

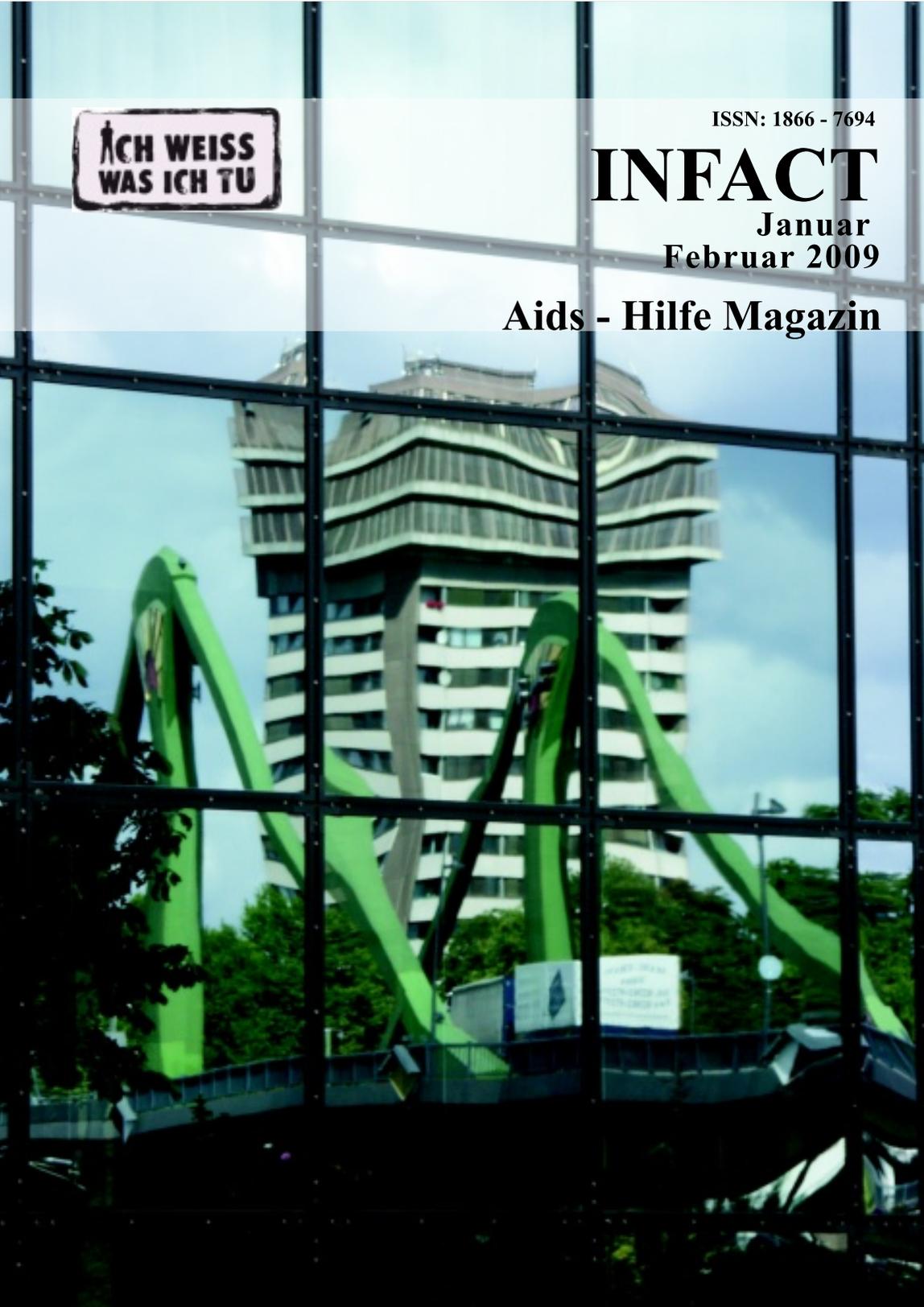
**ICH WEISS  
WAS ICH TU**

ISSN: 1866 - 7694

**INFACT**

**Januar  
Februar 2009**

**Aids - Hilfe Magazin**



## Richtig rubbeln! (3/4)

### Rubbelkarte Nr. 2

Ein großer Teil der Ansteckungen mit HIV geschieht, wenn der Sex-Partner sich vor kurzem selbst erst angesteckt hat und davon noch nicht einmal wissen kann.

Stimmt, denn in den ersten Wochen nach einer HIV Infektion ist die Viruskonzentration besonders hoch.

Nein, man ist immer gleich ansteckend.

Stimmt nicht, infektiös wird man erst, wenn man Aids hat.

### Rubbelkarte No. 3

Hepatitis B ist unter Männern, die Sex mit Männern haben, stark verbreitet. Hepatitis B ist erheblich ansteckender als HIV und kann einen lebensbedrohlichen Verlauf nehmen.

Da kann man nix machen.

Es gibt eine kostenlose Kombi-Impfung gegen Hepatitis A und B. Sprich Deinen Arzt darauf an.

Eine Ansteckung mit Hepatitis B ist trotz Safer Sex möglich.

Das Präventiosspiel der Hessischen AIDS-Hilfen mit den Rubbelkärtchen sorgte auf dem letztjährigen Frankfurter CSD für viel Gesprächsstoff rund um sexuell übertragbare Krankheiten. Testen auch Sie den Stand ihres aktuellen Wissens über HIV und Aids! Pro Rubbelkärtchen sind mehrere Antworten möglich. Die Auflösung auf die Fragen finden Sie auf Seite 31 ff



**Die Kombination von Poppers und Viagra oder anderen Potenzpillen kann tödlich sein**

[www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de)



## Inhalt

- 2** Was darf der Mensch mit sich? von Professor Winfried Hassemer
- 9** Gepflegt alt werden - aber wo? Isabella Müller und Klaus Dörner im Gespräch mit Christine Holch
- 15** Impressum
- 16** Schwerpunktthema Alkohol: Jeder Drogenkonsum ist eine Bewältigungsstrategie für Verletzungen und Ausgrenzungen - Infact sprach Dr. Heino Stöver
- 22** Prävention kennt keine Moral? Ethische Grenzen der Gesundheitsförderung von Stefan Etgeton
- 26** Wir versuchen Menschen zu ermutigen, ihren Immunstatus zu klären - Interview mit DAH-Vorstandsfrau Sylvia Urban
- 30** Gefälschtes Viagra von Jutta Rippegather
- 32** Richtig rubbeln (3/4) Auflösung

## Liebe Leserinnen und Leser!

1

wir dokumentieren in diesem Heft die Rede des ehemaligen Vizepräsidenten des Bundesverfassungsgerichtes Prof. Winfried Hassemer zum Welt Aids Tag 2008 in der Frankfurter Paulskirche. Mit der Frage, was Prävention darf, beschäftigt sich Dr. Stefan Etgeton von der Bundeszentrale für Verbraucherschutz. Christine Holch und die Zeitschrift Chrismon haben uns freundlicherweise die Abdruckgenehmigung für ein Gespräch mit Prof. Klaus Dörner, dem Psychiatriereformer und Isabelle Müller, der Leiterin für Qualitätsmanagement eines privaten Pflegeheimbetreibers zu den Perspektiven der Pflege gegeben. Mit Prof. Heino Stöver haben wir über die Möglichkeiten gesprochen, problematischen Alkoholkonsum jenseits der Abstinenz in den Griff zu bekommen, mit Sylvia Urban aus den Vorstand der Deutschen AIDS-Hilfe über ein Memorandum des Aids - Ausschusses der Landesärztekammer Mecklenburg Vorpommern zu Fragen der Prävention. Die Frankfurter Rundschau hat uns einen Artikel über die Probleme der Einfuhr von Viagra über das Internet zur Verfügung gestellt. Hier ist der zusätzliche Warnhinweis angebracht, dass die gleichzeitige Verwendung von Poppers und Viagra leicht einmal tödlich sein kann. Die Rubbelkarten der Hessischen Aids-Hilfe beschäftigen sich diesmal mit Hepatitis und mit der Gefährlichkeit frischer HIV-Infektionen. Kommen Sie heil durch das Neue Jahr, das wünscht Ihnen Ihre Redaktion aus Offenbach

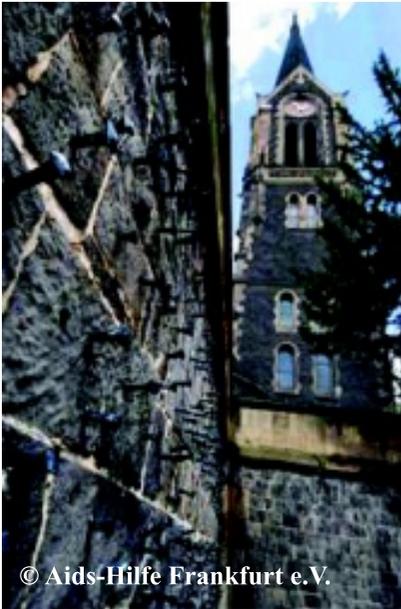
## 2 Was darf der Mensch mit sich?

von Professor Winfried Hassemer

Rede zum Welt-Aids-Tag 2008 in der Frankfurter Paulskirche

Eine elektrisierende Frage – vielleicht gerade deshalb, weil die Antwort doch auf der flachen Hand liegt: Alles darf der Mensch mit sich! Wir erkennen aus guten Gründen kein Naturrecht mehr an, das

austreten (und sich so vermutlich das ewige Feuer auf den Leib ziehen), er darf sich sogar umbringen. Woran sollte es denn dann noch fehlen? Alles andere, das ihm verboten sein könnte, ist doch harmloser als Tod und Teufel. Wenn er das mit sich darf, dann darf er auch alles andere. Sollte man meinen.



© Aids-Hilfe Frankfurt e.V.

uns die Regeln unseres Zusammenlebens von außen verordnet hat, wir leben immer noch vom Vermächtnis der Aufklärung, die den Menschen als alleinigen Gesetzgeber über sich selbst eingesetzt hat – was also sollte den Menschen daran hindern, „mit sich“ zu machen, was er will? Er darf aus der Kirche

### I. Private Autonomie

Die Hand, auf der diese Antwort liegt, ist freilich zu flach. Schauen wir uns drei Beispiele aus der gut geordneten Welt des Strafrechts an, die der Antwort „Alles darf der Mensch mit sich“ offensichtlich scharf widersprechen, und fragen uns dann, was sie uns zu sagen haben.

§ 17 des Wehrstrafgesetzes bedroht die „Selbstverstümmelung“ mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren und erfasst sogar den Versuch. Der Soldat darf sich nicht „zum Wehrdienst untauglich“ machen oder machen lassen, wie es dort heißt. Die Erklärung scheint mir einfach zu sein: Der Körper des Soldaten gehört nicht nur dem Soldaten, er gehört auch uns allen, die er notfalls verteidigen soll; der Soldat, der sich zur rechten Zeit ein Bein abschneidet, tut also nicht nur etwas mit sich, er tut auch etwas mit uns.

§ 228 des Strafgesetzbuchs (StGB) legt fest, dass die Einwilligung des Betroffenen seine Körperverletzung nur dann rechtfertigt, wenn die Tat nicht gegen die guten Sitten verstößt. Wer also seinen Partner auf dessen Verlangen hin würgt, um ihn sexuell zu stimulieren, sollte das nicht an die große Glocke hängen. Dieses Verbot, das die autonome Entscheidung des „Opfers“, sich am Körper verletzen zu lassen, nicht ernst nimmt, ist weniger leicht zu erklären. Man könnte es abtun als ein Relikt aus Opas Zeiten: Was sind schon die „guten Sitten“ in einer globalisierten Welt?! Was man damit jedenfalls nicht abtun kann, ist die Tatsache, dass das Strafgesetzbuch, ähnlich wie das zitierte Wehrstrafgesetz, den Raum verkürzt, in dem der Mensch nur „mit sich“ ist; in diesem Raum stehen nämlich auch die „guten Sitten“ und verzehren einen Teil der Handlungsoptionen des Menschen.

Ganz schwierig wird es mit dem dritten Beispiel. Während wir uns im Grundsatz fast alle einig sind, dass der autonome, wohlüberlegte Suizid (und die unterstützende Beihilfe dazu) erlaubt ist, macht sich strafbar, wer einen anderen deshalb tötet, weil der, wenn er sein Sterben nicht mehr selbst bewirken kann, seinen Tod „ausdrücklich und ernstlich“ verlangt hat (§ 216 StGB). Eine schmale Grenze zwischen Selbsttötung und Tötung auf

Verlangen: Ich darf mich selber töten, aber nicht einen anderen, auch wenn der seinen Tod in aller Freiheit und mit allem Nachdruck will.

Man könnte das, in unserer Sprache, so erklären: Der Suizid gehört zu dem, was der Mensch mit sich selber macht, die Tötung eines Sterbewilligen aber verlässt diesen Bereich von Autonomie. Das leuchtet ein, aber wie rechtfertigt es sich? Ist diese Unterscheidung zwischen Sterben und Hilfe zum Sterben nicht zu äußerlich, zu mechanistisch? Kommt da nicht eine irrationale Angst vor dem Tod hoch? Oder ist diese Angst vielleicht ganz rational, weil uns der Tod verhüllt ist, weil wir ausgerechnet bei der Tötung eines Menschen nicht wissen, wie das Rechtsgut, das hier verletzt worden ist, „wirklich“ aussieht, was es für das Opfer „bedeutet“, tot zu sein?

Ich lasse das dahinstehen, wir sind nicht in einer Vorlesung. Es reicht mir aus, plausibel gemacht zu haben, dass der Raum, in dem der Mensch mit sich selbst ist, nicht so leer ist wie man das auf den ersten Blick annehmen könnte. Denn jetzt sind wir vorbereitet für die Frage, welche Dimensionen dieser Raum von Privatheit und Autonomie hat, wo der Mensch mit sich machen darf, was er will, wie dieser Raum aussieht, welche anderen Räume in seiner Nachbarschaft liegen und was das für die Privatheit bedeutet.

## 4 II. Bindung

Beginnen wir wiederum mit einem Beispiel. Alle diejenigen, die, wie auch wir zum Anfang unserer Überlegungen, den Raum privater Autonomie, den Ort, wo der Mensch mit sich alles darf, für praktisch unbegrenzt halten, müssen nicht geradezu umdenken, müssen sich aber doch beunruhigen lassen von der Frage, ob es heutzutage solche Räume überhaupt noch gibt außerhalb bürgerlicher, intellektueller und zivilgesellschaftlicher Phantasie. Ist es denn nicht so, dass der Selbstmörder nur unter dem Schirm einer emanzipatorischen Theorie bloß für sich selber handelt, in einer humanen und sozialen Praxis aber durchaus auch in fremde Räume übergreift, etwa in den seines Lebenspartners, der das tief verletzende Gefühl haben kann, der habe sich aus dem Staub gemacht? Gilt Ähnliches nicht für seine Kinder und seine Freunde? Und ist es nicht so, dass, je intensiver wir vernetzt und mit anderen verbunden sind in einer globalisierten Welt, die Räume privater Autonomie immer enger werden, dass also Handlungsfreiheit eine negative Funktion humaner und sozialer Bindung ist – je mehr Bindung, desto weniger Freiheit? „Einsamkeit und Freiheit“ beschreibe dann nicht nur die forschende und lehrende Wissenschaft, sondern jegliches vergesellschaftete Leben. Je mehr Ein-

samkeit, desto mehr Freiheit; der Mensch darf mit sich umso mehr, je weniger er nach außen hin und von außen her gebunden ist.

So kann man das sehen. Und wenn man es so sieht, dann muss man bei der Beschreibung privater Räume und bei der Überlegung, was der Mensch mit sich darf, noch einmal neu ansetzen. Es greift zu kurz und verzerrt das Bild, sich den Raum autonomer Entscheidung als isoliert vorzustellen. Dieser Raum ist anderen Räumen benachbart und mit ihnen verbunden, in denen es um Formen der Vergesellschaftung geht. Bindung und Freiheit sind nicht Gegenpole, sondern brauchen einander. Freitag ist auf Robinsons Insel längst angekommen. Was heißt das konkret für Räume privater Autonomie heute?

Um mit der Antwort gleich ins Haus zu fallen und in drei kurzen Sätzen zu sagen, worauf ich hinaus will: Es bleibt richtig, dass der Mensch im Raum seiner privaten Autonomie frei ist, dass er dort mit sich machen darf, was er will. Es ist aber auch wahr, dass er in unseren Tagen mit dieser Freiheit immer weniger anfangen kann, weil der Raum der Freiheit immer enger wird. Was den Raum eng macht, sind Prozesse von Bindung, von Vergesellschaftung und Vernetzung, aber auch von Kontrolle.

Ich behaupte also, dass das liberale

Erbe der Aufklärung, dass der Wert der Privatheit in unserer Alltags- und auch in unserer Rechtskultur als Prinzip und als Grundnorm lebendig ist, dass die Freiheit aber unter scharfen Druck gerät durch wachsende Bedürfnisse gesellschaftlicher Versicherung und Intervention.

Wie sich beispielsweise an der fortwährenden Erlaubnis der Selbsttötung zeigt, wie sich aber auch vor Jahrzehnten etwa an der Karriere der Privatheit im Datenschutz oder der Entkriminalisierung des Sexualstrafrechts und seiner Konzentration auf Gewalt und Jugendschutz belegen lässt, ist uns der Glanz privater Autonomie noch nicht verblasst; vor allem der Staat hat, vor allem ab dem zweiten Drittel des letzten Jahrhunderts, Räume privater Autonomie weit geöffnet und damit beispielsweise neue und vor allem gesicherte Formen partnerschaftlichen Zusammenlebens möglich gemacht.

Dennoch hat sich die Balance zwischen Sicherheit und Freiheit nachdrücklich zu Lasten der Freiheit verschoben. Wie wir an der Karriere der Sicherheit und der Kontrollbedürfnisse in unseren Tagen beobachten können, an dem lauten Ruf nach einer Verschärfung gesetzlicher, justitieller und polizeilicher Eingriffe in private Bereiche von der Wohnung bis zum Computer, werden die Räume eng, in denen

der Mensch mit sich machen kann, was er will. Heutzutage ist es nicht mehr verlässlich möglich, sich fremde Beobachtung durch schlichte Gesetzestreue vom Leibe zu halten. Daran wird sich nach meiner Einschätzung in absehbarer Zeit nichts ändern.

Diese Diagnose bestätigt sich – mir jedenfalls - auch in den Erfahrungen, die wir derzeit mit dem Rauchverbot machen dürfen oder machen müssen. Rauchen galt Jahrzehnte lang als Privatsache, als etwas, das der Mensch mit sich machen durfte. Bevor sich die Gefahren des Rauchens herumgesprochen hatten, machte der rauchende Mensch mit sich etwas Elegantes und Genussreiches, und als der Lungenkrebs an die Tür klopfte, machte er etwas Gefährliches, ja Tödliches mit sich. Aber er machte alles immer noch mit sich, und deshalb hatten die Gegner des Rauchens keine Chance eines behördlichen Verbots. Diese Chance bekamen sie erst dann, als es gelungen war, Rauchen als etwas zu verständlich zu machen, das der Raucher nicht nur mit sich selbst, sondern auch mit anderen anstelle: als das Rauchen aufhörte, eine Privatsache zu sein, als die Gefährdung der herumsitzenden Nichtraucher behauptet werden konnte, als aus dem Raucherschutz ein Nichtraucherschutz wurde. Dann ging alles sehr schnell. Der Raucher, der zuvor normativ mit

6 sich alleine war und der deshalb durfte, was er wollte, tritt nunmehr als jemand auf, der sich selbst zur Waffe macht – gegen Leben und Gesundheit der Nichtraucher. So ist das mit Privatheit und Vergesellschaftung.

Auch wenn man, wie ich, die Verengung privater Räume bedauert und bekämpft, darf man freilich nicht das Kind mit dem Bade ausschütten und glauben, bei uns breche eine Welt des Privaten zusammen, werde Autonomie von Vergesellschaftung aufgefressen, werde unmöglich gemacht, „sich selbst zu gehören“, wie das Bundesverfassungsgericht es einmal so schön und kräftig formuliert hat. Dasselbe Gericht hat nämlich ausgerechnet bei seinem lautesten Gesang auf die private Freiheit - im Urteil über die Volkszählung, das den Datenschutz zum Grundrecht gemacht hat – auf die Schranken der Freiheit verwiesen und festgehalten, dass „der Einzelne ... eine sich innerhalb der sozialen Gemeinschaft entfaltende, auf Kommunikation angewiesene Persönlichkeit“ sei, und hat das mit „Gemeinschaftsbezogenheit und Gemeinschaftsgebundenheit der Person“ konnotiert.

So ist es richtig: Auch wenn man die Einschränkungen der Privatheit bekämpft, darf man den Wert der Vergesellschaftung nicht gering achten. Der Weg, Privatheit dadurch zu mehren und zu sichern, dass Ver-

gesellschaftung madig gemacht oder umgangen wird, ist ein Holzweg. Die Räume der Privatheit sind von Räumen des Sozialen umgeben, stehen in ihrem Einfluss, ja leben auch von ihnen. Wir können der Privatheit nicht aufhelfen, wenn wir nicht auch in diese Räume gehen und uns dort aufmerksam umsehen. Dort finden wir den Staat mit seinen Verboten, die Nachbarn mit ihren Interessen, die Freunde mit ihren Erwartungen.

### III. Solidarität

Das möchte ich an einem letzten Beispiel verständlich machen: am Grundsatz der Solidarität. Solidarisches Handeln ist eine – nicht die einzige, aber eine wichtige – Brücke zwischen Privatheit und Vergesellschaftung. Solidarität macht heutzutage, das ist meine These, Privatheit erst möglich und begrenzt sie zugleich; sie schafft Voraussetzungen privaten Handelns und erweitert sie auch, und an ihren Grenzen lässt sich die Grenze dessen erkennen, was der Mensch heute mit sich darf. Ohne Solidarität ist in komplexen Gesellschaften wie der unseren Privatheit nicht viel wert. Solidarität macht Räume privaten Handelns sicherer und weiter, und wo unsere Bereitschaft, solidarisch zu handeln, ein Ende hat, findet auch der Raum, in dem ich mit mir tun kann, was ich will, seine Wand.

Wenn wir uns für die Stunde der Not nicht mehr auf die solidarische Reaktion unserer Umwelt verlassen könnten, würden wir große Risiken nicht eingehen, soweit wir noch bei Trost sind; die Räume privater Optionen wären entschieden enger. Dass Menschen mit riskanten Entscheidungen weit gehen, dass sie auf Berge steigen, Drachen fliegen oder ungeschützten Geschlechtsverkehr haben, hat auch mit ihrer Umwelt zu tun: mit Versicherungen, Krankenversorgung oder freundschaftlicher Treue. Bindung und Vernetzung können der Privatheit also auch aufhelfen. Dass wir auf solidarischen Beistand nicht immer einen verbrieften Anspruch haben, wie etwa gegenüber einer Versicherung, sondern eine begründete Hoffnung, wie bei der Freundschaft, ändert nichts daran, dass die Erwartung von äußerer Hilfe unsere Optionen von Selbstgefährdung vermehrt.

Und endlich: Wo verlaufen die Grenzen von Solidarität, von denen ich behauptete, sie seien auch die Grenzen dessen, was wir mit uns dürfen? An welcher Stelle sagen wir, diese private Entscheidung gehe uns, die anderen, nichts mehr an, da müsse der Mensch, der so gehandelt hat, die Folgen seines Handelns mit sich selbst ausmachen? Eine schwierige Frage und zwei kurze Überlegungen.

Die erste: Diese Grenzen sind beweglich. Sie werden auch von politi-

sehen und rechtlichen Kriterien mitbestimmt und sind von der jeweiligen Kultur einer Gesellschaft abhängig. Das wird beispielsweise einsichtig angesichts der Praxis, die Kosten der Absicherung von Spielen der Eintracht aus dem Steuersäckel zu bezahlen und sie damit solidarisch von uns allen einzufordern, oder der Frage, wer für den Polizeischutz des dänischen Karikaturisten Kurt Westergaard aufkommen muss, der schon einmal den Propheten Mohammed mit einer Bombe im Turban gezeichnet hat und nunmehr damit fortfahren möchte. Das geht beidesmal nicht ab ohne eine Antwort auf die Frage, wie wichtig der jeweiligen Gesellschaft der Profifußball und die Pressefreiheit sind; diese Antwort bestimmt mit über die Grenzen der Solidarität und die Räume des privaten Dürfens. Ein weites Feld.

Die zweite Überlegung: Vielleicht gibt es jedenfalls ein negatives Kriterium zu den Grenzen der Solidarität, das Bestand hat. Es mag sein, dass Frechheit siegt, wie der Volksmund meint. Mit Sicherheit aber weckt sie keine solidarischen Gefühle. Wir sind nicht solidarisch mit dem, der sich über andere zu deren Schaden überhebt. Wir sind solidarisch mit dem Armen, mit dem Verunglückten, mit dem, aus dessen Umgang mit sich selbst eine Verletzung erwächst, die er nicht kalt eingeplant hat. Solidarität ist

- 8 eben ein gemeinsames Projekt, an dem alle mittragen müssen, und sie ist, solange sie nicht gesetzlich festgeschrieben und damit auf Dauer gestellt ist, eine zarte Pflanze.

#### IV. Einladung

Das war mein Versuch über den Grund und die Grenzen des Rechts, mit sich zu tun, was man will. Ich will nicht schließen, ohne Ihnen noch eine Einladung zum Weiterdenken auf den Tisch zu legen. Darauf steht: Die Achtung der Menschenwürde hält unseren Rechtsstaat und unsere Kultur zusammen, daran kann kein Zweifel sein. Meine Fra-

ge an Sie: Gehört die Achtung der Menschenwürde mit zu den Grenzen dessen, was der Mensch mit sich darf, oder wäre das erst ein Konzept von übermorgen?

**Professor Winfried Hassemer** war von 1996-2008 Richter am Bundesverfassungsgericht.

Die hier wiederabgedruckte Rede "Was darf der Mensch mit sich?" hielt er anlässlich des Welt-Aids-Tages am 01.12.2008 in der Frankfurter Paulskirche, der unter dem Motto "Verhandelt Euch! Das Leben ist einfach anders" stand.



## Gepflegt alt werden

Aber wo? Eine Heim-Managerin und ein Heim-Kritiker über das ideale Zuhause für die allerletzten Jahre

**Klaus Dörner**, 74, hat die Reform der Psychiatrie geprägt. Er leitete ein Großheim für psychisch Kranke und geistig Behinderte in Gütersloh und konnte es am Ende überflüssig machen. In seinem Buch "Leben und sterben, wo ich hingehöre" schildert er neue Wege der Altenbetreuung. Der emeritierte Professor ist Mitglied im Präsidium des Deutschen Evangelischen Kirchentags und lebt in Hamburg.

**Isabella Müller**, 51, ist in der Geschäftsleitung von Pro Seniore und dort unter anderem zuständig für Innovation und Qualitätsmanagement. Mit 17000 Plätzen in 120 Häusern ist Pro Seniore der größte private Altenpflegeheimbetreiber in Deutschland. Isabella Müller ist außerdem im Vorstand des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Rheinland-Pfalz. Sie lebt in Saarlouis.

**chrismon: Die meisten Menschen sagen: Bloß nie ins Heim! Verstehen Sie das?**

**Isabella Müller:** Ja, natürlich. Ich kenne keinen Menschen, der ins Pflegeheim möchte. Ich auch nicht. Jeder möchte möglichst für immer im gewohnten Umfeld bleiben können.

**chrismon: Warum sind dann so viele im Pflegeheim?**

**Müller:** Das Heim hat auch Vorteile — wenn ein Mensch vereinsamt, wenn der pflegende Angehörige selbst schon so alt oder so krank ist, dass er plötzlich ausfällt. Und das Heim kann eine Entlastung sein: wenn es den Angehörigen jene Aufgaben abnimmt, die für sie sehr schwierig sind, etwa die Inkon-

tinenzversorgung, ihnen aber alles andere lässt — also die Zuwendung, das Schöne-Erlebnisse-Schaffen. Dann hat man viel gewonnen.

**Klaus Dörner:** Das Merkwürdige ist: Die Heime sind im Vergleich zu den 60er Jahren viel besser geworden, aber sie werden immer weniger akzeptiert. Weil die Menschen immer empfindlicher auf die Einschränkung ihrer Individualität reagieren. Das Grundgesetz verbietet es ja auch, Menschen einem „besonderen Gewaltverhältnis“ zu unterwerfen. Außer es gibt keine Alternative dazu, wie im Gefängnis oder beim Militär. Aber zum Altenheim gibt es heute Alternativen. Deshalb wird es immer schwieri-

10 ger zu begründen, warum jemand ins Heim muss.

**chrismon: Altenpflege-Immobilien werden als prima Geldanlage empfohlen weil man 2050 doppelt so viele Pflegeplätze brauche wie heute. Soll ich da mein Ersparnis anlegen?**

**Dörner:** Tun Sie das ruhig, Sie werden irgendwann in den Miesen landen. Weil keiner in die Heime will. Wir Alten sind keine Minderheit mehr, solche großen Gruppen kann man nicht mehr institutionalisieren. Wir suchen dritte Wege — zwischen den eigenen Wänden und dem Heim.

**chrismon: Frau Müller, dann geht Ihr Unternehmen ja einer schwarzen Zukunft entgegen!**

**Müller:** Nein, überhaupt nicht. Das Pflegeheim wird - leider - immer seine Berechtigung haben. Denn je älter die Menschen werden des vielfältiger werden auch die Krankheitsbilder. Und da ist die Pflege manchmal nur stationär möglich.

**Dörner:** Es ist aber erwiesen, dass die intensive Pflege auch in anderen Settings geht, insbesondere in den ambulanten Wohnpflege um die Ecke in meinem Viertel.

**Müller:** Natürlich sehen wir den Wunsch der Menschen, möglichst bis zuletzt im gewohnten Umfeld leben zu können. Und wehe den Profis, die diesen Wunsch nicht beachten, die diese Entwicklung verschlafen! Die haben irgendwann leere Häuser.

**chrismon: Wie reagiert Ihr Unternehmen denn auf den Wunsch, zu Hause zu bleiben?**

**Müller:** In einigen unserer Residenzen haben wir „Vitalcenter“, wo Sie nach einem Schlaganfall oder einem Klinikaufenthalt in zwei, drei Monaten wieder so fit gemacht werden, dass Sie nach Hause können. Weil Sie sich wieder selbst anziehen können, selbst waschen. Das ist etwas, was nur ein Pflegeheim mit seinen Therapeuten und Krankengymnastinnen kann.



**chrismon: Aber irgendwann brauche ich vielleicht doch täglich Unterstützung, und dann?**

**Müller:** Wir können Wohnformen schaffen, die auch mehr Selbstbestimmung ermöglichen. Ich will zum Beispiel Gastgeberin sein, Besuch bekommen, aber das ist nur eingeschränkt möglich, wenn ich

nur ein Zimmer habe. Deshalb möchten wir Wohnungen schaffen, in denen der Mensch betreut ist, aber nur in dem Maß, wie er es braucht und möchte. Ich brauche nicht jeden Morgen den Wohlfühlanruf: „Guten Morgen, Frau Müller, wie geht es Ihnen heute?“ Der Trend geht zum Servicewohnen: Da nehme ich mir das, was ich brauche, ich muss kein ganzes Paket buchen und zahlen.

**Dörner:** Die verschiedenen Schritte der Heimbetreiber sind wirklich sehr interessant! Erst gab es die Welle Betreutes Wohnen, ein Schritt in die richtige Richtung, vom Heim zum Ambulanten. Jetzt das Servicewohnen ist die nächste liberalere Stufe. Dann haben die Heime das Thema Rehabilitation entdeckt. Damit erfüllen sie natürlich nur den gesetzlichen Auftrag, den es immer schon gab neben dem Pflegeauftrag. Das gesamte Profisystem, wir alle, haben diesen Eingliederungsauftrag jahrzehntelang am liebsten ignoriert, weil der lästig ist. Wir saßen doch richtig auf unseren Klienten!

**chrismon:** Die Heime haben kein Interesse, die Bewohner so zu aktivieren, dass sie in eine niedrigere Pflegestufe kommen?

**Müller:** Das ist ja das Verrückte. Wenn es Ihnen gelingt, einen Bewohner von der Pflegestufe III in die Pflegestufe II zu bekommen, erhält er weniger Geld von der Pflegeversicherung. Also hat niemand

einen Anreiz — es sei denn, er hat ihn in seinem Menschenbild und im Verständnis seiner Arbeit.

**chrismon:** Sie hätten gerne einen Bonus?

**Müller:** Das fände ich gerecht! Und ich wage mal zu prognostizieren, dass es vielen alten Menschen dann erheblich besser ginge.

**Dörner:** Und wenn sich das herumspricht, dass man aus einem bestimmten Heim auch wieder rauskommt, dann ist das auch ein Wettbewerbsvorteil.

**chrismon:** Selbst wenn die Heime attraktiver würden - für die vielen Menschen, die in Zukunft ein hohes Alter erreichen, lässt sich das nicht finanzieren. Herr Dörner, Sie wollen deshalb die Betreuung mehr auf die Schultern der Bürger und Bürgerinnen verlagern...

**Dörner:** Nicht ich, die Bürger selbst wollen es! Das ist unglaublich, aber nachweisbar. Die Bürger, und zwar nicht nur die mit den Engelsflügeln, sondern der normal eigensüchtige Durchschnittsbürger, machen sich auf die Socken und öffnen sich anderen, fremden Menschen. Und sie probieren eine Hülle und Fülle von neuen Varianten zwischen Heim und Zuhausebleiben aus, meist mit einem Mix aus Bürgern und Profis.

**chrismon:** Aber wer hat denn Lust darauf, sich in seiner Freizeit mit Dementen zu beschäftigen?

12

**Dörner:** Viele! Die Freiwilligenagenturen kennen viele Leute, die sagen: Ich möchte am liebsten mit Dementen arbeiten.

**chrismon:** Laien wissen doch gar nicht, wie man mit Dementen umgeht...

**Dörner:** Die lernen das schon. Als meine Schwiegermutter zu uns kam, hatten wir auch keine Ahnung, wie man mit Pflegebedürftigen umgeht. Aber irgendwann haben wir es gekonnt.

**chrismon:** Und Sie meinen, ich würde mich dann engagieren?

**Dörner:** Wenn Sie in der Wohnung gegenüber wohnen, dann ließe sich das wahrscheinlich schwer vermeiden. Im lokalen Umfeld sind die Menschen am leichtesten zu mobilisieren. In Bielefeld zum Beispiel gibt es bereits 70 ambulante Wohnpflegegruppen. Pro Wohngruppe arbeiten rund 20 Bürger ehrenamtlich mit — sie kochen oder sind nachts da oder beschäftigen sich mit den Bewohnern. Diese Leute sagen: Wenn ich nicht für das Elend der ganzen Welt zuständig sein muss, sondern nur für die Dementen, die da wohnen, wo ich auch wohne, dann kann ich mir das vorstellen. Denn die sind abzählbar. Und die gehören zu uns, das sind unsere Dementen.

**chrismon:** Würde mir diese ehrenamtliche Aufgabe gefallen?

**Dörner:** Natürlich nicht. Aber Sie würden es trotzdem tun.

**Müller:** Würde das dem Pflegebe-

dürftigen gefallen, wenn er mit Widerwillen versorgt wird?

**Dörner:** Der Widerwille wäre gar nicht so groß, denn der Witz ist doch: Jeder Mensch braucht auch eine Tagesdosis an Bedeutung für andere. Zum Beispiel Rentner wie ich. Kein Mensch kann 100 Prozent-Freizeit leben. Davon träumt man, aber in der Realität leidet man darunter. Damit man weiß, wofür man eigentlich noch lebt, braucht man ein kleines Stück, ich sag mal: Fremdbestimmung, um sich in den Dienst von anderen zu stellen. Die Menschen brauchen etwas, was sie freiwillig nicht wollen können. Eine Belastung. Sie können nicht nur mit Entlastung leben.

**Müller:** Aber was ist mit den Menschen, die eine Überdosis an Bedeutung für andere haben? Berufstätige, Mütter, eben all die Menschen, denen die Zeit und die Nerven fehlen, noch mehr zu leisten, als sie schon tun. Ich habe irgendwo auch den nicht ungesunden Egoismus, dass ich meinem Mann eine Partnerin sein möchte, meinen Kindern eine vollwertige Mutter, und auch ich bin Freundin von jemandem — das ist eine Überdosis an Bedeutung für andere.

**chrismon:** Vielleicht kommt das nur für fitte Rentner und Rentnerinnen infrage?

**Müller:** Aber irgendwann wird auch der Kümmerer krank, und dann bricht dieses Netz weg. Man braucht jemanden, der dieses Netz

organisiert. Und das können die Profis! Auf diesem Feld werden wir in Zukunft vor allem gefordert sein. Wir werden uns, wie Herr Dörner das nennt „unprofessionalisieren“ müssen...

**Dörner:** ... und zwar in dem Sinn, dass Sie andere Leute anleiten. Denn wenn der Hilfebedarf in der Gesellschaft so unglaublich wächst, kann man nicht einfach unser Profihilfesystem linear erweitern. Jetzt muss ein Teil des Hilfebedarfs wieder zurück auf die Schultern der Bürger. Und zwar ziemlich egal, ob die das wollen oder nicht. Es geht eben einfach nicht anders. Und die Profis müssen immer fitter werden darin, dass sie die übergeordnete Verantwortung haben und gucken, mit welchen Menschen sie welche Aufgaben wie lösen können.

**Chrismon: Herr Dörner, Sie träumen von der ambulanten Wohnpflegegruppe - aber das ist doch immer noch eine Institution! Da ist es doch egal, ob ich im Heim bin oder...**

**Dörner:** Nein, das ist eben nicht egal! Angenommen, Sie haben eine pflegebedürftige Mutter und selbst keine Zeit, dann schließen Sie nur einen Mietvertrag ab für diese neue Wohnung, getrennt davon noch einen Pflegevertrag mit einem ambulanten Pflegedienst, den Sie selber wählen — Sie als Tochter behalten also einen Teil der Verantwortung in der Hand, Sie geben sie nicht völlig ab, wie es im Heim der Fall wä-

re. Aber von der Menge der belastenden Arbeiten werden Sie in dem Maße, wie es für Sie bekömmlich ist, entbunden. Und das Unglaubliche ist: In einer solchen Wohnpflegegruppe bekommen die Bewohner mehr als doppelt so viel Zuwendungszeit wie in einem noch so guten Heim. Das hat eine Studie gemessen.

**Chrismon: Frau Müller, mal abgesehen davon, dass Herrn Dörners Vision wunderbar klingt, meinen Sie, es wird so kommen?**

**Müller:** Vielleicht nicht in dem Ausmaß, wie das Herr Dörner voraussieht. Aber wenn es so käme, wäre es schön! Man muss extreme Dinge fordern, um überhaupt ein bisschen Veränderung zu erreichen. Das ging uns auch so, als wir den Ansatz wagten, den Bewohner so fit zu machen, dass er möglichst schnell wieder nach Hause kann. Da musste man bei vielen Mitarbeitern ein Denken aufbrechen, dieses „Das geht nicht!“ — denn für die Wirtschaftlichkeit eines Hauses ist es ja auch wichtig, dass es belegt ist. Oder als wir Bewohner an Alltagsarbeiten beteiligten - dass sie zum Beispiel für Reibekuchen, ein Essen ihrer Kindheit, Kartoffeln schälen und reiben. Da mussten wir uns gegenüber den Behörden erklären, die sagten: „Jetzt lassen die ihre Bewohner für sich arbeiten, wollen die Küchenpersonal einsparen? Wenn nicht immer wieder extreme Dinge gefordert würden,

wären wir heute immer noch dort, wo wir früher waren: dass Behinderte, Alte und Kranke weggeschlossen wurden in Verwahranstalten.

**chrismon: Na, Sie sind sich ja ziemlich einig...**

**Dörner:** Ja, Sie kriegen uns nicht so schnell in Streit miteinander! Was übrigens ein Zeichen für die Situation ist. Die ideologischen Grabenkriege sind eigentlich vorbei, es wächst von beiden Seiten etwas — von der stationären und der ambulanten. Und irgendwann trifft es sich in der Mitte.

**chrismon: Wenn Sie sich vorstellen, Sie wären 93 und hätten eine Demenz entwickelt - wie würden Sie wohl leben?**

**Dörner:** Ich hoffe, dass ich mich in die Demenz fallen lassen kann, dass ich es geschehen lassen kann. Dass ich mich - natürlich unter Sträuben - verabschieden kann von allen Sitten und Gebräuchen, die bisher so üblich waren, und dass ich es dann vielleicht sogar ein bisschen begrüßen kann, mich den anderen zu entziehen.

**chrismon: Wo sich das abspielt, in welcher Räumlichkeit, wäre Ihnen egal?**

**Dörner:** Natürlich würde ich das am liebsten in meinen eigenen vier Wänden leben, wo ich mit den Tapeten quasi verwachsen bin. Denn das macht man nicht mit einem alten Menschen, dass man die innere Haut, die mit der äußeren Wohnhaut verwachsen ist, auseinander-

reißt. Und ich würde bis dahin alles fördern, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass das gelingt. Und wenn mir das nicht beschieden ist und ich lande im schlechtesten Heim Hamburgs, würde ich es akzeptieren — weil ich mit meinen Bemühungen, das System zu verbessern, nicht gut genug war. Ich würde es niemand anderem vorwerfen als mir selbst.

**chrismon: Frau Müller, wenn Sie sich vorstellen, Sie wären 93 Jahre alt?**

**Müller:** Mit 93 wird die Zahl derer, die sich freiwillig und gerne und aus freundschaftlichen oder familiären Gründen um mich kümmern, sicher sehr abgenommen haben. Insofern hoffe ich, dass sich die Profis weiter bemühen, dem Anspruch, den wir an sie stellen, gerecht zu werden, und würde da auf professionelle Hilfe vertrauen. Aber ich hoffe, dass auch die Gesellschaft es einfach schön findet, dass auch sehr alte Menschen, auch demente Menschen zu unserer Gesellschaft gehören, und dass sie sich darum kümmern.

**chrismon: Sie hoffen, dass Pflegekräfte zu Ihnen nach Hause kommen?**

**Müller:** Ja. Wobei ich mir durchaus auch vorstellen kann, dass dieses Zuhause ein Gebäude ist, in dem Menschen leben, denen es ähnlich geht. Denn ich glaube, das Allerschlimmste, und das trifft sicher Hochbetagte am allermeisten, ist

die Einsamkeit. Und wenn ich einsam bin, nützt mir auch die Selbstbestimmung nichts mehr.

**chrismon: Sie würden also auf die altvertraute Tapete verzichten, Ihnen wäre vor allem wichtig, nicht allein zu sein.**

**Müller:** Ich hoffe, es gelingt mir, mir die neue Tapete rechtzeitig so vertraut zu machen, dass ich sagen kann: Innere und äußere Haut sind verwachsen, das ist mein Zuhause. Und ich unterstelle mal, dass es Pflegeprofis gibt, die mir dabei helfen können. So ein Pflegeprofi möchte ich jetzt auch selber sein.

**Moderation: Christine Holch**  
chrismon, Das evangelische Magazin 09 2008, Seite 24-27

**chrismon, Das evangelische Magazin** mit Beiträgen aus Kirche, Kultur und Gesellschaft gibt es als Beilage zu vielen Tages- und Wochenzeitungen. Die Online-Ausgabe von chrismon ist unter **www.chrismon.de** im Internet zu finden. Hier kann auch ein Abonnement von chrismon plus (zwölf Ausgaben pro Jahr kosten 36,00 €) bestellt werden. Jede Ausgabe von chrismon plus hat mit 84 Seiten einen deutlich erweiterten Umfang als die Beilagen-Ausgabe.

## Impressum

INFACT Aids-Hilfe Magazin,  
Hrsg: AIDS-Hilfe Offenbach e.V.  
Frankfurter Straße 48  
63065 Offenbach am Main  
ViSdPg: Kalle Ohnemus  
geplante Erscheinungsweise:  
zweimonatlich  
Redaktion: Bernd Aretz (ba),  
Kalle Ohnemus (kho)  
Layout, erstellt mit Scribus: (kho)  
Mit Beiträgen von: Bernd Aretz,  
Klaus Dörner, Dr. Stefan  
Etgeton, Prof. Winfried  
Hassemer, Christine Holch,  
Landesverband der Hessischen  
AIDS-Hilfen, Isabella Müller,  
Jutta Rippegather, Dr. Heino  
Stöver und Sylvia Urban  
Fotos, soweit nicht anders  
angegeben: Bernd Aretz  
Titelbild: Frankfurt am Main  
ISSN: 1866 - 7694  
Januar Februar 2009, Heft 05  
Auflage: 2.500  
Druck:  
**eMail: infact@t-online.de**

## Jeder Drogenkonsum ist eine Bewältigungsstrategie für Verletzungen und Ausgrenzungen

Infact sprach mit Dr. Heino Stöver über die Droge Alkohol

Fast 2/3 der lesbischen Frauen und mehr als 40% der schwulen Männer haben auf Coming out Probleme mit Alkohol oder anderen Drogen reagiert. Etwa 16 % der Bevölkerung über 18 Jahren haben ein Trinkverhalten, das als riskant im medizinischen Sinne angesehen wird, etwa 5% haben ein Konsumverhalten, das als Missbrauch bezeichnet wird und etwa 3% sind alkoholabhängig, also suchtkrank. Nur etwa 5% der Abhängigen werden durch die Angebote der Suchthilfe erreicht. Gibt man bei google die Begriffe <Alkohol, HIV und schwul> ein, findet man etwa 37.700 Einträge. 'Sauf Dich geil' warb eine Frankfurter Schwulendisko, was wohl hieß, sauf Dir die Männer mit denen Du in nüchternem Zustand wohl kaum etwas anfangen würdest schön und begehrenswert. Setz Deine Hemmschwellen runter. Privatempirisch kennen wir alle aus eigenem Verhalten, dem Bekanntenkreis oder aus den Ausflügen in der Szene

Menschen, denen es gut täte, weniger zu trinken und mehr von sich selber zuzulassen. Alkohol ist in der schwulen Szene die verbreitetste Droge und auch lesbische Frauen wissen immer wieder zu berichten, dass in ihren Szenen Alkohol ein verbreitetes Mittel ist, Unsicherheiten in der Kontaktaufnahme einfach wegzu-spülen. Viele kennen das Gefühl, gestern, in der letzten Woche oder in der letzten Zeit zuviel getrunken zu haben und müssen überlegen, wann sie eigentlich das letzte Mal ohne Alkohol neue Kontakte eingegangen sind oder wann die letzte Woche völlig ohne Alkohol, die Hauptdroge im lesbischen oder schwulen Leben, war. Infact sprach mit Professor Heino Stöver, der an den Universitäten Bremen und Oldenburg in der Sucht- und Therapieforschung tätig ist und demnächst an der Fachhochschule Frankfurt lehren wird.

### **Gibt es spezielle suchttherapeutische Angebote für schwule Männer?**

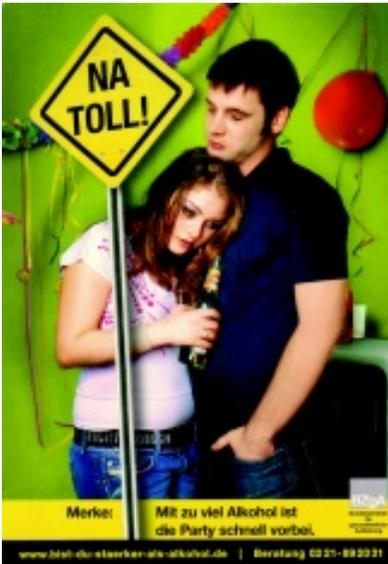
Die Frage ist erst einmal, welche Angebote überhaupt passen. Gruppen wie AA (Anonyme Alkoholiker) und NA (Narcotics Anonymous) haben eine sehr hohe Hemmschwelle, weil sie sich völlig auf Abstinenz fixieren. Und das ist nicht besonders sexy. Es wird in manchen gesellschaftlichen Schichten, insbesondere bei Akademikern kaum akzeptiert. Da ist AA relativ schlecht aufgestellt. Indem ich Totalabstinenz fordere, wird gleichzeitig zu einer radikalen Lebensveränderung aufgerufen. Dazu sind viele nicht bereit. Das ist eine große Hürde, weil dies Verzicht auf Alkohol bis zum Lebensende bedeutet. Das ist ein Einschnitt, den viele nicht gehen wollen, obwohl dies für manche der richtige Weg wäre. Ich glaube, dass viele mit einem gewissen Bewusstseinsstand eher mit Programmen wie kontrolliertem Trinken erreichbar sind, also mit einem sensiblen Umgang mit Trinken, mit Reflexion des Trinkverhaltens, des Risikoverhaltens, das mit Trinken einhergeht. Das wird automatisch zum Thema, wenn ich mich darüber unterhalte, wie der Bezug ist zwischen Alkoholgebrauch und Absenkung der Risikoschwellen. In dieser Diskussion ist dann auch die Frage enthalten, welchen Genuss ich mit harm-reduction absenke. Will ich Alkohol als Vehikel um

das tun zu können, was ich nüchtern mich nicht traue? Diese Bewusstwerdungsprozesse sind die positiven Nebeneffekte einer Therapie, die auf Risikoabminimierung setzt.



**Da muss man dann aber doch frühzeitig – nämlich vor einer Alkoholabhängigkeit - eingreifen, wenn das Trinkverhalten Anlass zum ernsthaften Nachdenken über die eigenen Gewohnheiten gibt. Da stellt sich die Frage, ob eine weniger gefährdende oder gar selbstschädigende Drogengebrauchskultur zu erreichen ist. Bei manchen gibt es wohl nur noch den Weg der völligen Abstinenz. Vor der Abhängigkeit im schon riskanten Bereich müsste man also thematisieren, wo problematische Verhaltensweisen liegen.**

18 Dazu gibt es im Internet vielfältige Fragebögen zum Selbsttest. Lange wurde ja in unserer Kultur nicht akzeptiert, dass wir in weiten Bereichen ein Alkoholproblem haben. Das wird aber inzwischen thematisiert, und zwar als massives Problem und nicht als Frage einiger weniger aus der Unterschicht son-



dern als Querschnittsthema durch die ganze Gesellschaft. Damit wird erstmals Alkohol in genussorientierten Lebenskulturen thematisiert. Da können wir zum ersten Mal eine Risikodebatte führen. Wenn wir über Alkohol in schwulen Lebensbereichen sprechen, tun wir dies zum ersten Mal in der Absicht, einschneidende Veränderungen zu erreichen.

**Wer kann helfen, wenn ich feststelle, dass es Monate zurück-**

**liegt, dass ich das letzte Mal nüchtern in einen Kontakt gekommen bin, es nicht mehr ohne geht? An wen wende ich mich?**

Die Suchtberatungsstellen sind inzwischen offener für die Frage, wie man sein Leben jenseits der Abstinenz einrichten kann. Lange Zeit war ja das Therapieziel kontrollierten Trinkens als kontraproduktiv angesehen worden. Mittlerweile gibt es auch Programme, die in Eigenregie genutzt werden können wie Trinktagebücher, Visualisierung der eigenen Trinkepisoden, die von Körkel u.a. von der Fachhochschule Nürnberg entwickelt wurden. Das kann Menschen an die Hand gegeben werden, um das eigene Trinkverhalten zu reflektieren. Bei der Wahl individuell gangbarer Wege zur Risikoreduzierung kann das Gespräch mit Suchttherapeuten hilfreich sein. Es gibt aber auch Bücher, die bei der Selbstreflektion helfen können, wie z.B. „Risiko mindern beim Drogengebrauch“ aus dem Fachhochschulverlag, das Jan-Hendrick Heudtlass und ich herausgegeben haben und das viele Verbrauchertipps enthält. Auch das vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe entwickelte Manual „Männlichkeiten und Sucht“ ([www.lwl.org.LWL/portal](http://www.lwl.org.LWL/portal)) ist ein sehr geeignetes Manual um die genderspezifischen Anteile des Drogengebrauchs herauszuarbeiten. Auch im Internet kann man fündig werden. Es gibt dort Fragebögen

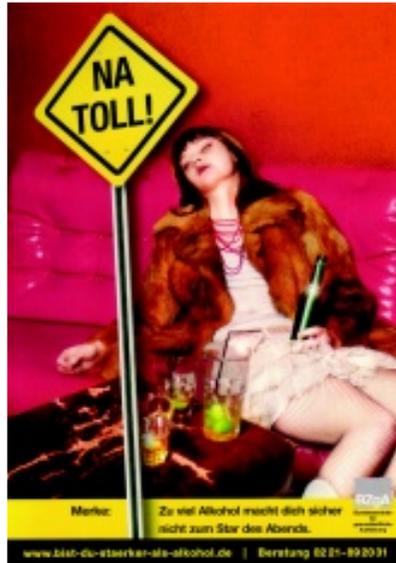
zum Selbsttest, die bei der Selbsteinschätzung helfen können.

**Viele schaffen es ohne Hilfe nicht mehr, ihr Trinkverhalten zu kontrollieren. Ich höre häufiger, dass erst der Alkoholkonsum für manche die schwule Szene erträglich macht. Betroffene erzählen mir, dass in gemischten Gruppen nicht über Sexualität geredet wird, in Männergruppen schon, aber in deutlicher Abwehr homosexueller Anteile. Gibt es inzwischen außerhalb des Gruppenbereiches spezielle Angebote für schwule Männer?**

Das ist mir nicht bekannt. Da sind die stationären Angebote weit zurück. Das Genderthema wird nur an der Frage Mann / Frau gesehen. Erst in den letzten fünf Jahren wird das Thema Männer und Sucht gesehen. Dabei spielt dann die Sexualität eine Rolle. Die Fachklinik Essen bietet spezielle Männergruppen an. Reflektierte Männergruppen, in denen die Mitarbeiter vorbereitet in die Auseinandersetzung mit dem eigenen Geschlecht gehen.

**Wenn ich mir die schwule Szene angucke, habe ich oft den Eindruck, dass gesoffen wird, eben weil man mit der eigenen Homosexualität nicht wirklich klar kommt. Wenn ich mir diese Männer in einem schwulenfeindlichen Therapieumfeld vorstelle, dann kann das nicht klappen.**

Das ist ein technisches Problem. In den Suchtkliniken wechselt die Zusammensetzung der Gruppen. Und Du brauchst ja viele schwule Männer die gleichzeitig am selben Ort eine Therapie durchführen. Das ist eher Zufall. Viele Einrichtungen haben auch kein mänderspezifisches Bewusstsein. Viele Therapeu-



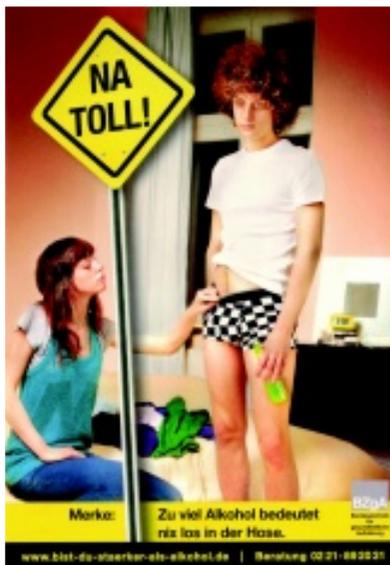
ten klammern ja auch gerne selber die Sexualität aus therapeutischen Sitzungen aus.

**Im Bereich intravenösen Drogengebrauches gibt es doch relativ viele offen schwule Therapeuten.**

Das reicht nicht, es muss ja in der Einrichtung ein Verständnis für den Zusammenhang zwischen Sexualität und Drogenkonsum geben. Das sehe ich nicht. Insgesamt können wir heute schon froh sein,

20

wenn überhaupt die Männer zur Kenntnis genommen werden. Das Bewusstsein wächst, aber in der Praxis findet das bisher in Deutschland kaum Niederschlag. In der Schweiz gibt es einige vielversprechende Ansätze auf männlichen Besonderheiten des Drogenkonsums hinzuweisen und damit zu arbeiten. Es gibt schon bei der Vermittlung eines Therapieplatzes Genderspezifität als ein entscheidendes Kriterium.



Will ich in eine Gruppe, in der mein soziales Geschlecht eine Rolle spielt? Unter [www.drugsandgender.ch](http://www.drugsandgender.ch) findet man die Schweizer Einrichtungen. Wir kopieren hier mit einem Zeitverzug von einigen Jahren vieles aus der Schweiz. Aber unser Antrag, das Projekt Drugs and Gender auf Deutschland zu übertragen ist leider abgelehnt worden.

Hier ist man noch nicht so weit. Drogenkonsum hat viel mit dem Mann sein und viel mit dem Leben von Sexualität zu tun. Das wird in den Einrichtungen aber nicht thematisiert. Wenn Gender berücksichtigt wird, sind die Gruppen einschließlich des Therapeuten homogen männlich oder weiblich.

**Etwa ein Drittel der Abhängigen hat kindliche Missbrauchserfahrungen oder Gewalterfahrungen.**

Jeder Drogenkonsum ist eine Bewältigungsstrategie für Verletzungen und Ausgrenzungen. Das Problem ist, dass die Bewältigungsstrategie ein Eigenleben entwickelt und neue Probleme hervorbringt, die dann dringend behandlungsbedürftig sind. Man muss sich klar sein, dass die Bewältigung kippt und man dann professionelle oder selbstgewählte Hilfe wie z.B. die Anonymen Alkoholiker suchen sollte. AA ist die erfolgreichste Selbsthilfegruppe der Welt. Wenn man das schafft, die Spiritualität, die da gefordert wird, „ich glaube an eine höhere Macht als ich sie selbst habe“, zu schlucken, dann ist das ein guter Weg. Schwule Anonyme Alkoholiker Gruppen sind ein guter Ansatz wenn Totalabstinenz ein individuell akzeptiertes Ziel ist. Unterhalb dessen empfehle ich, das eigene Trinkverhalten zu reflektieren und den Versuch des kontrollierten Trinkens anzugehen.

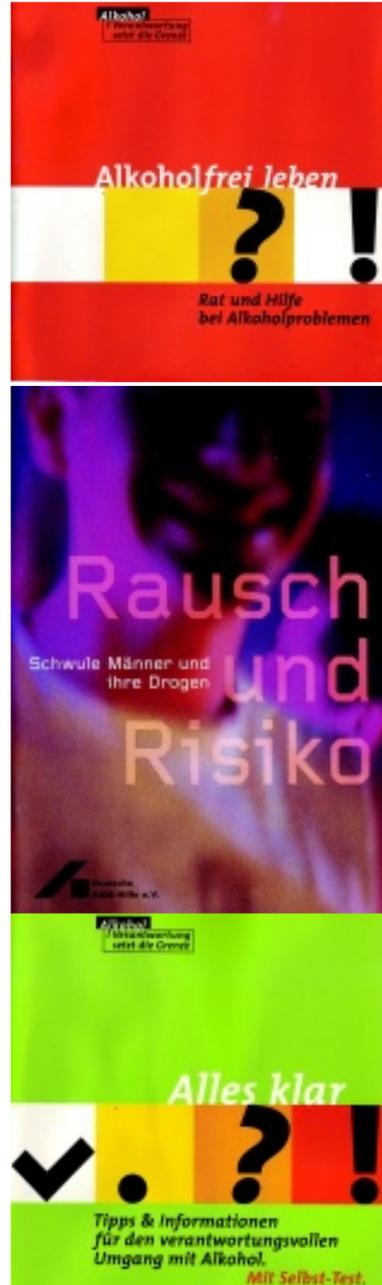
Danke für das Gespräch!

## Tipps:

Wer sich bei der Notwendigkeit oder dem Wunsch nach Totalabstinenz über Angebote informieren will, findet Angebote für schwule Männer in Köln, Bielefeld, Duisburg und Frankfurt unter [www.shalk.de](http://www.shalk.de); in Hamburg unter [www.schwule-alkoholiker.de](http://www.schwule-alkoholiker.de) und bundesweit unter [www.gac.de](http://www.gac.de) ein Angebot für lesbische Frauen und schwule Männer.

Wer sich über sein Trinkverhalten Gedanken macht, aber für den Abstinenz (noch) kein gangbarer Weg ist, sollte unter [www.kontrolliertes-trinken.de](http://www.kontrolliertes-trinken.de) einen Selbsttest machen.

Infos mit weiteren Links finden sich auf der Seite der Deutschen Hauptstelle für Suchtgefahren [www.dhs.de](http://www.dhs.de), sowie auf der sehr empfehlenswerten BzGA-Seite [www.bist-du-staerker-als-alkohol.de](http://www.bist-du-staerker-als-alkohol.de). Hinweise auf mögliche Wechselwirkungen zwischen Drogen und Medikamenten unter [www.hiv-drogen.de](http://www.hiv-drogen.de). Den Kontext zwischen Sucht und Männlichkeit beleuchtet auch der lesenswerte Artikel „Mann, Rausch, Sucht“: Konstruktion und Krisen von Männlichkeiten“ von Dr. Stöver ([www.suchtmagazin.ch/text5-04.html](http://www.suchtmagazin.ch/text5-04.html)), der auf den höchst empfehlenswerten Seiten des schweizer Sucht-Magazins ([www.suchtmagazin.ch](http://www.suchtmagazin.ch)) zu finden ist. (ba)



## Prävention kennt keine Moral? Ethische Grenzen der Gesundheitsförderung von Stefan Etgeton

Prävention tritt in der öffentlichen Debatte zumeist in Begleitung des Begriffes „Eigenverantwortung“ in Erscheinung; und in der Tat führt Gesundheitsaufklärung und -erziehung Wohlbefinden und Wohlergehen auf das Verhalten des Einzelnen zurück und übertragen damit ihm einen Teil der Verantwortung für etwaige „selbstverschuldete“ Erkrankungen. Je mehr an Gestaltungs-kompetenz dabei dem Einzelnen zugeschrieben wird, desto stärker die Neigung der Gesellschaft, das gesundheitliche wie das finanzielle Risiko präventiver Unbotmäßigkeit ebenfalls an das Individuum weiter zu reichen. Der Begriff der Eigenverantwortung allein ist jedoch nicht hinreichend, um schlüssig zu erklären, weshalb Menschen Gewohnheiten kultivieren, die ihren ureigensten Interessen, ihrer Gesundheit und nachhaltigen Lebensqualität zuwiderlaufen, und Bedürfnisse entwickeln, die ihnen Schaden zufügen. „Die Undurchdringlichkeit von echtem und falschem Bedürfnis gehört wesentlich zu der Klassenherrschaft. In ihr bilden die Reproduktion des Lebens und dessen Unterdrückung eine Einheit, dessen Gesetz zwar im Ganzen durchschaubar, deren Einzelgestalt jedoch selber undurchdringlich ist“, formulierte Adorno 1942 in einem Seminar<sup>1</sup>. Wenn

aber, wie Adorno 25 Jahre später betont, die „lebendigen Menschen ... ein Recht auf die Erfüllung ihrer sei's auch falschen Bedürfnisse“<sup>2</sup> haben, auch weil ihnen andere zu entwickeln gar nicht möglich ist, dann hätte die Gesellschaft mit-samt ihren Präventionsagenturen zu respektieren, „daß Menschen aus Not oder Überschwang, aus Lust oder Laune, aus Schwäche oder aufgrund höherer Vernunft, bewusst oder unbewusst gegen ihre eigenen Interessen handeln“<sup>3</sup> und dabei auch ihre Gesundheit aufs Spiel setzen. Präventive Interventionen wandeln immer auf einem schmalen Verantwortungsgrad: die individuelle Entscheidung des Einzelnen zu respektieren, auf ihre wahrscheinlichen Folgen hinzuweisen und zugleich ihre widersprüchliche Genese nicht außer Acht lassen zu können. Eine ernsthafte Gefahr für den freien Willen des Einzelnen dürfte die Prävention derzeit indes schon deshalb kaum sein, weil ihre Ressourcen im Vergleich zu den Werbeetat ihrer Gegenspieler, etwa aus dem Bereich der Tabak- oder Lebensmittelindustrie, kaum ins Gewicht fallen. Die ethischen Grenzen muss die Prävention sich allerdings selber setzen und sei's auch um den Preis, dass sie die Reichweite ihres Zugriffs freiwillig einschränkt. Ein

Maßstab kritischer Gesundheitsförderung besteht nicht zuletzt in ihrer Fähigkeit, die bevölkerungshygienische Tradition des Begriffes „Volks-gesundheit“ („Public Health“) zu erinnern, um eine unerwünschte Wiederkehr von Verdrängtem unter dem Gewand der „Eigenverantwortung“ zu verhindern.

Die besondere ethische Herausforderung, welche eine irgend verantwortbare Prävention, sofern sie am Verhalten der Einzelnen ansetzt, sich ausgesetzt sieht, liegt nicht zuletzt gerade darin, dass sie es immer dort am schwersten hat, wo sie am nötigsten ist: bei Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten, bei Bequemlichkeits- und Trägheitsmustern, eingeschliffenen Arbeitsabläufen, und nicht zuletzt bei Obsessionen im Hinblick auf Sexualität und Drogen. Ein zentrales Thema der Prävention ist das Verhältnis von Lust und Gesundheit, zwischen kurzfristigem Wohlbefinden und dauerhaftem Wohlergehen: oder schlicht die Frage nach der Möglichkeit dauerhaften Genusses. Einerseits steht das Gesundheitsinteresse allzu oft einer un-mittelbaren Befriedigung – egal ob wahrer oder falscher Bedürfnisse – entgegen. Andererseits hängt der Erfolg der Prävention daran, dass sie gleichermaßen parteilich ist mit dem großen Verlangen wie mit den kleinen Vergnügungen des Lebens, mit dem totalen Rausch wie mit den verschämten Ausflüchten: sie

will einen Genuss ohne Reue ermöglichen! Eine Prävention der Askese, noch dazu wenn sie quasi hygienisch daherkommt, zwingt ihre Opfer in eine alles andere als gesunde Überidentifikation mit dem, worauf verzichtet wird, oder gar mit dem Verzicht selbst. Das Prinzip, das der Prävention zugrunde liegt, kann philosophisch gesprochen eben nicht stoische Abstinenz gegenüber den Verlockungen des Lebens sein, sondern nur das kritische Bündnis mit der Lust, ein gleichsam aufgeklärter Hedonismus. Ihr Medium ist sinnliche Vernunft<sup>4</sup>, ihr Ziel nachhaltiger, besonnener Genuss. Es geht um nichts weniger als die alte Sisyphos-aufgabe, Realitäts- und Lustprinzip in einen einigermaßen erträglichen Einklang oder Ausgleich zu bringen – und sei's auch in Gestalt eines Kompromisses. Die Prävention ist daher jener Tragik abholt, wonach Lebensqualität und Lebenserwartung in unlösbarem Widerstreit zueinander stehen. Sie sieht sich statt dessen vor der schwierigen Aufgabe, zur sinnlichen Besinnung der Sinne beizutragen, ohne die Lüste zu rationalisieren. Es geht ihr also darum, Räume zu gestalten und Situationen zu eröffnen, in denen die kulturell verankerte und gesellschaftlich verstärkte Verlötung von „risk“ und „fun“ aufgebrochen wird.

Dass Prävention trotz aller gegenteiligen Bekenntnisse zu Settingansatz und Verhältnisprävention doch immer wieder in den Behaviorismus individueller Handlungsanleitungen oder bloße Gesundheitserziehung abgeleitet, hat nicht nur mit konzeptionellen Schwächen der Akteure zu tun. Wenn die Verhältnisse, die es im Dienste der Gesundheit aller zu verändern gälte, zugleich schon in individuelle und kollektive Verhaltensmuster eingewandert sind, dann stoßen präventive Interventionen nicht nur an subjektive, sondern auch an objektive Grenzen. Mächte etwa die betriebliche Gesundheitsförderung im Arbeitsprozess selbst Ernst mit dem salutogenetischen Anspruch nach Verstehbarkeit („comprehensibility“), Handhabbarkeit („manageability“) und Sinnhaftigkeit („meaningfulness“) der Lebensverhältnisse, so überschritte sie wohl den Rahmen dessen, was im Sinne niedrigerer Krankenstände, höherer Arbeitszufriedenheit und verbesserten Betriebsklimas noch in die neuen postindustriellen Motivations- und Managementkonzepte integrierbar wäre. Soziale Statik ebenso wie turbokapitale Beschleunigung der Erwerbs- und Lebensbedingungen, die ungeheure Verdichtung der Produktivitätserwartung, die auf jeder Arbeitsstunde lastet, beuten den Leib, die Zeit und damit die Gesundheit der Menschen ebenso rückhaltlos aus wie sie auf der anderen Seite ihren ele-

mentaren oder artifiziellen Konsumbedürfnissen immer neue Nahrung geben. „Der Prozeß zehrt davon, daß die Menschen dem, was ihnen angetan wird, auch ihr Leben verdanken.“<sup>5</sup> Das Dilemma der Gesundheitsförderung besteht nun darin, dass sie, wenn sie ihrem Auftrag folgt, gerade solche Settings aufsucht, die in sich pathogen sind, und sich dabei fast notgedrungen in Selbstwidersprüche verheddert. Verschlösse sie die Augen vor solchen gesellschaftlichen Beschränkungen, schlüge Naivität in Zynismus um.<sup>6</sup> Der Versuchung, die Bürde der pathogenen Verhältnisse einfach auf den Einzelnen und sein Verhalten abzuschieben, können Prävention wie Gesundheitsförderung nur begegnen, wenn sie selbst politisch wach bleiben und ein kritisches Verhältnis zur Gesellschaft, wie sie ist, wahren. Ihr Auftrag ist daher so einfach und so kompliziert wie jene Rudolf Virchow zugeschriebene Grundregel der Prävention: „Gegen Elend und Seuche kann nur der Umsturz helfen, der zu Freiheit und Wohlstand führt.“ In etwas kleinerer Münze bedeutet das: keine Verhaltens- ohne Verhältnisprävention, keine Änderung der Settings ohne Kritik der Gesellschaft und politische Intervention. Zwar ist Gesundheit das Ziel aller gesundheitsfördernden Anstrengungen, aber diese kosten in der Regel auch etwas und sind nicht um jeden Preis zu haben. Selbst wenn wir Ge-

sundheit so umfassend begriffen wie die WHO und „Wohlbefinden“ auf all ihren Ebenen als Neuformulierung dessen akzeptierten, was die philosophische Tradition „Glückseligkeit“ zu nennen pflegte, so stieße sie doch immer noch an die Grenzen des Selbstbestimmungsrechts der Menschen oder, um nochmals die Tradition zu bemühen: den Begriff der „Freiheit“. Zwischen Freiheit und Glückseligkeit ist, wenn sie denn ernsthaft in Widerstreit geraten, ein Kompromiss kaum möglich; und ob dann Gesundheit tatsächlich immer das „höchste Gut“ wäre, mag, mit Verlaub, dann doch bezweifelt werden. Prävention und Gesundheitsförderung leben von der Hoffnung, dass solche Konflikte eher selten auftreten und dass letztlich der Respekt vor der Entscheidung des Einzelnen immer auch sein Glück voranbringen möge. Sie selber kann einiges dazu beitragen: Indem sie die Emanzipation der Menschen aus den verhältnisbedingten Selbst/Widersprüchen in ihre Interventionskonzepte integriert und ihre eigenen präventiven Ziele so präzise und behutsam wie möglich formuliert. Ob man etwa in der HIV-Prävention die Senkung der Neuinfektionsrate als Ziel und Erfolgsquotient bestimmt oder die Befähigung von Einzelnen und Gruppen zu einem angemessenen Risikomanagement, macht in der Tat eine Differenz ums Ganze aus.

Maßstab des Erfolgs wäre im letzteren Fall nicht die Zahl der Erstdiagnosen, sondern ein qualitativer Indikator: das Ausmaß der Erschütterung, mit der ein positives Testergebnis in Empfang genommen wird. Gelingen wäre ein Risikomanagement nicht nur, wenn es zu keiner Infektion kam, sondern auch dann, wenn der Betroffene sein Testergebnis mit seinem Lebensstil und seinem Risikoverhalten einigermassen in Einklang bringen kann. Solche Erfolgsparameter lassen sich indes schwerer quantifizieren als die nackte Zahl der positiven Testergebnisse. Es gehört zu den positiven Paradoxien der AIDS - Prävention, dass der Ansatz, den Einzelnen dazu zu befähigen, ein Risiko realistisch zu bewerten und gegebenenfalls auch einzugehen, letztlich wohl doch auch mehr Infektionen verhütet hat als behavioristische Interventionen, die um der scheinbar besseren Einsicht willen dem Einzelnen die eigene Entscheidung abnehmen und sein Sexualverhalten präventiv umkonditionieren wollten. – Vielleicht ist die asiatische Kunst des Bogenschießens ein Modell für gelingende Prävention: Sogar den Gedanken daran, das Ziel treffen zu wollen, müsse man vergessen, lehrt der japanische Meisterschütze. Erst dann sei man frei, den Pfeil seinen Weg ins Ziel selbst finden zu lassen.

<sup>1</sup> Th. W. Adorno: Soziologische Schriften I: Thesen über Bedürfnis, Gesammelte Schriften Band 8; Frankfurt am Main 1972; S. 394

<sup>2</sup> Th. W. Adorno: Ohne Leitbild. Parva Aesthetica; Frankfurt am Main (1967); S. 121

<sup>3</sup> S. Etgeton: Strukturelle Prävention als Konzept kritischer Gesundheitsförderung, in: Strukturelle Prävention. Ansichten zum Konzept der Deutschen AIDS-Hilfe; AIDS-Forum DAH Band XXXIII; Berlin (1998); S. 78

<sup>4</sup> Dies ist eine Position, die in der klassischen Philosophie im Bereich des *Ästhetischen* – in einem damals noch umfassenderen Sinne – verortet wurde: „Das Gemüt geht also von der Empfindung zum Gedanken durch eine mittlere Stimmung über, in welcher Sinnlichkeit und Vernunft zugleich tätig sind, eben deswegen aber ihre bestimmende Gewalt gegenseitig aufheben und durch eine Entgegensetzung eine Negation bewirken. Diese mittlere Stimmung, in welcher das Gemüt weder physisch noch moralisch genötigt und doch auf beide Art tätig ist, verdient vorzugsweise eine freie Stimmung zu heißen, und wenn man den Zustand sinnlicher Bestimmung den physischen, den Zustand vernünftiger Bestimmung aber den logischen und moralischen nennt, so muß man diesen Zustand der realen und aktiven Bestimmbarkeit den ästhetischen heißen.“ (F. Schiller: Über die ästhetische Erziehung des Menschen in einer Reihe von Briefen, Schiller-SW Bd. 5, S. 633)

<sup>5</sup> Th. W. Adorno: Soziologische Schriften I: Thesen über Bedürfnis, Gesammelte Schriften Band 8; Frankfurt am Main 1972; S. 18

<sup>6</sup> Eine der frühen Broschüren der Deutschen AIDS-Hilfe für Menschen in Haft, riet den infizierten Gefangenen, nach Möglichkeit Stress zu vermeiden.

## Wir versuchen Menschen zu ermutigen, ihren Immunstatus zu klären

INFACT sprach mit der DAH  
Vorstandsfrau Sylvia Urban

Der Aids-Ausschuss der Landesärztekammer Mecklenburg Vorpommern hat in einem von ihrem Präsidenten mitunterzeichneten Memorandum im April 2008 das Scheitern der Präventionsbemühungen verkündet und als Ergänzung zu den New Public Health Strategien die Rückkehr zum Seuchenrecht gefordert. Infact sprach mit dem Vorstandsmitglied der Deutschen Aids-Hilfe Sylvia Urban

### Sind die Neudiagnosezahlen in Deutschland zu hoch?

Wir wirken ja mit unserer Arbeit darauf hin, Menschen zu befähigen, sich nicht selbst- oder fremdschädigend zu verhalten. Wir bedauern jede einzelne Infektion, weil wir wissen, welche Ausgrenzungsreflexe immer noch in unsere Gesellschaft wirksam sind. Das Memorandum ist dafür ja ein schönes Beispiel. Und wir bedauern auch, dass Menschen, solange es noch keine Heilung gibt, lebenslang starke Medikamente nehmen müssen. Auch wenn die Lebenserwartung bei einer rechtzeitigen qualifizierten Behandlung deutlich steigt, ist die Therapie für viele eine starke Belastung, sei es nun aus körperlichen oder seelischen Gründen.

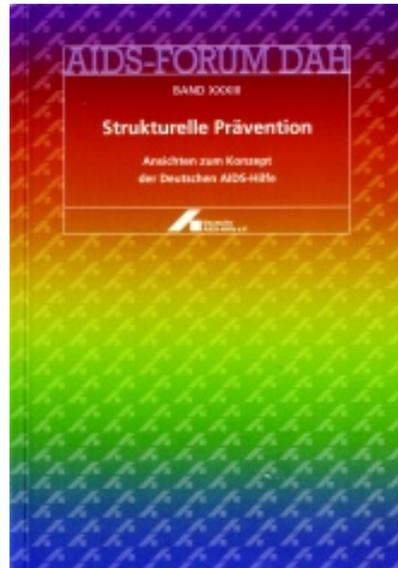
Im internationalen Vergleich sind die

deutschen Zahlen sehr niedrig. Das Robert Koch Institut schätzt, dass in der BRD zurzeit zwischen 63 und 68 Tausend Menschen mit HIV leben. Angesichts einer sexuell übertragbaren Krankheit sind dies nach 25 Jahren eher wenige, die sich dann auch noch sehr unterschiedlich verteilen, etwa 2/3 auf Männer die Sex mit Männern haben, auch drogengebrauchende Menschen sind überdurchschnittlich betroffen.

**Ist dies ein Erfolg der Prävention, der antiretroviralen Behandlungen oder dem Umstand geschuldet, dass sich HIV so leicht dann doch nicht überträgt?**

Von allem etwas. Gute antiretrovirale Behandlungen führen auch zu einer Absenkung der Infektiosität. Egal ob man bei einer Viruslast, die sich dauerhaft unter Nachweisgrenze befindet, wie die Schweizer Eidgenössische Kommission für Aidsfragen bei Fehlen weiterer Geschlechtskrankheiten annimmt, dass dann eine Übertragung von HIV nicht möglich sei, oder ob man noch Restrisiken bedenkt, einig sind viele Experten, dass erfolgreiche Therapien nach den Kriterien der EKAF annähernd oder auch tatsächlich den gleichen Schutz bieten, wie ein sachgerecht angewandtes Kondom. Hinsichtlich der Prävention haben wir zusammen mit der Gesundheitswissenschaft und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

das international angesehene Konzept der strukturellen Prävention geschaffen. Dies setzt darauf, den einzelnen in seinem Selbstwertgefühl und seine Lebensräume und Versorgungsstrukturen zu stärken, um ihm eigenverantwortliche, informierte Entscheidungen zu seinem Verhalten zu erleichtern. Das



funktioniert. Aus der neuen Studie von Michael Bochow und seinen Kollegen wissen wir, dass sich 70% der MSM bei Analverkehr außerhalb ihrer Beziehung immer, weitere 10% gelegentlich mit Kondomen schützen.

**Die Landesärztekammer hält dagegen. „Die Zielsetzung nur über Kommunikation und breitenwirksame Information – d. h. an die kognitive Ebene gerichtete rationale Präventionsbotschaften –**

28 **bei Menschen verantwortliche Verhalten herbeizuführen ist insofern trügerisch, weil es rational steuerbare Tatsituationen voraussetzt - und diese sind für die hier bestimmende Sexualität, verbunden mit all ihren individuellen Triebstrukturen und der Drogensucht, nicht maßgebend. Sie können allein für die einerseits natürlichen Lebensführungen wie Sexualtrieb neben andererseits Drogensucht nicht wirksam sein. Irrig ist die Annahme, dass bei Menschen mit dominierender sexueller Triebdynamik beim Impulsdurchbruch rationale Steuerungselemente der Situationsgestaltung kontrollierend bestimmen – und das heißt hier: selbstkontrollierend vermeiden unter Umständen wissentlich oder unwissentlich das HIV aktiv zu übertragen oder passiv zu erwerben. Der rationale Ermessensspielraum zur Eigenkontrolle im emotionalen Bereich ist zur Verhaltenssteuerung begrenzt!“**

Es klingt so fürchterlich, wie es in seiner Absolutheit falsch ist. Die Studien belegen ein hohes Maß an Verantwortung bei Männern die Sex mit Männern haben, insbesondere bei den HIV Positiven. Dass einige von ihnen untereinander in ihren positiven sexuellen Netzwerken ohne Kondom verkehren, ist für HIV irrelevant, erklärt aber die hohe Betroffenheit von anderen Geschlechtskrankheiten, ohne dass es zu

allgemeinen Ausbrüchen käme. Die Schwulenfeindlichkeit, die im Memorandum zu Tage tritt, ist erschreckend und verheißt für die Patienten dieser Ärzte emotional nichts Gutes. Sexualität wird zur „Tatsituation“. „Die hier bestimmende Sexualität“, mit der ja nur die mann-männliche Liebe gemeint sein kann - führt nach der Vorstellung der beteiligten Ärzte ja wohl zum völligen Verlust ganzer Regionen des Hirnes. Und da sagen uns unsere Alltagserfahrungen, die wissenschaftlichen Studien und auch der wesentliche Teil der Ärzteschaft etwas ganz anderes. Der Blick der Ärzte ist natürlich davon geprägt, welche Patienten sie haben. Prävention muss darüber hinaus schauen. Es gibt nicht ohne Grund dafür einen eigenen Wissenschaftszweig, nämlich den der Public Health, mit dem wir eng zusammenarbeiten. Wir stellen uns im Rahmen der Qualitätssicherung auch immer wieder der Überprüfung durch die Wissenschaft.

**In dem Memorandum wird davon ausgegangen ,etwa 15.000 HIV-infizierte Menschen wüssten nicht von Ihrer Infektion, vor den Präventionskampagnen seien es wohl etwa ein paar hundert gewesen.**

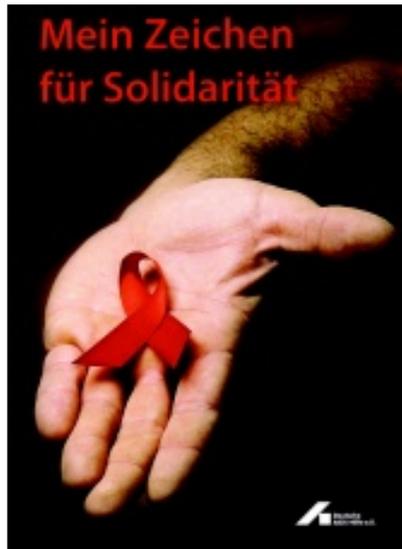
Die erste Zahl stimmt. Wir versuchen Menschen zu ermutigen, ihren Immunstatus zu klären. Das ist notwendig, um bei Vorliegen einer Infektion keine Behandlungsoptio-

nen zu verlieren. Mit UNAIDS und allen Wissenschaftlern der Präventionsforschung bestehen wir darauf, dass Tests nur freiwillig erfolgen dürfen und die Testwilligen Anspruch auf eine Beratung haben, die ihrer Lebenssituation gerecht wird. Die Schätzung der Zahl vor Beginn der Präventionskampagnen ist zweckgerichtete Spekulation. Sie soll ja wohl in den Raum stellen, bei einem harten polizeistaatlichen Durchgreifen Mitte der achtziger Jahre, hätten wir andere Zahlen. Das steht nicht nur im Widerspruch zu den Forderungen von UNAIDS und der gesamten Gesundheitswissenschaft, sondern erhebt auch einen totalitären Anspruch auf den Bürger. Soll das heißen in regelmäßigen Abständen 80 Millionen BundesbürgerInnen zwangsweise zu testen, will man es zielgenauer durch Wiedereinführung der Rosa Listen begrenzen, und die Überlegungen wieder auferstehen lassen, an den Grenzen zu testen? Und das in Zeiten des Schengener Abkommens? Selbst die bayerische Staatsregierung hat die seinerzeit so heftig umstrittene HIV-Testung aller Beamtenanwärter wieder aufgegeben. Sie war teuer und ineffektiv. **Die Mecklenburger Ärzte haben gefordert, die Eigenverantwortung gesetzlich zu regeln und meinen damit, Infizierte sollen ihre Behandlungskosten selbst tragen.** Gilt das dann auch für den Manager mit Herzinfarkt, den Autofah-

rer, denjenigen, der sich krankmachenden Arbeitsbedingungen nicht entzieht? Wir wissen doch, dass Gesundheit wesentlich von sozialen Faktoren mitbestimmt wird. Da geht es um Schulbildung, Lebenssinn, wirtschaftliche Faktoren. Das spiegelt sich auch bei den HIV-Neudiagnosen wieder, wie wir jetzt wieder der Studie von Michael Bochow entnehmen konnten. Die Aufkündigung der Solidarität legt Hand an die Grundüberzeugungen unseres Staatswesens.

**Sylvia, wir bedanken uns für das Gespräch.**

Das Memorandum ist nachzulesen unter [www.hivreport.de](http://www.hivreport.de) in der Ausgabe 7/2008. Auf der Homepage der Ärztekammer MVP haben wir es nicht finden können. (ba)



## Gefälschtes Viagra

600.000 Potenzpillen sichergestellt / Einfuhr dubioser Medikamente nimmt zu  
von Jutta Rippegather

Die Frachtsendung kam aus Indien. Der Inhalt lässt die Herzen so mancher Männer höher schlagen — und nicht nur die. 600000 gefälschte Potenzpillen im blauen Viagra-Design hat der Zoll jüngst am Flughafen Frankfurt beschlagnahmt - einer der größten Sicherstellungen weltweit. Der geschätzte Gesamtwert liegt bei 6,6 Millionen Euro. Die in Plastikflaschen verpackten Plagiate wurden untersucht, seit gestern liegt das Ergebnis vor. Demnach ist das Original „täuschend echt imitiert“. Doch Hochgefühle würden sie wohl kaum erzeugen. Die Tabletten sind verunreinigt, der Viagra-Wirkstoff Sildenafil in abweichender Konzentration nachweisbar“. Das könne zu Gesundheitsgefahren führen.

Immer häufiger entdeckt der Zoll Fälschungen von Medikamenten, die in Deutschland verschreibungspflichtig sind. Nicht so häufig in diesen Mengen. Meist sind es Bestellungen für den Eigenbedarf. Besonders beliebt sind Potenzmittel mit den Wirkstoffen Sildenafil und Tadalafil. Auch Schlankheitspillen, Haarwuchsmittel oder illegale Anabolika bestellen sich Privatleute zunehmend im Ausland. „Der Internethandel spielt dabei eine immer größere Rolle“, sagt Christine Kolodzeiski, Sprecherin des Zolls am Frankfurter Flughafen. Ihre Kollegen hätten inzwischen einen Riecher dafür, in welchen Postpäckchen sie fündig würden. Die Inhalte sind oft dubios. Meist fehlen Beipackzettel und Karton, im Extremfall sind die Pillen lose in einen leicht gefütterten Briefumschlag gestopft auf die Reise geschickt worden. „Man weiß nie,

was wirklich drin ist“, sagt Christian Dornblüth. Er ist Chef jener Abteilung im Regierungspräsidium (RP) Darmstadt, die hessenweit für die Überwachung des Arzneimittelverkehrs zuständig ist. Als Beispiel führt er Schlankheitsmittel namens Lida, Miaozi, Meizitang oder Evolution an. „In den meisten Fällen enthalten sie den verschreibungspflichtigen Wirkstoff Sibutramin, der nur unter ärztlicher Kontrolle eingesetzt werden soll“, sagt er. Zudem seien die Wirkstoffe in den Kapseln unterschiedlich dosiert, manchmal enthielten sie Nebenprodukte, über deren Wirkungsweise im menschlichen Körper nur spekuliert werden könne. Dornblüth zufolge sind illegal beschaffte Arzneimittel auch nicht viel günstiger. „Die Preisunterschiede zwischen Reductil (28 Kapseln, rund 50 Euro) und Lida (30 Kapseln, rund 40 Euro) ist nicht so groß.“

Nicht zu vergessen das Risiko eines Bußgelds für den Fall, dass man erwischt wird. Bei einem Schlankheitsmittel liegt es in der Regel bei 80 Euro.

Wegen der rasant gestiegenen Zahl illegaler Medikamenten-Einfuhren muss die Darmstädter Behörde einen weiteren Pharmazeuten einstellen. Parallel dazu will Dornblüth die Aufklärung verstärken. Nach seiner Beobachtung sind diejenigen Bürger, die erwischt werden, in der Regel dankbar dafür, dass sie über die Gefahren für ihre Gesundheit aufgeklärt werden.

Verbraucher kennen das Risiko. Diesen Optimismus teilt die Frankfurter Apothekeninhaberin Erika Fink nicht. „Wer sich mit Viagra oder Lifestyle-Medikamenten aus dubiosen Quellen eindeckt, ist sich der Risiken bewusst“, sagt die Präsidentin der Landesapothekenkammer. Erst jüngst habe sie erlebt, wie unbedarft der Umgang mit Pillen sei. In einer Zeitung habe ein Bericht über die Einnahme von Ritalin bei Leistungsdruck gestanden. Wenige Tage später habe der erste Kunde vor ihrem Tresen gestanden, um das Medikament ohne Rezept bei ihr zu erwerben. Dabei sei Ritalin verschreibungspflichtig. „Das fällt unter das Betäubungsmittelgesetz.“

Erstveröffentlichung: © Frankfurter Rundschau, Rhein-Main-Regionalausgabe R3, Freitag, 19. Dezember 2008

## Richtig rubbeln (3/4)

Infos zur Rubbelkartenaktion der Hessischen Aids-Hilfen

Auflösung von Umschlagseite vorn

### Rubbelkarte No. 2

**Ein großer Teil der Ansteckungen mit HIV geschieht, wenn der Sex-Partner sich vor kurzem selbst erst angesteckt hat und davon noch nicht einmal wissen kann.**

- a) Stimmt, denn in den ersten Wochen nach einer HIV Infektion ist die Viruskonzentration besonders hoch.
- b) Nein, man ist immer gleich ansteckend.
- c) Stimmt nicht, infektiös wird man erst, wenn man Aids hat.

### **Richtige Antwort: a)**

Ob es beim ungeschützten Sex auch zu einer Ansteckung kommt (vorausgesetzt einer der Partner ist Träger von HIV), hängt von verschiedenen Faktoren ab, z.B. von der Dauer und der Intensität des Kontakts.

**Eine große Rolle spielt dabei die Viruskonzentration. Diese ist bei jemandem, der sich selbst vor kurzem erst angesteckt hat, sehr hoch.**

**Da HIV in den ersten Wochen einer Ansteckung oftmals nicht nachweisbar ist und der letzte Test ohnehin meist länger zurückliegt, kann ein solcher Partner von seiner Infektion noch gar nicht wissen.**

Die Viruskonzentration kann nach dem ersten Absinken aber auch dann wieder steigen, wenn sich der positive Partner eine andere sexuell übertragbare Infektion zugezogen hat, z.B. eine Syphilis, oder wenn die HIV-Infektion bereits fortgeschritten ist.

Wenn der negative Partner selbst gerade eine sexuelle Infektion durchmacht, erhöht dies das Risiko einer Ansteckung mit HIV ebenfalls. In der letzten Zeit haben sich Männer mit einer Syphilis oftmals auch eine Infektion mit HIV zugezogen.

### **Weshalb haben wir die Frage gestellt ?**

Manche Männer gehen davon aus, dass ihre Partner wissen, ob sie HIV haben oder nicht. Dabei weiß - geschätzt - etwa jeder 3. Träger von HIV noch nichts von seiner Infektion. Und bei denjenigen, deren eigene Infektion noch nicht lange zurückliegt, ist wegen der höheren Viruskonzentration das eigene Risiko einer Ansteckung besonders hoch.

Auf die Aussage „ich bin getestet“ solltest du dich daher besser nicht verlassen. Auch Rückschlüsse aus Mutmaßungen über den Lebenswandel von Sexualpartnern zu ziehen, sollte man sich möglichst aus dem Kopf schlagen.

Und dass man HIV keinem ansehen kann, sollte sowieso klar sein.

All dies gilt auch dann, wenn du et-

was mit einem Mann angefangen hast und sich eine Beziehung entwickelt. Bei vielen Paaren entsteht früher oder später der Wunsch nach ungeschütztem Sex. Wenn auf Kondome verzichtet werden soll, empfiehlt es sich, dass beide Partner sich testen lassen, nachdem jeder 3 Monate lang keine Situation hatte, bei der eine Ansteckung mit HIV möglich war.

Auf Kondome zu verzichten bleibt letztlich immer riskant.

### **Tipps:**

Es gibt eine Reihe sexuell übertragbarer Infektionen, die man sich trotz Kondom zuziehen kann, daher:

- Lass dich gegen Hepatitis A und B impfen.

- Wenn du sexuell umtriebig bist, lass dich einmal im Jahr auf Syphilis hin untersuchen.

- Wenn du gesundheitliche Veränderungen bemerkst (z.B. Schmerzen, Ausfluss, Hautveränderungen) geh am besten immer gleich zum Arzt. Er sollte wissen, dass du (auch) Sex mit Männern hast.

- Lass alle 2 Jahre einen HIV-Test durchführen (auch wenn du Kondome benutzt), um ggf. die Behandlungsmöglichkeiten einer HIV-Infektion optimal nutzen zu können.

**Rubbelkarte No. 3**

**Hepatitis B ist unter Männern, die Sex mit Männern haben, stark verbreitet. Hep B ist erheblich ansteckender als HIV und kann einen lebensbedrohlichen Verlauf nehmen.**

- a) Da kann man nix machen.
- b) Es gibt eine kostenlose Kombi-Impfung gegen Hepatitis A und B. Sprich Deinen Arzt darauf an.
- c) Eine Ansteckung mit Hepatitis B ist trotz Safer Sex möglich.

**Richtig gerubbelt: Antwort b) und Antwort c)**

**zu b)** Gegen Hepatitis A und B gibt es eine Kombi - Impfung, die in Abständen dreimal gegeben wird (2. Impfung ca. 4 Wochen nach der ersten, 3. Impfung nach einem halben Jahr). Danach sollte durch eine Blutuntersuchung sichergestellt werden, dass man den Impfschutz auch tatsächlich hat, wenn nicht, wird nochmal nachgeimpft. Den Impfschutz hat man dann für mindestens 10 Jahre, danach genügt eine Auffrischungsimpfung.

Für Menschen mit HIV gibt es eigene Impfempfehlungen zu Hepatitis B, von daher ist es sinnvoll, sich vorher auf HIV hin testen zu lassen bzw. den Arzt zu informieren, wenn man positiv ist.

**zu c)** Anders als HIV ist das Hepatitis B Virus (HBV) bei sämtlichen Schleimhautkontakten leicht übertragbar. Daher sind Ansteckungen

mit HBV trotz Safer Sex möglich.

**Weshalb haben wir die Frage gestellt?**

Bei sexuell übertragbaren Infektionen steht meist HIV im Vordergrund. Dabei wird vor allem Hepatitis B erheblich unterschätzt. Vielen ist dieses Risiko nicht wirklich bewusst.

**Wenn du gegen Hepatitis B noch nicht geimpft bist, empfehlen wir dir, das dringend zu tun!**

Am besten du sprichst deinen Arzt direkt darauf an. Wir erfahren immer wieder, dass manche Ärzte sich mit der Kostenübernahme durch die Kassen und der Abrechnung dieser Impfung nicht gut auskennen und die Nachfrage abwimmeln.

Wenn's also Schwierigkeiten gibt, sprich die Aids-Hilfe in deiner Nähe darauf an.



**ICH LIEBE MEINEN  
MANN-UND MACH'S  
AUCH MIT  
ANDEREN.**



**ICH WEISS  
WAS ICH TU**

Ich treib's wild, aber safer.  
Tipps und Infos: [www.fuwit.de](http://www.fuwit.de)

25 Jahre  Deutsche  
AIDS-Hilfe e.V.