



HIV-BERATUNG *aktuell*

- 2 PrEP? Da gibt's doch was von Ratiopharm
- 7 Depression: die kleine Schwester von HIV?
- 9 „Das Verlangen nach Chems kann überwältigend sein“
- 11 Schwule Männer, Drogen und Sex
- 17 Krimi mit Happy End in Altenkirchen
- 19 Ohne Vorstand geht gar nix

Inhalt

1. Vorwort.....	1
2. PrEP? Da gibt's doch was von Ratiopharm Was Beratende wissen sollten	2
3. Impressum	6
4. Depression: die kleine Schwester von HIV?.....	7
5. „Das Verlangen nach Chems kann überwältigend sein“	9
6. Schwule Männer, Drogen und Sex	11
7. Kompetenz im selbstbestimmten Sub-stanzkonsum (bei Chemsexuser_innen?).....	12
8. Mit dem Bauchladen durchs Internet?.....	14
9. Krimi mit Happy End in Altenkirchen	16
10. Rubrik: Sozialrecht aktuell	17
11. Alles neu für NEUE in 2018?.....	18
12. Ohne Vorstand geht gar nix	18

Vorwort

Berlin, 1. Dezember 2017

Liebe Leserinnen und Leser,

das Jahr 2017 geht zu Ende, und wir präsentieren euch dieses Mal mit 19 Seiten eine Doppelnummer! Das neue Redaktionsteam hat gut zueinander gefunden und Verstärkung aus München und Düsseldorf bekommen: Marco Grober und Sabine Oberst haben über ihre Erfahrungen im Kontext einer akzeptierenden Drogenarbeit (bei schwulen Männern) geschrieben.

Das Herzstück dieses Heftes ist ein Artikel über die PrEP: Wir haben uns herausgefordert gefühlt, das zu liefern, was Beratende in den Aidshilfen brauchen. Mit der PrEP haben wir in Zukunft einen weiteren Pfeil im Köcher der HIV-Prävention, mit der großen Chance, diejenigen zu erreichen, die mit dem Ansatz der kondomgestützten Prävention allein nicht (dauerhaft) zu erreichen waren. Umso wichtiger ist es, dass unsere Beratenden fit in der PrEP sind und bleiben, denn der Wissenstand verändert sich täglich.

Ein weiterer Schwerpunkt dieser Ausgabe ist die Depression, die wir einfach mal als die kleine Schwester von HIV bezeichnen. Keine andere seelische Erkrankung kommt häufiger im Kontext mit HIV vor, zwei- bis dreimal so häufig wie bei Nichtinfizierten. Katja Schraml beantwortet die Frage der Prävention: sich nämlich häufiger Auszeiten als die Nichtbetroffenen zu gönnen! Diesen Ratschlag geben wir unseren Leser_innen gern in die bevorstehenden Feiertage mit, damit wir gemeinsam gut ins neue Jahr starten können.

Jetzt aber erst mal viel Spaß beim Lesen der letzten Doppelausgabe 2017!

Mit besten Grüßen

Euer Karl Lemmen

PrEP? Da gibt's doch was von Ratiopharm Was Beratende wissen sollten

Die PrEP ist zurzeit in aller Munde. Nachdem die Kosten für die erforderlichen Medikamente auf ca. 50 bis 70 € pro Monat gesunken sind, wird geschätzt, dass schon 1500 schwule Männer in Deutschland diese neue Präventionsmethode gewählt haben, und jeden Tag werden es mehr. Für Redaktionsmitglied Werner Bock ist dies der Anlass, alle Informationen zusammenzustellen, die Beratende brauchen.

Grundsätzliches zur PrEP

PrEP ist die Abkürzung für die Präexpositionsprophylaxe. Bei dieser Schutzmethode nehmen HIV-negative Menschen HIV-Medikamente ein, um sich vor einer Ansteckung mit HIV zu schützen.

Die bei der PrEP verwendeten HIV-Medikamente enthalten zwei Wirkstoffe, Tenofovir und Emtricitabin, die die Vermehrung von HIV verhindern. Beide Wirkstoffe werden heute in einer Tablette angeboten, die als **Truvada**® bekannt ist. Durch die Einnahme von **Truvada**® kann sich das Virus, wenn es beim Sex ohne Kondom in die Zellen von Schleimhäuten und Immunsystem gelangt, dort nicht vermehren. Auf diese Weise wird eine HIV-Infektion verhindert. Man bleibt HIV-negativ, obwohl das Virus in den Körper gelangt ist.

Neben dem Kondom und dem Schutz durch Therapie ist die PrEP eine dritte Möglichkeit, sich vor HIV zu schützen, nicht aber vor anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STIs).

Wichtig sind eine regelmäßige Tabletteneinnahme und verschiedene Untersuchungen vor dem Beginn der PrEP und diese begleitend. Deshalb brauchen Menschen, die die PrEP durchführen wollen, eine_n auf HIV spezialisierten Ärzt_in. Von Selbstversuchen ohne ärztliche Begleitung raten wir dringend ab, denn die Einnahme ist nicht ohne Risiko.

Für wen kommt die PrEP infrage?

Die PrEP kommt für **Erwachsene** infrage, die **beim Sex ein hohes HIV-Risiko** haben, wie z. B. Menschen

- mit häufigen Sexkontakten mit wechselnden Partner_innen,
- mit Schwierigkeiten beim Kondomgebrauch (z. B. aufgrund von Erektionsproblemen) oder
- mit wiederholten STIs.

Was genau letztlich ein hohes HIV-Risiko ist, entscheiden die verordnenden Ärzt_innen nach einem Gespräch mit der/dem Patient_in. (Noch) nicht zugelassen ist die PrEP zur Verhinderung einer HIV-Infektion durch intravenösen Drogenkonsum.

Wirksamkeit der PrEP

Die Wirksamkeit der PrEP mit dem HIV-Medikament Truvada® oder den verschiedenen Generika ist durch mehrere Studien nachgewiesen. Infektionen sind (fast) nicht möglich, wenn die PrEP richtig durchgeführt wird. Bisher gibt es nur drei dokumentierte Fälle, in denen eine HIV-Infektion trotz regelmäßiger Tabletteneinnahme auftrat. In zwei Fällen war das Virus bereits gegen Truvada® resistent, in einem Fall nicht. Hier ist die Ursache unklar.



Unterschiede zwischen Männern und Frauen

Bei Frauen wirkt die PrEP auch, aber nicht so schnell und zuverlässig wie bei Männern. Das belegen verschiedene Studien. Es gibt Hinweise darauf, dass sich das Medikament in den verschiedenen Schleimhäuten unterschiedlich anreichert. Die PrEP-Medikamente werden von den Schleimhäuten der Scheide und des Gebärmutterhalses schlechter aufgenommen und auch schneller wieder abgegeben. Deswegen ist bei Frauen ein anderes PrEP-Schema erforderlich.

Zwei PrEP-Schemata: Dauer-PrEP und PrEP bei Bedarf

Bei der PrEP werden zwei Formen unterschieden: die **Dauer-PrEP** und die PrEP bei Bedarf. Bei der **Dauer-PrEP** werden die Medikamente täglich eingenommen. Sie kommt für Personen mit häufigen HIV-Risiken in Betracht.

Bei der **anlassbezogenen PrEP** wird das Medikament nur einige Tage eingenommen, z. B. anlässlich einer Sexparty, eines Sexdates oder eines Urlaubs, wenn Sex ohne Kondom praktiziert werden soll. Es gibt kein sicheres Wissen darüber, nach wie vielen Stunden/Tagen die PrEP ausreichend wirkt! Daher gibt es (noch) unterschiedliche Empfehlungen.

Dauer-PrEP

Beginn der PrEP: **Männer** beginnen mit der Einnahme der PrEP **vier Tage** vor dem ersten Sex mit je einer Tablette; **Frauen** beginnen mit der Einnahme der PrEP **sieben Tage** vor dem ersten Sex mit je einer Tablette.

Bei der Dauer-PrEP gilt für Männer und Frauen das Gleiche: eine Tablette pro Tag, möglichst immer zur gleichen Uhrzeit und mit einer Mahlzeit. Bei einer Einnahme mit Nahrung wird das Medikament besser aufgenommen, und es werden höhere Wirkstoffwerte im Blut gemessen.

Beendigung der PrEP: Soll die Dauer-PrEP beendet werden, müssen **Männer** noch **zwei Tage** nach dem letzten Sex jeweils eine Tablette nehmen; wollen **Frauen** die Dauer-PrEP beenden, ist es notwendig, **sieben Tage** nach dem letzten Sex jeweils eine Tablette zu nehmen. Der Grund dafür ist, dass die Zellen nach dem letzten Sex noch mindestens

eine Woche geschützt sein müssen, damit sich das HIV nicht einnisten kann.

Anlassbezogene PrEP oder PrEP bei Bedarf

Männer beginnen **24 Stunden bis mindestens zwei Stunden** vor dem Sex mit zwei Tabletten. Als Faustregel gilt: je früher, desto besser, denn das Medikament braucht Zeit, um sich in den Zellen anzureichern. Zwei Stunden vorher sind sehr knapp. Nach dem Einstieg wird eine Tablette pro Tag möglichst zur gleichen Tageszeit und möglichst mit einer Mahlzeit eingenommen. Nach dem letzten Sex ist es wichtig, **noch zwei Tage** jeweils eine Tablette einzunehmen.

Spezialfall: Wenn kurz vor dem Sex mit der Einnahme begonnen wird, ist es besser, die ersten Tabletten ohne Nahrung einzunehmen, weil der Wirkstoff dann schneller im Blut ankommt. Bei einer Einnahme mit Nahrung dauert es 45 Minuten länger; dafür ist der Wirkstoffspiegel höher.

Für Frauen ist die anlassbezogene PrEP nicht geeignet, weil bei ihnen dadurch kein ausreichender HIV-Schutz aufgebaut werden kann.

Medikamente für die PrEP

Für die PrEP sind in Deutschland zugelassen:

1. das Originalpräparat **Truvada®** von Gilead Sciences
2. das Generikum **Emtricitabin-Tenofoviridisoproxil®** von Hexal
3. das Generikum **Emtricitabin-Tenofovir®** von Ratiopharm

Die beiden Generika wirken genauso gut wie das Originalpräparat. Weitere Anbieter mit entsprechenden Generika sind Aristo, Betapharm, Aliud, Hormosan, Mylan und TAD.

Pünktlich zum Weltaidstag 2017 hat Ratiopharm den Preis für sein Generikum von 556,33 Euro auf nur noch 69,90 Euro für die 30er-Packung Emtricitabin/Tenofovir Ratiopharm gesenkt. Eine Packung mit 90 Tabletten wird in Zukunft für 209,70 statt 1639,62 Euro erhältlich sein. Damit sinken



sowohl die Kosten für die PrEP als auch für die HIV-Behandlung ganz dramatisch.

Beschaffung in Deutschland

Seit Oktober 2016 können im Prinzip alle Ärzt_innen Medikamente für die PrEP auf Privat Rezept verschreiben. Allerdings wird dies nicht von allen Ärzt_innen getan, weil sich viele mit den Medikamenten nicht auskennen oder den Verwaltungsaufwand scheuen. Deshalb empfehlen wir, dies vor dem Besuch bei der/dem Ärzt_in zu klären. Es gibt aber eine von der dagnä (Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter) zusammengestellte Liste von Ärzt_innen, die eine PrEP-Begleitung anbieten: www.dagnae.de/2017/11/uebersicht-prep-begleitung-bei-hiv-schwerpunktaerzten/. Die Kosten für die Medikamente zur PrEP müssen von den User_innen selbst getragen werden.

Kölsche Blister als Vorreiter

Die erste Möglichkeit, sich eine Monatspackung PrEP für ca. 50€ zu beschaffen, besteht seit Oktober 2017 bei den hier gelisteten Apotheken: <https://www.koelsche-blister.de/index.php/prep/teilnehmende-apotheken/>.

Dazu benötigt man von seiner/seinem Ärzt_in ein Privat Rezept, auf dem genau Folgendes verordnet sein muss:

Name, Vorname des Versicherten
 Max Mustermann geb. am
 Musterstr. 69
 12345 Musterstadt TT.MM.JJJJ
 Versicherungsnummer Personennummer
 Arzt-Nr. Datum
 Bezugsdatum Apotheken-Nummer / IK
 Rezept-Druck
 Adresse, Nebenstr./Anlage-Nr. Faktor Tage
 Rp, (Bitte Leerräume durchstreichen)
 PrEP Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil
 Hexal 200mg / 245 mg Filmtabletten
 28 Stück zur Verblisterung
 PKVd
 Arztstempel/Unterschrift des Arztes
 (Bild: prep.jetzt)

Die Angaben „PrEP“, „28 Stück“ und „zur Verblisterung“ sind dabei absolut notwendig. Nur so erhält man den günstigen Preis. Nach ca. zwei bis drei Tagen können die Medikamente dann in der Apotheke abgeholt werden.

Ratiopharm zieht nach

Durch die Preissenkung des Pharmariesen Ratiopharm wird die Verschreibung ab Dezember 2017 noch einfacher. Im Prinzip kann jetzt

jeder Arzt die PrEP verschreiben, der sich das behördlich genehmigte Schulungsmaterial von der Ratiopharm Webseite heruntergeladen hat. <https://www.ratiopharm.de/produkte/details/praeparate/praeparatedaten/detail/pzn-12724393.html>

Beschaffung aus dem Ausland oder dem Internet

In der Vergangenheit waren PrEP-User_innen auf die Beschaffung ihrer PrEP-Medikamente im Ausland angewiesen: z.B. in Südafrika, Tunesien oder Thailand. Die Mitnahme von drei Monatsrationen für den Eigengebrauch ist für Touristen legal.

Manche bezogen die PrEP von Versandapotheken aus dem außereuropäischen Ausland, was allerdings nicht legal ist. Ein legaler Bezug aus dem Vereinigten Königreich ist für PrEP-User_innen möglich, die im Vereinigten Königreich Freunde, Verwandte oder sogar eine eigene Adresse haben. Sie können PrEP-Medikamente in Indien bestellen und sich ins Vereinigte Königreich schicken lassen. PrEP-User_innen aus Deutschland können drei Monatsrationen im Vereinigten Königreich abholen. Dieser Bezugsweg ist aufwendig, aber legal.

Angesichts der vereinfachten legalen Beschaffung und Preissenkung in Deutschland wird dieser Weg für die Zukunft wohl eher eine untergeordnete Rolle spielen.



**Informationen zur
Präexpositionsprophylaxe (PrEP)
für Anwender/Anwenderinnen**

Nebenwirkungen

Die Nebenwirkungen von Truvada® sind schon seit vielen Jahren aus der HIV-Therapie bekannt. „Überraschungen“ sollte es nicht mehr geben. Die meisten Menschen vertragen Truvada® gut und spüren keine oder kaum Nebenwirkungen. Manche klagen über Übelkeit, Durchfall, Kopf-, Bauch- oder Gelenkschmerzen, Müdigkeit oder Schlafstörungen.

Eine dauerhafte Einnahme von Truvada® verringert die Leistungsfähigkeit der Nieren. Normalerweise bildet sich diese Funktionseinschränkung nach dem Absetzen von Truvada® zurück. Für Gesunde stellt das kein relevantes Problem dar, aber wer kennt schon die Leistungsfähigkeit seiner Nieren? Daher müssen **vor dem Beginn der PrEP** und **jährlich** durch Blutuntersuchungen die **Nieren** überprüft werden. Wer an einer Erkrankung der Nieren leidet, sollte keine Truvada®-PrEP durchführen.

Untersuchungen vor der PrEP

Vor dem Beginn der PrEP sind die folgenden Untersuchungen/Checks notwendig.

1. HIV-Test

Wichtig ist, dass vor einer PrEP eine eventuell schon bestehende HIV-Infektion ausgeschlossen wird. Sollte vor dem Beginn einer PrEP bereits eine HIV-Infektion vorliegen, besteht die Gefahr der Entwicklung einer Medikamentenresistenz, weil die/der HIV-Positive dann nur die Zwei-

fachkombination Truvada® anstelle einer Dreifachtherapie bekommen würde.

2. STI-Check: Syphilis, Gonokokken und Chlamydien

Syphilis wird anhand eines Bluttests getestet; der Check auf Gonokokken (Tripper) und Chlamydien wird durch Abstriche durchgeführt, und zwar rektal, im Rachen und in der Harnröhre. Statt eines Abstrichs in der Harnröhre kann auch eine Urinuntersuchung durchgeführt werden.

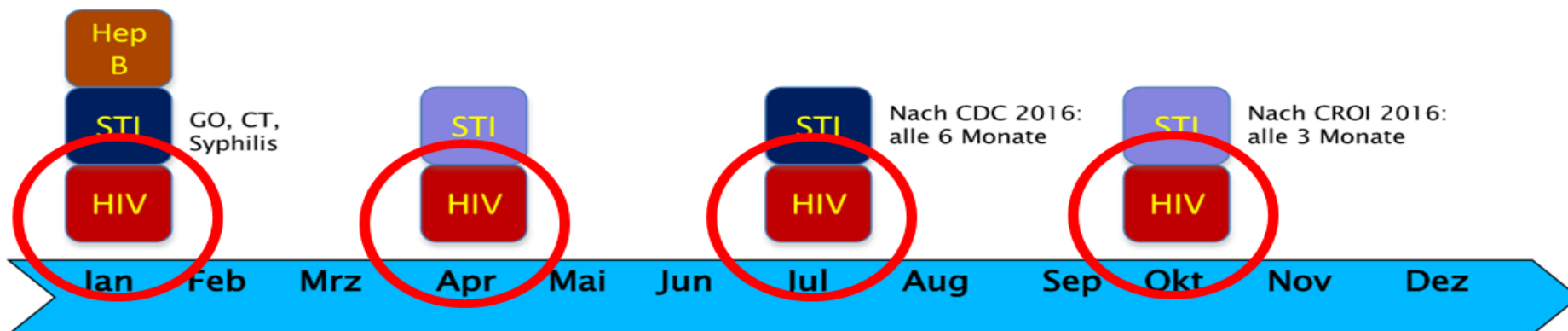
3. Hepatitis-B-Diagnostik/Impfstatus prüfen/impfen

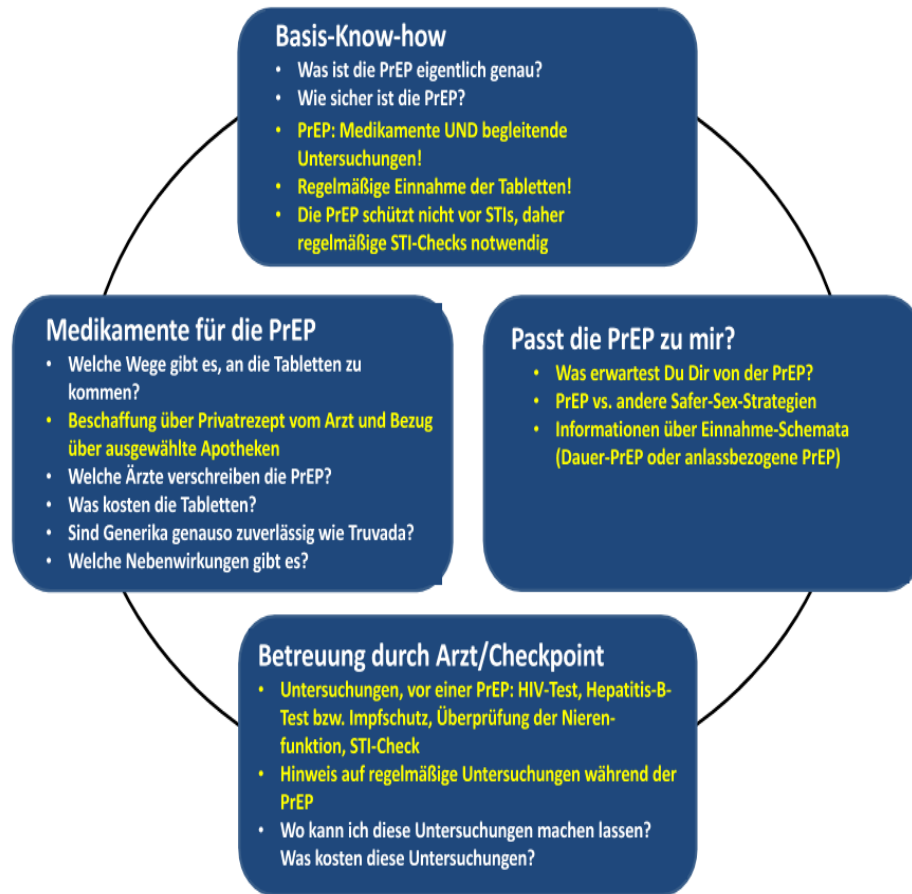
Mit einem Bluttest ist zu klären, ob eine Immunität gegen Hepatitis B vorliegt. Ist dies nicht der Fall, ist eine Hepatitis-B-Impfung angesagt. Liegt eine chronische Hepatitis B vor, wird sie durch die PrEP optimal mitbehandelt. Vorsicht ist dann aber beim Absetzen der PrEP geboten, denn nach dem Absetzen der PrEP kann die Hepatitis B „aufflammen“ und zu einer schweren Krankheit führen.

Begleitende Untersuchungen während der PrEP

Wenn die PrEP nicht richtig durchgeführt wird, kann es zu einer HIV-Infektion kommen. Wird die Infektion dann nicht schnell festgestellt, kann das HIV gegen Truvada® resistent (unempfindlich) werden. Das Medikament kann dann zur Behandlung von HIV-Infektionen nicht mehr eingesetzt werden. Wichtig ist daher, sich im Verlauf der PrEP alle drei Monate auf HIV testen zu lassen, zudem alle drei Monate (oder nach

Ein Jahr mit PrEP Kontrolluntersuchungen nach CDC und CROI 2016





individueller Absprache mit der/dem Ärzt_in) einen Check auf STIs durchzuführen. Die Nierenkontrolle ist viermal jährlich durchzuführen; bei jungen, gesunden Menschen kann diese Kontrolle nach Absprache mit der/dem Ärzt_in verringert werden.

Wo kann ich diese Untersuchungen machen lassen, und was kosten sie?

Noch ist die Versorgungslandschaft in Bezug auf die PrEP in Deutschland sehr uneinheitlich. Das betrifft sowohl das Angebot der Untersuchun-

gen, die vor und während der PrEP notwendig sind, als auch die Kosten dafür. Manche Checkpoints bieten PrEP-Checks an, ebenso wie die oben erwähnten Ärzt_innen der dagnä. Die Aidshilfen vor Ort sollten selbst recherchieren, welche Möglichkeiten es in der eigenen Stadt gibt, um dann potenzielle PrEP-User_innen dorthin verweisen zu können. Die eventuellen Kosten für die vorab notwendigen Untersuchungen und die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen müssen (derzeit) ebenfalls noch individuell erfragt werden.

Zum Thema „PrEP“ gibt es aktuell fast wöchentlich neue Informationen und Entwicklungen. Wir werden darüber weiterhin in HIV-Beratung *aktuell* informieren. Auf www.aidshilfe.de wird ebenso aktuell über neue Entwicklungen berichtet.

Weitere Infos zur PrEP gibt es hier:

www.aidshilfe.de/hiv-prep

<https://www.iwwit.de/prep>

www.hivreport.de/sites/default/files/documents/2016_05_hivreport_0.pdf

www.lovelazers.org/de/handbuch-prep-selbst-besorgen/

<http://prepietz.de>

Impressum

HIV-Beratung *aktuell*

Herausgeber

Deutsche AIDS-Hilfe e. V., Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin

Fon: 030 690087-0, Fax: 030 690087-42, www.aidshilfe.de

V. i. S. d. P.: Karl Lemmen

Redaktion: Karl Lemmen, Werner Bock, Klaus Purkart, Michael Tappe, Steffen Taubert

Mitarbeiter_innen dieser Ausgabe:

Werner Bock (WB), Karl Lemmen (KL), Steffen Taubert (tau), Silke Eggers (SE), Klaus Purkart (KP), Katja Schraml (KS), Axel Schock (AS), Marco Grober (MG), Sabine Oberst (SO)

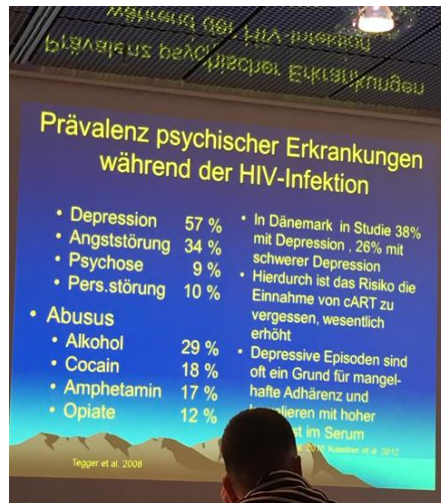
Lektorat: Martin Heiderich

Grafikvorlage: Carmen Janiesch

Depression: die kleine Schwester von HIV?

Gastbeitrag von Katja Schraml

Keine seelische Erkrankung tritt bei Menschen mit HIV so häufig auf wie eine Depression. Im Unterschied zu bei der Allgemeinbevölkerung wird das Auftreten bei HIV-Positiven auf 32 % geschätzt, also zwei bis dreimal



so häufig wie bei Menschen ohne HIV. Zahlenmäßig tritt die Diagnose Depression bei Frauen häufiger auf; bei Männern versteckt sie sich eher hinter körperlichen Beschwerden.

Dann wird von einer „larvierten Depression“ gesprochen – schließlich lassen sich Rücken- und Magenprobleme viel einfacher behandeln, und niemand muss sich dumme Sprüche anhören. Das Stigma, das der Diagnose Depression anhaftet, ist immer noch sehr deutlich: Wie bei HIV kämpfen

HIV und Depression DÖAK 2018

Selbsthilfe und Unterstützer_innen gegen das immense Vorurteil, dass eine Depression eine selbst verschuldete Charakterschwäche sei.

In unserer hochtechnologischen Wissens- und Konsumgesellschaft werden wir ständig an unserer Erreichbarkeit und Produktivität gemessen. Nicht jede Seele hält dem stand, auch wenn wir noch so sehr versuchen, den zunehmenden Stress mit Meditation und Yoga zu kompensieren. Jede_r soll es scheinbar selbst in der Hand haben, sich selbst zu optimieren und seine Ressourcen zu aktivieren, um den Ansprüchen im Berufs- und Privatleben gerecht zu werden.

Menschen mit HIV haben dank des Erfolgsrezepts ART (antiretrovirale Therapie) heute die Möglichkeit, ein relativ normales, gesundes und langes Leben zu führen – und somit an diesen Errungenschaften und Anforderungen teilzuhaben. Meiner eigenen Erfahrung nach steht das Thema „Leistung(-sdruck)“ – und damit zugleich: „**Grenzen der Leistung**“ – im Fokus der persönlichen Auseinandersetzung, sobald der **Sprung von der Lebenserwartung hin zur Erwartung an das Leben geschafft** ist, wie bei allen anderen auch – nur mit dem Unterschied, dass wir das **Päckchen HIV** zusätzlich schultern.

Die Risiken für eine Depression sind aber nicht gleich verteilt. Sie treffen „Dünnhäuter“ stärker als Menschen mit einer dicken Haut. Mediziner_innen sprechen von einem höheren Risiko für vulnerable Personen. Wer die Begabung hat, mehr zu spüren, wird häufig auch mehr leiden. Der Vulnerabilitätsaspekt lässt sich gut auf HIV übertragen. Es gibt viele Ursachen (und Zufälle), sich mit HIV infiziert zu haben – für viele Menschen mag es zutreffen, dass sie weniger gut für den eigenen Schutz sorgen konnten als andere. Manch eine_r ist eben anfälliger für bestimmte Krankheiten.

HIV und Depression gehen also gut miteinander einher, wie Geschwister, Hand in Hand, dank der erfolgreichen HIV-Therapie manchmal auch ein ganzes Leben lang. Die meisten Menschen erkranken im Alter von 25 bis 30 Jahren das erste Mal an einer Depression. Bei ca. 80 % der Betroffenen bleibt es nicht bei einer einzigen Episode. Deshalb kommt der Rückfallprophylaxe eine besondere Bedeutung zu. In Patient_innen-Schulungen lernen Menschen mit einer Depression, besser für sich selbst zu sorgen.

Welche große Rolle dabei die Selbsthilfe für HIV-Positive spielen kann, haben die DAH-Seminare „Menschen mit HIV und Depression“ gezeigt. Manch eine_r machte hier die Erfahrung eines dritten Coming-out: zuerst als schwuler Mann, dann als HIV-Positiver und schließlich als Mensch mit einer „depressiven Begabung“.

Der außergewöhnliche Stress, dem Menschen mit HIV ausgesetzt sind, war in diesen Seminaren immer das Thema Nummer eins. Stigma, Dis-

kriminierung, Angst und Scham spielen eine große Rolle, wenn es um die Frage geht, warum die Depression zur häufigsten psychischen Krankheit von Menschen mit HIV wird.

Nur ein Beispiel: Eine HIV-positive Mutter hielt ihre Infektion mehr als 18 Jahre lang geheim, um ihren ebenfalls HIV-positiven Sohn vor Diskriminierung und Anfeindungen im schulischen Umfeld zu schützen. Dabei hätte sie sie manchmal gern laut hinausgeschrien. Wie viel Kraft das kosten und wie viel „Schatten auf der Seele“ das hinterlassen kann, bestätigten ihr die anderen Teilnehmer_innen.

Überhaupt scheinen Frauen mit HIV ein besonderes Risiko für eine Depression zu haben, wie eine Forschergruppe auf dem DÖAK 2017 aufgezeigt hat.

1. Bei den untersuchten HIV-positiven **Männern** nahm das Risiko für eine Depression mit der **Dauer der Therapie** ab, während sich bei den Frauen keine Verringerung zeigte.
2. Bei den HIV-positiven **Frauen** nahm das Risiko für eine Depression durch einen **Therapiewechsel** zu, während eine Umstellung bei den Männern keine signifikante Auswirkung hatte.

Zwar ließen die Forscher die Frage nach Ursache und Wirkung noch unbeantwortet, aber zwei mögliche Antworten tauchten in den Gesprächen darüber auf.

- Entwickeln Frauen vor der Umstellung eine Depression? Ist der Wechsel der Medikamente also die Konsequenz? Häufig führt eine Depression zu einem Rückgang der Adhärenz: Therapiemüdigkeit und Therapiepausen können Virusresistenzen zur Folge haben, die einen Therapiewechsel notwendig machen. Aber auch das depressive Gefühl, dass das Leben geradezu stillsteht, dass man wie festgefahren ist, kann den Wunsch nach einem Therapiewechsel auslösen, wenn dieser eine der wenigen Möglichkeiten ist, bei denen man, gefühlt, überhaupt etwas ändern kann.
- Oder lösen die neuen Medikamente eine Depression aus? Von den Medikamenten, die neben körperlichen auch psychische Nebenwir-

kungen haben, ist Sustiva® am besten bekannt; es kann neben Schlafstörungen und Kopfschmerzen auch eine Depression auslösen. Seit 2016 steht hinsichtlich solcher Nebenwirkungen nun eine ganze Medikamentengruppe unter Beobachtung: die Integrasehemmer¹. Auf dem DÖAK 2017 wurden erstmals Daten dazu präsentiert. Von den 1704 Patient_innen, die untersucht worden waren, hatte jede_r 20. Patient_in die Therapie mit Dolutegravir **allein aufgrund neuropsychiatrischer Ereignisse** abgebrochen. Zu den häufigsten Nebenwirkungen zählten Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Schwindel, Kopfschmerzen und Depressionen. Zwar wurden die Symptome nicht als schwerwiegend beschrieben, und nach einem Wechsel der Substanz ließen sie rasch wieder nach. Doch interessanterweise brachen Frauen die Einnahme zwei- bis dreimal häufiger ab als Männer.

Ein anderer Forschungsansatz, über den in den Medien gerade berichtet worden ist, befasst sich mit dem Zusammenhang zwischen Depression und Immunsystem. Im Fokus dieser Forschung stehen die Entzündungswerte: Kämpft der Körper bei einer Depression gerade physisch mit einer Entzündung? Ist der sogenannte „depressive Rückzug“ eine sinnvolle Form der Behandlung dieser Entzündung, so wie man sich auch bei einer Grippe ins Bett legt?

Für Menschen mit HIV könnte dieser neue Ansatz interessant werden. Schließlich verursacht die HIV-Infektion ebenfalls eine hochgradige Aktivierung des Immunsystems, die zwar bei einer HIV-Therapie abnimmt, jedoch auch bei einer Viruslast unter der Nachweisgrenze immer noch deutlich über der von HIV-Negativen liegt.²

¹ Kurz INSTIs = Integrase Strand Transfer Inhibitors. Sie setzen direkt in der vom Virus attackierten Zelle an und blockieren den Einbau der Virus-DNA in die DNA der menschlichen Zelle.

² HIV-Infektion 2017, Deutsche AIDS-Hilfe, 10., überarbeitete Auflage 2017 (Bestellnummer 026030).



Fazit: Für die Zukunft bleibt eine genauere Untersuchung der geschlechterspezifischen Unterschiede und ihrer Gründe wünschenswert. Unabhängig davon können Berater_innen, die in ihrer Beratung auf Therapiewechsel und/oder Depressionen treffen, durch Beobachtungen und Nachfragen die Ratsuchenden auf Konsequenzen und Zusammenhänge aufmerksam machen:

- Eine Depression bedeutet nicht einfach nur eine Stimmungsschwankung.
- Wichtig sind eine frühzeitige Diagnose und adäquate Behandlung.
- Als HIV-Positive_r hat man nicht nur ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko, daran zu erkranken, sondern dieses nimmt für Frauen mit HIV im Lauf der Zeit auch nicht ab. Für manche werden depressive Episoden im Leben wohl dazugehören.
- Beratung und Therapie, manchmal auch sorgfältig verordnete Antidepressiva, können hier einen großen Einfluss auf die Schwere und Dauer der Krankheit nehmen.

Wenn Menschen mit HIV heute auch dank der ART dem Leistungsdruck der Gesellschaft standhalten können/müssen, sollten sie sich zur Faustregel machen:

KS

**Pausen und Auszeiten braucht jede_r.
Vielleicht nimmt man sich diese als Positive_r ebenfalls,
zwei bis dreimal so häufig!**

„Das Verlangen nach Chems kann überwältigend sein“

Ein Onlinefragebogen bietet schwulen Usern von Chemsexdrogen ein hilfreiches Werkzeug zur Selbstreflexion und Hilfestellung für einen kontrollierten und sicheren Konsum. Axel Schock gibt einen ersten Einblick in die Möglichkeiten dieses neuen Tools.

In Deutschland ist Chemsex – im Gegensatz etwa zu den Vereinigten Staaten oder dem Vereinigten Königreich – ein vergleichsweise neues Phänomen. Für die Prävention und Beratung in diesem Bereich bietet dies die Möglichkeit, auf die Erfahrungen in diesen Ländern zurückzugreifen, z. B. auf die der Londoner HIV-Ambulanz und -Test-Einrichtung **56 Dean Street**. David Stewart, ein anerkannter Experte auf dem Gebiet sexueller Gesundheit von MSM, leitet dort den von ihm aufgebauten Bereich „Drogenkonsum“. In diesem Zusammenhang hat Stewart auch ein Onlinetool entwickelt, das Konsumenten sogenannter Chemsexdrogen hilft, ihren Umgang damit zu verändern.

Hilfestellung ohne moralischen Zeigefinger

Der als Internetfragebogen aufgebaute Leitfaden bietet schwulen Männern, die im sexuellen Kontext Substanzen wie Crystal Meth, GHB/GBL oder Mephedron konsumieren, eine leicht verständliche und deshalb in jeder Hinsicht empfehlenswerte Hilfestellung, um einen sichereren Umgang mit Chems bzw. eine zeitweilige oder sogar vollständige Abstinenz zu erzielen.

Gedacht ist der Fragenkatalog in erster Linie für schwule Männer, die ihren Drogenkonsum und ihr Sexleben einfach mal für sich hinterfragen wollen, die sich nicht trauen, sich mit ihrem Drogenproblem an eine entsprechende Beratungsstelle zu wenden oder die keine Einrichtung in erreichbarer Nähe haben. Das Modul kann aber zugleich auch Berater_innen als Anregung für die Gesprächsführung mit Hilfe suchenden Chemsexusern dienen.

Das Onlinetool, das auf Stewarts Website auf Englisch, Griechisch, Spanisch und inzwischen auch in deutscher Sprache abrufbar ist, geleitet die Nutzer durch klare Fragen nach ihrer Selbsteinschätzung, den eigenen Erwartungen und möglichen Zielen zu einem persönlichen Behandlungsplan. Stuart gelingt es dabei, die Nutzer motivierend und mit spürbarer Empathie durch die einzelnen Etappen zu begleiten und ihnen dabei immer wieder durch gezielte Rückfragen zu einer realistischen Selbsteinschätzung zu verhelfen.

„Du hast dir viel vorgenommen ... Lass uns herausfinden, wie einfach es ist oder wie schwer es dir fallen wird, dein Ziel zu erreichen ... Also, wie zuversichtlich bist du, dass du das erreichen kannst?“

Zu Beginn des Fragebogens kann das angestrebte Hauptziel ausgewählt werden. Geht es vornehmlich darum, einen weitgehend gefahrenfreieren, sichereren Umgang mit Chems zu erlernen, oder darum, in einem kurzen oder längeren Zeitraum (möglicherweise für immer) drogenfrei zu leben?

Abstinenz kann ein Ziel neben anderen sein

Der zentrale Teil des Onlinetools widmet sich dann den sogenannten Triggern, die das Verlangen nach Chems auslösen.

„Das Verlangen nach Chems kann überwältigend sein. Manchmal fühlt es sich an, als würde es uns die Kraft rauben, selbstständig eine Entscheidung zu treffen. Wenn du weißt, was die Auslöser für solche Situationen sein können, kannst du verschiedene Techniken erlernen und hast damit bessere Chancen, deine Ziele nicht aus den Augen zu verlieren.“

Gefragt wird unter anderem nach den Zeiten, zu denen sich das Verlangen nach Drogen für gewöhnlich einstellt. Zur Auswahl stehen z. B. „samstags abends, wenn ich allein bin“ und „freitags nach der Arbeit“, aber auch verschiedene Situationen und Gefühlslagen werden als mögliche Auslöser gelistet:

- „Nach einem enttäuschenden Sexdate“
- „Wenn ich depressiv bin“

- „Wenn ich mir eine Belohnung verdient habe“

Fast ebenso lang ist die Vorschlagsliste, wie den Triggern und dem entstehenden Verlangen nach Chems gegengesteuert werden kann. Sie reicht von simplen, ablenkenden Tätigkeiten wie Putzen, Lieblingsessen kochen oder Duschen bis hin zu selbstreflektierenden Maßnahmen wie, an sich selbst einen Brief oder ein Tagebuch zu schreiben oder sich mit einer im Handy gespeicherten Botschaft an die unerwünschten Folgen des Drogenkonsums zu erinnern.

Am Ende steht im Idealfall ein für den Nutzer realistisches und erreichbares Ziel. Stewart entlässt ihn mit abschließenden Tipps und aufbauenden Worten – auch für den Fall eines Scheiterns.

„Dein Plan ist mutig und ehrgeizig. Sei stolz darauf, egal ob du dein Ziel erreichst oder nicht. Manchmal kann es ein paar Anläufe brauchen, bis du ein Ziel erreichst. Bleib am Ball! Wenn du erfolgreich bist, gratuliere dir, und wenn du nicht erfolgreich bist, gratuliere dir dazu, dass du es versucht hast.“

AS

Der Chemsexfragebogen in der deutschsprachigen Version ist kostenfrei abrufbar: www.davidstuart.org/care-plan-de



Schwule Männer, Drogen und Sex

Wo können schwule Männer Hilfe und Unterstützung finden, wenn ihr Drogenkonsum problematisch wird? Bei Drogenberatungsstellen? Fehl-anzeige! Diese haben zwar detaillierte Kenntnisse über Substanzen und deren Risiken, zudem Wissen über die Diagnose einer Abhängigkeit und deren Behandlung.

Ein Manko ist hingegen, dass die Mitarbeiter_innen dort wenig bis keine Ahnung von der schwulen Lebenswelt und den Settings haben, in denen in schwulen Kreisen Drogen konsumiert werden. Viele schwule Männer fühlen sich deswegen dort nicht aufgehoben. Umgekehrt kennen die Aidshilfen die Lebenswelten schwuler Männer; ihnen fehlt aber die Erfahrung im Umgang mit dem Thema „Substanzabhängigkeit“ – ein Dilemma.

Ein zweiteiliges DAH-Seminar mit dem Titel „Schwule Männer, Drogen und Sex“ soll bessere Voraussetzungen dafür schaffen, dass die Aidshilfen angemessen auf diese neuen Herausforderungen reagieren können. Marco Grober vom Aidshilfe Düsseldorf e. V. hat gemeinsam mit seinem Kollegen Klaus Bleymehl an dem Seminar teil und berichtet darüber.

Zuvorderst ging es darum, die Situation von MSM, die bei (Sex-)Partys Drogen konsumieren, genauer zu beleuchten.

- Welche belastbaren Zahlen gibt es zum Thema „MSM und Drogen“?
- Welche Motive stehen hinter dem Drogenkonsum?
- Woran lässt sich erkennen, dass der Drogenkonsum problematisch ist?
- Was ist dann zu tun?
- Welche Angebote werden gebraucht, um MSM mit problematischem Substanzkonsum zu unterstützen.

Der erste Teil war bestimmt von einem ausführlichen Austausch darüber, inwieweit das Thema „Chemsex“ in den anwesenden Einrichtungen präsent ist. Bisher ist es eher selten, dass schwule Männer explizit wegen eines Drogenproblems den Weg in die Aidshilfen suchen. Viele

der Seminarteilnehmer_innen kennen aber MSM mit potenziell problematischem Drogenkonsum aus der Szene oder dem eigenen Freundes- und Bekanntenkreis.

Im Seminar erhielten wir einen recht umfangreichen Überblick über eine Vielzahl verschiedener Drogen und deren Wirkungen. Dieser theoretische Input wurde ergänzt durch die persönlichen Erfahrungen eines Users, der sehr anschaulich über seinen jahrelangen intensiven Drogenkonsums berichtete und Einblicke in die Berliner Lebenswelt rund um schwule Männer, Substanzkonsum und Sexualität gab.

Im zweiten Teil des Seminars lernten die Teilnehmer_innen die Basics und Grundprinzipien des KISS-Programms kennen, also der „Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum“. Die Deutsche AIDS-Hilfe bietet hierzu seit Jahren Veranstaltungen an. Für den Großteil schwuler Konsumenten scheint der kontrollierte Umgang mit Drogen und anderen Substanzen durchaus möglich; andere wiederum können mit manchen Substanzen nicht gut umgehen und haben gesundheitliche, soziale oder wirtschaftliche Probleme.

Klar wurde in Bezug auf das eher allgemein gehaltene KISS-Programm, dass es sowohl an die Zielgruppe **schwuler Männer** als auch an den Kontext mit **Drogen und Sex** angepasst werden muss. Dazu gehört vor allem auch die Einbeziehung von Medikamenten wie der ART, der PrEP und potenzsteigernden Mitteln in Kombination mit anderen Substanzen und von deren Wechselwirkungen.

Weiterhin muss zwingend auch das Thema „Sexualität“ besprochen werden. Die individuell sehr unterschiedlichen Ursachen für den Einsatz luststeigernder Substanzen beim Sex beeinflussen auch die Fähigkeit, mit den Substanzen umzugehen, und sollten mitgedacht werden.

Von der Theorie in die Praxis

In Düsseldorf arbeiten wir daran, von 2018 an einen individuellen „Konsumcheck“ anzubieten, basierend auf dem KISS-Programm. In Kooperation mit dem Düsseldorfer Drogenhilfe e. V. wollen wir kostenlose und anonyme Erstgespräche zum Thema „Drogenkonsum“ anbieten. Dabei

kann es um allgemeine Informationen über den Konsum gehen, aber auch um Fragen wie:

- Ist mein Konsum kontrolliert oder von mir kontrollierbar?
- Auf welche Anzeichen und Signale sollte ich achten?
- Welche Schritte sind notwendig, wenn mein Konsum bereits Probleme bereitet oder außer Kontrolle geraten ist?

Die Kollegen der Drogenhilfe haben das nötige Know-how im Konsumverhalten; wir als Aidshilfe Düsseldorf e. V. machen sie fit in den Themen „schwule Lebenswelten“ und „schwuler Sex“.

Der zweite Schritt ist für uns die Kooperation mit einer Klinik am Düsseldorfer Stadtrand. Hier gilt es ebenfalls, Ärzt_innen, Therapeut_innen, Pflegepersonal und Sozialarbeiter_innen in schwuler Sexualität zu schulen und dahin gehend zu sensibilisieren, dass der Aspekt der Sexualität ein zentraler Bestandteil sein muss, wenn es um eine ambulante oder stationäre Therapie für diejenigen geht, die die Kontrolle über ihren Konsum verloren haben und therapeutische Hilfe benötigen.

Wir bringen somit unser „Lebenswelt-Know-how“ zu den anderen Akteur_innen und holen uns deren Expertise in die Aidshilfe. So können wir gegenseitig von unserem Wissen profitieren und Angebote schaffen, die den Bedarfen von MSM mit problematischem Drogenkonsum besser entsprechen. *MG/WB*



Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum (bei Chemsexuser_innen?)

KISS steht für „Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum“ und ist ein verhaltenstherapeutisches Selbstmanagementprogramm, das von Joachim Körkel und Kolleg_innen von 2005 an entwickelt wurde und inzwischen auch im Fortbildungsprogramm der Deutschen AIDS-Hilfe angeboten wird. In einem sehr strukturierten Einzel- oder Gruppenprogramm sollen User_innen bei der gezielten Reduktion ihres Substanzkonsums (von Alkohol über Heroin bis hin zu Nikotin) begleitet werden. Auch nicht stoffgebundene Süchte (z. B. Spielsucht) eignen sich für das KISS-Programm.

Der Münchner Aids-Hilfe e. V. bietet seit 2015 solche KISS-Gruppen an. Sabine Oberst berichtet von ersten Erfahrungen und gibt Tipps für Angebot und Durchführung.

Entscheidend ist der Wille, etwas zu ändern

Ganz wesentlich für die Durchführung solcher Gruppenangebote ist die Haltung derer, die ein solches Angebot machen wollen. Sie müssen sich von der „Abstinenz als Königsweg der Suchtarbeit“ verabschiedet haben, ohne sie als mögliches Fernziel auszuschließen.

Die Ziele des Programms sind vielmehr:

- Das User_innen machen sich dessen bewusst: Was, wann, wie viel und in welchem Kontext konsumiere ich?
- Sie akzeptieren ihren Konsum: Es geht nicht um Abstinenz!
- Sie werden bei ihrer „Konsumänderungsmotivation“ unterstützt.
- Sie lernen Strategien und Selbststeuerungsfertigkeiten in ihrer Konsumreduktion.
- Sie werden bei der Verbesserung ihrer individuellen Lebenssituation zu begleitet.

Der Einstieg in das Programm beginnt mit zwei bis drei Vorgesprächen mit den speziell dafür ausgebildeten KISS-Trainer_innen. Dabei werden die Teilnahmemotivation und die individuelle Ausgangssituation geklärt.

Noch vor dem Beginn der Gruppensitzungen beginnen die Teilnehmer_innen, sich Klarheit über ihr eigenes Konsumverhalten zu verschaffen. Dazu erhält jede_r Teilnehmer_in ein sogenanntes KISS-Tagebuch, in dem sie/er zunächst den eigenen Konsum einfach nur erfasst.

Dann beginnen die zwölf Gruppensitzungen à zwei Stunden und 15 Minuten. Alle Teilnehmer_innen setzen sich dann anhand des Tagebuchs intensiv mit ihren Konsummustern auseinander. In jeder Sitzung wird eine sogenannte individuelle Verlaufskurve offen vor der Gruppe aufgezeichnet. Dadurch kann über (nicht) erreichte Ziele nachgedacht werden und können diese vielleicht niedriger angesetzt werden. Von der vierten Sitzung an legen die Teilnehmer_innen selbst ihre Ziele hinsichtlich ihres Konsums für die jeweils folgende Woche fest. In der letzten Sitzung werden der Konsumverlauf und der Erfolg nochmals ausreichend reflektiert. Bei Bedarf werden weiter gehende Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt.

Die Mitarbeiter_innen des Münchner Aids-Hilfe e. V. arbeiten nach einem drogenakzeptierenden Ansatz, d. h., dass jede_r selbst entscheidet, was und wie viel sie/er konsumiert. Diese Grundhaltung spiegelt sich auch im KISS-Angebot wider. Entscheidend ist der Wille der Klient_innen. Es gibt keine negativen Folgen, wenn die Ziele nicht erreicht wurden. Die KISS-Trainer_innen unterstützen die Teilnehmer_innen in Gesprächen dabei, darauf zu achten, ob die Ziele realistisch und gut umsetzbar oder erreichbar sind, und zeigen möglicherweise zu hoch gesteckte Erwartungen auf.

Im Januar 2015 startete die erste KISS-Gruppe in unserem Haus mit vier interessierten männlichen Teilnehmern, die bereits in anderen Bereichen an den Münchner Aids-Hilfe e. V. angebunden waren. Schnell entstand schnell eine vertraute, respektvolle Atmosphäre, und alle öffneten sich der Gruppe. Ohne Zwang oder Druck besuchten sie jedes Treffen und sprachen offen über ihren Umgang mit der jeweiligen „Substanz“. Die selbst gesteckten Ziele wurden teilweise mehr, teilweise weniger gut erreicht. Jeder Einzelne brachte sich bis zur letzten Sitzung gern offen

mit der eigenen Suchtproblematik in die Gruppe ein und trug somit zu einem erfolgreichen Gelingen bei.

Im zweiten Halbjahr konnte eine zweite Gruppe mit acht männlichen Teilnehmern starten. Auch hier entwickelte sich ein Gemeinschaftsgefühl, das ein konstruktives Arbeiten ermöglichte. Einer der Teilnehmer entschied sich, die Gruppe nach zwei Sitzungen zu verlassen, weil ihm die Auseinandersetzung mit seinem Konsum in einer Gruppe nicht zusagte. Die anderen sieben Teilnehmer beendeten das KISS-Angebot mit vergleichbaren Erfolgen wie die erste Gruppe.

„Positives Konkurrenzdenken“ in der Gruppe stachelt an

Unsere bisherigen Erfahrungen mit dem Angebot der KISS-Gruppe sind zusammengefasst die folgenden:

- Die wöchentliche Selbstüberprüfung der Ziele, die angenehme Atmosphäre in der Gruppe und der Austausch mit den anderen Gruppenmitgliedern trugen dazu bei, dass alle Teilnehmer für sich Erfolge hinsichtlich ihrer gesetzten Ziele verzeichnen konnten. Ausrutscher, die gemeinsam in der Gruppe reflektiert wurden, konnten gut aufgefangen werden. Unsere Klienten empfanden es als positiv, dass die Verlaufskurve auch öffentlich für die anderen Teilnehmer geführt wurde und so ein „positives Konkurrenzdenken“ – wie es einer der Teilnehmer formulierte – entstand.
- Zu der Wirksamkeit des Programms über einen längeren Zeitraum hinweg können wir noch keine Erfahrungen mitteilen, aber bei allen Teilnehmern wurde das Bewusstsein für das eigene Konsumverhalten geschärft. Einige hatten sich noch nie zuvor damit auseinander gesetzt. Dieses Bewusstsein hielt bei allen auch nach der letzten Gruppensitzung weiter an. Auch heute noch berichten die Teilnehmer, zu denen wir Kontakt haben, dass die Auseinandersetzung mit der eigenen Sucht nachwirke und immer wieder zum Denken anregte.
- Zwei der Teilnehmer berichteten, dass erst nach dem Ende des Programms heftige Emotionen aufgetreten seien. Da beide auch Klienten des ambulant betreuten Wohnens sind, konnten diese Gefühle

in den Einzelterminen mit den Bezugsbetreuer_innen bearbeitet und aufgefangen werden. Wir als KISS-Trainer_innen haben daraus gelernt, in Zukunft bei den Vorgesprächen einen geschärften Blick darauf zu haben, wie die Interessent_innen psychosozial eingebunden sind und ob eventuell eine Nachbegleitung angeboten werden muss. Die Gruppe soll grundsätzlich von zwei Trainer_innen durchgeführt werden, besonders wenn die Gruppe aus mehr als vier Personen besteht. Zum einen stellt das Ausfüllen des Konsumtagebuchs für manche eine Herausforderung dar. Zum anderen können die (z. B. durch den Konsum) eingeschränkten Teilnehmer_innen besser unterstützt werden. Bei Erkrankung einer/eines KISS-Trainer_in muss dann die Gruppensitzung auch nicht abgesagt werden, sondern kann von der/dem zweiten Trainer_in allein durchgeführt werden.

- Die Gruppengröße spielt für uns beim Gelingen eine besondere Rolle. Jede_r Teilnehmer_in muss ausreichend Raum haben, um sich einbringen zu können. Unserer Erfahrung nach sollten es nicht mehr als sechs Personen sein.

KISS auch für Chemsexuser_innen?

Wie vielerorts beobachten auch wir im Münchner Aids-Hilfe e. V. die Zunahme der starken Funktionalisierung psychoaktiver Substanzen bei der Sexualität: Sowohl in der Beratungs- als auch in der Betreuungsarbeit wird Chemsex zum Thema. Bei einigen Klient_innen beobachten wir, dass der Konsum eng mit der Zufriedenheit mit der eigenen Sexualität verbunden ist.

Negative Folgen zeigen sich besonders auf der psychischen Ebene in anhaltenden Angstzuständen oder depressiven Verstimmungen. Bisher nahm noch kein_e Chemsexuser_in an einer der KISS-Gruppen teil. Wir sind aber sicher, dass auch Chemsexuser_innen von dem KISS-Angebot profitieren können, wenn sie sich bewusst auf die Auseinandersetzung mit ihrem Konsum und ihrer Sexualität einlassen können oder wollen.

Wir sind auf jeden Fall offen für Interessent_innen. Das nächste KISS-Programm ist für das erste Halbjahr 2018 geplant. SO

Mit dem Bauchladen durchs Internet?

Schwule Vor-Ort-Arbeit im digitalen Zeitalter

Jeden Tag suchen mindestens sechs schwule Männer Rat im neuen Livechat. Die User tippen dort ihre Fragen zu Themen der sexuellen Gesundheit ein und erhalten Antworten auf ihre Fragen. Der Projektleiter Klaus Purkart hat die Erfahrungen aus der Anfangsphase zusammengefasst.

Wie sehr habe ich die alten, schwulen Kneipenwirte bewundert, die ich zu der Zeit meines Coming-out erleben konnte: hartgesottene Männer, die Entertainer und Seelsorger zugleich waren und ein Unternehmen im wortwörtlichen Sauhaufen geführt haben. Ihnen konnte man mehrere Jahrzehnte Erfahrung ansehen; sie hatten viele Tragödien und Hochzeiten gesehen und konnten mit ihrer Erfahrung manche Herausforderung meistern und in schwierigen Lebenslagen Trost und Ermutigung spenden.

Die Arbeit im Livechat ist manchmal vergleichbar. Es gibt schöne Gespräche, in denen ich Informationen anbiete, die dankend angenommen werden, und manchmal sitze ich einer geballten Ladung Frust und Ironie in Form von geschriebenen Wörtern gegenüber. Wie häufig ziehen wir uns alles rein, was an uns herangetragen wird!

Sorgen, Ängste, Wünsche ... Beratungsarbeit ist „Service“: Wir versuchen, die Bedürfnisse von jedermann zu begreifen und mit einer Mi-



schung aus professioneller Dienstleistung und persönlichem Engagement darauf einzugehen.

Im Gegensatz zur alten Plattform schafft das neue Beratungstool viele neue Möglichkeiten des direkten Austauschs. Man kann schnell etwas nachfragen; Missverständnisse lassen sich gleich aus der Welt schaffen. Die Kehrseite der Medaille: Als Berater brauche ich einen hochkonzentrierten Blick auf den Text, der in meinem Chatfenster einläuft:

- Was will der Ratsuchende?
- Wie viele Einzelfragen hat er gestellt?
- Habe ich schon alle beantwortet?
- Liegen in seiner Reaktion neue Fragen?

Ich schreibe viel und tippe schnell und versende die Nachrichten nach einem halben Satz, damit er merkt, dass ich schreibe. Es sind viele kurze Kontakte, die schnell „bedient“ werden können. Etwa einmal pro Woche kommt es vor, dass sich aus dem anfänglichen Fragepingpong eine ganze Beratungsstunde entwickelt. 60 bis 90 Minuten zu tippen und sich zu konzentrieren, das erfordert Überblick und Konzentration beim Formulieren der Antworten. Glücklicherweise sind unsere Berater gut geschult und netzerfahren. Sie wissen, dass es manchmal besser ist, zu verweisen und zu einem persönlichen Gespräch zu raten. Aber manchmal ist es auch gut, im Moment da zu sein, denn auch dafür bietet der Livechat einen Platz.

Auch virtuelle Teams brauchen analogen Austausch

Die Treffen zum Erfahrungsaustausch der Onlinepräventionist_innen haben eine lange Tradition. „Hardcoreerfahrungen“ können dort mit anderen geteilt und neue Skills erworben werden, wie man mit solchen Aufgaben in Zukunft besser umgehen kann. Dreimal im Jahr besteht für die Mitarbeiter_innen die Möglichkeit eines persönlichen Treffens in drei unterschiedlichen Städten. Dort sprechen wir über unsere Arbeit. Am Anfang eines jeden Treffens stehen immer noch Fragen zur Handhabung der Technik des neuen Beratungstools.

Aber nach über drei Monaten Erfahrung mit dem Livechat rücken nun die Besonderheiten eines neuen Mediums, das es so noch nicht gegeben hat, in den Vordergrund. Der Livechat ist „überall“ von überall zu erreichen, egal ob vom Handy, Computer oder Tablet. Aus Transparenz gründen erfährt der Klient, aus welcher Stadt sein Berater kommt und für welches Projekt er arbeitet. Der Berater hingegen muss „blind“ arbeiten. Außer einem Nickname, den der Klient selbst wählt, hat er überhaupt keinen Anhaltspunkt. Ihm fehlen alle optischen Eindrücke wie z. B. die Umgebung, in der sich der Ratsuchende befindet, usw., und dennoch kommt es zu tief greifenden Gesprächen.

Die Regionalkoordinator_innen und die Projektleitung der Deutschen AIDS-Hilfe helfen den Beratern: Im Netz und per Telefon sind sie die Ansprechpartner_innen für alle Sorgen, die bei der Arbeit auftreten. Wer will, findet Gehör und kann sich auch mal ausheulen oder Dampf ablassen. Aber der persönliche Austausch mit Kollegen ist der effektivste Weg, um voneinander zu lernen und mit Belastungen leichter umzugehen.

Bei jedem Austausch ist einer der wichtigen Effekte, dass man hört, wie es den Kollegen bei ihren Beratungen geht. Das Teilen der Erfahrungen zeigt, wie die anderen mit ihrer Aufgabe umgehen, und nimmt dadurch viel Last und Unsicherheit. Da der Livechat ein neues Kommunikationsmedium in der Beratung ist, gibt es noch wenig Erfahrungen, aber es werden immer mehr, und schließlich ist der Erfahrungsaustausch der Ort, wo man sich das Lob und die Anerkennung abholen kann, die bei der einsamen Arbeit vor dem Bildschirm zu kurz kommt.

KP

Krimi mit Happy End in Altenkirchen

Strafrechtliche Würdigung des (fehlenden) Vorsatzes bei der HIV-Übertragung

Altenkirchen? Wo liegt denn das, mag sich manche_r fragen. In Rheinland-Pfalz! Es hat sogar ein Amtsgericht, vor dem sich von 2012 bis 2014 ein HIV-positiver Mann wegen einer HIV-Übertragung zu verantworten hatte. Wir greifen dieses alte Urteil auf, weil es das zentrale Moment aller Strafverfahren in den Fokus nimmt, nämlich die Frage des „Vorsatzes des HIV-Positiven, seine Sexualpartner_innen infizieren zu wollen“.

Erstinstanzlich war wegen zweier Fälle der versuchten gefährlichen Körperverletzung eine Freiheitsstrafe von neun Monaten verhängt worden, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt worden war. Dieses Urteil wurde in einer Sprungrevision³ vom Oberlandesgericht Koblenz aufgehoben und an das Amtsgericht Altenkirchen zurückverwiesen, wo es dann zu einem rechtskräftigen Freispruch kam, und das, obwohl es in diesem Fall zu einer Infektion der Partnerin gekommen war.

Den Angeklagten⁴ nennen wir dieses Mal Lothar und seine Freundin, die zugleich als Zeugin der Anklage auftrat, Hildegund. Lothar war seit 2005 mit Hildegund befreundet, und sie hatten Sex miteinander, ungeschützt. Im Sommer 2008 trennten sich die beiden. Wenig später, Anfang Oktober 2008, erfuhr Lothar von seiner HIV-Infektion. Klar war, dass es sich um eine länger bestehende Infektion handeln musste, bei der auch eine hohe Viruslast festgestellt wurde. Diese reduzierte sich bis Frühjahr 2009 auf null, nachdem Lothar mit einer ART begonnen hatte.

³ Eine **Sprungrevision** liegt vor, wenn das [Rechtsmittel](#) der [Revision](#) direkt gegen eine erstinstanzliche Entscheidung eines unteren [Gerichts](#) (hier des [Amtsgerichts](#)) eingelegt wird. Mit ihr wird die zweite [Instanz](#) (die [Berufungsinstanz](#)) übersprungen. Stattdessen gelangt der Rechtsstreit direkt vor das letztinstanzliche Gericht (hier das [Oberlandesgericht](#) Koblenz). Im Gegensatz zum „übersprungenen“ [Berufungsverfahren](#) findet im Revisionsverfahren keine Tatsachenfeststellung mehr statt; es werden nur noch Rechtsfragen geprüft.

⁴ Die Namen haben wir frei erfunden.

In der Zeit von Anfang Februar bis Ende März 2009 gab es einen Versuch, die Beziehung wiederaufzunehmen, und es kam zwei weitere Male zu ungeschütztem Geschlechtsverkehr, ohne dass Lothar Hildegund über seine HIV-Infektion informiert hatte. In beiden Fällen ging Lothar davon aus, dass sich Hildegund bereits vor dem Sommer 2008 durch den gemeinsamen Geschlechtsverkehr mit dem HI-Virus angesteckt haben musste, weil bei ihm ja eine so hohe Viruslast festgestellt worden war. Tatsächlich wurde bei Hildegund im Sommer 2009 eine HIV-Infektion diagnostiziert, mit einem wahrscheinlichen Infektionszeitraum zwischen 2006 und 2007.

Warum wurde Lothar freigesprochen, obwohl sich Hildegund angesteckt hatte?

Das Gericht begründete seinen Freispruch mit einer doppelten Verneinung:

1. Man habe **nicht** mit der notwendigen Gewissheit feststellen können, dass Lothar beim „zweiten Frühling“ mit Hildegund im Jahr 2009 davon ausgegangen sei,
2. dass Hildegund noch **nicht** mit dem HI-Virus infiziert worden sei.

Auf gut Deutsch: Man konnte Lothar **nicht** nachweisen, dass er **nicht** daran geglaubt hatte, dass sich Hildegund aufgrund der gemeinsamen Geschichte noch nicht angesteckt haben könnte. Da er glaubte, dass Hildegund bereits HIV-positiv sei, konnte er nicht den Vorsatz gehabt haben, sie anzustecken, und ohne Vorsatz keine Verurteilung. Das Gericht führte weiter aus.

„Auch die Tatsache, dass Lothar seine Infektion vor Hildegund verheimlicht hat, spricht nicht dafür, dass er von keiner vorherigen Infektion von Hildegund ausgegangen ist. Aus den Aussagen anderer Zeuginnen wird deutlich, dass Lothar auf sexuelle Kontakte mit Frauen aus war. Die Erörterung seiner Infektion dürfte solchen Kontakten eher abträglich gewesen sein.“

Ein solches generelles Verhalten des Angeklagten mag zwar moralisch verwerflich oder auch menschenverachtend sein, weil die Person gegenüber zum Lustobjekt degradiert wird, erfüllt jedoch per se noch keine Strafnorm und ist auch kein tragfähiges Indiz dafür, dass er davon aus-

gegangen ist oder darauf vertraute, dass Hildegund noch nicht infiziert gewesen ist.“ (Originaltext von der Redaktion bearbeitet)

Das erste Urteil des Amtsgerichts war nach der „Sprungrevision“ vom Oberlandesgericht aufgehoben worden, weil sich das Amtsgericht Altkirchen in seiner ersten Entscheidung nicht ausreichend mit der Problematik auseinandergesetzt habe, dass Lothar davon ausgegangen war, dass Hildegund bereits vor seiner Kenntnis seiner HIV-Infektion von ihm mit HIV infiziert worden sei.

Diese Klärung sei aber zwingend erforderlich, um Feststellungen zum Tatvorsatz bezüglich der zwei Kontakte im Frühjahr 2009 treffen zu können, und nur diese beiden Kontakte waren die Grundlage der gerichtlichen Auseinandersetzung, weil diese beiden Kontakte **nach seiner Testung auf HIV** stattfanden. Erst wenn man weiß, dass man HIV-positiv ist, trägt man eine besondere Verantwortung. KL

Rubrik: Sozialrecht aktuell

Ärger mit der elektronischen Gesundheitskarte?

Aktuelle Meldungen zur Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte haben für Verwirrung gesorgt.

Gemeldet wurde, dass seit dem 01.10.2017 die Karten der ersten Generation nicht mehr gültig seien, sondern nur noch die Karten der Generationen 1+ und 2. Aber viele Versicherte haben noch eine Karte der Generation G1, die an dem „G1“ in der rechten oberen Ecke erkennbar ist.

Allerdings kann sich hinter der Kennzeichnung „G1“ auch eine Karte der Generation 1+ verbergen, die weiterhin gültig ist.



Deshalb sollte man erst einmal ganz ruhig bleiben und die Karte beim nächsten Besuch bei der/dem Ärzt_in mitnehmen. Wenn sie weiterhin eingelesen werden kann, ist sie eine gültige Karte der Generation 1+, was in den allermeisten Fällen so sein wird.

Wenn sich die Karte tatsächlich als ungültig erweist, kann die/der Ärzt_in für den aktuellen Besuch die Daten entweder aus der Akte oder durch Rückfragen bei euch erheben. Danach solltet ihr euch an eure Krankenkasse wenden und um die Ausstellung einer neuen Karte bitten.

SE

Alle Ausgaben von *HIV-Beratung aktuell* auf

www.hiv-beratu



ng-aktuell.de

Alles neu für NEUE in 2018?

Änderungen bei der „Orientierung für NEUE“

Auf dem letzten Treffen der Trainer_innen in der Basisqualifikation wurde ein neues Konzept zur Einführung von neue Mitarbeitenden beschlossen und einige, inzwischen verstaubte Inhalte verabschiedet, so zum Beispiel das „Kommunikationstraining“, das in den letzten Jahren nur noch mäßig besucht wurde. Ab 2018 besteht die „Orientierung für Neue“ aus zwei Teilen:

1. Grundlagen der Prävention (4 Tage, Donnerstag bis Sonntag)
2. Leben mit HIV heute (3 Tage, Freitag bis Sonntag)

Im ersten Teil wird all das über die Organisation Aidshilfe vermittelt, was Neue wissen müssen, die in die Präventionsarbeit einsteigen wollen. Zu verstehen, was „strukturelle Prävention“ und „Lebensweisen-Orientierung“ als Grundlagen der Aidshilfearbeit bedeuten, wird über viele, zum Teil neu eingeführte Methoden vermittelt. Gleichzeitig geht es um eine Klärung der Motivation einer Mitarbeit: ist Aidshilfe für das, was ich machen möchte, tatsächlich der richtige Ort?

Im zweiten Teil geht es dann darum, was „Leben mit HIV heute“ in unserer Gesellschaft bedeutet. Selbstverständlich wird das medizinische Grundwissen rund um HIV einen großen Schwerpunkt darstellen. Aber „Leben mit HIV heute“ bedeutet auch das Leben mit der Angst vor Stigmatisierung. Und letzten Endes wird die Diagnose HIV heute von vielen noch als „Hammer“ erlebt, obwohl es - medizinisch gesehen - doch viel Anlass zur Hoffnung gibt.

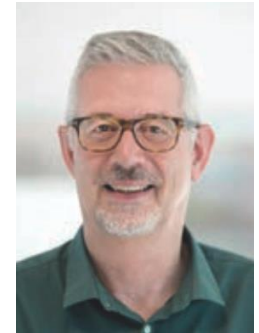
Beide Seminare können unabhängig voneinander und auch in beliebiger Reihenfolge besucht werden. Die Teilnahme an „Leben mit HIV heute“ wird in Zukunft zur Voraussetzung für weiterführende Schulungen, wie z.B. die „Einführung in die Beratungstätigkeit“, da nur dort das für die Beratung erforderliche medizinische Grundwissen vermittelt wird. KL

Siehe hierzu die Seiten 24 – 29 im neuen Veranstaltungskalender 2018.

Ohne Vorstand geht gar nix ...

Inhouseschulung zum Freiwilligenmanagement

Die Deutsche AIDS-Hilfe bietet seit einigen Jahren eine Inhouseschulung für Aidshilfen an (siehe Veranstaltungskalender 2018, S. 118), bei der Aidshilfen ihr eigenes Freiwilligenmanagement auf den Prüfstand stellen und konkrete Anregungen zur Weiterentwicklung bekommen können. Hintergrund war die Erfahrung, dass bundesweite Seminare zu diesem Thema keinen Sinn machen, da Antworten auf spezifische lokale Fragen benötigt werden und dazu alle Beteiligten einer Aidshilfe an einen Tisch geholt werden müssen. Carlos Stemmerich, Freiwilligenkoordinator bei der Diakonie Michaelshoven, berichtet von seinen Erfahrungen bei diesen Seminaren.



„Macht ehrenamtliche Mitarbeit in unserer Aidshilfe überhaupt noch Sinn? Ist es nicht einfacher, die überschaubaren Tätigkeiten der Ehrenamtlichen durch Hauptamtliche nebenbei erledigen zu lassen? Da geht doch schneller. Und die Qualität ist auch besser!“ – so die Ausgangsfrage bei manchen Workshops. Aber anstatt mich gleich zu verabschieden, lasse ich mich gerne auf das Abenteuer ein, zu bleiben und genauer hinzuschauen. Schon in der Einführungsrunde wird dann klar, dass es in vielen Aidshilfen keine einheitliche Haltung zum Ehrenamt gibt. Nun gut, Ehrenamtliche sind genauso wie die Selbsthilfe Teil des Selbstverständnisses. Aber mal ehrlich gesagt, heißt

es dann unter vorgehaltener Hand: Ehrenamtliche können manchmal eher eine Belastung als eine Hilfe sein. Wer für seine Aidshilfe nicht gänzlich auf Ehrenamtliche verzichten will, muss sich deshalb darüber klar werden, dass man von Ehrenamtlichen eine größere Verbindlichkeit einfordern darf, wenn man eine bessere Qualität der ehrenamtlichen Arbeit erreichen möchte.



Meist sind wir dann ganz schnell bei einem Programm zur Sicherung „Qualität der ehrenamtlichen Arbeit“ und beschäftigen uns mit Fragen wie z.B. ...

- Ist es bei der Fülle von komplexen Themen im Bereich HIV und Aids heute noch sinnvoll, Ehrenamtliche in die Öffentlichkeitsarbeit einzubinden? Welches Grundwissen darf man heute von den Ehrenamtlichen im Bereich Öffentlichkeitsarbeit erwarten? Was ist nicht mehr zumutbar, wenn für vier bis fünf Veranstaltungen pro Jahr das gesamte Wissen verinnerlicht werden soll? Wäre es nicht sinnvoller, die Verweiskompetenz zu schulen?
- Die Frage nach den Kriterien für die Auswahl Ehrenamtlicher ist immer ein sehr heikler Punkt, da Aidshilfen glauben, jeden „mitnehmen“ zu müssen. Spätestens bei der Frage, ob man bereits tätige Ehrenamtliche kündigen dürfe, wird es kontrovers. Aber es führt kein Weg an Standards vorbei, die auch die Ablehnung von Ehrenamtsinteressent_innen regeln.
- Man muss sich von der Bedingung verabschieden, dass Ehrenamtliche Mitglied/Ohneglied im Verein werden müssen. Aidshilfe ist keine Glaubensgemeinschaft, sondern eine moderne soziale Bewegung und die „neuen Ehrenamtlichen“ heutzutage verpflichten sich nur noch sehr ungern auf „Vereinsmeierei“.
- Ehrenamtliche haben Lust, ihre Freizeit zu verplempern, sondern haben Interesse an einer effektiven Strukturierung ihrer Arbeit: so kann es Sinn machen, die Zahl verbindlicher Arbeitstreffen zu verringern, wenn keine wichtigen Aufgaben anstehen. Ehrenamtliche sollten als „Arbeiter_innen“ gesehen werden, die in ihrer Freizeit etwas bewegen wollen und die keine Lust auf ewiges Kaffeetrinken haben.
- Bei der Klärung der Standards geht es aber nicht nur darum, was die Aidshilfe von den Ehrenamtlichen erwarten kann, sondern auch, was die Ehrenamtlichen von der Aidshilfe erwarten können. Sinnvoll ist, wenn Fahrtkosten für Ehrenamtliche grundsätzlich erstattet werden: dies beinhaltet die Fahrten zur Aidshilfe, zum Einsatzort, zu Gruppentreffen und zurück. Bei nächtlichen Veranstaltungen sollen nach vorheriger Absprache auch Taxikosten übernommen werden. Ebenfalls sinnvoll ist ein Verpflegungsgeld bei Einsätzen für die Aidshilfe, die länger als drei Stunden dauern.
- Und schließlich geht es darum, das ehrenamtliche Engagement „gut zu verkaufen“. Im Seminar nehmen wir eine kritische Beleuchtung von Fly-

ern zum Ehrenamt als auch der Inhalte auf der Internetseite der Aidshilfe vor. Auffallend ist, dass die wenigsten beschreiben, welchen Benefit Ehrenamtliche aus der Arbeit in

der AH ziehen können, was die Aidshilfe ihren Ehrenamtlichen alles bieten kann: kostenlose Fortbildungen, qualifizierte Bescheinigungen, interessante Arbeitsfelder etc. Und mit der Ablichtung von aktiven Ehrenamtlichen können sich Interessent_innen einen Eindruck davon verschaffen, auf wen sie treffen, wenn sie sich selbst dort engagieren.

Obwohl die von mir besuchten Aidshilfen aushalten müssen, dass ich Ihnen bezüglich ihrer Arbeit einen Spiegel vorhalte, sind sie insgesamt sehr dankbar für diesen Blick von außen, denn manchmal schmort man ja schon ganz schön im eigenen Saft. Eine Erkenntnis die alle mitnehmen, ist, dass ehrenamtliche Arbeit kein Selbstläufer ist, sondern mit Arbeit verbunden ist. Wie bei jeder „Arbeit“ geht es darum, die Richtigen zu finden und sich von den Falschen zu trennen. Auswahl und Kündigung von Ehrenamtlichen darf für Aidshilfe kein Tabu sein, wenn es um die Qualität der Arbeit geht. Aber es braucht auch ein gesundes Selbstbewusstsein dafür, was Aidshilfe als ehrenamtlicher „Arbeitgeber“ zu bieten hat. KL

Das Angebot der hier beschriebenen Inhouseschulung wird auch 2018 fortgesetzt. Die Deutsche AIDS-Hilfe trägt die Kosten für den Referenten und seine Anreise. Siehe hierzu Seite 118 im neuen Veranstaltungskalender der DAH. Rückfragen an Karl.Lemmen@dah.aidshilfe.de

