

AUSGRENZUNG

ABWEHREN



Willy Sagnol
Frankreich



Dwight Hargreaves
England



Sammy Kuffour
Ghana



Robert Kovac
Kroatien

live and let live

DAH-Spendenkonto 220 220 220 - Berliner Sparkasse
BLZ 100 500 00 - Kennwort WAT 2003

 Deutsche
AIDS-Hilfe e.V.
www.aidshilfe.de

welt  tag 2003

 BfG

www.bfG.de

Welt-AIDS-Tag am 1. Dezember: Ausgrenzung abwehren – live and let live

Mit dem Motto „Ausgrenzung abwehren“ beteiligen sich die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) an der weltweiten Kampagne rund um den Welt-AIDS-Tag 2003 am 1. Dezember. Unterstützt werden sie dabei von vier Abwehrspielern des FC Bayern München, allesamt Nationalspieler: Robert Kovac (Kroatien), Owen Hargreaves (England), Sammy Kuffour (Ghana) und Willy Sagnol (Frankreich) waren sofort bereit, als „Blickfänger“ auf das Thema aufmerksam zu machen. „Wir selbst haben zum Glück wenig Probleme mit Ausgrenzung“, sagt Sammy Kuffour, „aber wir wissen, was Diskriminierung bedeutet und dass man sie abwehren muss!“

Die internationale Welt-AIDS-Kampagne mit dem Titel „live and let live“ (leben und leben lassen) will auf Ausgrenzung – z. B. von kulturellen oder sexuellen Minderheiten, aber auch von Menschen mit HIV und AIDS – und ihre schädlichen Folgen hinweisen, zum Engagement gegen Diskriminierung aufrufen und für Solidarität werben. Im Zentrum der deutschen Kampagne steht dabei die Situation von Migrantinnen und Migranten hierzulande: Ihr Anteil an den neu festgestellten HIV-Infektionen ist in den letzten Jahren stark gestiegen, sodass sie jetzt die zweitgrößte Betroffenengruppe darstellen (nach Männern, die Sex mit Männern haben), und unter den neu an AIDS Erkrankten sind sie überproportional stark vertreten – auch ein Zeichen dafür, dass Menschen aus anderen Ländern und Kulturen bei uns meist schlechtere Gesundheitschancen haben.

„Ausgrenzung abwehren gilt aber für jede Diskriminierung und auch im internationalen Maßstab“, erklärt die Geschäftsführerin der Deutschen AIDS-Hilfe, Hannelore Knittel. „Das reicht von dunkelhäutigen Frau über den schwulen Mann und die Drogengebraucherin bis hin zu Prostituierten. Und es ist natürlich erst recht Ausgrenzung, wenn man Menschen in den armen Ländern keinen Zugang zu den Anti-HIV-Medikamenten gewährt – mehr als 8.000 AIDS-Tote täglich sind eine Schande für uns alle!“ Hier sieht sie die ganze Gesellschaft gefordert: „Diskriminierung erschwert den Umgang mit der Epidemie und auch die Aufklärung – und sie verstärkt die Wucht, mit der AIDS Einzelne, Familien, Gesellschaften und ganze Regionen trifft. In Deutschland haben wir bisher sehr erfolgreich gegen Ausgrenzung von Menschen mit HIV und AIDS gekämpft, aber wir dürfen uns nicht auf Erfolge der Vergangenheit ausruhen – Diskriminierung ist immer noch und immer wieder ein Problem.“

Die Deutsche AIDS-Hilfe und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung rufen daher jede/n Einzelne/n zu Engagement gegen Ausgrenzung und zu Solidarität auf, sei es durch ehrenamtliche Arbeit, durch finanzielle oder durch politische Unterstützung – „Ausgrenzung abwehren fängt schließlich bei sich selber an“, so Hannelore Knittel.

Weitere Informationen:

DAH: www.aidshilfe.de; dah@aidshilfe.de; Tel.: 030 / 69 00 87-0

BZgA: www.gib-aids-keine-chance.de; voelker-albert@bzga.de (Presse, TV, Hörfunk);

Tel.: 0221/ 8992-280

AIDS-Prävention unterstützen: Das SANN-Projekt in Ghana

1984 gründeten engagierte Bewohner/innen der beiden Dörfer Sawua und Aboaso das seit 1989 von ghanaischen Regierung als NGO anerkannte Selbsthilfeprojekt SANN, um die desolate soziale und wirtschaftliche Situation der Dorfgemeinschaften und auch die (Aus-)Bildungslage zu verbessern. Gesteuert werden die Aktivitäten des Projekts von einer 16-köpfigen „Programme Organizers Group“ (POG), deren Mitglieder von den Bewohner(inne)n beider Dörfer gewählt werden: Sie sind zuständig für die Finanzplanung und Buchführung, pflegen Kontakte zu Ministerien und diversen dörflichen Interessen- und Glaubensgemeinschaften und zeichnen für die Umsetzung der Projekte verantwortlich.

SANN hat auch eine starke Verbindung nach Deutschland, denn der aus Aboaso stammende Patrick Kann Agyemang, Mitinitiator und kontinuierlicher Förderer des Projekts, beschäftigt bei der in Hamburg ansässigen Gesellschaft zur Unterstützung von Gefolterten und Verfolgten e.V., kümmert sich nicht nur unermüdlich um finanzielle, politische und praktische Unterstützung für SANN, sondern ist auch in jedem Sommer vor Ort und arbeitet mit.

Zu den Aktivitäten des Selbsthilfeprojekts gehören Alphabetisierungs-Abendkurse, Koch-, Näh- und Schneiderkurse, der Aufbau und der Betrieb eines Dorfkinder Gartens, die Errichtung eines Gemeindezentrums sowie einer überdachten Markthalle, der Bau einer Klinik und das Bohren von Brunnen und vieles andere mehr. All das ist langwierig und mühselig, denn meist mangelt es nicht nur an Geld, sondern auch an Baumaterial und an geeigneten Fachkräften.

Seit 1996 führen drei Mitglieder der Programme Organizers Group auch Aufklärungs- und Informationsveranstaltungen zu HIV und AIDS durch. Zusammen mit der SANN-Theatergruppe üben sie z. B. Theaterstücke zum Thema „Wie kann ich mich vor einer HIV-Infektion schützen“ ein oder führen Schulungen von Lehrer(inne)n und Kindergärtnerinnen durch. Für die Zukunft ist auch der Bau einer AIDS-Ambulanz für den Distrikt Bosomtwe-Kwanwoma-Atwima der Ashanti-Region Ghanas geplant.

Einige Zahlen und Fakten zu Ghana:

- Gesamtbevölkerung Ende 2001: ca. 19,73 Mio., davon 9,7 Mio. Erwachsene zwischen 15 und 49 Jahren. Von diesen 9,7 Mio. Erwachsenen lebten Ende 2001 nach Schätzungen von WHO und UNAIDS 330.000 mit HIV und AIDS – etwa 3 % aller Ghanaer zwischen 15 und 49 waren demnach HIV-infiziert.
- Ende 2001 mit HIV/AIDS lebten in Ghana 200.000 AIDS-Waisen – Kinder unter 15 Jahren, die einen Elternteil oder beide Eltern durch AIDS verloren hatten. 34.000 Kinder lebten selbst mit HIV oder AIDS.
- Insgesamt starben 2001 in Ghana etwa 28.000 Menschen an den Folgen von AIDS.

Spendenkonto für die AIDS-Prävention von SANN:

Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Konto 220 220 220, Berliner Sparkasse (BLZ 100 500 00)
Stichwort: WAT 2003

Ausgrenzung von Migrant(inn)en abwehren

Menschen nichtdeutscher Herkunft haben in Deutschland schlechtere Gesundheitschancen. Die Gründe liegen in ihrer oft niedrigen sozialen Stellung, sprachlichen und kulturellen Barrieren sowie in Problemen durch das Ausländerrecht

Mehr als 20 Prozent der HIV-Neuinfektionen werden mittlerweile bei Menschen festgestellt, die aus Regionen der Welt zu uns gekommen sind, in denen das Virus besonders heftig wütet. Bei den AIDS-Neuerkrankungen machen Menschen nichtdeutscher Herkunft einen – gemessen an ihrem Anteil an der Bevölkerung – überproportional hohen Anteil aus. Viele HIV-positive Migrant(inn)en begeben sich zudem erst sehr viel später in medizinische Behandlung als deutsche Patient(inn)en und erleiden so schwere gesundheitliche Schädigungen. Ein Grund dafür ist, dass Migrant(inn)en der Zugang zu Informationen über HIV und AIDS sowie zu einer angemessenen medizinischen Behandlung auf vielfältige Weise erschwert ist.

Schlechtere Chancen für Gesundheit

Unter dem Begriff „Migrant(inn)en“ werden sehr viele Menschen zusammengefasst: Das Spektrum reicht von in Deutschland geborenen Menschen, deren Familien nun schon in der dritten Generation in Deutschland leben, bis hin zu „Illegalen“, darunter Bürgerkriegsflüchtlinge aus Afrika wie auch osteuropäische Stricher.

So unterschiedlich diese Gruppen auch sein mögen: Unter gesundheitlichen Problemen, die durch Ausgrenzung entstehen, haben sie fast alle zu leiden – auch ohne HIV. Diskriminierung und Ausgrenzung, mit denen Menschen nichtdeutscher Herkunft hierzulande rechnen müssen, schaden dem körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefinden. Für bestimmte Gruppen ist der Zugang zu den üblichen Leistungen des Gesundheitswesens jedoch besonders erschwert. Der Verband der Initiativgruppen in der Ausländerarbeit (VIA e.V.) definiert sie wie folgt:

- Migrant(inn)en, deren soziokultureller und sprachlicher Hintergrund sich deutlich von der deutschen Kultur unterscheidet
- Migrant(inn)en ohne jegliches Aufenthaltsrecht oder mit ungeregeltem oder eingeschränktem Aufenthaltsstatus einschließlich Minderjähriger, die sich alleine in Deutschland aufhalten und zum Beispiel in der Prostitutionsszene arbeiten
- Migrant(inn)en, die wegen dunkler Hautfarbe oder ihres soziokulturellen Hintergrundes von Rassismus und Fremdenfeindlichkeit besonders betroffen sind.

Im Wesentlichen ist die gesundheitliche Benachteiligung von Migrant(innen) durch drei Faktoren bedingt: niedrige soziale Stellung, sprachliche und kulturelle Barrieren sowie Probleme mit dem Ausländerrecht.

Soziale Stellung, kulturelle Unterschiede

Überdurchschnittlich viele Menschen nichtdeutscher Herkunft gehören den unteren sozialen Schichten an, die ohnehin schlechtere Gesundheitschancen haben. Sie leiden im Vergleich zu Deutschen häufiger unter körperlichen Erkrankungen und psychosomatischen Beschwerden. Dies ist z. B. bedingt durch

- das Leben in sozialen Brennpunkten
- beengte Wohnverhältnisse
- schlechte Ernährung aufgrund von Armut
- harte körperliche Arbeit (bzw. Frustration durch die gesetzlich erzwungene Arbeitslosigkeit bei Asylbewerbern)
- Fremdheitsgefühle und Diskriminierungserfahrungen
- den Verlust der Heimat.

Diagnose und medizinische Behandlung werden dann oft durch Sprachprobleme und ein kulturell bedingt anderes Krankheitsverständnis erschwert, manchmal fast unmöglich gemacht. Und durchaus nicht selten kommt es vor, dass die Aufklärung über die Risiken einer Operation durch Putzfrauen des Krankenhauses erfolgt, weil sie die gerade benötigte Sprache sprechen. Es fehlt also zum Beispiel an Dolmetscher(inne)n – vor allem an solchen, die auch den kulturellen Kontext „übersetzen“ könnten. Wichtig wäre ebenso eine gezielte Aus- und Weiterbildung von Migrant(inn)en in Berufen der Gesundheitsversorgung, damit sie ihr interkulturelles Wissen und ihre eigenen Erfahrungen in den Umgang mit Patient(inn)en nichtdeutscher Herkunft einbringen können.

Tabu HIV/AIDS

Benachteiligungen bei der gesundheitlichen Versorgung treffen Menschen mit schweren Erkrankungen wie zum Beispiel einer HIV-Infektion besonders hart. Trotzdem sind spezielle Hilfsangebote für Migrant(inn)en mit HIV/AIDS bisher Mangelware. Zwar öffnen sich die traditionellen Anlaufstellen – AIDS-Hilfen, Gesundheitsämter und andere Projekte – schon seit geraumer Zeit auch für diese Zielgruppe, doch haben viele Migrant(inn)en Hemmungen, Hilfe in Anspruch zu nehmen: weil man Diskriminierung fürchtet, weil es um Tabuthemen geht, weil niemand von der HIV-Infektion erfahren soll – schon gar nicht die eigene Community, denn wer dort ausgegrenzt wird, fällt aus allen sozialen Zusammenhängen heraus.

Wer HIV-positiv ist, wird eher als „Infektionsquelle“ wahrgenommen denn als Mensch, der Hilfe benötigt. Dies gilt umso mehr für Migrant(inn)en mit HIV – erst recht, wenn sie eine dunkle Hautfarbe haben. Nicht selten hört man in den Medien, rund 20 Prozent der HIV-Infektionen in Deutschland seien „eingeschleppt“ worden – gemeint sind dann jene Menschen, die aus den besonders stark betroffenen Weltregionen zu uns gekommen und hier positiv getestet worden sind. In der Sprache der Politik und der Medien erscheinen Migrant(inn)en häufig als gesichtslose Masse und als Belastung für den Staat und die Gesellschaft – und eben nicht als Menschen mit einer eigenen Geschichte, mit persönlichen Problemen und Bedürfnissen. Auf diese Weise entsteht ein Klima, das es nicht zulässt, sich in sensiblen Gesundheitsfragen vertrauensvoll an deutsche Hilfseinrichtungen zu wenden.

Tatsächlich setzen viele Migrant(inn)en diese Einrichtungen mit staatlichen Behörden gleich, die sie als bedrohlich empfinden. In den AIDS-Hilfen wiederum sehen viele Migrant(inn)en eine „Schwuleneinrichtung“, und schon das Wort AIDS setzt die Hemmschwelle sehr hoch. Das gilt vor allem für Menschen aus Kulturen, in denen die Übertragungsmöglichkeiten von HIV stark tabuisiert sind, zum Beispiel homosexuelle Kontakte in islamischen Ländern oder Drogengebrauch in manchen Regionen der ehemaligen Sowjetunion.

Diese Tabus sind verhängnisvoll: Aus Angst davor, erkannt und diskriminiert zu werden, trauen sich viele Migrant(inn)en nicht, Beratungsstellen aufzusuchen, und sie gehen oft erst dann zum Arzt, wenn sie bereits schwer krank sind. Viele verschweigen ihr positives Testergebnis oder lassen sich gar nicht erst testen. Wer aber nichts von seiner Infektion weiß, kann das Virus unwissentlich an andere weitergeben und kann auch nicht die Therapiemöglichkeiten nutzen.

Unwissenheit, Scham und Angst vor Ausgrenzung prägen den Umgang mit dem Virus. Abhilfe schaffen kann nur der Versuch, in den Migrant-Communities das Gesundheitsbewusstsein zu stärken und Aufklärungsstrategien zu entwickeln, die kulturelle Besonderheiten berücksichtigen. Wie lässt sich beispielsweise die sexuelle Übertragbarkeit von HIV thematisieren, wenn Sexualität kein Thema sein darf? Und was lässt sich einer Frau raten, die beim Sex mit ihrem untreuen Mann gerne Kondome verwenden möchte, deren Kultur ihr jedoch verbietet, eigene Wünsche durchzusetzen? Bei Fragen, die Tabubereiche und die Geschlechterordnung berühren, sind Antworten gewiss nicht leicht zu finden. Sie

werden jedoch gebraucht für eine wirkungsvolle Präventionsarbeit. Unabdingbar ist dabei die Kooperation mit den Menschen, um die es geht. Anknüpfungspunkte gibt es, denn betroffene Migrant(inn)en haben nunmehr damit begonnen, sich in eigener Sache zu engagieren. So finden zum Beispiel auf Einladung der Deutschen AIDS-Hilfe bundesweite Treffen für HIV-positive afrikanische Migrantinnen und Migranten statt, und auch an der Bundespositivenversammlung Ende August 2002 in Bielefeld nahmen zahlreiche Migrant(innen) aus verschiedenen Ländern teil. Dabei zeigte sich: Das Interesse etwa an medizinischen Fragen ist enorm, der Kenntnisstand bei vielen zunächst eher gering.

Ausländerrecht

Asylsuchende

Besonders schwierig ist die Situation Asylsuchender. Sie leben unter Bedingungen, die der Gesundheit ohnehin schaden und bei einer HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung besonders dramatische Auswirkungen haben können:

Leben als Asylsuchender bedeutet meist:	... mit HIV:
ständige Angst vor Abschiebung	... oft in Länder ohne angemessene medizinische Versorgung
Leben in engen Gemeinschaftsunterkünften, z. B. Containern	... mit der Angst, entdeckt und als HIV-Positiver diskriminiert zu werden
unzureichende Ernährung	... die dem Immunsystem eines HIV-Infizierten besonderen Schaden zufügen kann

Bei manchen Asylsuchenden ist nicht einmal mehr die blanke Existenz gesichert. So berichtet etwa das Frankfurter Beratungsprojekt „Migration und AIDS“ von einigen Fällen, „in denen die Patienten unmittelbar von der Abschiebung bedroht und bis zur Entscheidung des Verwaltungsgerichts ohne Aufenthaltstitel waren. Sie erhielten bis zur Entscheidung des Gerichts keinerlei Leistungen mehr, sodass sie zum Überleben auf Beihilfen von AIDS-Hilfen oder kirchlichen Einrichtungen oder die Unterstützung von Freunden und Verwandten angewiesen waren.“

Die medizinische Versorgung von Asylbewerber(inne)n richtet sich nach dem „Asylbewerberleistungsgesetz“. Darin wird die gesundheitliche Versorgung beschränkt auf die „Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“. Ein umfassender Anspruch auf medizinische Versorgung besteht nicht. Anders formuliert: Asylsuchende sind Patient(inn)en dritter Klasse. Für Menschen mit HIV bedeutet das: Die Kosten für die Kombinationstherapie werden oft nicht übernommen. Eine Behandlung wird oft auch erschwert, weil Asylsuchende in ihrer Bewegungsfreiheit stark eingeschränkt sind. Da sie nach Quoten auf die Länder des Bundes verteilt werden, bleibt es dem Zufall überlassen, ob es in der Nähe ihrer Gemeinschaftsunterkunft ein HIV-Behandlungszentrum gibt. Ist dies nicht der Fall, stellen die Fahrtkosten eine große Hürde dar. Die Sozialhilfeträger verweigern oft die Erstattung und verweisen auf allgemeine Behandlungsmöglichkeiten in der Nähe. So müssen die Asylsuchenden dem Kostenträger gegenüber ihre HIV-Infektion offen legen, um die Fahrt z. B. zu einer HIV-Schwerpunktpraxis zu rechtfertigen. Doch selbst dann werden die Kosten nicht immer erstattet. So werden Asylsuchende mit HIV an einer angemessenen Behandlung gehindert – nicht selten mit fatalen Folgen für ihre Gesundheit.

In einigen Bundesländern werden Asylsuchende im Rahmen der Erstuntersuchung routinemäßig auf HIV-Antikörper getestet – oft ohne ausdrückliche Einwilligung der

Betroffenen und ohne angemessene Beratung. Im Falle eines positiven Testergebnisses ist auch die Betreuung meist unzureichend, Hinweise auf geeignete Hilfsangebote unterbleiben häufig. Auswirkungen auf den Aufenthaltsstatus hat das Testergebnis nicht: Wird der Asylantrag abgelehnt, droht auch HIV-Positiven die Abschiebung.

Zwar ist es möglich, eine HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung als außergewöhnliche Härte geltend zu machen und eine Duldung aus humanitären Gründen zu erwirken. In diesem Fall stehen – ähnlich wie bei Asylsuchenden – aber nur eingeschränkte Leistungen der gesundheitlichen und medizinischen Versorgung zur Verfügung.

Trotzdem gibt es Menschen mit HIV, die in Deutschland geduldet sind und aufgrund ihres schlechten Gesundheitszustandes eine antiretrovirale Therapie erhalten. Hier jedoch werden medizinische Entscheidungen nicht immer von medizinischen Erfordernissen bestimmt, sondern vom Ausländerrecht. Denn eine Duldung wird oft nur dann aufrechterhalten, wenn eine Abschiebung eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach sich zöge, sprich: automatisch zum Therapieabbruch führen würde. Besser also, man beginnt als Geduldeter eine Therapie, wenn es irgendwie möglich ist ...

„Illegale“

Die medizinische Versorgung von Migrant(inn)en ohne Papiere ist oftmals nur unter erheblichen Anstrengungen zu gewährleisten. Nur in wenigen Städten gibt es besondere Anlaufstellen (in Berlin zum Beispiel die medizinische Flüchtlingshilfe und das Arztmobil der Caritas), die aber in der Regel für Menschen mit HIV/AIDS keine speziellen Hilfsangebote bereithalten oder vermitteln. Diese Aufgabe wird häufig von den lokalen AIDS-Hilfen übernommen, auch wenn diese für die Arbeit zugunsten „Illegaler“ von der öffentlichen Hand selbstverständlich nicht ausgestattet sind. Trotzdem gelingt es manchen AIDS-Hilfen, Ärztinnen oder Ärzte zu finden, die diese Menschen behandeln. Bei der teuren und aufwändigen HIV-Therapie sind der Solidarität der Ärzte freilich schnell Grenzen gesetzt. Eine ambulante Versorgung ist legal kaum zu gewährleisten. Wenn dann eine stationäre Behandlung notwendig wird, wird diese vom zuständigen Sozialamt finanziert.

Bei Menschen ohne Papiere, mit abgelaufenem Visum oder mit Duldung ohne Anspruch auf Sozialleistungen besteht die Möglichkeit, durch Teilnahme an einer medizinischen Studie den Aufenthalt und eine gewisse medizinische Versorgung sicherzustellen. Nicht nur, dass es ethisch mehr als fragwürdig ist, Menschen einen solchen Preis für eine angemessene medizinische Versorgung abzuverlangen: Es kann durchaus passieren, dass die Ausländerbehörde die Teilnahme an einer HIV-Studie als Grund für die Duldung im Pass ausdrücklich vermerkt.

Flüchtlingsinitiativen schlagen vor, einen Notfonds einzurichten, aus dem medizinische Hilfe für Illegale finanziert werden könnte. Einzahlen sollten in einen solchen Fonds Bund, Land und Krankenkassen.

Epidemiologie

Bei der Meldung von HIV-Neuinfektionen wird nicht nach Nationalität unterschieden. Gesondert aufgeführt werden jedoch seit 1993 Menschen aus jenen Regionen der Welt, in denen HIV besonders stark verbreitet ist (auch bezeichnet als „Pattern II“ und „Hochprävalenzländer“, kurz: HPL). Zu diesen Regionen zählen die afrikanischen Länder südlich der Sahara sowie Südostasien und Lateinamerika.

Infektionen bei Menschen aus „Hochprävalenzländern“

Der Anteil von Menschen aus diesen Gebieten an den neu gemeldeten HIV-Infektionen liegt derzeit bei 21 Prozent. Er ist in den letzten Jahren stark angestiegen: 1993 lag der Wert noch bei 5,7 Prozent, im Jahr 1999 waren es bereits 18,4 Prozent. Damit bilden HIV-Positive aus Pattern-II-Ländern die zweitgrößte Gruppe hinter Männern, die Sex mit Männern haben (MSM). Dieser Anstieg in der Statistik ist allerdings nur eingeschränkt aussagekräftig, denn zugleich ist der Anteil jener Infektionen, die ohne Angaben zum Infektionsweg gemeldet wurden, stark gesunken. Unklar bleibt also, wie viele Infektionen bei Menschen aus Pattern-II-Ländern bereits früher ohne Angabe des Infektionsweges erfasst wurden, ohne als solche erkannt zu werden. Wie stark ihr Anteil tatsächlich gestiegen ist, lässt sich deshalb nicht genau sagen.

Die meisten Infizierten aus Hochprävalenzländern haben sich nach Einschätzung des Robert Koch-Instituts (RKI) bereits dort infiziert; demnach spiegelt der Anstieg also nicht das Infektionsgeschehen unter Migrant(inn)en in Deutschland wider. Dazu heißt es im „Epidemiologischen Bulletin“ des RKI: „Ob ein relevanter Anteil der in dieser Gruppe festgestellten HIV-Infektionen möglicherweise erst in Deutschland erworben wurde, kann ohne weitere Daten aus gezielten Untersuchungen weder bestätigt noch ausgeschlossen werden.“

Ausgrenzung von Menschen mit HIV abwehren

Man staunt: Bestimmte Formen der Diskriminierung gibt es noch immer. Andere sind typisch für die Zeit der Kombinationstherapien: Menschen mit HIV erfahren Ausgrenzung zum Beispiel auf dem Arbeitsmarkt oder wenn sie private Risikoversicherungen abschließen wollen.

Patientin A wunderte sich: Bei ihrem Zahnarzt bekam sie immer Termine am Schluss des Behandlungstages. Auf Nachfrage erklärte der Arzt, es gehe leider nicht anders, schließlich müsse er seine Instrumente nach einer HIV-positiven Patientin besonders gründlich desinfizieren. Ähnlich erging es dem Patienten B, der zu einer Magenspiegelung bei einem Facharzt überwiesen worden war: Er handelte sich einen Rüffel des Mediziners ein, weil er ihn erst nach der Untersuchung über seinen HIV-Status in Kenntnis gesetzt hatte. Begründung: Gründliche Desinfektion sei notwendig, außerdem hätte der Arzt dann doch lieber einen Mundschutz getragen.

Ärzte, die ihre Instrumente nur dann ordentlich reinigen und desinfizieren, wenn ein HIV-Patient bei ihnen war? Die sich vor HIV – und all den wesentlich leichter übertragbaren Krankheitserregern – nur dann schützen, wenn sie wissen, dass ein Patient infiziert ist? Wohl kaum. Sehr viel wahrscheinlicher ist, dass unreflektierte Ängste, nicht selten gepaart mit Unwissenheit, für diese übertriebenen Vorsichtsmaßnahmen gesorgt haben. Nichts Neues – erstaunlich nur, dass die geschilderten Fälle sich nicht in den 80er Jahren zutrugen, sondern im dritten Jahrtausend. Es handelt sich um Beispiele dafür, dass Menschen mit dem Virus noch immer Ausgrenzung erfahren – auch in einer Gesellschaft, die sich hinsichtlich HIV und AIDS eigentlich für eine Haltung der aufgeklärten Solidarität entschieden hat. Und diese Beispiele sind keine Einzelfälle: Immer wieder werden Patient(inn)en, die ihre Infektion von Anfang an erwähnen, bei Zahnärzt(inn)en gar nicht zur Behandlung zugelassen: „Leider keine Termine frei ...“, und im Sommer 2002 lehnte ein Hotel in Thüringen die Unterbringung von Menschen mit HIV ab – aus Sorge um den guten Ruf des Hauses.

Solche Diskriminierung ist nicht nur ärgerlich für die unmittelbar von ihr Betroffenen, sondern indirekt auch für andere: Sie fühlen sich möglicherweise bedroht, ohne direkt betroffen zu sein. Das gilt für Menschen mit HIV genauso wie zum Beispiel für Migrant(inn)en, Behinderte, Schwule und Lesben.

Verdrängung und Ausgrenzung

Wer hat heute schon noch Angst, sich durch Tür- und Haltegriffe der U-Bahn, auf öffentlichen Toiletten oder in der Sauna mit HIV zu infizieren? Wo aber HIV-Positive offen auftreten, treten plötzlich verborgene Infektionsängste zutage. Dementsprechend verhalten sich beispielsweise auch viele schwule Männer: Nur wenn ein Sexpartner offen sagt, dass er positiv ist, setzt die Angst ein – und damit oft die Ablehnung. Bleibt die Infektion unbekannt, wird die Angst verdrängt.

Doch auch die Tabuisierung von HIV ist bereits Ausgrenzung. In vielen Bereichen der schwulen Subkultur, zum großen Teil lediglich auf unbeschwertes Vergnügen angelegt, ist das Thema oft unpassend oder einfach nicht erwünscht. Mittlerweile kommt es dort sogar verstärkt zu Diskriminierung von jenen, die sich erst spät, also in den Neunzigern oder in den letzten Jahren infiziert haben: „Selber schuld!“, wird dann gesagt, das müsse heutzutage niemandem mehr passieren. Schließlich seien die Übertragungswege bekannt, jeder habe die Möglichkeit, sich zu schützen. Ausgeblendet werden dabei zum Beispiel die Erkenntnisse, dass Sexualität und kontrolliertes Verhalten nicht immer vollkommen in Einklang zu bringen sind und dass es viele individuelle Faktoren gibt, die das Risiko einer HIV-Infektion erhöhen, aber nicht unbedingt vollständig in der Verantwortung des Individuums liegen. Dazu zählen etwa Alkohol- und Drogenkonsum (zum Beispiel bei

Suchtkranken), Unerfahrenheit und mangelnde Durchsetzungsfähigkeit gegenüber den Partnern (zum Beispiel als junger Mensch im Coming-out) oder auch Schichtzugehörigkeit – wer der so genannten Unterschicht angehört, hat nicht nur allgemein schlechtere Gesundheitschancen, sondern auch ein höheres HIV-Risiko. Auch mangelndes Selbstbewusstsein – etwa aufgrund der Zugehörigkeit zu einer marginalisierten Gruppe – kann dazu führen, dass Individuen sich weniger schützen. Wer hier „Selber schuld!“ ruft, reagiert also möglicherweise auf eine Folge von Ausgrenzung mit erneuter Ausgrenzung. Es bleibt dabei: Ein Virus kennt keine Moral. Und fast niemand zieht sich eine HIV-Infektion mit voller Absicht zu. „Keine Rechenschaft für Leidenschaft!“, hat man früher gesagt.

Die Angst vor Schuldzuweisungen und Ausgrenzung führt dazu, dass Menschen mit HIV ihre Infektion oft verschweigen. Besonders belastend ist dies natürlich in den Bereichen, in denen man viel Zeit verbringt und eigentlich viele soziale Beziehungen knüpfen und pflegen kann. Dazu gehört auch der Arbeitsplatz. Doch gerade dort sind die Hemmungen besonders groß, denn zu den möglichen Folgen eines „positiven Coming-out“ zählt neben der Isolation am Arbeitsplatz schließlich auch der Verlust desselben. Die Kündigung wegen HIV ist zwar in der Regel nicht legal, aber Möglichkeiten, sich eines Arbeitnehmers zu entledigen, gibt es immer. Tatsächlich kommen Entlassungen aufgrund von HIV immer wieder vor.

HIV und Arbeit

Über diese Probleme hinaus hat die Behandelbarkeit von HIV durch die Kombinationstherapie das Verhältnis vieler Infizierter zur Arbeit grundlegend beeinflusst: Viele, die bereits in Rente waren, können und wollen wieder arbeiten. Bei einigen ist für diesen Wunsch ihre miserable finanzielle Situation ausschlaggebend, denn wer in jungen Jahren in die Rente gegangen ist, hat in der Regel keine ausreichenden Ansprüche erworben. Viele Menschen mit HIV haben daher einfach nicht genug Geld für ein würdiges und möglichst gesundes Leben mit dem Virus. Das belegen auch die rund 5.000 Anträge auf finanzielle Hilfe, die jährlich bei der Deutschen AIDS-Stiftung eingehen.

Doch die Bedeutung von Arbeit geht natürlich weit über den Broterwerb hinaus: Beschäftigung im weiteren Sinne dient der Persönlichkeitsentfaltung und der Sinnstiftung und erzeugt zumeist auch einen sozialen Zusammenhang. Sie beschert Erfolgserlebnisse und vermittelt das Gefühl, gebraucht zu werden. Der Stellenwert der Arbeit in unserer Gesellschaft ist sehr hoch, was unter anderem daran ersichtlich wird, dass ein „Recht auf Arbeit“ in Artikel 2 des Grundgesetzes verankert ist. Arbeit kann – freiwillig beziehungsweise gerne ausgeübt – gesundheitsfördernden Charakter haben, wenn man Gesundheit als umfassendes Wohlbefinden betrachtet und zudem berücksichtigt, dass Arbeitslosigkeit zu psychischen und psychosomatischen Erkrankungen führen kann.

Vor diesem Hintergrund muss man also festhalten: Ausgrenzung vom Arbeitsmarkt kann krank machen – und muss deshalb abgewehrt werden.

Für viele Menschen mit HIV ist es – wie generell für Menschen mit Behinderung – noch schwieriger, einen Arbeitsplatz zu finden, als für andere. Viele Arbeitgeber stellen sie ungern ein – zum Beispiel weil sie Anspruch auf mehr Urlaub haben und einen besseren Kündigungsschutz genießen als andere Arbeitnehmer/innen. Die Unternehmen sind zwar verpflichtet, 5 Prozent ihrer Stellen mit Schwerbehinderten zu besetzen, doch zugleich können sie sich von dieser Integrationsverpflichtung „freikaufen“, indem sie Strafe zahlen, wenn sie die Quote unterschreiten.

Hinzu kommt: Die Struktur der Arbeitswelt ist für Behinderte und chronisch Kranke in vielerlei Hinsicht nicht flexibel genug. Viele Menschen mit HIV leben heute lange Zeit mit einer Therapie, wobei der Gesundheitszustand natürlich von Mensch zu Mensch verschieden ist und sich im Einzelfall stets ändern kann. Auf individuelle Leistungsfähigkeit und Leistungsschwankungen – auch hinsichtlich Arbeitszeiten – können die meisten Arbeitgeber

aber nicht angemessen reagieren. Hier könnten zum Beispiel Teilzeitkonzepte Abhilfe schaffen. Vorstellbar wären Arbeitszeitkonten, bei denen die Gesamtarbeitszeit festgelegt wäre, aber je nach Gesundheitszustand mit unterschiedlicher Intensität erbracht werden würde. Hilfreich könnten auch Mischfinanzierungsmodelle sein, die Rentenzahlungen und Lohnempfang auf flexible Weise kombinierbar machen müssten, sodass Rente und Arbeit einander nicht mehr ausschließen, sondern ergänzen würden.

Finanzielle Nachteile

Der Wechsel vom Arbeitsleben in die Rente und umgekehrt ist heute eine schwierige Angelegenheit. In manchen Fällen muss sogar finanzielle Nachteile fürchten, wer sich für eine Rückkehr ins Arbeitsleben entscheidet: Wer bereits vor der Einführung der Riester-Rente eine Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen hat und nun wieder zu arbeiten beginnt, wird unter Umständen nach einem erneuten Wechsel in die Rente später weniger Geld zur Verfügung haben, als wenn er gleich Rentner bliebe.

Bisher ist es Menschen mit HIV außerdem kaum möglich, sich selbst durch Versicherungen gegen finanzielle Not abzusichern: Private Risikoversicherungen (dazu zählen Lebens- und Arbeitsunfähigkeitsversicherungen) kann man mit einem positiven Testergebnis in den allermeisten Fällen nicht abschließen, und der Zugang zu privaten Krankenversicherungen bleibt Menschen mit HIV meist ebenfalls verwehrt – oder die Versicherer legen für sie unbezahlbare Beiträge fest. Diese Ausgrenzung von mittel- und langfristiger finanzieller Sicherheit ist vor dem Hintergrund der Therapien besonders schwer wiegend: Wir dürfen heute zum Glück davon ausgehen, dass man lange Zeit mit HIV leben kann.

Ausgrenzung von Drogengebraucher(inne)n abwehren

Angebote zur Gesundheitsvorsorge für Drogen gebrauchende Menschen haben in den letzten Jahren zugenommen, sie sind jedoch noch lange nicht die Regel. In Hamburg und anderen Städten sind sogar Rückschritte zu beklagen. Besonders benachteiligt: Drogengebraucher/innen mit Migrationshintergrund

Eine Drogenpolitik, die auf Verfolgung und Bestrafung statt auf Unterstützung setzte, hat einst wesentlich dazu beigetragen, dass intravenös Drogen Gebrauchende zur zweitgrößten von HIV betroffenen Gruppe wurden (nach Männern, die Sex mit Männern haben). Insgesamt stellen sie etwa 15 Prozent der Menschen, die seit Beginn der Epidemie an den Folgen von AIDS verstorben sind. Ihr Anteil an den Neuinfektionen ist mittlerweile zum Glück rückläufig, er lag im Jahr 2002 bei 10 Prozent (im Jahr 2000 waren es 12 Prozent). Auch die Zahl der „Drogentoten“ ist im Jahr 2002 weiter gesunken – auf 1513 Fälle. Der Grund für diese erfreulichen Trends sind Hilfsangebote mit dem Ziel, Infektionen zu verhindern und die gesundheitlichen Schäden zu reduzieren, zum Beispiel „Druckräume“ und Substitution. Doch noch immer sind viele Drogenkonsument(inn)en von solchen grundlegenden Angeboten der Gesundheitsvorsorge ausgeschlossen.

Druckräume

Die wichtigste Maßnahme der Gesundheitsvorsorge für Drogengebraucher/innen ist die Möglichkeit, unter hygienischen Bedingungen und mit einem minimierten gesundheitlichen Risiko zu spritzen. In entsprechenden Drogenkonsumräumen – auch „Gesundheitsräume“, „Fixerstuben“ und „Druckräume“ genannt – können Drogengebraucher/innen sich ihren Druck sozusagen ohne Druck setzen, also ohne Angst vor Verfolgung. Sie erhalten saubere Spritzen, und im Notfall steht ihnen gut ausgebildetes und erfahrenes Personal zur Seite. Solche Angebote sind in den letzten Jahren verstärkt geschaffen worden, doch es gibt sie noch lange nicht überall dort, wo sie gebraucht werden. Nur einige Bundesländer haben die für den Betrieb dieser Einrichtungen notwendigen Rechtsverordnungen erlassen. Das Bundesgesundheitsministerium kommt jedoch nach einer ersten Bewertung der Erfahrungen mit Druckräumen in Deutschland zu einem sehr positiven Ergebnis: Demnach bewirkt dieses Angebot „die Sicherung des Überlebens, die Stabilisierung der Gesundheit sowie die gesundheitliche und soziale Rehabilitation einer beachtlichen Personenzahl schwer erreichbarer Betäubungsmittelabhängiger“. Kurz: Druckräume sind ein unabdingbarer Bestandteil der Schadensminimierung und der Überlebenshilfe.

Menschen in Haft

Von solchen Angeboten ausgeschlossen sind Drogen gebrauchende Menschen in Haft, die bis zu 50 Prozent der Inhaftierten ausmachen. Fast nirgendwo in Deutschland haben sie Möglichkeiten, regelmäßig und legal an neue Spritzen zu gelangen. In fast allen Gefängnissen gibt es immer noch die von allen benutzte „Stationspumpe“ (Spritze), deren gemeinsamer Gebrauch HIV- und Hepatitisinfektionen Tür und Tor öffnet.

Die Gefahren, die vom gemeinsamen Gebrauch derselben Spritzen ausgehen, sind mittlerweile allgemein bekannt, ebenso wie die Tatsache, dass Gefängnismauern den Drogenkonsum nicht verhindern können. Dennoch hat in Hamburg die Mitte-Rechts-Regierung Anfang 2002 das erfolgreiche Modell zur Spritzenvergabe in den Haftanstalten eingestellt. Diese Maßnahme führt zwangsläufig zu HIV- und Hepatitisinfektionen und kann für Drogen gebrauchende Menschen lebensbedrohliche Folgen haben.

Die eindringlichen Warnungen aus Wissenschaft, AIDS- und Drogenhilfen sowie der Politik – die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marion Caspers-Merk, nannte die Hamburger Entscheidung einen gefährlichen Rückschritt – hat Innensenator Kusch (CDU) nicht hören wollen. Und auch kritische Presseberichte, Unterschriftenlisten und Demonstrationen brachten ihn nicht davon ab, das auch international beachtete und anerkannte Programm einzustellen. Dabei ist davon auszugehen, dass etwa ein Prozent aller Inhaftierten HIV-infiziert ist – womit die Verbreitung von HIV hinter Gittern 25-mal so hoch wäre wie in der Allgemeinbevölkerung. Bei Hepatitis B und C sind die Zahlen sogar noch höher. Außerdem waren die mit dem Modellprojekt verbundenen Befürchtungen widerlegt worden: Wie auch in zahlreichen anderen Modellversuchen kam es nicht zu vermehrtem Drogengebrauch, und es gab keine „Spritzen-Angriffe“ auf Bedienstete. Resigniert kritisierte daher die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin: „Der Hamburger Senat beschließt genau das Gegenteil von dem, was sich bewährt hat“ – Hamburgs Gefängnisse würden so zum „Durchlauferhitzer“ für die Verbreitung von Viruserkrankungen unter den Inhaftierten.

Neben diesen drastischen Maßnahmen in den Haftanstalten steht der Hamburger Senat ganz allgemein für einen restriktiven und brutalen Umgang mit Drogengebraucher(inne)n. Und auch in anderen Städten Deutschlands lässt sich beobachten, dass wieder verstärkt polizeiliche Maßnahmen zum Einsatz kommen, um die Szenen zu vertreiben und zu zerschlagen. Die unvermeidliche Folge: Die Zielgruppen sind dort für Information und Beratung durch Vor-Ort-Arbeit kaum noch erreichbar, und das schadet in hohem Maße der Prävention. Genau diese Art von Politik hat einst dazu beigetragen, dass Drogengebraucher/innen zur zweitgrößten Betroffenengruppe wurden.

Migration und Drogenkonsum

Auch Drogengebraucher/innen mit Migrationshintergrund sind gesundheitlich besonders benachteiligt. Dazu gehören zum Beispiel viele Türken (Menschen aus der Türkei stellen den größten Anteil der nichtdeutschen Bevölkerung in Deutschland), zu nennen sind hier aber auch Migrant(inn)en aus Osteuropa, zum Beispiel Spätaussiedler aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion. Immer mehr russischsprachige junge Menschen (vor allem Männer) konsumieren regelmäßig harte Drogen – dies unter gesundheitlich höchst riskanten Bedingungen. Oft haben sie damit schon in ihren Heimatländern begonnen (in der Ukraine, in Weißrussland und anderen osteuropäischen Ländern hat der vermehrte Drogenkonsum ja bereits zu einem dramatischen Anstieg der HIV-Infektionen geführt), doch auch ihre Situation in Deutschland erhöht ihre Suchtgefährdung, so zum Beispiel die Schwierigkeit, eine Wohnung oder einen Arbeitsplatz zu finden. Ausgrenzung in der Gesellschaft wie in den Drogenszenen führt zu Cliquesbildung mit erheblichem Gruppendruck. Diese mehrfach benachteiligten Menschen werden dann von den Angeboten des deutschen Hilfesystems kaum erreicht. Viele sprechen nur ein paar Brocken Deutsch, es gibt so gut wie keine Angebote auf Russisch und kaum Dolmetscher/innen. Zudem ist die Scheu, sich mit dem Suchtproblem zu offenbaren, besonders groß, denn in den Herkunftskulturen galt Drogenkonsum meist als asozial: Drogengebraucher/innen kamen dort in die Psychiatrie oder ins Gefängnis. Kein Wunder, dass nun die meisten erst auf Druck von Polizei und Justiz in die Beratung kommen – oder wenn die psychische und finanzielle Belastung einfach zu groß geworden ist.

Medizin: Der Stand der Dinge

Das neue Medikament T-20 ist kein Wundermittel, die medizinische Forschung geht weiterhin in kleinen Schritten voran. Keinen Fortschritt gibt es bislang bei der Finanzierung der Resistenztests. Die Krankenkassen sollten der medizinischen Entwicklung außerdem durch die Finanzierung von Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit HIV folgen.

Die Aufregung war wieder einmal groß: Es gebe ein großartiges neues HIV-Präparat, war in vielen Zeitungen zu lesen: T-20, ein sehr wirksames Medikament einer neuen Art. Der Euphorie in den Medien soll hier eine nüchterne Darstellung des aktuellen Forschungsstandes folgen.

T-20: Neue Klasse, aber kein Quantensprung

T-20 blockiert den Eintritt des Virus in die Zelle: Es verhindert, dass die Virushülle mit der Zellwand verschmilzt. Weitere Medikamente dieser Klasse der so genannten Fusions-beziehungsweise Entry-Inhibitoren/-Hemmer sind in der Entwicklung. Wahr ist: T-20 wirkt gut, aber nicht bahnbrechend – es erweitert die Kombinationsmöglichkeiten, doch es weist eine Reihe von Nachteilen auf.

Das größte Manko von T-20 besteht in der Darreichungsform: Es kann nicht als Tablette eingenommen werden, sondern muss, ähnlich wie Insulin, zweimal täglich unter die Haut gespritzt werden. Anders als Insulin jedoch steht es nicht in einer Fertigspritze zur Verfügung, sondern als Pulver, das erst aufgelöst werden muss – eine sehr zeitaufwendige Prozedur, die zudem Nerven und Geschick erfordert, da die Lösung nicht schäumen darf. T-20 muss außerdem im Kühlschrank aufbewahrt werden und ist damit in der Summe gewiss alles andere als anwenderfreundlich. Und auch gegen T-20 kann HIV resistent werden. Haben wir es also mit einer neuen Klasse zu tun, aber mit den alten Problemen? Statt eines Quantensprungs nur das siebzehnte HIV-Präparat?

Nicht ganz. Ein Medikament, das an einem neuen Angriffspunkt ansetzt, ist immer interessanter als das sechste oder siebte aus einer schon bestehenden Klasse, denn so lassen sich bessere Behandlungsoptionen für Patient(inn)en gewinnen, bei denen sich bereits Resistenzen gegen mehrere andere Substanzen entwickelt haben. Je mehr verschiedene Wirkmechanismen zum Tragen kommen, desto länger wird man das Virus in Schach halten.

Pro Jahr kommen im Durchschnitt ein bis zwei neue Substanzen zur Palette der HIV-Medikamente hinzu. Die Nummern 18 bis 20 werden voraussichtlich der in den USA bereits zugelassene NRTI Emtriva sowie die beiden (in den USA ebenfalls schon zugelassenen) Protease-Inhibitoren Atazanavir und Tipranavir sein. Bei Atazanavir scheinen Störungen des Fettstoffwechsels weniger häufig aufzutreten als bei den bisherigen Präparaten, Tipranavir könnte aufgrund des Resistenzprofils für diejenigen wichtig werden, bei denen HIV bereits gegen andere Protease-Inhibitoren resistent geworden ist.

Generell ist die Entwicklung von immer neuen Medikamenten für viele Patient(inn)en überlebenswichtig – auch wenn diese neuen Substanzen nicht der große Durchbruch sind, sondern den alten ähneln. Denn jedes neue Medikament eröffnet Chancen für Menschen, bei denen die alten Präparate aufgrund der Resistenzentwicklung nicht mehr wirken oder die Nebenwirkungen unerträglich geworden sind.

Kassen sollten dringend Resistenztests finanzieren

Mit Resistenztests lässt sich schnell und mit hoher Wahrscheinlichkeit sagen, welche Medikamente unwirksam geworden sind, um die Therapie zielsicher umstellen zu können. Hier liegt das Problem nicht darin, dass solche Tests noch nicht entwickelt sind: Es gibt sie bereits, sie sind jedoch in Deutschland bislang nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen worden. Ein entsprechender Antrag von Ärzteverbänden und der Deutschen AIDS-Hilfe liegt schon seit November 2001 beim Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen; ohne einen positiven Bescheid dieses Gremiums lehnen die Medizinischen Dienste der Krankenkassen die Kostenübernahme aber meist ab. Der Ausschuss sitzt die Entscheidung zu Lasten von Menschen mit HIV/AIDS aus.

Ebenso wie der Bundesausschuss haben Teilbereiche des medizinischen Versorgungssystems mit der schnellen Entwicklung der Therapien nicht Schritt gehalten. So fehlen etwa Maßnahmen zur Unterstützung der Patient(inn)en bei Therapie und Nebenwirkungsmanagement sowie zur sozialen und beruflichen (Re-)Integration. Hier könnten Schulungen wie zum Beispiel bei Diabetes und Asthma den Patient(inn)en helfen, Therapie und Nebenwirkungen besser in den Alltag zu integrieren. Die Deutsche AIDS-Hilfe erarbeitet zurzeit mit HIV-Ärzt(inn)en Schulungsprogramme für Menschen mit HIV/AIDS.

Auch medizinische Rehabilitation ist für gesetzlich krankenversicherte Patient(inn)en mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, neurologischen Erkrankungen oder Tumoren längst selbstverständlich. Gelangen jedoch Menschen mit HIV zum Beispiel in kardiologische oder neurologische Rehabilitation, ist Diskriminierung keine Seltenheit. Oftmals werden sie in den entsprechenden Einrichtungen vom Personal direkt oder indirekt aufgefordert, ihre Infektion gegenüber anderen Patient(inn)en geheim zu halten. Dabei ist das Erlernen eines alltagstauglichen Umgangs mit der Erkrankung eigentlich ein Ziel der Rehabilitation. Ein Ziel, das erst recht kaum erreichbar ist, wenn man Menschen mit HIV aus Angst vor Ansteckung nur mit Handschuhen massiert oder sie gesondert unterbringt – beides ist eher die Regel als die Ausnahme.

Wann kommt ein Impfstoff gegen HIV?

In den 80ern hieß es, in wenigen Jahren werde es einen Impfstoff gegen HIV geben. Dieser Satz hat leider auch im Jahre 2002 noch Gültigkeit: Selbst Optimisten rechnen nicht damit, dass vor 2006 ein Impfstoff zur Verfügung steht. Warum dauert das so lange? Der Grund liegt in der Vielfalt und in der Veränderbarkeit des Virus: Verschiedene Subtypen mit verschiedenen Bauplänen, Mischtypen dieser Subtypen – so genannte Rekombinanten – und die genetische Wandelbarkeit des Virus machen es der Forschung besonders schwer. So versagt zum Beispiel ein Impfstoff, der lediglich die Produktion von Antikörpern gegen die Oberfläche des Virus bewirkt, da sich bei den Mutationen von HIV gerade die Oberfläche immer wieder verändert.

Trotz allem sind zahlreiche Impfstoffe in der Entwicklung. Wissenschaftler/innen haben die Erwartungen allerdings im Laufe der Jahre stark nach unten korrigiert: *Verhindern* werden die Impfstoffe eine HIV-Infektion wohl nicht, zumindest nicht in der näheren Zukunft. Wahrscheinlicher ist, dass sich Menschen trotz Impfung infizieren können, die Erkrankung bei ihnen aber milder verläuft. Man müsste dann erst später behandeln und könnte vielleicht weniger starke Medikamente einsetzen. Eine Übertragung des Virus wäre wahrscheinlich möglich.

So funktioniert eine Kombinationstherapie

Nach wie vor gibt es kein Heilmittel gegen HIV. Die modernen Kombinationstherapien können dem Virus einiges entgegensetzen – aus dem Körper entfernen können sie es aber nicht. Wie funktioniert nun eine Kombinationstherapie (auch: antiretrovirale Therapie = ART bzw. hoch aktive ART = HAART)?

Sämtliche Medikamente gegen HIV hemmen die Vermehrung des Virus im Körper. Wie alle Viren benötigt HIV so genannte Wirtszellen, um sich zu vermehren, dazu gehören zum Beispiel die CD4-Helferzellen des Immunsystems. Das Virus dockt zunächst an die Zellen an und dringt in sie ein, dann schleust es seine eigenen Erbinformationen in die Zellen ein, sodass diese neue HI-Viren produzieren. Die Medikamente setzen an verschiedenen Punkten dieses Prozesses an und lassen sich von daher in mehrere Gruppen unterteilen:

* **NRTI (Nukleosidale bzw. Nukleotidale Reverse-Transkriptase-Inhibitoren/-Hemmer):**
Das Virus muss seine Erbinformationen umschreiben, damit sie in die Zelle eingebaut werden können. Zunächst liegen sie in der so genannten viralen RNA (Ribonukleinsäure) als einfacher, spiralförmiger Strang vor. Um diesen zur doppelsträngigen zellulären DNA (Desoxyribonukleinsäure) zu verwandeln, werden die Erbinformationen rückwärts abgeschrieben. Diesen Prozess leistet ein Enzym (Eiweiß) namens „Reverse Transkriptase“. Hier setzen die Medikamente an: Sie schleusen einen leicht veränderten Baustein in die Zelle ein, der nur scheinbar zu den anderen des Virus passt. Man kann ihn ungefähr mit einem Legostein vergleichen, dessen Noppen ein wenig größer sind als normal. Sobald dieser Stein nun in die Kette der Erbinformationen des Virus eingebaut wird, zerfällt sie, weil keine haltbare Verbindung mehr hergestellt werden kann. Diese Medikamente heißen Nukleosidale bzw. Nukleosidanaloge Reverse-Transkriptase-Hemmer, weil ihre Eiweiß-Bausteine den Originalen ähneln (Nukleoside bzw. Nukleotide sind Bausteine der Erbinformation.)

* **NNRTI (Nicht-Nukleosidale Reverse-Transkriptase-Inhibitoren/-Hemmer):**
Diese Medikamente setzen am gleichen Punkt der Virusvermehrung an, nämlich bei der Reversen Transkriptase Sie blockieren das Enzym jedoch direkt, indem sie sich anlagern und so das Werkzeug, mit dem die Erbinformationen zusammengesetzt werden, funktionsunfähig machen.

* **PI (Protease-Inhibitoren)** hemmen ein Virus-Enzym namens Protease, das kurz vor dem Ende der Virusproduktion in der menschlichen Zelle eine entscheidende Rolle spielt: Die Zelle hat mehrere Bestandteile des HI-Virus hergestellt, so genannte Virus-Vorstufen. Die Protease setzt diese schließlich zusammen. Wird die Protease gehemmt, kann kein Virus mehr fertiggestellt werden.

* **Entry-Inhibitoren** verhindern, dass HIV in die Zelle eindringt. Sie wirken also nicht in der Zelle, sondern auf deren Oberfläche: Zum einen kann man die Verschmelzung der Virushülle mit der Zellwand verhindern. Diese Medikamente, eine Untergruppe der Entry-Inhibitoren, heißen Fusionsinhibitoren. Zu ihnen gehört zum Beispiel das neue Medikament T-20. Zum anderen kann man bereits das Andocken des Virus an die Zelle verhindern, indem man beispielsweise bestimmte Bestandteile der Zelloberfläche, die HIV benötigt, um sich an der Zelle „festzuhalten“ (Rezeptoren), einfach künstlich besetzt hält. Diese Medikamente sind noch in einer frühen Phase der klinischen Forschung.

* **Integrase-Inhibitoren** sollen das HIV-eigene Enzym Integrase hemmen, das die umgeschriebene Virus-DNA in die menschliche DNA einbaut (integriert). Diese Medikamente wirken also zu einem späteren Zeitpunkt als die Reverse-Transkriptase-Hemmer und an einem anderen Ort, nämlich im Kern der menschlichen Zelle.

Das Entscheidende: verschiedene Medikamente werden kombiniert

Wenn alle diese Medikamente die Vermehrung von HIV unterbrechen können – warum braucht man dann mehrere in Kombination? Ganz einfach: Keines der Medikamente kann die Virenproduktion allein vollständig verhindern. Der Grund: Täglich werden massenhaft neue Viren produziert. Durch zahlreiche Fehler beim Kopiervorgang entstehen verschiedene Varianten des Virus (Mutationen). Zufällig befinden sich darunter auch immer welche, die sich trotz der Medikamente vermehren können, weil sie Veränderungen an den Enzymen aufweisen, die durch die Medikamente blockiert werden sollen. Wird nur ein Medikament gegeben (Monotherapie), vermehrt sich eine solche Virusvariante sehr stark, während die anderen Varianten am Medikament scheitern – bis schließlich die Mehrheit der Viren im Körper des Infizierten diesen veränderten Bauplan aufweist. Das Medikament ist dann nicht mehr wirksam. Man spricht in diesem Fall von einer Resistenz des Virus gegen das Medikament. Verhindern kann man diesen Vorgang durch die gleichzeitige Gabe mehrerer Medikamente: Wenn sich eine HIV-Mutation dem Zugriff eines Medikaments entzieht, greift eben ein anderes. Bei der Gabe von drei Medikamenten kann man in der Regel die Bildung von Resistenzen lange Zeit verhindern. Die Medikamente bewirken, dass die Zahl der freien Viren im Blut, die Viruslast, abnimmt – im optimalen Fall ist HIV nicht mehr nachweisbar – und die Zahl der Helferzellen zunimmt (das Immunsystem erholt sich). Um dieses Ziel zu erreichen, muss die Therapie vorschriftsmäßig eingenommen werden. Dann kann man der Regel lange mit HIV leben – wie lange genau, lässt sich bisher noch nicht sagen.

Der Knackpunkt: Therapie-Management

Voraussetzung für eine optimale Wirksamkeit ist allerdings, dass die Therapie von Anfang an optimal geplant und auf die Patient(inn)en abgestimmt wird. Je größer die Erfahrung des Arztes/der Ärztin mit der HIV-Therapie, desto besser und andauernder der Therapieerfolg. Deswegen sollte die medizinische Behandlung von Menschen mit HIV/AIDS stets in HIV-Schwerpunktpraxen oder HIV-Ambulanzen erfolgen.

Die Nebenwirkungen der Therapie sind sehr vielfältig und variieren je nach Patient/in. Kurzzeitnebenwirkungen wie Durchfälle und Kopfschmerzen gehen meist nach einigen Wochen zurück und sind meist gut behandelbar. Problematischer sind Langzeitnebenwirkungen wie schmerzhafte Entzündungen der Nerven in den Armen und Beinen. Besonders belastend sind für viele HIV-Patient(inn)en Störungen des Fettstoffwechsels. Zu deren Folgen zählen der Schwund von Unterhautfettgewebe im Gesicht sowie an den Armen und Beinen und die Anlagerung solchen Fettgewebes am Bauch und im Nacken – so wird die HIV-Infektion beziehungsweise deren Behandlung äußerlich sichtbar.

Die Therapien können auch zu dauerhaften Organschädigungen führen. Einige Menschen mit HIV sterben mittlerweile sogar an langfristigen Wirkungen der Anti-HIV-Medikamente (z. B. an Nierenversagen oder einem Herzinfarkt). Und bei vielen Patient(inn)en führen die Nebenwirkungen dazu, dass sie Angst vor einer Therapie haben oder ihre Medikamente nicht regelmäßig einnehmen, sodass die Wirksamkeit der Medikamente gefährdet ist. Die Deutsche AIDS-Hilfe hat daher eine Broschüre zum Thema „Komplementäre Therapien“ bei HIV und AIDS veröffentlicht, die nicht nur Tipps zum Umgang mit Nebenwirkungen gibt, sondern auch Behandlungsverfahren vorstellt, die eine antiretrovirale Kombinationstherapie begleiten und unterstützen können. Dazu zählen wir vor allem die „klassische“ europäisch orientierte Naturheilkunde, die traditionelle chinesische Medizin (TCM), die Homöopathie sowie Verfahren wie Yoga oder autogenes Training – Therapien, die vielen Menschen mit HIV bei der Bewältigung der Infektion helfen und zu einer Verbesserung ihrer Lebensqualität beitragen.

HIV und AIDS in Zahlen

Deutschland

Menschen, die Ende 2002 mit HIV lebten	~ 39.000
• davon Männer	~ 30.000
• davon Frauen	~ 9.000
• davon Kinder	< 400
• <u>davon Menschen, die mit AIDS lebten</u>	<u>~ 5.000</u>
Im Jahr 2002 an AIDS Erkrankte	~ 700
Im Jahr 2002 an AIDS Verstorbene	~ 600
Seit Beginn der Epidemie Infizierte	~ 60.000
Seit Beginn der Epidemie an AIDS Erkrankte	~ 26.000
• davon Männer	~ 22.000
• davon Frauen	~ 3.000
• davon Kinder	< 150
Seit Beginn der Epidemie an AIDS Verstorbene	~ 20.000
Im Jahr 2002 neu festgestellte HIV-Infektionen	~ 2.000
• davon Männer	~ 1.500
• davon Frauen	~ 500
• davon Kinder	< 20
Infektionswege (geschätzt):	
• Homosexuelle Kontakte bei Männern	50 %
• Herkunft aus Hochprävalenzgebiet (z. B. südliches Afrika)	24 %
• Heterosexuelle Kontakte	16 %
• intravenöser Drogengebrauch	10 %
• Mutter-Kind-Übertragung	< 1 %

Quelle: Robert Koch-Institut (RKI), www.rki.de

Achtung: Im November, also rechtzeitig zum Welt-AIDS-Tag, veröffentlicht das Robert Koch-Institut die Zahlen für das Jahr 2003. Abrufbar sind diese dann ebenfalls unter www.rki.de: Auf „Gesundheit und Krankheiten“ klicken, dann auf „Infektionskrankheiten“, auf „HIV und AIDS“ und schließlich auf „Epidemiologie“. Dort sind auch weitere epidemiologische Informationen abrufbar, z. B. im „Epidemiologischen Bulletin“, das zum Download bereit steht.

HIV und AIDS global

Quelle: www.unaids.org

	Menschen, die Ende 2002 mit HIV/AIDS lebten					HIV-Neuinfektionen 2002			AIDS-Tote 2002		
	Erwachsene und Kinder	Erwachsene (15–49 J.)	Kinder (< 15 J.)	Anteil der Frauen an den infizierten Erwachsenen	Prävalenz (Anteil d. Infizierten an d. Bevölkerung)	Erwachsene und Kinder	Erwachsene (15–49 J.)	Kinder (< 15 J.)	Erwachsene und Kinder	Erwachsene (15–49 J.)	Kinder (< 15 J.)
Subsahara	29.400.000	26.500.000	2.800.000	58 %	8,8 %	3.500.000	2.700.000	720.000	2.400.000	1.800.000	550.000
Ostasien/ Pazifik	1.200.000	1.200.000	4.000	24 %	0,1 %	270.000	270.000	3.000	45.000	43.000	2.000
Australien/ Neuseeland	15.000	15.000	< 200	7 %	0,1 %	500	500	< 100	< 100	< 100	< 100
Süd- und Südostasien	6.000.000	5.800.000	240.000	36 %	0,6 %	700.000	640.000	60.000	440.000	400.000	43.000
Osteuropa/ Zentralasien	1.200.000	1.200.000	16.000	27 %	0,6 %	250.000	250.000	1.000	25.000	25.000	< 100
Westeuropa	570.000	560.000	5.000	25 %	0,3 %	30.000	30.000	< 500	8.000	8.000	< 100
Nordafrika/ Mittlerer Osten	550.000	510.000	40.000	55 %	0,3 %	83.000	70.000	13.000	37.000	30.000	6.800
Nordamerika	980.000	970.000	10.000	20 %	0,6 %	45.000	45.000	< 500	15.000	15.000	15.000
Karibik	440.000	420.000	20.000	50 %	2,4 %	60.000	50.000	7.000	42.000	35.000	7.000
Lateinamerika	1.500.000	1.455.000	45.000	30 %	0,6 %	150.000	140.000	10.000	60.000	55.000	5.000
Insgesamt	42.000.000	38.800.000	3.200.000	50 %	1,2 %	5.000.000	4.200.000	800.000	3.100.000	2.500.000	610.000

Südliches Afrika

Am schlimmsten von der Epidemie betroffen sind die Regionen südlich der Sahara. Allein dort sind fast **30 Millionen** mit HIV infiziert. Von den insgesamt 42 Millionen Menschen mit HIV weltweit leben 70 Prozent der Erwachsenen und 86 Prozent der Kinder im südlichen Afrika. In den am schlimmsten betroffenen Ländern – z. B. Botswana, Namibia, Südafrika, Swasiland, Simbabwe – wird nach vorsichtigen Schätzungen etwa ein Drittel der heute 15-Jährigen an AIDS sterben. Die Menschen verarmen, und es steht zu befürchten, dass das gesamte gesellschaftliche Gefüge aus dem Gleichgewicht gerät, denn es sind vor allem die jüngeren, arbeitsfähigen Menschen, die sterben – Arbeiter/innen, Handwerker/innen, Lehrer/innen, Manager/innen, Polizeibeamte, Politiker/innen... Ganzen Gemeinden, Regionen und Nationen droht der Kollaps des öffentlichen und sozialen Lebens. Wenn nicht sofort energisch gehandelt wird, wird sich eine solche Katastrophe auch in Asien, Osteuropa und der Karibik ereignen.

Süd- und Südost-Asien

Schwer betroffen ist auch Süd- und Südost-Asien, wo **6 Millionen Menschen** mit HIV leben. Noch sind es nicht die absoluten Zahlen, sondern die atemberaubenden Zuwachsraten, die befürchten lassen, dass Asien neben Afrika zur zweiten HIV-Katastrophenregion werden könnte. Zum Beispiel China: Am Ende dieses Jahrzehnts, so schätzen UN-Experten, könnten in China 10 Millionen Menschen HIV-infiziert sein. Ähnliche Prognosen lassen sich für andere Länder Asiens erstellen.

Prävention kann wirksam sein – das zeigen die Beispiele Thailand und Kambodscha, wo durch aufwendige Kampagnen die Zahl der Infektionen stark reduziert werden konnte. „Für den größten Teil Asiens beginnt AIDS jedoch erst“, sagt Peter Piot, Direktor des AIDS-Programms der Vereinten Nationen (UNAIDS). „Wenn jetzt gehandelt wird, um die AIDS-Epidemie aufzuhalten, bevor sie richtig begonnen hat, wird das später Millionen Leben retten.“ Andernfalls, so Piot weiter, wird AIDS auch in Asien ganze „Gesellschaften aus dem Gleichgewicht bringen und deren Produktivität zerstören“.

Osteuropa und Zentralasien

Hier leben rund **1,2 Million** Menschen mit HIV, und die Infektionszahlen steigen zurzeit enorm schnell. Besonders stark betroffen sind die Länder, die früher zur Sowjetunion gehört haben. Im Jahr 2002 wurden in Osteuropa und Zentralasien 250.000 Neuinfektionen registriert (gegenüber 100.000 im Jahr 2001, 68.000 im Jahr 2000 und 15.000 im Jahr 1998). Der Großteil der Neuinfizierten ist unter 30 Jahre alt, die meisten von ihnen (etwa drei Viertel) sind Männer. Die am stärksten betroffene Gruppe sind Menschen, die sich Drogen injizieren; die Gefahr ist jedoch sehr groß, dass das Virus auch auf ihre Sex-Partner/innen übertragen wird und weitere Gruppen von der Infektion erfasst werden (z. B. MSM, Prostituierte und ihre Kunden). Alarmierend angestiegen sind auch die Infektionen durch Blutkonserven, vor allem in Ländern, in denen Blutspender Geld erhalten (z. B. in der Ukraine). Viele Länder sind nicht in der Lage, alle Blutspenden auf HIV zu testen.

West-Europa

Hier sind etwa **570.000 Menschen** mit HIV infiziert. Der Trend in Westeuropa: Sinkende Infektionszahlen bei den Drogen Gebrauchenden, stabile Zahlen bei „Männern, die Sex mit Männern haben“ (MSM), Anstieg der Infektionen unter Heterosexuellen (seit 1996; nicht nur, aber besonders bei Menschen aus afrikanischen Ländern südlich der Sahara).

Stand: Ende 2002; Quellen: UNAIDS (www.unaids.org), für West- und Osteuropa auch EuroHIV (www.eurohiv.org)

Welt-AIDS-Tag

Der Welt-AIDS-Tag wird seit 1988 jährlich am 1. Dezember begangen, nachdem sich an diesem Tag die Gesundheitsminister auf einem Weltgipfel für eine von sozialer Toleranz geprägte Gesinnung und einen intensiveren Austausch von HIV- und AIDS- bezogenen Informationen aussprachen.

Er ist ein Tag der Solidarität mit Menschen mit HIV und AIDS und denen, die ihnen nahestehen, aber auch ein Tag, an dem deutlich gemacht wird, dass für diese Menschen jeder Tag des Jahres ein AIDS-Tag ist.

Die AIDS-Hilfen nehmen ihn zum Anlass, auf vielen Veranstaltungen – von Infotischen in der Fußgängerzone über Podiumsdiskussionen bis zu Benefizabenden – ihre Arbeit darzustellen und zu Spenden aufzurufen, um ihre praktische Arbeit – Aufklärung, Information, Beratung, Betreuung, Pflege und Selbsthilfe – finanzieren zu können.

Der Welt-AIDS-Tag ist aber auch ein Tag der Mahnung an die Politikerinnen und Politiker, sich ihrer politischen und finanziellen Verantwortung für eine AIDS-Politik zu stellen, die an den Lebensrealitäten der Hauptbetroffenengruppen ausgerichtet ist.

Die vorangegangenen Welt-AIDS-Tage standen unter folgenden Mottos:

- „Schließt euch den weltweiten Bemühungen an“ (1988)
- „Unser Leben, unsere Welt - lasst uns füreinander sorgen“ (1989)
- „Frauen und AIDS“ (1990)
- „Gemeinsam die Herausforderung annehmen“ (1991)
- „Eine gesellschaftliche Verpflichtung“ (1992)
- „Zeit zu handeln“ (1993)
- „Familien kümmern sich“ (1994)
- „Gemeinsame Rechte, gemeinsame Verantwortung“ (1995)
- „Eine Welt - eine Hoffnung“ (1996)
- „Kinder in einer Welt mit AIDS“ (1997)
- „Impulse für den Wandel – Welt-AIDS-Kampagne mit jungen Menschen“ (1998)
- „Einander zuhören – voneinander lernen – miteinander leben“ – Welt-AIDS-Kampagne mit Kindern und jungen Menschen (1999)
- „AIDS: Männer stellen sich der Verantwortung“ (2000)
- „AIDS: das geht mich an ... dich auch?“ (2001)
- „Leben und leben lassen“/„Ausgrenzung macht krank“ (2002)

Die Rote Schleife

Im Frühjahr 1991 entwickelte die Künstlergruppe *Visual AIDS* in New York die Idee für ein weltweites Symbol im Kampf gegen AIDS, ein Symbol für Solidarität und Toleranz gegenüber den von der Gesellschaft oftmals ausgegrenzten Menschen mit HIV und AIDS. In Anlehnung an die gelben Schleifen, die damals in den USA als Zeichen des Gedenkens an die im Golfkrieg kämpfenden Soldaten noch sehr präsent waren, entstand die Rote Schleife – das RED RIBBON.

Die Rote Schleife symbolisiert weltweit Solidarität mit HIV-Positiven und AIDS-Kranken und vereint die Menschen im gemeinsamen Kampf gegen die Immunschwäche.

Dass die Wahl auf die Farbe Rot fiel, hatte symbolische Gründe: Rot steht für Blut ebenso wie für Leidenschaft – im Sinne von Wut, aber auch von Liebe.

Nach ersten Aktionen in der New Yorker Kunstszene visierte *Visual AIDS* alsbald die Verleihung des Tony Award an. In einer Blitzaktion verschickten Freiwillige Briefe und RED RIBBONS an alle Teilnehmer. Der Filmschauspieler Jeremy Irons war leider einer der wenigen Künstler, die an diesem Abend mit der Roten Schleife erschienen. Über die Bedeutung des Symbols erfuhren die Leute damals nichts.

Inzwischen kennt fast jeder in den USA das RED RIBBON. Nach Europa kam es erstmals am Ostermontag 1992, als beim *Freddie Mercury AIDS Awareness Tribute Concert* im Londoner Wembley-Stadion über 100.000 ROTE SCHLEIFEN verteilt wurden. Mehr als eine Milliarde Menschen in über 70 Ländern verfolgten das Konzert am Fernsehgerät. Am gleichen Tag nahm in London *RED RIBBON INTERNATIONAL* seine Arbeit auf.

Seither sind in zahlreichen Ländern Europas Gruppierungen nach dem Vorbild dieser ersten Organisation entstanden, Ende 1993 auch in Deutschland. Hier wurde das RED RIBBON erstmals bei der ZDF-Pop-Show 1993 verteilt, die europaweit ausgestrahlt wurde.

Die ROTEN SCHLEIFEN, die freiwillige Helfer/Innen per Hand fertigen, werden bei zahlreichen Veranstaltungen kostenlos verteilt. In der Regel wird dabei um eine Spende gebeten. So wird einerseits für Toleranz und Solidarität gegenüber den Menschen mit HIV und AIDS geworben, und andererseits können finanzielle Mittel gesammelt werden, auf die die AIDS-Hilfen und AIDS-Stiftungen dringend angewiesen sind.

RED RIBBONS kommen bei den unterschiedlichsten Gelegenheiten zum Einsatz: Im Kino, bei Konzerten, Festivals und Gala-Abenden sowie überregionalen Großveranstaltungen wie beispielsweise dem Christopher-Street-Day oder natürlich dem Welt-AIDS-Tag am 1. Dezember jedes Jahres.

Die Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Die **Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH)** ist seit 1985 der bundesweite Dachverband der mittlerweile über 125 regionalen AIDS-Hilfen. Ihr Sitz ist in Berlin, wo sie im Jahre 1983 gegründet wurde.

Sie vertritt die Interessen der Menschen mit HIV und AIDS und der von AIDS besonders gefährdeten Gruppen, kämpft politisch für Menschenwürde, kulturelle Vielfalt und soziale Sicherheit und bietet den fachlichen Rahmen, um lebensstilgerechte Beratung, Betreuung und Pflege zu gewährleisten. Dazu entwickelt sie Konzepte zur medizinischen Versorgung und psychosozialen Betreuung sowie zur ambulanten Pflege und Versorgung.

Im europäischen und internationalen Rahmen arbeitet die DAH in und mit Netzwerken und Institutionen wie dem *International Council of AIDS-Service-Organisations (ICASO)*, der Welt-Gesundheitsorganisation (WHO) und der EU zusammen. Sie sorgt für die Kommunikation mit Politik, Verwaltung und Verbänden und leistet Öffentlichkeitsarbeit im Interesse der Betroffenen.

Bis heute besteht bei der HIV- und AIDS-Prävention eine Arbeitsteilung. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), eine staatliche Einrichtung, wendet sich dabei vor allem mit allgemeiner Information an ein allgemeines Publikum. Die DAH als Interessenverband entwickelt vorrangig spezifische Angebote für jene Gruppen, die besonderen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind – schwule Männer, Stricher, Drogengebraucher/innen, Gefangene, Frauen in Risikokontexten –, sowie für Menschen mit HIV und AIDS.

Die Deutsche AIDS-Hilfe veröffentlicht Broschüren, Faltblätter, Plakate und Fachbücher, die in Inhalt, Stil, Motiv und Gestaltung auf unterschiedliche Bedürfnisse, Lebenswelten und Lebensstile zugeschnitten sind, und eröffnet Möglichkeiten zur Selbsthilfe durch Begegnung, Selbsterfahrung und Freizeitgestaltung. Seit 1990 veranstaltet sie die Bundesversammlung der Menschen mit HIV und AIDS. Darüber hinaus organisiert sie aber auch das Gespräch zwischen Menschen mit HIV und AIDS auf der einen Seite – den Expert(inn)en in eigener Sache – und Wissenschaft und Medizin auf der anderen Seite.

Eine weitere wichtige Funktion der DAH ist die Aus-, Fort- und Weiterbildung haupt- und ehrenamtlicher Mitarbeiter/innen der örtlichen und regionalen AIDS-Hilfen; dazu führt sie jährlich bundesweit etwa 400 Seminare durch.

Als Fachverband wird die Deutsche AIDS-Hilfe aus öffentlichen Mitteln gefördert; ihre Aufgaben als Interessen- und Dachverband erfüllt sie jedoch aus eigener Kraft.

Die **örtlichen AIDS-Hilfen** bieten Selbsthilfe- und Gesprächsgruppen für Menschen mit HIV und AIDS, ihre Freunde und Angehörigen an. Sie informieren und beraten in der schwulen Szene und unter Frauen, in der Drogenszene und bei Menschen, die anschaffen gehen.

Zu ihren Aufgaben gehört auch die Betreuung und Pflege von Menschen mit HIV und AIDS zu Hause, im Krankenhaus, im Justizvollzug und in Drogentherapieeinrichtungen, die telefonische und persönliche Beratung von Menschen aus allen Bevölkerungsgruppen, Aufklärungs- und Fortbildungsveranstaltungen für verschiedene Bevölkerungs- und Berufsgruppen sowie Presse- und Öffentlichkeitsarbeit auf örtlicher Ebene.