



HIV-BERATUNG *aktuell*

- 3 Safer Sex 2013: Schutz durch Therapie
- 10 Meningokokken-Infektionen bei schwulen Männern
- 13 Leben mit HIV: „... ein positives Vorbild“
- 15 Ich bin Aidshilfe: Angelika Timmer
- 16 Soziales/Pflege: Der neue „Pflege-Bahr“

Inhalt

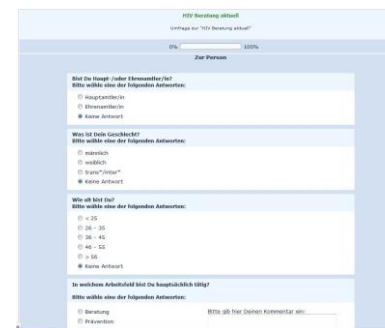
In eigener Sache: Befragung zu „HIV-Beratung aktuell“	2
Safer Sex 2013: „Schutz durch Therapie“	3
Safer Sex 2013: Interview mit Engelbert Zankl (DCAB)	6
Safer Sex 2013: Stephan Gellrich (Positiv Handeln)	8
Medizin: Meningokokken-Infektionen bei schwulen Männern	10
Verband: Bundesweite Telefonberatung sucht Verstärkung	12
Leben mit HIV: „... ein positives Vorbild“	13
Ich bin Aidshilfe: Angelika Timmer	15
Soziales/Pflege: Der neue „Pflege-Bahr“	16
Verband: DAH startet Kontaktstelle zu HIV-bedingter Diskriminierung	18
Impressum	12

Wir wollen es wissen!

Liebe Leserin, lieber Leser,

im März 2012 hat die Deutsche AIDS-Hilfe den Newsletter „HIV-Beratung aktuell“ gestartet, den Nachfolger des alten „Berater-Info“. Unser Ziel: für Berater_innen und Mitarbeiter_innen aktuelle und relevante Informationen aus der Prävention zu liefern. Ob wir diesem Ziel mit unserer Themenauswahl und -aufbereitung gerecht werden oder ob es ganz andere Bedarfe gibt, möchten wir gerne von Euch wissen.

Im Rahmen des Weiterbildungsgangs „Partizipative Sozialforschung (PSF)“ an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin haben wir uns in einer kleinen Forschungsgruppe Gedanken darüber gemacht, wie wir noch besser werden können und einen kurzen Online-Fragebogen erstellt. Es wäre klasse, wenn Ihr Euch ein paar Minuten Zeit nehmt, um uns ein Feedback zu geben. Wir versprechen uns von den Ergebnissen, die „HIV-Beratung aktuell“ noch mehr zu einem Medium zu machen, das Ihr vor Ort für Eure Arbeit gebrauchen könnt.



The screenshot shows a web-based survey form with the following questions and options:

- Wie oft nutzt du/dieses Unternehmen/du?**
 - Nie
 - 1-2 Mal
 - 3-4 Mal
 - 5-6 Mal
 - 7-8 Mal
 - 9-10 Mal
 - Mehr als 10 Mal
- Wie oft nutzt du/dieses Unternehmen/du?**
 - Nie
 - 1-2 Mal
 - 3-4 Mal
 - 5-6 Mal
 - 7-8 Mal
 - 9-10 Mal
 - Mehr als 10 Mal
- Wie oft nutzt du/dieses Unternehmen/du?**
 - Nie
 - 1-2 Mal
 - 3-4 Mal
 - 5-6 Mal
 - 7-8 Mal
 - 9-10 Mal
 - Mehr als 10 Mal
- Wie oft nutzt du/dieses Unternehmen/du?**
 - Nie
 - 1-2 Mal
 - 3-4 Mal
 - 5-6 Mal
 - 7-8 Mal
 - 9-10 Mal
 - Mehr als 10 Mal

Ca. 5-6 Minuten dauert unsere Befragung im Internet. Foto: tau



Den Fragebogen findet Ihr hier:

<http://hivberatungaktuell.limequery.com/index.php/816898/lang-de-informal>

An dieser Stelle ein herzliches Dankeschön an die Mitglieder der partizipativ ausgerichteten Forschungsgruppe:

Claudia Veth und Holger Manns	(Berliner Aids-Hilfe)
Thomas Schlumbach	(manCheck Berlin)
Guillaume Carpentier	(AIDS-Hilfe Potsdam)
Benigna Brand	(Teilnehmerin am Kurs „PSF“)

Werner Bock, Karl Lemmen, Steffen Taubert

Safer Sex 2013: Neue Botschaften

Schutz durch Therapie: die sanfte Revolution in der HIV-Prävention

Der Präventionsgedanke „Schutz durch Therapie“ soll die klassischen Safer-Sex-Botschaften, wie „Kondome schützen“ und „Raus bevor es kommt“ um einen weiteren Baustein ergänzen. Die Deutsche AIDS-Hilfe reagiert mit diesen Plänen auf die wissenschaftliche Erkenntnis, dass eine nicht nachweisbare Viruslast einen hohen Schutz vor einer HIV-Übertragung darstellt.

Gefragt, was Safer Sex sei, antworten die meisten „na klar, immer Kondome nehmen“. So einleuchtend die Antwort erscheint, so unvollständig war sie schon immer. „Safer Sex“, das meint zunächst einmal nichts anderes, als Sex in einer Weise zu leben, in der eine Übertragung des HI-Virus unwahrscheinlich wird. Neben Kondomgebrauch meint Safer Sex auch sexuelle Spielarten, bei denen kein oder kaum HIV-Übertragungsrisiko vorhanden ist. (Blasen, Rimming, Fisten...).

Obwohl „Safer Sex“ breiter gedacht werden kann, reduziert sich der Schutz vor einer HIV-Übertragung für die meisten auf die Verwendung eines Gummis. Hierzu haben wir alle unseren Teil beigetragen. Nach wie vor ist das Kondom ein praktisches Give-away auf jeder Sexparty und jedem CSD. Wie viele davon dann tatsächlich verwendet werden, fragt selten einer, ist aber tatsächlich auch gar nicht so wichtig. Dafür ist das Kondom einfach zu genial. Es ist die verdinglichte Präventionsbotschaft

schlechthin, eine Zeichensprache, die erst mal keiner weiteren Erläuterung bedarf. Seine Aussage ist kurz und unmissverständlich und ermöglicht Sexualität auch ohne großes Reden.

Trotz dieser vielen Vorteile: Kondome sind, das zeigt die Erfahrung



Kondome prägten 30 Jahre die HIV-Prävention. Foto: Tomizak/pixelio.de

der letzten 25 Jahre HIV-Prävention, nicht für jeden Menschen (in jeder Situation) anwendbar. Relativ konstant geben bei den regelmäßigen Befragungen der BZgA durchschnittlich 1/3 der Männer an, Kondome nicht konsequent zu nutzen.¹ Bei Heterosexuellen in wechselnden Partnerschaften sind es sogar nur 42 %, die konsequent Kondome verwenden.²

Gründe, warum einige Menschen Kondome verwenden und andere nur gelegentlich oder gar nicht, gibt es viele. (Kinderwunsch, Wunsch nach Verschmelzung, sexuelle Dysfunktionen/Libidoverlust, kulturelle Barrieren etc.). Auch ein Ausweichen auf andere sexuellen Spielarten (z.B. Blasen statt Analverkehr/Vaginalverkehr) ist nicht für jeden/jede ein angemessener Ersatz.

¹ Quelle: Bochow, Lenuweit, Sekuler. Schmidt Schwule Männer und HIV/AIDS: Lebensstile, Sex, Schutz- und Risikoverhalten. 2013

² Quelle: AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland. Juli 2013

Für Menschen, die keine Kondome verwenden können oder wollen, bzw. die sich nicht mit einer reduzierten Art von Sexualität einrichten konnten, bot die HIV-Prävention bisher kaum lebensweltnahe Alternativen.

Neuer Schwung in der Präventionsdebatte

Mit der Veröffentlichung des EKAF-Statements in 2009 und der HPTN052-Studie in 2011 kam neuer Schwung in die HIV-Prävention. Die beiden Veröffentlichungen belegen, dass eine HIV-Übertragung unter einer gut funktionierenden Therapie nahezu ausgeschlossen ist. Bei einem Schutzniveau von 96% (HPTN 052, näheres im [HIVreport 5/2011](#)) ist die Schutzwirkung durch die HIV-Behandlung des Positiven mindestens genauso gut wie durch eine Verwendung von Kondomen.

Über die Bedeutung der Viruslast aktiv informieren

Eine gut funktionierende HIV-Therapie, also eine Therapie, die die Viruslast unter die Nachweisgrenze bringt, stellt somit eine sehr wirksame Möglichkeit dar, die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung zu vermindern. Dies ist eine Information, die sowohl Positive als auch Negative kennen sollten. Die DAH schlägt vor, dieses Wissen in den Kanon der Safer-Sex-Botschaften aufzunehmen.

Zu den zentralen Safer Sex –Botschaften:

- Bei Anal/Vaginalverkehr: Kondome schützen vor HIV
- Oralverkehr: Raus bevor es kommt
käme dann eine dritte hinzu
- Schutz durch Therapie/ Eine wirksame antiretrovirale Therapie schützt

Es geht also nicht darum, die bewährten Präventionsstrategien durch eine neue Methode zu ersetzen, sondern eine weitere hinzuzufügen. Wie das Wissen um diese Schutzmöglichkeit an die einzelnen Zielgruppen kommuniziert werden kann, gilt es nun zu diskutieren.

Stell dir vor, wir machen Safer Sex und du weißt es gar nicht

Klar ist, dass die HIV-Therapie keine Methode ist, die HIV-Negative ohne Worte – vergleichbar mit dem Kondom „anwenden“ – können. (Wenn wir hier mal von der PREP oder den Mikrobiziden absehen, deren Wirksamkeit u.a. aufgrund mangelnder Compliance nicht so hoch ist, wie die HIV-Therapie des positiven Partners, [siehe HIVreport „PREP und Mikrobizide“](#)).

Es bedarf einer gewissen Form der Kommunikation, denn wie sonst soll ein_e HIV-Negative_r sich vergewissern können, dass der/die Andere regelmäßig Medikamente einnimmt und unter der Nachweisgrenze ist. Natürlich kann es passieren, dass Safer Sex „zufällig“ praktiziert wird, ohne dass der/die Negative es mitbekommt. Und zwar dann, wenn kein Kondom verwendet wurde, der/die Negative aber „zufällig“ mit einem positiven Partner_in Sex hat, der unter wirksamer Therapie steht.

Auch wenn diese Form von „zufälligem Safer Sex“ für die epidemiologische Gesamtsituation eine „zufällige“ Bedeutung haben mag, ist sie für den/die HIV-Negative_n eine problematische Strategie. Die Hoffnung, der/die andere wird schon Medikamente nehmen, erhöht die Wahrscheinlichkeit der HIV-Übertragung, da nicht alle Menschen um ihre Infektion wissen

(und folglich ihr Gegenüber mit einer Therapie auch nicht schützen können.)

Ist der Serostatus und die Viruslast jedoch geklärt, erhält „Schutz durch Therapie“ bei der Ausgestaltung der Sexualität und einem HIV-bezogenem Schutzverhalten eine entscheidende Rolle.

Metaphern gegen die Skepsis

Obwohl Studien überzeugend zeigen, dass „Schutz durch Therapie“ eine wirksame Präventionsmethode ist, bleibt bei vielen eine Skepsis. Eine Schwierigkeit der neuen Schutzmethode ist nicht die mangelnde Wirksamkeit, sondern ihre schlechte Greifbarkeit. Das Kondom ist als Schutzmöglichkeit sichtbar, während die Methode „Schutz durch Therapie“ – abgesehen von den Ergebnissen der Blutuntersuchung – unsichtbar ist und als nicht kontrollierbar erlebt wird.

Klar ist, dass es bei Anwendung der Methode „Schutz durch Therapie“ Vertrauen in das Gegenüber braucht. Der/die negative Partner/in vertraut, dass der/die Partner_in tatsächlich unter der Nachweisgrenze ist. Der/die Positive vertraut darauf, dass der Partner mit seinem Outing verantwortungsbewusst umgeht.



„Chemisches Kondom/Schutzschild“ als Metapher, um nicht sichtbare Prävention zu verinnerlichen.

Ist das Vertrauen da, geht es oft eher um irrationale Sorgen. Hier kann es helfen, Metaphern zu nutzen, die als innere Bilder die Schutzwirkung der ART illustrieren. Die neue Präventionsmethode wirkt dann als

- “chemisches Kondom”
- “medikamentöse Barriere”
- “Schutzschild”

Nicht jede Strategie für jedes Setting

Für Positive wie Negative bietet das Wissen um die Schutzwirkung der HIV-Therapie die Möglichkeit, angstfreieren Sex zu haben und jenen Sex praktizieren zu können, der dem inneren Erleben entspricht. Der Wunsch nach kondomlosen Sex wird nicht weiter pathologisiert, sondern kann als nachvollziehbares Bedürfnis verhandelt werden.

Die „Methode „Schutz durch Therapie“ unterscheidet sich in ihrer Struktur jedoch sehr von den beiden anderen Schutzstrategien, da sie viel stärker auf gegenseitiges Vertrauen aufgebaut ist. Ob es möglich ist, ein solches Vertrauen bei Begegnungen in Sauna oder Darkroom herzustellen, muss jeder selbst beurteilen.

Dies spricht jedoch nicht prinzipiell gegen „**Schutz durch Therapie**“, sondern liefert einen Hinweis, in welchen Settings die Methode weniger geeignet erscheint.

Safer Sex bleibt ein Regelwerk, dass zwischen Partnern verbal oder nonverbal unter Berücksichtigung von Vorlieben und Risikobereitschaft ausgehandelt werden muss. In welchem Setting und mit welchem Menschen, welche Präventionsmethode die passendste ist, muss letztlich jeder Mensch für sich selbst

entscheiden. Aidshilfe kann dabei helfen, Wissen richtig einzuordnen und handhabbar zu machen, auch um „Fehlanswendungen einer Methode“ zu verhindern.

Safer Sex 2013: Interview

Engelbert Zankl vom DCAB zur Kampagne „positiv – nicht infektiös“ und SUN (Sex unter Nachweisgrenze)

„Positiv – nicht infektiös“ – so heißt eine neue Kampagne des Deutschen Expertennetzwerks HIV/Hepatitis e. V. (DCAB). Mit T-Shirts, Postkarten und Aufklebern wollen die Aktivist_innen innerhalb und außerhalb der Szene gegen Diskriminierung kämpfen. Ihr Ziel ist es, deutlich zu machen, dass HIV-Positive unter wirksamer Therapie das Virus beim Sex nicht übertragen. Das DCAB prägte hierfür den Begriff SUN für Sex unter Nachweisgrenze. Zugleich will das DCAB auch kommunizieren, dass Positive – egal ob mit oder ohne Therapie – im Alltagsumgang „nicht infektiös“ sind.

Hallo Engelbert, Sitzt du gerade mit dem orangen T-Shirt am Telefon? Bist du im Alltag damit unterwegs?

Nein, heute habe ich ein rot kariertes Hemd an, aber die Kiste mit den T-Shirts steht gleich neben mir. Ich war mit dem T-Shirt tatsächlich schon Brötchen kaufen oder U-Bahn fahren. Ich war damit auch – was für viele Positive schwierig ist – in einer schwulen Kneipe.

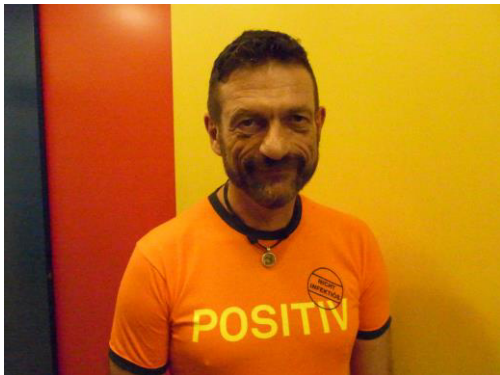
Und wie waren die Reaktionen?

Komische Blicke ...

Du warst gleich geoutet?

Ja, da hatte ich mich getäuscht: Das T-Shirt war von uns als Solidaritäts-T-Shirt gedacht, das Positive und Negative gleichermaßen anziehen können. Es wird allerdings fast ausschließlich von Positiven getragen, die sich damit outen. Wenn man das dann in seinem Jagdrevier tut – für Schwule ist das oft eine schwule Kneipe – wird es schwierig. Es gehört schon eine Menge Mut dazu, sich dort zu outen.

Wer bestellt die T-Shirts bei euch?



Engelbert Zankl, Vorstand im DCAB mit „Positiv-nicht infektiös-T-Shirt“.

Einzelpersonen bestellen die T-Shirts aus unterschiedlichen Gründen. Was mir gut gefallen hat: Eine ganze Familie hat sich aus Solidarität das T-Shirt bestellt, weil der Sohn der Familie positiv ist. Ein Mann hat mich angesprochen,

weil er in seiner Zahnarztpraxis diskriminiert worden war. Er wollte das nächste Mal beim Zahnarzt ein T-Shirt tragen, damit alle gleich Bescheid wissen. Jetzt, in der CSD-Saison, bestellen auch Aidshilfen das T-Shirt, damit Gruppen damit gemeinsam auf den CSD gehen können.

Was ist das Ziel der Kampagne?

Uns geht es darum, die Diskriminierung Positiver im Alltag, sei es im Krankenhaus, in der U-Bahn oder sonst wo, abzubauen. Denn meine These ist, dass wir auf der Straße nur deswegen nicht diskriminiert werden, weil es da niemand von uns weiß. Bei Ärzten oder im Krankenhaus steht es in der Akte; da wissen es dann alle. Deswegen berichten Positive da so häufig von Diskriminierung. Aber wenn man es in der U-Bahn von mir wüsste, würde wahrscheinlich die Hälfte das Abteil verlassen.

Neben dem Abbau von Diskriminierung im Alltag scheinen euch vor allem auch die Themen Sex und Partnerschaft wichtig zu sein ...

Ja, wir wollen darauf hinweisen, dass Positive beim Sex nicht infektiös sind, wenn sie eine antiretrovirale Therapie machen. Wir nennen den Sex dann „SUN“: **S**ex bei Viruslast **u**nter der **N**achweisgrenze. Indem wir dieses Thema ansprechen, wollen wir der Ausgrenzung HIV-Positiver als Sexualpartner_innen entgegenwirken. Denn, das zeigen auch die „positiven stimmen“, die Hälfte aller Positiven hat von Sexualpartner_innen in den letzten 12 Monaten Zurückweisungen erlebt.

Was sind deine Erfahrungen? Liegen sexuelle Zurückweisungen daran, dass die Leute nicht informiert sind, oder trauen viele den neuen EKAF-Empfehlungen einfach noch nicht?

Die Negativen wissen es teilweise noch nicht, aber auch viele Positive trauen der Viruslastmethode noch nicht so ganz über den Weg. Die Bedenken, die auch im Papier der DAIG Niederschlag gefunden haben, dass es trotz einer Therapie immer noch ein paar Viren im Sperma gibt, verunsichern die Leute.

Da wird ein Restrisiko dargestellt, das eigentlich nicht da ist. Denn es gibt keinen wissenschaftlich sauber dokumentierten Fall einer HIV-Übertragung unter Therapie. Manchmal glaube ich, dass die Messlatte bei diesem Thema nur aus moralischen Gründen so hoch angesetzt wird.

Was hältst du von dem Vorwurf, dass der Fokus auf der Nichtinfektiosität behandelter Positiver zu einer Teilung der Community führt – hier die „guten“ Positiven, die unter der Nachweisgrenze sind, und dort die Unbehandelten?

Das ist nicht so. Wir alle sind „gute“ Positive, und wir alle sind in allen Bereichen des Alltags nicht infektiös. Nur im Sexuellen gibt es eine Unterscheidung, und wer noch keine Medikamente nehmen muss oder will bzw. nicht unter die Nachweisgrenze kommt, der kann immer noch Kondome verwenden.

Siehst du einen gesellschaftlichen Druck auf Positive, möglichst schnell mit der Therapie zu beginnen?

Ob jemand mit einer Therapie beginnt, bleibt immer eine individuelle Entscheidung; dazu kann und darf niemand gezwungen werden, weil das für jeden eine große Tragweite hat. Was auch nicht geht, ist, wie auf dem DÖAK berichtet, dass Positive von Ärzten gezwungen werden, mit der Therapie zu beginnen, damit diese bei einer OP geschützt sind. Bei einer OP müssen einfach angemessene Hygieneregeln beachtet werden; dann ist eine Übertragung ausgeschlossen. Alles andere ist so ein Denken von „alles muss supersicher sein“, wie wenn man sich im Auto nicht einmal, sondern zehnmal anschnallt. Das ergibt wirklich keinen Sinn. *tau*

Safer Sex 2013: Die Last mit der Viruslast

Text von Stephan Gellrich (positiv handeln)

Wir brauchen ein Stigma-Management

Auch 30 Jahre nach Auftreten der ersten HIV-Infektionen bleibt es eine wichtige Aufgabe, ein realistisches Bild des Lebens mit HIV zu vermitteln sowie gegen Vorurteile und Unwissen in der Gesellschaft zu kämpfen. Dabei gilt es, sich gegen Stigmatisierung und Ausgrenzung und für Solidarität mit den Menschen mit HIV zu engagieren.

Bei vielen Menschen ist das Wissen um die veränderte Lebenssituation von Menschen mit HIV nicht ausreichend angekommen. Ein unaufgeregter Umgang mit HIV-Positiven kann auch heute nicht als gegeben vorausgesetzt werden:

HIV löst weiterhin oft Stress, Angst und Verunsicherung aus. Trotz der Fortschritte bei der Behandlung der Infektion bleibt HIV eine Infektionskrankheit, die mit Sexualität, Drogenkonsum und von der bürgerlichen Norm abweichenden



Foto: Stephan Gellrich.(mitte) Koordinator von „POSITIV HANDELN“, NRW

Lebensstilen verknüpft ist. Zusammen mit irrationalen Ansteckungsängsten bildet dies den Nährboden für Stigmatisierung und Diskriminierung. Menschen mit HIV wissen heutzutage, dass die HIV-Infektion gut behandelbar ist. Dank wirksamer Therapien können sie oft mit einem langen Leben und einer recht stabilen Gesundheit rechnen. Sie wissen um den Effekt, dass bei einer erfolgreichen Therapie [die Viruslast liegt seit über sechs Monaten unter der Nachweisgrenze] HIV nicht übertragen werden kann. Die Infektion hat einen Bedeutungswandel erfahren und das Selbstbild von Menschen verändert sich. Man sollte meinen, dass somit auch die Stigmatisierung und Diskriminierung aufgrund von HIV und Aids abnehmen müsste. Dem ist aber nicht so.

Kampagnen können helfen, Diskriminierung abzubauen

Kampagnen, die deutlich machen, dass der Mensch mit HIV – ob unter Therapie oder nicht – im alltäglichen Leben nicht infektiös ist, scheinen da wie gerufen zu kommen, zumal sie auch schon lange vor EKAf-Statement und Co. sachlich richtig gewesen wären. Das hat man sich so aber wohl damals nicht getraut, zudem die Mechanismen von Diskriminierung und Selbststigmatisierung da bereits ihre Wirkung gezeigt haben. Dies ist – mehr oder weniger – bis heute so geblieben.

Ein Teil des Problems sind Formen der verinnerlichteten Stigmatisierung bei Menschen mit HIV. Wichtig ist deshalb, dass die berechtigten Forderungen nach Antidiskriminierung und Entstigmatisierung von positiven Menschen, Selbsthilfeorganisationen und Aidshilfen auch mit wirksamen Strategien eines Stigma-Management flankiert werden.

Gelungenes Stigma-Management bedeutet, dass das Stigma, in diesem Falle HIV, als Teil der eigenen Person und Persönlichkeit akzeptiert und positiv umgewertet werden kann. So sollte HIV nicht mehr als beschämend, beschädigend und entwertend erlebt, sondern zu einem wertneutralen oder positiven Teil der eigenen Person gewandelt und HIV vom Defizit zur Ressource gemacht werden. Hört sich schwierig an? Ja!

Druck auf Therapieentscheidung

Gleichzeitig gilt es zu prüfen, in welche Richtung sich Kampagnen entwickeln. Kurze Botschaften auf T-Shirts wie: „positiv – nicht infektiös“ sind in Ihrer Absicht zwar gut, schießen aber knapp am Ziel vorbei, weil sie sehr stark irritieren. Viele können es einfach nicht glauben, manche werden sich sagen: „Das stimmt doch nur, wenn die oder der Positive unter Therapie ist...“.

Für andere mag eine solche Kampagne den Druck erhöhen, sehr früh mit der Therapie zu beginnen, damit man auch zu den „Nichtinfektiösen“ gehört. Was ist dann mit der freien Wahl des Therapiebeginns? Haben wir nun die guten und die bösen Positiven, die nie Infektiösen und die, die nur beim Sex infektiös sind?

Nicht-Infektiosität wird oft nur im Kontext von Sexualität gedacht

Dummerweise ist die Debatte um die „Nicht-Infektiosität“ erst im Kontext Sexualität in Schwung gekommen. Anfangs sogar nur begrenzt auf bestimmte Settings (heterosexuell und monogam). Das es heute die Aussage gibt: „Wenn Du unter funktionierender Therapie bist und unter der sogenannten Virus-

last-Nachweisgrenze bist, bist Du nicht infektiös. Egal ob schwul oder sonst was, egal ob vaginal oder anal“ ist gut so! Aber: Die Botschaften beziehen sich seit der Veröffentlichung des EKAFF-Statements in 2008 nach wie vor nur auf sexuelle Kontexte. Und hier lässt sich „Nicht-Infektiosität“ fast immer nur dann erreichen, wenn Mensch unter Therapie ist. Sonst ist er eben - zumindest sexuell, möglicherweise doch infektiös.

Pharmaunterstützung gefährdet Unabhängigkeit

Das alles wiederum wird noch schwieriger, wenn die Kampagne pharmafinanziert ist. Ein Teufel, wer glaubt, der Pharmaindustrie sei es egal, ob Mensch unter Therapie ist oder nicht. Hier muss penibel darauf geachtet werden, dass Interessen nicht miteinander verquickt werden und dadurch gute Botschaften verfälscht werden. Meine Kritik bezieht sich zusammengefasst auf wenige Punkte:

Die Debatte um die Nicht-Infektiosität“ wird seit fünf Jahren nur im Kontext „sexueller Übertragbarkeit von HIV“ geführt. Deshalb wird bei vielen die Botschaft „positiv - nicht infektiös“ gleichgesetzt mit: „positiv - nicht infektiös und *unter Therapie*“.

Solche Kampagnen müssen zwingend ohne Pharmafirmen im Hintergrund durchgeführt werden, weil hier sonst eine Interessenverquickung zu naheliegt.

Stephan Gellrich

Medizin: Meningokokken-Infektionen bei schwulen Männern

Gesundheitsbehörden empfehlen Schutzimpfung

In letzter Zeit wurden in den USA und in Europa schwere Meningitisfälle bei Schwulen bekannt. Betroffen waren in Paris drei, in Berlin fünf und in New York sogar 22 Männer. Bis zu einem Drittel der Männer starb wenige Tage nach dem Ausbruch der ersten Symptome. In allen Fällen wurde eine Infektion mit Meningokokken (Serotyp C) nachgewiesen.

In den USA begann daraufhin eine Kampagne, die Schwule in New York zur Schutzimpfung auffordert. In Paris wird seit Anfang Juli die Impfung für MSM empfohlen. Die Berliner Gesundheitsbehörden haben Ende Juli ebenfalls eine Impfempfehlung für schwule Männer in Berlin ausgesprochen.

Wenige Infektionen – rascher Krankheitsverlauf

Eine bakterielle Meningitis ist eine seltene, aber sehr schwer verlaufende Erkrankung. Als Tröpfcheninfektion können die Erreger (Meningokokken) über Schleimhautkontakte (Küssen, Anal-/Oralverkehr), Anhusten oder die gemeinsame Verwendung von Drogen (z. B. Röhrchen zum Drogensniefen) übertragen werden.

Nach einer Übertragung kann sich innerhalb von zwei bis zehn, meistens drei bis vier Tagen eine lebensbedrohliche Hirnhautentzündung (**Meningitis**) entwickeln.

Keine neue „Schwulenseuche“

Noch ist vieles unklar bei der Frage, warum die schweren Meningitisfälle des Serotyps C vor allem bei Schwulen auftreten. Von einer neuen Epidemie unter schwulen Männern kann auf keinen Fall gesprochen werden. Dafür reichen die Fallzahlen nicht aus. Und: Die Infektion tritt schon seit der Antike immer wieder auch in anderen Bevölkerungsgruppen auf. Man kann eine regionale Häufung von Erkrankungen innerhalb kurzer Zeit beenden, denn es gibt eine Impfung.

Bei ersten Symptomen schnell handeln

Charakteristisch für eine Infektion ist ein starkes Krankheitsgefühl mit Symptomen wie Fieber, Übelkeit, Erbrechen und Schüttelfrost. Meist kommt es zu einer Hirnhautentzündung mit Kopfschmerzen, Nackensteifigkeit, Reizbarkeit, Krampfanfällen und/oder besonderer Lichtempfindlichkeit. Manche fühlen sich sehr schläfrig. Auch das Blutgerinnungssystem kann Schaden nehmen. Es kommt zu Einblutungen in die Haut und die Organe, die wie „blaue Flecken“ auf der Haut erscheinen und dann nicht wegdrückbar sind.

Wer an sich oder seiner/seinem Partner_in solche Symptome feststellt, sollte unverzüglich einen Arzt aufsuchen. Der Verdacht auf eine Meningokokkenenerkrankung sollte (z. B. in der Rettungsstelle des Krankenhauses) gleich bei der Anmeldung mitgeteilt werden, damit man nicht Stunden warten muss und die Diagnose nicht verzögert wird.

Die Erkrankung führt in 10 bis 30 Prozent der Fälle zum Tod. 10 bis 20 Prozent der Überlebenden leiden zeitlebens unter

Spätfolgen: Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen, verminderter Intelligenz oder verminderter Leistungsfähigkeit.

Antibiotika helfen, wenn rechtzeitig eingesetzt

Wichtig ist der unverzügliche Beginn einer Antibiotikatherapie. In der Regel werden Penicilline oder Cephalosporine eingesetzt. Penicilline beenden allerdings nicht die Meningokokkenbesiedlung des Rachenraums, sodass eine Übertragung auf andere möglich bleibt. Daher wird im Anschluss an eine Penicillintherapie noch eine weitere Antibiotikabehandlung mit Rifampicin, Ciprofloxacin oder Ceftriaxon durchgeführt.

Impfung schützt

Bei Meningokokken gibt es unterschiedliche Serotypen und somit auch unterschiedliche Impfungen. Die bei den Erkrankungen von Schwulen vorkommende Serogruppe C wird durch die Impfstoffe Menveo® und Nimenrix® abgedeckt. Die Schutzwirkung hält mehrere Jahre an.



Bedrohliche Erkrankung, aber eine Impfung schützt! CFalk/pixelio.de

Die Impfstoffe Menveo® und Nimenrix® sind verschreibungspflichtig und kosten in der Apotheke für Selbstzahler knapp 50 Euro.

Kostenübernahme durch Krankenkasse möglich

Wenn die Gesundheitsbehörden bei einer regionalen Häufung von Meningitisfällen die Impfung empfehlen, werden die Kosten von den Krankenkassen übernommen. Seit Mitte Juli gibt es eine Impfpflicht für Schwule/MSM, die in Berlin leben. Sie können sich beim Hausarzt impfen und von ihrer Krankenkasse die Kosten erstatten lassen. Ansonsten übernehmen die Krankenkassen die Kosten der Impfung auch für Menschen mit HIV, für Kinder oder als Reiseschutzimpfung.

Ausführlichere Informationen zu dem Thema finden sich auf unserer Website aidshilfe.de und im neuen [HIVreport „Menigokokkenerkrankungen bei MSM“](#). *tau*

Impressum

„HIV-Beratung *aktuell*“ – ein Projekt von hivreport.de

Herausgeber

Deutsche AIDS-Hilfe e. V., Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin
Fon: (030) 690087 0, Fax: (030) 690087 42. www.aidshilfe.de

Redaktion/V.i.S.d.P.

Steffen Taubert, Karl Lemmen, Werner Bock

Texte in dieser Ausgabe

Werner Bock (WB), Silke Eggers, Kerstin Mörsch, Steffen Taubert (*tau*)

Koordination

Steffen Taubert, hivreport@dah.aidshilfe.de

Lektorat

Dr. Kirsten Nies/Martin Heiderich

Grafikvorlage

Carmen Janiesch

Verband: Bundesweite Telefonberatung sucht Verstärkung

2008 hat die gemeinsame Telefonberatung der Aidshilfen unter der Rufnummer 0180 33 19411 gestartet. An diesem bundesweiten Projekt beteiligen sich 28 Aidshilfen mit über 130 haupt- und ehrenamtlichen Berater_innen. Sie bieten 64 Stunden in der Woche Beratung am Telefon zu HIV und sexuell übertragbaren Infektionen an.

Für dieses bundesweite Team suchen wir Verstärkung, die zum nächstmöglichen Termin das Zeitfenster **an jedem Dienstag** oder **an jedem Donnerstag jeweils von 9 bis 11 Uhr** übernimmt. Die Besetzung kann durch haupt- oder ehrenamtliche Berater_innen erfolgen. Das Zeitfenster können auch mehrere Berater_innen einer Einrichtung übernehmen.

Die Voraussetzungen sind eine verlässliche Besetzung des Zeitfensters, die Einhaltung unserer Qualitätsstandards und die einmal jährliche Teilnahme am Treffen der Telefonberater_innen. Wir bieten fachlichen Austausch, regelmäßige Fortbildungsangebote und die Einbindung in ein bundesweites Beratungsteam.

Interessenten bewerben sich bitte per E-Mail bis spätestens 23. August unter Werner.Bock@dah.aidshilfe.de.

Bei Fragen stehe ich telefonisch unter 030 69008769 gerne zur Verfügung. *WB*

Leben mit HIV: „... ein positives Vorbild“

Projekt „PUMA“ bringt neu Infizierte und erfahrene Positive zusammen



Moritz kann sich noch genau an den Zeitpunkt erinnern: Als ganz Deutschland während der Fußball-WM beim Public Viewing ein Sommermärchen erlebte, lag er mit Schmerzen, Nachtschweiß und Durchfall im Bett. „Ich dachte, ich habe eine Grippe, die ich nicht richtig auskurieren konnte. Es war das Ende des Semesters, und ich hatte voll viel zu tun“, berichtet Moritz. Aber die Symptome hörten nicht auf.

„Nach ungefähr sechs Wochen bin ich zum Internisten. Der hat nichts Konkretes gefunden und riet zum Abwarten“. Abwarten wollte Moritz nun aber überhaupt nicht mehr. Er ging zum Gesundheitsamt, um einen HIV-Schnelltest zu machen, „nur so, um diese Eventualität auszuschließen. Ich rechnete mit einem negativen Testergebnis.“ Das Ergebnis war aber positiv – und

Moritz erst mal schockiert. Der zweite Test bestätigte die Diagnose. Die Symptome hatten plötzlich einen Namen: HIV.

Was dann begann, war eine Achterbahn unterschiedlichster Gedanken und Gefühle. „Schon in den ersten Tagen habe ich mehreren Freunden und meiner Schwester von der Diagnose erzählt. Ich mache da keine halben Sachen“, sagt Moritz. Die Reaktionen reichten von gefasst bis vollkommen hilflos. Manchmal musste Moritz Freunde trösten, obwohl er eigentlich selbst Zuspruch gebraucht hätte.

„Du kannst deine Karriere vergessen, ab jetzt wirst du immer krank sein“, war einer seiner ersten Gedanken. Plötzlich machten ihm Messer Angst; nachts träumte er von Blut. Trotzdem ging das Leben weiter: „Ich ging auf Partys. Dort sah ich Menschen, die gesund aussahen, mit glänzenden Haaren und rosigen Gesichtern.“ Doch diese Menschen waren die anderen, die ohne HIV. „Menschen mit HIV kannte ich damals nicht“, sagt Moritz.

Irgendwann fand er den Weg zur [AIDS-Hilfe Freiburg](#). Diesen Tipp hatte ihm eine Frau vom Gesundheitsamt gegeben. „Ich habe mit einem Sozialarbeiter gesprochen und eher bürokratische Sachen gefragt. Er hat aber gemerkt, dass ich auch etwas anderes als nur Informationen brauchte, und mir das P.U.M.A.-Projekt vorgeschlagen.“

P.U.M.A. steht für „Positive Unterstützung – Miteinander aktiv“, erklärt Ralph Mackmull, Sozialpädagoge bei der AIDS-Hilfe Freiburg und für das Projekt zuständig. Bei P.U.M.A. geht es darum, Menschen, die ihr positives Testergebnis neu bekommen haben, mit gestandenen Positiven in Kontakt zu bringen, die in einer ähnlichen Situation sind.

Positives Vorbild: reflektiert, aber unspektakulär

Moritz wurde an einen jungen Mann vermittelt, der auch schwul ist und auch studiert. „Ich weiß gar nicht mehr genau, worüber wir alles gesprochen haben“, sagt Moritz. „Ich habe mich im Vorfeld gefragt, ob man ihm sein Positivsein ansieht. Das hatte mit meiner Sorge zu tun, wie ich mich wohl körperlich verändern würde. Ein Blick hat gereicht, um zu sehen: Man sieht es ihm nicht an.“ Für Moritz war es wichtig zu erfahren, dass man mit HIV „normal“ leben kann, im Alltag sowieso – und auch beim Sex. In den weiteren Gesprächen ging es auch um die Therapie und um eventuelle Nebenwirkungen. „Ich merkte, es geht nicht auf einen Schlag bergab. Mein Gegenüber war völlig normal, ein positives Vorbild: reflektiert, aber unspektakulär.“



Nicht jeder Positive eignet sich als „Puma“, wie sich die Positiven in diesem Projekt selbst nennen. „Reflektiert“ ist das Stichwort, wenn es darum geht, wer sich zum ‚Begleiter‘ eignet“, sagt Ralph. Er spielt auch den „Kuppler“ und überlegt, wer zu wem passen könnte.

„Es braucht ein gutes Handwerkszeug, sonst kann man viel Mist anrichten“

Wer als ehrenamtliche_r Begleiter_in mitmachen will, muss hohen Anforderungen genügen; schließlich ist es eine sehr verantwortungsvolle Aufgabe. Alle Begleiter_innen absolvieren die von der Deutschen AIDS-Hilfe angebotenen Basis- und die Berater_innen-Schulungen. „Wir haben die Einstiegskriterien bewusst recht hoch angesetzt; es braucht ein gutes Handwerkszeug, sonst kann man viel Mist anrichten“, sagt Ralph. Wer als Puma mitarbeiten will, muss sich gut mit seiner eigenen HIV-Infektion auseinandergesetzt haben. In der Begleitung ist es zudem wichtig, immer wieder auf die eigenen Grenzen zu achten.

Dabei hilft auch ein fester Rahmen, der zwischen der/dem Sozialarbeiter_in, der/dem Ratsuchenden und der/dem Begleiter_in vereinbart wird. Sie treffen sich in der Regel drei bis fünf Mal. Damit hat die Begleitung einen Anfang und ein Ende; auch die möglichen Themen werden vorab besprochen.

Die/der Sozialarbeiter_in steht sowohl den Klient_innen als auch den Pumas zur Seite, sollte es Probleme geben. Die Begleiter_innen treffen sich zudem regelmäßig mit ihm. Fälle werden besprochen und die Beratungseinsätze reflektiert. „Es ist wichtig, dass jemand schaut, ob die Einsätze gut laufen und niemand überfordert ist“, sagt Ralph.

Bei der AIDS-Hilfe Freiburg hat man mit dem Projekt sehr gute Erfahrungen gemacht. „Die positiven Ehrenamtler sind mit großem Engagement dabei und schaffen es, die Schwellen für ‚Neue‘ niedrig zu halten. Für viele ist es leichter, sich in einem Café zu treffen, als in die Beratungsstelle zu kommen“, sagt

Ralph. Diese ersten Kontakte erleichtern auch den Zugang zu den Selbsthilfegruppen, die es bei der AIDS-Hilfe Freiburg ebenfalls gibt. Moritz ist das beste Beispiel dafür, dass die Selbsthilfe wirkt, denn inzwischen geht er sehr selbstbewusst mit seiner HIV-Infektion um und war 2013 sogar Botschafter der Welt-Aids-Tag-Kampagne.

Auch die AIDS-Hilfe Freiburg profitiert: Das P.U.M.A.-Projekt sei ein tolles Selbsthilfeangebot, das man potenziellen Geldgebern, wie z. B. Stiftungen, gut vermitteln könne, sagt Ralph. „Die machen für so ein Angebot auch gerne Geld locker.“

Prädikat: besonders nachahmenswert.

WB

Ich bin Aidshilfe – Angelika Timmer

Jeder Mensch mit HIV sollte frei von der Leber weg sagen können: Ich bin positiv!

In Deutschland leben 78 000 Menschen mit HIV. Die überwiegende Mehrheit – 63 000 – sind Männer. Es bleiben 15 000 HIV-positive Frauen. Eine davon ist Angelika. Sie berät im Frauengesundheitszentrum München (www.fgz-muc.de) Frauen mit HIV und ist in der Prävention tätig.

Ihr HIV-positives Testergebnis bekam Angelika 1990 im Rahmen einer gynäkologischen Untersuchung. Zu dieser Zeit war sie gerade dabei, ihre Diplomarbeit als Abschluss ihres Sozialpädagogikstudiums zu schreiben. „Das Ergebnis hat mich total überrascht. Auf dem Weg aus der Arztpraxis bin ich erst mal die Treppe hinuntergefliegen.“

„Und wenn alle sterben – ich nicht“



1990 war ein HIV-positives Testergebnis noch mit Krankheit und Tod assoziiert, doch Angelika reagierte mit einem „Jetzt erst recht“. „Ich dachte mir, ich schreibe meine Diplomarbeit, und dann gehe ich arbeiten. Und wenn

alle sterben – ich nicht.“ Ihr Freund unterstützte sie sehr; nach und nach konnte sie auch mit Freundinnen darüber reden. „Zum Schwerpunktarzt bin ich erst 1995, ich war ja nicht krank“, sagt sie. Die Untersuchungen sprachen eine andere Sprache: Angelika hatte noch 30 Helferzellen. Sie bekam AZT, das sie aber nicht gut vertrug: „Ich wusste, ich muss die Tabletten nehmen, um zu leben, aber es ging mir damit viel schlechter als ohne.“

Langsam reifte in ihr der Wunsch, sich mit anderen Positiven auszutauschen. Dazu ging sie ins Frauengesundheitszentrum München. „Es war eine sehr große Erleichterung für mich, mit anderen positiven Frauen zu sprechen. Mir wurde bewusst, dass ich verdammt viel Glück hatte.“ Trotzdem forderte die Krankheit ihren Tribut: 1998 wurde Angelika berentet. 2000 wurde ein Minijob im HIV-Projekt des Frauengesundheitszentrums frei. Für Angelika eine Chance, beruflich wieder einzu-

steigen. Was sieht sie nun – als Beraterin – als frauenspezifische Themen rund um HIV an?

„Scham und Schuld spielen bei Frauen eine große Rolle“

„Scham und Schuld spielen bei Frauen eine große Rolle“, sagt Angelika. „Das Gefühl, ich bin auf dem Markt nicht mehr vermittelbar. Ich habe keinen Wert mehr. Und Kinderkriegen ist ein großes Thema. Frauen verstecken sich immer noch ganz arg, weil sie meinen, die Kinder schützen zu müssen. Verheimlichen ist schwer. Wann und wie sage ich es meinem Kind? Weihe ich den Kindergarten ein?“ All das seien Themen, mit denen sich Frauen beschäftigen müssten.

Angelika engagiert sich auch bei „PositHiv& Hetero“. Dieses Netzwerk veranstaltet bundesweite Treffen, um positive Heteros zu stärken und um Selbstbewusstsein zu schaffen. „Gerade für Leute, die nicht viel Anbindung an die Aidshilfen haben, sind diese Treffen wichtig“, sagt Angelika. Was treibt sie an?

„Es geht darum, etwas zu bewegen. Jeder kann etwas tun. Man kann im Kleinen anfangen, bei Freunden, in der Familie. Verstecken kostet so viel Energie, die man besser einsetzen kann. Ich wünsche mir, dass viele Positive Vertrauen haben, den nächsten Schritt zu mehr Offenheit und selbstbewusstem Umgang zu gehen. Oft ist die Angst vor negativen Konsequenzen größer, als diese dann in der Realität sind. Und sollte es doch zu Enttäuschungen kommen, wünsche ich uns die Kraft, trotzdem weiterzumachen.“

WB

Soziales/Pflege: Der neue „Pflege-Bahr“

Staatlich geförderte Pflegeversicherung bietet Möglichkeit der Absicherung ohne Gesundheitsprüfung

Wer kann schon ausschließen, später einmal auf Pflege angewiesen zu sein? Wohl niemand. Deswegen sollte man für einen solchen Fall vorsorgen. Für Arbeitnehmer_Innen geht das automatisch. Sie zahlen in die Pflegeversicherung ein und haben bei Pflegebedürftigkeit dann auch Anspruch auf Leistungen. Diese reichen allerdings in der Regel nicht aus. Zusätzliche Vorsorge ist daher ratsam. Für Menschen mit HIV war das bisher ein besonderes Problem, denn sie konnten keine private Pflegezusatzversicherung abschließen. Das hat sich nun geändert.

Neue Pflegversicherung hat nicht nur Vorteile

Seit Anfang des Jahres gibt es den sogenannten „Pflege-Bahr“ – eine staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung. Das Gute daran: diese Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung abzuschließen und bietet daher erstmals auch für HIV-Positive eine Möglichkeit der privaten Pflegekostenvorsorge. Nachteil ist aber, dass das Preis/Leistungs-Verhältnis beim Pflege-Bahr schlechter als bei anderen Modellen – die aber für Menschen mit HIV nicht zu nutzen sind.

Lohnt sich ein Abschluss?

Das ist pauschal schwer zu sagen - insbesondere bei kleineren Einkommen. Deswegen sollte individuell geprüft werden, ob ein Abschluss sinnvoll ist. Die Versicherungen bieten zudem sehr unterschiedliche Leistungen für das Geld – auch hier lohnt sich ein Vergleich. Sinnvoll ist auch abzuklären, ob eine Dynamisierung vorgesehen ist oder nicht. Dadurch steigen zwar die Beiträge, aber auch die Auszahlungssummen. Alter und die individuelle Lebenssituation spielen ebenso eine Rolle. Wenn jemand staatliche Leistungen wie Sozialhilfe oder ALG II



Wenn Menschen pflegebedürftig werden fallen oft hohe Kosten an. Ob eine private Pflegeversicherung Sinn macht, ist im Einzelfall genau zu prüfen. Dabei helfen Vergleiche von Versicherungsangeboten. Foto: Rainer Sturm / pixelio.de

erhält, muss er/sie die Beiträge für den Pflege-Bahr aus den Regelsätzen begleichen.

Trotz eigener Bemühungen - also „normale“ Pflegeversicherung plus Pflege-Bahr - kann es sein, dass immer noch keine 100%ige Abdeckung der Pflegekosten erreicht werden kann. In einem solchen Fall würde dann der fehlende Betrag für eine Versorgung auf einem Minimal-Niveau zwar vom Staat übernommen, die Idee, mit der privaten Absicherung die Möglichkeit zu haben, sich eine Pflege mehr nach eigenen Vorstellungen finanzieren zu können, geht dann leider nicht auf.

In der Projekt Information von Jan/Feb 2013 findet ihr einen Artikel, der gut erklärt, was der Pflege Bahr ist und was er leisten kann. Die Verbraucherzentrale hat außerdem eine hilfreiche Broschüre zu den wichtigsten Fragen der Pflegezusatzversicherung erstellt: <http://www.vzbv.de/cps/rde/xbcr/vzbv/pflege-zusatzversicherung-infobroschuere-vzbv.pdf>

Wie funktioniert der Pflege-Bahr?

Beim Pflege-Bahr gibt es einen gesetzlichen Zuschuss von fünf Euro monatlich, also 60 Euro im Jahr. Hier sponsert der Staat. Um diesen Zuschuss in Anspruch zu nehmen, muss man selber mindestens 10 Euro monatlich zahlen, das ist die Untergrenze. Eine Inanspruchnahme von Pflegeleistungen ist in der Regel nach fünf Jahren möglich. Bei manchen Versicherungsgesellschaften ist das schon früher möglich. Einzige Voraussetzung des Pflege-Bahr ist, dass bisher noch keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit bezogen worden sind.

Silke Eggerts

Verband: DAH startet Kontaktstelle zu HIV-bedingter Diskriminierung

Kerstin Mörsch übernimmt neue Aufgabe



Ich möchte mich heute als Mitarbeiterin der frisch eingerichteten „Kontaktstelle zu HIV-bedingter Diskriminierung“ vorstellen.

Mein Name ist Kerstin Mörsch. In den vergangenen zehn Jahren habe ich in der Schwulenberatung Berlin als Sozialarbeiterin Menschen mit HIV beraten, betreut und begleitet mit dem Schwerpunkt „HIV und Erwerbsleben“. Als

Krankenschwester war ich 15 Jahre im Auguste-Viktoria-Krankenhaus in Berlin auf einer HIV-Schwerpunktstation tätig. Die Auseinandersetzung mit Diskriminierung im Medizinsystem einerseits und im Erwerbsleben andererseits begleitet mich in meiner Arbeit seit Anfang der 1990er-Jahre.

In der Kontaktstelle werde ich die Arbeit gegen Diskriminierung nun auf verschiedenen Ebenen fortführen und mit den Ergebnissen des Projekts „positive stimmen“ weiter arbeiten. Dazu gehört z.B.:

- Die Erstberatung von Menschen, die Diskriminierungserfahrungen gemacht haben, durchzuführen.
- Berater_innen bei der Beratungsarbeit zu unterstützen – mit Fortbildungen, einem Leitfaden o.Ä.

- Unterschiedliche Formen von Diskriminierung sichtbar zu machen, z.B. durch Erfahrungsberichte.
- Strategien darzustellen, um Diskriminierung entgegen zu treten und sich erfolgreich zu wehren.
- Gemeinsam mit Akteur_innen aus der Selbsthilfe, den Aidshilfen und anderen Partner_innen gesellschaftliche Veränderungen zu befördern.

Weitere Informationen gibt es in der nächsten Ausgabe von HIV - Beratung aktuell.

Erreichen könnt ihr mich per mail unter:

gegendifkriminierung@dah.aidshilfe.de sowie **telefonisch unter: 030/69008767**

Ich freue mich auf die Kooperation mit Euch und Ihnen!

Kerstin Mörsch