und Enkel in Deutschland mobilisieren, die mithelfen, afrikanische Großmütter und ihre Enkel in Hilfsprojekten zu unterstützen. Nach dem Vorbild der seit März 2006 erfolgreich verlaufenden „Grandmothers to Grandmothers Campaign“ der Stephen Lewis Foundation in Kanada fordert die Website „www.jede-oma-zaehlt.de“ zum Mitmachen auf. Neben der Website ist die Fotoausstellung „Stille Heldinnen – Afrikas Großmütter im Kampf gegen HIV/AIDS“ ein eindrucksvolles Zeichen für dieses Bemühen. Der Fotograf Christoph Gödan hat zwölf Fallge-

schichten bebildert, wie zum Beispiel jene von Patricia Ntini, 76 Jahre alt, aus Durban in Südafrika. Sie kümmert sich um ihren achtjährigen HIV-positiven Enkel Sphamandla. „Er geht jeden Tag zur Schule und ist ein guter Schüler“, berichtet Patricia Ntini stolz. Patricia wird von der Organisation MUSA (Muthande Society for the Aged) unterstützt. MUSA hilft alten Menschen, ihren von AIDS und Armut geprägten Alltag zu bewältigen.

MUSA ist eine von drei Organisationen die durch die Aktion „Jede Oma zählt“ gezielt unterstützt werden soll. Neben dem südafrikanischen Projekt gehören noch Kwa Wazee in Tansania und Pfuna Swissiwana aus Mosambik zu den geförderten Hilfsaktionen. Alle Projekte sollen Großmütter und Großväter finanziell unterstützen, die anstatt ihren Lebensabend genießen zu können, sich wieder der Herausforderung der Kindererziehung und Haushaltsführung stellen müssen. Die Krankheit und der Tod der erwachsenen Kinder überfordert die alten Menschen oftmals. Sie müssen sich neben der Familie noch um Vieh und die Bestellung der Felder kümmern. In fortgeschrittenem Alter reicht dazu die körperliche Kraft oft nicht oder kaum mehr aus. Ersparnisse, die für den ganzen Lebensabend reichen sollten, werden jetzt für die täglichen Bedürfnisse, um Medikamente zu bezahlen, um Schuluniformen zu kaufen oder um im Todesfall Sarg und Trauerfeier zu finanzieren, schnell aufgebraucht. Neben dem finanziellen ist vor allem der psychische Druck ein großer Leidensfaktor dieser alten Menschen. Nicht nur die Tatsache, die eigenen Kinder überlebt zu haben, sondern auch die häufig geäußerten Vorwürfe „unmoralisches Verhalten“ zugelassen



zu haben, führen zu starken Schuldgefühlen.

Doch sind ältere Menschen nicht nur mittelbar sondern auch unmittelbar von HIV und AIDS betroffen. Einerseits durch teilweise katastrophale hygienische Zustände bei der Pflege von AIDS- und tuberkulosekranken Familienmitgliedern und andererseits durch eine falsche Betrachtung der Sexualität älterer Menschen. So erfassen internationale Statistiken immer nur Personen zwischen dem 15. und 49. Lebensjahr. Alte Menschen werden systematisch ausgeblendet. Sie scheinen nicht als direkte Opfer der Krankheit auf – obwohl Untersuchungen darauf hindeuten, dass sich alte Menschen zunehmend auch anstecken. Gerade Frauen sind besonders gefährdet. Nach der Menopause werden die Vaginalhäute dünner und damit verletzlicher und außerdem werden Kondome zumeist als bloßes Mittel zur Schwangerschaftsverhütung angesehen.

Projekte wie MUSA wollen das Wissen über HIV und AIDS verbreiten und das Bewusstsein zur Prävention schärfen. So meint Patricia Ntini: „Wir wissen ja, wie man sich mit AIDS infiziert und es liegt daran, dass sich die Menschen überhaupt keine Gedanken machen. Genauso wie der Vater meines Enkels. Er war mit einer Frau zusammen, hat sich infiziert und den Virus dann an seine Frau gegeben. So geht das immer weiter.“

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

„Jede Oma zählt“ ist eine Aktion der Organisation HelpAge Deutschland. HelpAge ist ein entwicklungspolitisches Hilfswerk, dass die die sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Rechte alter Menschen einfordert. Dazu fördert HelpAge beispielhafte Projekte zur Verbesserung der Lebensverhältnisse alter Menschen in Entwicklungs- und Transformationsländern. Diese Projekte sollen ihnen Anerkennung, finanzielle Absicherung, Wohlergehen und ein Leben in Würde ermöglichen. www.jede-oma-zaehlt.de

Afrikanische und europäische Parlamente im Kampf gegen AIDS in Afrika von Lukas Schmuckermair*

Im Vorfeld des Welt-AIDS-Tages 2008 und schon in Hinblick auf die Welt-AIDS-Konferenz 2010 in Wien, organisierten der „Parlamentarische Nord-Süd Dialog“ und die Organisation Europäischer Parlamentarier für Afrika (AWEPA) am 21. November eine Tagung zum Thema „HIV/AIDS and Vulnerable Children – A call to parliamentary action“. Passenderweise fand diese Veranstaltung im Wiener Palais Epstein statt, das dem österreichischen Parlament zugehörig ist. Parlamentspräsidentin Barbara Prammer hielt die Eröffnungsrede und plädierte für eine bessere Zusammenarbeit von Europa und Afrika und einen intensiveren Informationsaustausch von Best Practices im Kampf gegen HIV/AIDS. AWEPA Präsident Jan Nico Scholten betonte, dass eine wachsende Anzahl von Kindern, die durch AIDS zu Waisen wurden oder selbst von HIV betroffen sind, nach Schutz und Hilfe ruft. Die Parlamente afrikanischer und europäischer Staaten können dabei eine große Rolle spielen, indem sie nationale Aktionspläne nach internationalen Standards zur Bekämpfung von HIV/AIDS verabschieden und deren Ausführung überwachen. Auch Rudolf Nagiller von UNICEF Österreich unterstrich, dass Deklarationen und Aktionspläne nicht in Schubladen verstauben, sondern umgesetzt werden sollten.

Henriette Ahrens (UNICEF) gab in einem Impulsreferat einen Überblick über Erfolge und zukünftige Aufgaben der UNICEF-Kampagne „Unite for Children, Unite against AIDS“. Diese hatte sich beginnend im Jahr 2005 vier Ziele gesetzt: Die Mutter-Kind-Übertragung von HIV bis 2010 um 80 % zu reduzieren, positive Kinder und Kleinkinder ausreichend medizi-

nisch zu versorgen, die Zahl der HIV-positiven Jugendlichen und jungen Erwachsenen durch Aufklärung, Beratung und Tests weltweit um 25 % zu senken und sich nicht zuletzt dafür einzusetzen, dass auch HIV-positiven Kindern weltweit ihr Recht auf Bildung, Gesundheit und Schutz vor Diskriminierung gewährt wird. Nadia Rozendaal von der International AIDS Vaccine Initiative ließ in ihrem Vortrag die Hoffnung auf einen Impfstoff gegen HIV aufleben.

Danach waren die ParlamentarierInnen aus Kenia, Tansania, Botswana, Mosambik und Uganda am Wort. In den Impulsreferaten und anschließenden Diskussionen kristallisierten sich einige zentrale Punkte heraus. Ein nationaler, parlamentarischer Aktionsplan braucht neben klaren Richtlinien auch die nötige Finanzierung. Darüber hinaus sind Korruptionsbekämpfung und eine funktionierende medizinische Infrastruktur Grundvoraussetzungen, um sicher zu stellen, dass die Gelder auch wirklich effizient für den Kampf gegen HIV/AIDS genutzt werden. Ein weiterer zentraler Punkt ist die Bekämpfung der Diskriminierung und Stigmatisierung betroffener Menschen. Sheila Dinotshe Tlou, Parlamentsabgeordnete in Botswana, betonte, dass

HIV-positive Kinder in ihrem Land neben der medizinischen Versorgung auch in denselben Schuluniformen in dieselben Schulen gehen wie ihre Altersgenossen. Ledian Mafuru aus Tansania wies in mehreren Beispielen darauf hin, dass das Stigma, das auf Betroffenen lastet, das eigentliche Problem ist. Zum Beispiel wollen viele positive Mütter nicht der Empfehlung der WHO folgen und nach dem sechsten Monat mit dem Stillen ihrer Babys aufhören, da sie dadurch indirekt ihren Serostatus bekannt geben würden; davon abgesehen, dass es oft an Trockenmilch und sauberem Wasser fehlt. Außerdem wäre eine Stärkung des Gemeinwesens und der Familien wünschenswert, die großteils die Betreuung betroffener Kinder übernehmen und dabei oft überfordert sind. Und nicht zuletzt plädierten vor allem die weiblichen Abgeordneten für eine Stärkung der Rechte der Frauen, die oft nicht einmal die Benutzung eines Kondom einfordern dürfen, selbst wenn der positive Status des Mannes bekannt ist. Betont wurde auch, dass Frauen als Opfer sexueller Gewalt besonders anfällig für eine HIV-Infektion sind. Das Fazit war, dass der Kampf gegen HIV/AIDS gewonnen werden kann, aber nur mit gemeinsamem und großem Engagement.

**Mag. Lukas Schmuckermair ist seit 2008 für die Jugendprävention der Aids Hilfe Wien zuständig*



Perspektive AIDS 2010 – ein Überblick

von Frank M. Amort*

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

Seit vergangenem Mai ist es offiziell: Wien wird Austragungsort der nächsten Welt-AIDS-Konferenz. Mit 25.000 TeilnehmerInnen handelt es sich um ein Großereignis, das auf dem Gelände der Messe Wien stattfinden wird. Das „Global Village“ wird mit einem umfangreichen Informationsprogramm öffentlich und kostenlos zugänglich sein.

Bei der **International Aids Society (IAS)** sowie lokalen und regionalen PartnerInnen begannen die Vorbereitungen mit einem ersten Treffen im November 2008. Vizepräsidentin der Konferenz ist OA Dr. Brigitte Schmied, Präsidentin der Österreichischen Aidsgesellschaft. Weiters ist in der Vorbereitungsgruppe neben dem Bundesministerium für Gesundheit und der Stadt Wien unter anderem auch die Abgeordnete zum Nationalrat Petra Bayr für den Bereich Leadership and Accountability vertreten. Die Konferenz 2010 hat schon jetzt, im Vergleich zu ähnlich strukturierten Veranstaltungen,

den höchsten Frauenanteil in entscheidungsgebenden Gremien.

Fünzig Organisationen und Initiativen, darunter auch alle AIDS-Hilfen, haben sich zum **Netzwerk „Community Forum Austria 2010“** zusammengeschlossen. Interessierte Vereine können über die Aids Hilfe Wien (wien@aids.at) aktuelle Informationen anfordern und jederzeit einsteigen. Anders als bei anderen AIDS-Konferenzen (z. B. der heurigen SÖDAK in der Schweiz) ist die Integration und Zusammenarbeit mit der Community selbstverständlich und findet kontinuierlich statt.

Das wissenschaftliche Programm der Welt-AIDS-Konferenz wird in 5 Tracks gegliedert:

- Track A/Basic Science
- Track B/Clinical Sciences
- Track C/Epidemiology and Prevention Sciences
- Track D/Psychosocial and Behavioural Sciences
- Track E/Economics, Operations Research, Care and Health Systems
- Track F/Policy, Law, Human Rights and Political Science

Damit wird in Wien die erste Welt-AIDS-Konferenz stattfinden, in welcher das Thema Menschenrechte ganz offiziell in das wissenschaftliche Programm integriert ist.

Seit Februar 2009 arbeitet das **Konferenzsekretariat in Wien:** Mag.^a Marijana Grandits, die u. a. von 1990–1994 als Abgeordnete für die Grünen im österreichischen Parlament und als Direktorin im Stabilitätspakt für Süd-Ost-Europa tätig war, wird diese Einrichtung leiten.

AIDS 2010 soll das **Thema Menschenrechte** ganz ins Zentrum des globalen Interesses stellen. Ein besonderes Augenmerk wird auf die Situation in Osteuropa gelegt: In den Vorbereitungen sind daher die ExpertInnen Svetlana Moroz (Ukraine), Raminta Stuikyte (Litauen) und Vlademir Mendelevich (Russland) als lokale Co-Chairs eingebunden.

Die aktuellsten Informationen bietet der **Newsletter der International Aids Society**. Auf der Homepage www.aids2010.org können Sie sich in die Mailingliste eintragen.

* Mag. Frank M. Amort ist seit 1997 Leiter der Präventionsabteilung der Aids Hilfe Wien



“life in eMotion”

Filmwoche in OÖ. Programmkinos von Eric Pfefferkorn*

Unter dem Titel “life in eMotion” veranstaltete die AIDSHILFE OBERÖSTERREICH vom 1. bis 7. Dezember des vergangenen Jahres in den Programmkinos von Bad Ischl, Freistadt, Lenzing, Linz und Wels eine Filmwoche mit vier ausgewählten cineastischen Werken.

Anlass zu dieser Filmwoche war der Welt-AIDS-Tag, der sich am 1. Dezember 2008 zum 20. Mal jährte und von der WHO als ein Tag der sozialen Toleranz gegenüber Infizierten und den ihnen nahestehenden Personen ins Leben gerufen wurde. Entsprechend bildete auch das Thema „Diskriminierung und Benachteiligung von gesellschaftlichen Randgruppen“ die inhaltliche Klammer der Veranstaltungsreihe – ganz im Sinne der Erklärung von UNO-Generalsekretär Ban Ki-moon zum Welt-AIDS-Tag 2008: „Wir müssen das Stigma und die Diskriminierung beenden, die nach wie vor so viele Menschen davon abhalten, mehr über HIV-Vorsorge und Behandlung zu erfahren.“
(www.unis.unvienna.org, 19. 11. 2008)

Die Filme beinhalteten Themen wie Homo- und Intersexualität, Migration sowie Sexualaufklärung – Bereiche, die in der alltäglichen und zielgruppenspezifischen Präventions- und Betreuungsarbeit der Aidshilfe einen wichtigen Stellenwert einnehmen.

Naheliegender war daher die Kooperation mit den Vereinen HOSI (Homosexuelle Initiative) Linz und MAIZ (Autonomes Zentrum von und für MigrantInnen), die sich seit vielen Jahren um Gleichberechtigung und Toleranz für die von ihnen vertretenen Gruppen bemühen.

Eine Österreich-Premiere und drei Oberösterreich-Premieren

Im Rahmen der Filmreihe „life in eMotion“ wurden eine Österreich-Premiere („La reina del condón“) sowie drei OÖ-Premieren von bereits viel beachteten und ausgezeichneten Filmen gezeigt. So gewann der Spielfilm „XXY“ u. a. den Großen Preis der Kritik beim Cannes Film Festival 2007 (siehe Filmbeschreibungen).

Ein Highlight der Filmreihe war die Österreich-Premiere des großteils in Kuba gedrehten Dokumentarfilms „La reina del condón“ am 2. Dezember im Linzer City-Kino. Den Cuba Libre – Empfang zu kubanischer Musik im Anschluss an die Vorstellung ließ sich kaum einer der Gäste entgehen.

Schulfilmwochen

Parallel zur Filmreihe veranstaltete die AIDSHILFE OBERÖSTERREICH in Zusammenarbeit mit dem Programmokino Movimiento Linz auch im vergangenen Jahr wieder vom 1. bis 22. Dezember 2008 Schulfilmwochen für SchülerInnen ab der 10. Schulstufe. Gezeigt wurde die MTV-Produktion „Transit“.

Insgesamt wurden die Veranstaltungen von rund 750 Personen besucht.

Im Rahmen der Filmwoche wurden folgende Filme gezeigt:

„Saturno Contro“

(„In Ewigkeit Liebe“), Drama, Italien, 2007, 110 Min., Regie: Ferzan Ozpetek. Rom. Der durchwegs heterosexuelle Freundeskreis des schwulen Traumpaars Lorenzo und Davide trifft sich zum gemeinsamen Abendessen. Die ausgelassene Feier der seit Jahren un-

veränderlichen Clique steht unter keinem guten Stern: Der junge Lorenzo bricht plötzlich grundlos zusammen. Unter Schock warten die anderen nachts im Krankenhaus auf eine gute Nachricht, was ihre Freundschaft auf eine harte Probe stellt.

Ferzan Ozpetek („Hamam – Das türkische Bad“) lässt in einer optimistischen Konfrontation sechs Freunde über begrabene Gefühle reden, Weltbilder wanken und eine heimliche Affäre hervortreten. Sein humorvolles Ensemble-Drama konferiert über Freundschaft, Tod und Seitensprünge.

„La reina del condón“

(„Die Königin der Kondome“), Dokumentarfilm, Schweiz, 2007, 75 Min., Regie: Silvana Ceschi/Reto Stamm.

In den Sechzigerjahren bricht eine junge Frau von Rostock (DDR) nach Kuba auf. Monika Krause folgt einem kubanischen Kapitän und findet auf Castros Insel Erfüllung – als Aufklärerin und Kämpferin gegen Machismus, fast 30 Jahre lang. Silvana Ceschi und Reto Stamm sind ihren Spuren gefolgt und dokumentieren das Wirken der Königin der Kondome bis ins Jahr 2007.

Mag. B. Resch,
LR Dr. S. Stöger,
E. O. Gattner (Präsident
AH OBERÖSTERREICH.
(v.l.)

* Mag. Eric Pfefferkorn
ist seit 1997 für die
AIDSHILFE OBERÖSTER-
REICH im Bereich
Szeneprävention tätig.



„Les chansons d’amour“

(„Chanson der Liebe“), Musical, Frankreich, 2007, 100 Min., Regie: Christophe Honoré.

Ismaël und Julie sind verliebt, trauen ihrer Beziehung aber nicht. Weshalb sie eine Ménage à trois mit Alice anfangen. Als diese beim Popkonzert aber mit Gwendal flirtet, verschwindet Julie spurlos. Ihre Schwester Jeanne

will den plötzlichen Verlust überwinden, indem sie zu Ismaël zieht und bei ihm Trost sucht. Doch die Liebeswirren aller Beteiligten nehmen kein Ende.

Ohrwürmer zum Mitsingen präsentiert dieses französische, humorvolle Musical im Stil von Jacques Demy („Die Regenschirme von Cherbourg“). Als Abschlussfilm des „Verzaubert“-

Festivals dieses Jahr begeisterte das Singspiel von Christophe Honoré („Dans Paris“) mit 14 eingängigen Hits.

„XXY“

Drama,

Argentinien/Frankreich/Spanien, 2007, 91 Min., Regie: Lucía Puenzo.

Alex ist fünfzehn – und hat ein Geheimnis. Aufgrund einer seltenen Laune der Natur ist sie beides: Junge und Mädchen. Die Eltern sind mit ihr aus Buenos Aires nach Uruguay ans Meer gezogen, weg vom Geschwätz der Leute. Bald machen auch an diesem wilden Küstenstreifen Gerüchte die Runde. Und obendrein kommt auf Wunsch der Mutter ein befreundeter Chirurg mit seiner Familie zu Besuch. Könnte, sollte man vielleicht? Dabei möchte Alex doch nur den Dingen ihren Lauf lassen, ohne ständiges Getue. Da kommt ihr Álvaro gerade recht, der sechzehnjährige Sohn der Gäste. Ein Kandidat für das erste Mal? Álvaro ist überrumpelt aber auch fasziniert von der herausfordernden Art, mit der Alex ans Werk geht ...

„Transit“

MTV-Eigenproduktion zum Welt-AIDS-Tag 2004, 90 Min.

Vier junge Erwachsene setzen sich auf einer Reise durch vier Kontinente auf offene und spannende Art und Weise mit ihren Emotionen und ihrer Sexualität auseinander. Die Lebensgeschichten verdichten sich zusehends, die Charaktere kommen immer mehr unter Druck ...

Ein Film für junge Erwachsene ab 16 Jahren zu den Themen Identitätssuche, Beziehung und Gesundheit in einer vernetzten und globalisierten Welt.

Ein halbes Jahr „Safer Work“

von Hans-Christian Gruber*



Seit Herbst 2008 läuft das Prostitutionsprojekt „Safer Work“ der Aids-hilfe Salzburg. Gefördert wird dieses Projekt durch Mittel der Stadt Salzburg. Grundlage für die Zusammenarbeit von Aids-hilfe und öffentlicher Hand waren Erkenntnisse aus dem Arbeitsbericht des ExpertInnenkreises „Prostitution“ der Taskforce Menschenhandel. Inwieweit die in diesem Bericht beschriebene Situation auch für Stadt und Land Salzburg

Gültigkeit hat, sowie der Aufbau eines Kontaktnetzwerkes in die Szene und Präventionsarbeit vor Ort, waren und sind die Aufgaben der für das Prostitutionsprojekt von der Aids-hilfe eingestellten Streetworkerin.

Anfang Februar 2009 beschäftigt sich ein Artikel der „Salzburger Nachrichten“ mit der aktuellen Wirtschafts- und Finanzkrise, und wie sie sich auf Prostitution und Bordelle der Stadt

auswirken würde. Ein Umsatzrückgang bis zu 30 Prozent wurde von manchen Geschäftsführern prognostiziert. Zwar wurden die derzeit nicht gerade rosigen Aussichten für Investitionen seitens der Betreibergruppen erwähnt – mit keinem Wort erwähnt wurde jedoch die Situation der in diesen Betrieben tätigen Frauen. Die Streetworkerin der Aids-hilfe Salzburg konnte vor Ort von den Sexarbeiterinnen erfahren, dass hier die

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



Krise sich in Form von Preisdrückerei seitens der Kunden und Bereitschaft zu risikoreicherem Verhalten seitens der Betriebe äußert. Höflich formuliert: „Safer Sex“ wird von der Geschäftsführung nicht unbedingt empfohlen.

Analog zum Bericht der Taskforce stellte auch die Streetworkerin der Aidshilfe einen erschreckenden Informationsmangel im Bereich STD und HIV/AIDS bei den Sexarbeiterinnen fest. Besonders im Bereich der Prostituierten aus dem Ausland (Migrant Sexworker) ist dieser Mangel sehr hoch. Kondome und Informationsmaterial in verschiedenen europäischen und fernöstlichen Sprachen zu einzelnen arbeitsrelevanten Themen wurden und werden im Rahmen von individuellen Beratungsgesprächen durch die Streetworkerin an die Prostituierten verteilt. Gleichzeitig wird auch die Möglichkeit eines anonymen und kostenlosen Tests auf HIV, Hepatitis

C sowie Syphilis bei der Aidshilfe Salzburg hingewiesen. Ziel des Projektes „Safer Work“ ist es auch, ein gesteigertes Bewusstsein über Schutzmaßnahmen zur Erhaltung der eigenen sexuellen Gesundheit bei den Sexarbeiterinnen zu erzeugen.

Neben den Aspekten der sexuellen Gesundheit informiert die Streetworkerin der Aidshilfe ebenso über rechtliche Aspekte der Prostitution in Salzburg.

Besonders die aus Deutschland stammenden Sexarbeiterinnen sind sich kaum der unterschiedlichen Rechtslage im Bereich Prostitution bewusst.

Durch Information sollen die ausländischen Prostituierten befähigt werden, sich in sozialen und juristischen Belangen an die entsprechenden Fachpersonen wenden zu können, zumal sich weder Wirtschaftskammer noch Arbeiterkammer für diese Berufsgruppe zuständig fühlen.

Neben der Arbeit vor Ort ist eine der Tätigkeiten der Streetworkerin der Kontakt zu Gesundheitsämtern, Selbsthilfeorganisationen und anderen Beratungsstellen. Die Verwendung von Materialien aus dem EU-Projekt TAMPEP sowie die von der Beratungsstelle LENA in Linz zur Verfügung gestellten Materialien sind Früchte dieses Networkings. Die hohe innerösterreichische Mobilität der Prostituierten lässt in Zukunft eine noch stärkere Vernetzung der Beratungsstellen ratsam erscheinen.

Eine selbstbestimmte Entscheidung der Sexarbeiterinnen im Bereich

„Safer Sex“ ist nicht nur Selbstschutz, sondern schützt auch die Kunden und deren Familien. Infektionen, die über die Ehemänner an ihre Frauen wissenslos und gewissenlos weitergegeben werden, sind mit ein Grund, warum die Gruppe der heterosexuellen Frauen zu der am schnellsten anwachsenden im Bereich HIV gehört. Hier wirkt sozusagen die Streetwork der Aidshilfe Salzburg bis in die einzelne Familie hinein, wenn durch die Fachfrau am „PoS“ (Point of Sex) kompetente Information gegeben wird. Die Testphase des Prostituiertenprojektes der Aidshilfe Salzburg endet im April 2009. Eine Weiterförderung dieser Aktion wäre ein verantwortungsvolles Zeichen seitens der Stadt Salzburg im Bereich des käuflichen Sex.

*Ich tröste, ermutige, höre zu.
Ich zeige Verständnis, gebe
Geborgenheit,
nehme Anteil und spiele
Verzweiflung.
Ich befriedige, schlage, peitsche, fessele.
Ich erzeuge Erniedrigung.
Ich bin Mutter, Schwester,
Kameradin und Hure,
Sozialarbeiterin,
Traumverkäuferin und
Therapeutin,
und dennoch,
ich fühle mich wie der
Seelenverkäufer
einer anrühigen Sekte, zu der
keiner gehören will,
und sich keiner bekennen will.*

Ich bin Prostituierte.

Aus: „Tanzende Lichter im Schatten: Prostituierte schreiben“, Edition Klaus Isele, Fuldaer Verlagsanstalt 1989.

Der berühmte „Berliner Patient“

von Birgit Leichsenring

Die Geschichte eines HIV-positiven Leukämie-Patienten ging Ende letzten Jahres durch die Medien. Der Fall wurde bereits vorher auf Kongressen vorgestellt und besprochen und manifestierte sich im Laufe der Zeit als „DER Berliner Patient“.

Ich möchte diese überraschende Geschichte, rückblickend, noch einmal kurz zusammenfassen.

Bei Leukämie (auch Blutkrebs genannt) kommt es zu einer unkontrollierten Vermehrung von unausgereiften und damit funktionslosen weißen Blutkörperchen im Knochenmark. Diese Zellen verdrängen zum einen die gesunden Blutzellen, verbrauchen Energie und Nährstoffe für ihren Aufbau und können sich zum anderen auch in Organen wie z. B. Milz und Leber ansammeln und deren Funktion stören.

Als Therapie besteht die Option einer Knochenmarkstransplantation. Dies ist ein sehr risikoreicher Eingriff und die Sterberate liegt bei bis zu 30 %, selbst wenn keine weiteren Komplikationen vorliegen. Durch eine extrem hochdosierte Chemo- und/oder Strahlentherapie müssen zunächst sämtliche Blutzellen des Körpers zerstört werden, um sicher zu stellen, dass alle krankhaft veränderten Zellen entfernt wurden. Im Anschluss wird neues und gesundes Knochenmark von SpenderInnen transplantiert. Dieses Knochenmark produziert in Folge neue Blutzellen und baut damit auch das Immunsystem wieder auf. Damit dieses neue Immunsystem den eigenen Körper nicht als fremd einstuft und angreift, kommen nur sehr wenige SpenderInnen mit ganz bestimmten genetischen Eigenschaften für eine Person infrage. Meist finden sich weniger als



5 passende SpenderInnen für eine Transplantation.

Bei diesem sogenannten *Berliner Patienten* kamen die BehandlerInnen angesichts seiner zusätzlichen HIV-Infektion auf eine kreative Idee. Sie untersuchten die SpenderInnen auf einen ganz bestimmten Gendefekt hin, der einen veränderten CCR5-Rezeptor hervorruft, eine Oberflächenstruktur auf den Zellen, die vom HI-Virus infiziert werden. Und die meisten HI-Viren benötigen diese Struktur, um in die Zelle eindringen und sich damit vermehren zu können. D. h., wenn der Rezeptor defekt ist, kann das HI-Virus diese Zellen nicht mehr befallen. Zufälligerweise wurde tatsächlich ein Spender gefunden, der diese Voraussetzung hatte, was eigentlich sehr unwahrscheinlich war, denn nur 1–3 % der europäischen Bevölkerung besitzen dieses Merkmal.

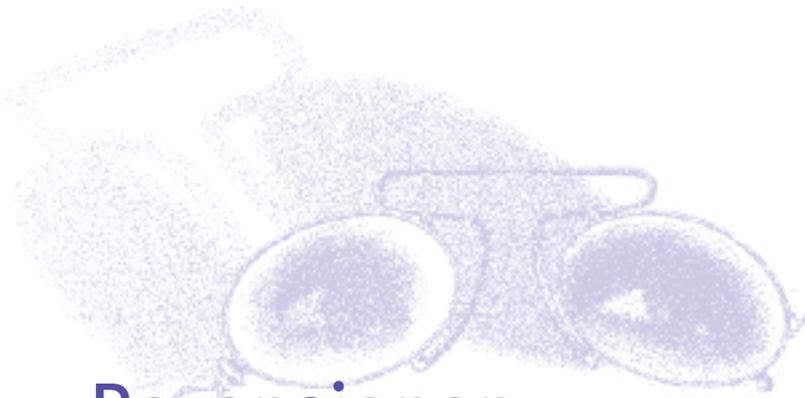
Das Ergebnis war beeindruckend und für diesen Patienten natürlich fast ein Wunder. Durch die neu aufgebauten Zellen mit dem defekten CCR5-Rezeptor konnte sich die HIV-Infektion nicht weiter ausbreiten. Auch jetzt, fast 2 Jahre nach der Transplantation, können keine Viren im Blut des Mannes

nachgewiesen werden. Dies bedeutet jedoch nicht, dass das HI-Virus tatsächlich vollkommen verschwunden ist. Denn nach wie vor könnten sich Viren in manchen Zellen und Geweben befinden. Und unter Umständen könnten sich diese Viren mit der Zeit so verändern, dass die den CCR5-Rezeptor nicht mehr zum Eindringen in eine Zelle benötigen. Damit wäre der Schutz, den dieser Defekt bietet, aufgehoben. Von einer Heilung kann also nicht gesprochen werden. Als mögliche „Mainstream“-Therapie für HIV-positive Menschen ist ein solch riskanter Eingriff definitiv nicht zu werten.

Zusammenfassend muss man realistisch sagen, dass es sich um eine Verkettung glücklicher Umstände handelte. Erstens gab es für diesen einen Patienten außergewöhnlich viele SpenderInnen. Anstelle der üblichen 1 bis 5 fanden sich hier 80 passende SpenderInnen. Und unter diesen gab es zusätzlich noch eine Person, die das Genmerkmal für einen defekten CCR5-Rezeptor hatte, nochmals ein sehr großer Zufall. Zu all dem überstand der Patient die Knochenmarkstransplantation gut. Ob so ein Erfolg zu wiederholen wäre, kann daher kaum abgeschätzt werden.

© Charité-Universitätsmedizin Berlin

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



Rezensionen

BUCHTIPP: „MICHAEL TOLLIVER LEBT!“

Irgendwie hat „Mouse“, so der einprägsame Spitzname von Michael Tolliver, überlebt. Aber seine Welt ist eine ganz andere geworden. Mit 9-11, Terrorangst, Bush im Weißen Haus, hat sich auch das Leben in der Barbary Lane, jener fiktiven Straße in San Francisco, die manche auch als die „Lindenstraße Kaliforniens“ bezeichnen, deutlich geändert. Michael ist jetzt fünfundfünfzig, Gärtner, HIV-positiv und lebt in Ehe mit dem wesentlich jüngeren Ben zusammen im selbst renovierten Häuschen. Armistead Maupin konzentriert sich in seiner jüngsten Fortsetzung/Nicht-Fortsetzung der „Stadtgeschichten“ auf die Figur des Michael Tolliver und dessen schwules Leben in San Francisco und Florida. Er vernachlässigt diesmal leider die anderen Charaktere der Barbary Lane, behandle sie zu stiefmütterlich, war ein häufig geäußertes Vorwurf der Kritiker und Fans. Freunde von „Mouse“ wissen allerdings genau diese Fokussierung zu schätzen, gibt Maupin doch auch dem großen Sterben in den achtziger und neunziger Jahren Raum in diesem Roman. Und schließlich sind wir seit diesen Zeiten alle ein Stück älter geworden, so wie Anna Madrigal, die Übermutter aus den früheren Bänden. Als sie durch einen Herzinfarkt ins Koma fällt, versammelt sich die alte Truppe

der Barbary Lane, Shawna/Püppi, Brian, Mary-Ann, Mona – quasi noch einmal an ihrem Krankenbett.

Fans von Armistead Maupins „Stadtgeschichten“ werden bei diesem neuesten Band geteilter Meinung sein, Neueinsteigern kann er jedoch uneingeschränkt empfohlen werden, als erster Schritt in der Barbary Lane. „Michael Tolliver lebt! – Die neuesten Stadtgeschichten“ hat 320 Seiten und ist bei Rowohlt in deutscher Übersetzung erschienen. (ChG)

DVD-TIPP: „MEIN BRUDER LEO“

Leo ist schwul. Damit können seine Eltern ganz gut umgehen. Man lebt zwar in einer Kleinstadt nahe dem nordfranzösischen Brest, jedoch nicht in der Provinz! Als sich herausstellt, dass Leo HIV-positiv ist, verlieren die Eltern die Fassung. Besonders der jüngste der vier Brüder, Marcel, soll nicht erfahren, dass sich sein großer Heldenbruder mit der unheilbaren Krankheit angesteckt hat. Es wird beschlossen, die Sache dem Elfjährigen zu verheimlichen. Dieser, ein sehr aufgeweckter Junge, hat jedoch das Gespräch belauscht. Wachsende Spannungen wegen dieses Geheimnisses lassen das Familienleben immer schwieriger werden. Marcel fühlt sich durch die Verheimlichung zurückgesetzt, hat aber auch Angst um Leo. Die Mutter

kommt mit dem positiven Testbefund Leos nicht zurecht, während der Vater sich überfürsorglich um seinen Sohn kümmert und diesen damit immer mehr von sich wegtreibt. Als die Therapie beginnt, hält es Leo nicht mehr zu Hause aus. Er flieht nach Paris und Marcel kommt mit. Marcel ist dabei als Leo sich entschließt seine Therapie abbrechen und die Medikamente in die Seine wirft. Als Leo seine große Liebe in einem Bistro besucht, weist ihn dieser schroff zurück. Leos innere Zerrissenheit nimmt dadurch nur noch zu. Halt gibt ihm nur sein kleiner Bruder. Doch weiß Leo auch, dass Marcel die Situation immer schwerer verkraftet. Daher setzt er ihn in einen Zug nach Hause. Beide wissen, es ist ein Abschied für immer.

Dem französischen Regisseur Christophe Honoré ist mit dem Film „Mein Bruder Leo“ ein beeindruckendes Drama und Roadmovie zum Thema HIV gelungen. Neben den hervorragenden DarstellerInnen, allen voran die beiden Brüder Leo (Pierre Mignard) und Marcel (Yannis Lespert), beeindruckt der Film durch seine dichte Erzählweise und großartige Einstellungen. „Mein Bruder Leo“ (Originaltitel: Tout contre Leo; 88 Minuten; Farbe, Frankreich 2002.) ist in französischer Sprache mit deutschen Untertiteln in der Edition Salzgeber als DVD und VHS erhältlich. (ChG)