

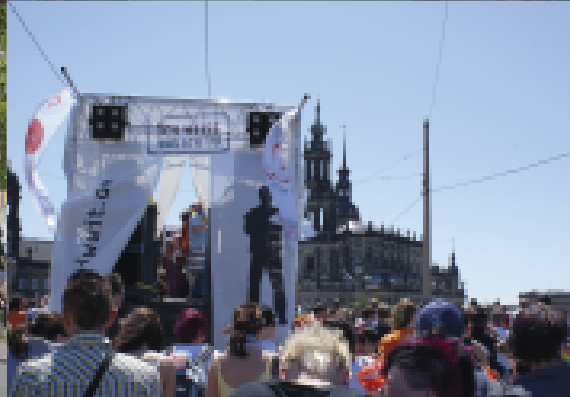


ISSN: 1866 - 7694

INFACT

Juli August 2009

Aids - Hilfe Magazin



Der HIV - Test

Der HIV-Test untersucht, ob der Körper Abwehrstoffe = Antikörper gegen das Virus gebildet hat. Solche Antikörper werden in der Regel innerhalb von drei bis zwölf Wochen nach einer Infektion gebildet. Wenn Sie ausschließen wollen, dass Sie sich mit HIV infiziert haben, sollten Sie den Test frühestens drei Monate nach der letzten Risikosituation durchführen lassen.

Suchtest

Für den HIV-Antikörpertest wird Ihnen Blut abgenommen und mit einem Suchtest (dem sogenannten Elisa) auf Antikörper untersucht. Dieser Test ist so empfindlich, dass er auch geringe Mengen Antikörper entdeckt. Findet man keine Antikörper, wird man Ihnen dieses Ergebnis mitteilen.

Werden hingegen Antikörper nachgewiesen (=Suchtest reaktiv), wird ein aufwendigerer (und teurerer) Bestätigungstest vorgenommen. Aufgrund der hohen Empfindlichkeit kann der Suchtest nämlich auch »falsch positive« Testergebnisse produzieren – ähnlich wie ein Feuermelder bereits bei der geringsten Hitze- und Rauchentwicklung Alarm geben kann, ohne dass es wirklich brennt.

Bestätigungstest

Der Bestätigungstest (Meistens der so genannte Western Plot) wird normalerweise mit derselben Blutprobe durchgeführt wie der Suchtest, sodass Sie sich die Belastung durch eine zweite Blutabnahme und die erneute Wartezeit sparen können.

Wenn auch der Bestätigungstest Antikörper gegen HIV nachweist, wird man Ihnen das Ergebnis „HIV-Antikörpertest positiv“ mitteilen.

Schnelltest

„Schnell-Suchtests“ sind mittlerweile in Deutschland zugelassen, auch sie gelten als sicher.

Heimtest

„Tests für Zuhause“ sind in Deutschland nicht zugelassen, weil sie störanfällig sind und leicht zu falschen Ergebnissen führen können.

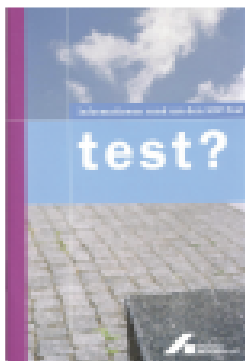
Direkter Virusnachweis

In seltenen Fällen (z.B. bei Neugeborenen von HIV-infizierten Müttern) setzt man zur Feststellung einer HIV-Infektion auch den direkten Nachweis von Viren bzw. Virus-Erbmaterial ein (Meist mit einem so genannten PCR-Test). Dieser Test ist aber weniger genau als der Antikörpernachweis, d.h. Das Risiko falscher Ergebnisse ist größer. Deshalb muss auch das Ergebnis »kein Virusnachweis« immer durch einen HIV-Antikörpertest (also frühestens drei Monate nach der letzten Risikosituation) bestätigt werden. Der direkte Virusnachweis ist außerdem sehr teuer und muss in der Regel selbst bezahlt werden.

Das Testergebnis wird Ihnen in der Regel 7-10 Tage nach der Blutabnahme mitgeteilt. Das sollte immer im Rahmen eines persönlichen Beratungsgesprächs

»von Angesicht zu Angesicht« geschehen.

© Text: DAH
Broschüre Test?
(DAH Best. Nr. 020099)



Inhalt

2 Solidarität, Stigmatisierung und Prävention (Teil 2/2) - Dr. Dirk Sander in der Frankfurter Paulskirche zum WAT 2008

5 ICH WEISS WAS ICH TU auf den CSDs 2009 - Infact sprach mit Thomas Schwarz vom IWWIT-Kampagnenteam

8 Risiken werden oft völlig falsch eingeschätzt - Klaus Stehling, Geschäftsführer des Landesverbandes der Hessischen AIDS-Hilfen im Gespräch

12 Der AIDS-Test - Fakten, statt Mythen! - Armin Schafberger, Medizinreferent der Deutschen AIDS-Hilfe klärt auf

15 Fehlerquoten beim HIV-Test

18 Schwule in Afrika - Sind sie sicher? von Floriane Cutler, David Montvoisin und Jean-Francois Laforgerie

21 Mit Männern wäre das nicht nicht gegangen - Infact sprach mit lesbischen Frauen über ihre Alkoholabhängigkeit

27 Flaschenpost aus Motzen, von Anna S.

28 John Banville alias Benjamin Black: Der silberne Schwan

29 Elterninitiative für akzeptierende Drogenarbeit von Patrik Reupsch

Liebe Leserinnen & Leser!

Das Team ICH WEISS WAS ICH TU dürfte froh sein, wenn die CSD Saison vorbei ist. Thomas Schwarz gibt uns einen kleinen Zwischenbericht zur Präsenz der Kampagne auf den Festen und Umzügen. Im Herbst werden die HIV Testwochen stattfinden. Wir haben mit dem Medizinreferenten der Deutschen Aids-Hilfe Armin Schafberger und Klaus Stehling, dem hessischen Landesgeschäftsführer darüber gesprochen. Der Blick über die Grenzen führt uns diesmal nach Afrika. Zum Thema Alkohol standen uns Berliner Frauen Rede und Antwort. Jürgen Heimchen berichtet über die Drogenakzeptierenden Eltern. Auf den Seiten www.aidshilfe.de und www.iwwit.de tut sich eine Menge. Schauen Sie dort mal wieder rein und diskutieren Sie beim Blog <http://blog.aidshilfe.de> mit. Glückwunsch an Uli Würdemann, der für seinen Blog www.ondamaris.de den Medienpreis der Deutschen AIDS-Stiftung erhalten hat.

Ihre Redaktion aus Offenbach

Impressum

INFACT Aids.Hilfe Magazin
Hrsg.: AIDS- Hilfe Offenbach e.V.
Frankfurter Straße 48
63065 Offenbach am Main
ViSdPG: Kalle Ohnemus
Erscheinungsweise: zweimonatlich
Redaktion: Bernd Aretz (ba), Kalle Ohnemus (kho)
Fotos soweit nicht anders angegeben:
IWWIT /DAH
Layout erstellt mit Scribus: (kho)

Mit Beiträgen von: Bernd Aretz, Floriane Cutler, Jean-Francois Laforgerie, David Montvoisin, Kalle Ohnemus, Patrik Reupsch, Anna S., Dirk Sander, Armin Schafberger, Klaus Stehling und der "FAM Frauengruppe aus Berlin".
Titelbild: CSD 2009 von www.iwwit.de
ISSN: 1866 - 7694
Juli - August 2009, Heft 08
Druck:
eMail: infact@t-online.de

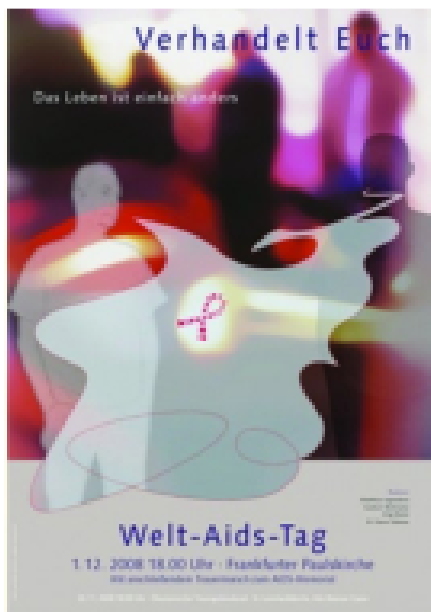
Solidarität, Stigmatisierung und Prävention (Teil 2/2)

Dr. Dirk Sander in der Frankfurter Paulskirche zum WAT 2008

Ein Durchbruch wurde aus heutiger Sicht auf der Welt-AIDS-Konferenz in Vancouver im Juni 1996 erreicht. Hier wurden Ergebnisse von Studien zu den Erfolgen von Kombinationsbehandlungen mit unterschiedlichen Wirkstoffklassen vorgestellt. In den Jahren 1994-1997 sank nun der Anteil unbehandelter Patienten in Europa von 37 % auf 9 %, während der Anteil der Patienten, die mit den neuen Kombinationstherapien behandelt wurden, von 2 % auf 64 % anstieg. Auch die AIDS-Zahlen brachen ein. Innerhalb von vier Jahren, zwischen 1994 und 1998, sank die AIDS-Inzidenz in Europa auf weniger als ein Zehntel. Hospize mussten sich umorientieren, viele Patienten erholten sich, und begannen wieder zu arbeiten. Die Nebenwirkungen dieser Therapien, erzeugten noch viele Jahre sichtbare Veränderungen bei den Betroffenen. Das so genannte Nebenwirkungsmanagement kann das mittlerweile eindämmen. Das Ziel heutiger individueller Therapien ist es, die Viruslast unter die Nachweisgrenze zu drücken. Damit ist zum einen eine allgemeine gesundheitliche Stabilisierung zu erreichen, die Unterdrückung der Viruslast hat aber noch einen weiteren, bedeutsamen Effekt für die Prävention.

Die staatliche Schweizer Eidgenössische Kommission für Aidsfragen veröffentlichte deshalb im Frühjahr dieses Jahres eine Erklärung, welche unter bestimmten Bedingungen die Benutzung von Kondomen für vernachlässigbar erklärte. Sinngemäß heißt es: Wenn die Viruslast bei drei Messpunkten innerhalb

von sechs Monaten unter der Nachweisgrenze ist, die Therapie konsequent durchgeführt wird und keine anderen sexuell-übertragbaren Infektionen vorliegen, wird HIV mit einer Wahrscheinlichkeit übertragen, die sogar geringer (!) ist als die Benutzung von Kondomen.



Plakat "Verhandelt Euch"
© Frankfurter AIDS-Hilfe.e.V.

Diese Veröffentlichung hat bei uns zu unterschiedlichen Reaktionen geführt: Auf Seiten der HIV-Positiven selber wurde sie zunächst als eine „Ent-Ängstigung“ gefeiert. Man hoffte, dass sich nunmehr ein radikaler Abbau von Vorurteilen und Diskriminierungen ihnen gegenüber durchsetzen würde. Niemand sollte sich mehr als „Virenschleuder“ fühlen müssen. Auch wünschte

man sich, trotz der Infektion als Sexpartner wieder attraktiver zu sein.

Die Reaktion auf das Schweizer Statement war aber auch durch massiven Widerspruch gekennzeichnet. Unterstellt wurde, dass die allgemeine Bekanntmachung der verschwindenden Infektiosität bei einer wirksamen Therapie jegliche Schutzmotivation in der Bevölkerung und insbesondere „in bestimmten Teilpopulationen“ zunichte machen würde. HIV-positive wurden unter Generalverdacht gestellt. Die alten Bilder der Uneinsichtigen, gesellschaftlich unsolidarischen und sorglosen Hedonisten wurden erneut auf stigmatisierende Weise reaktiviert.

Mir wurde auch klar, dass es ein großes Interesse gibt, die teilweise irrationalen Ängste nicht nur in der sexuellen Interaktion weiter bestehen zu lassen: die Ängste vor HIV-positiven und die internalisierten Ängste von HIV-positiven selber, den Virus, trotz einer erfolgreichen Therapie weiterzugeben. - Keine Chance, sich neu zu verhandeln!

Vor einer „zunehmenden Sorglosigkeit“ aufgrund der besseren Therapierbarkeit wird trotz der stabilen Datenlage beim Schutzverhalten schon seit einigen Jahren gewarnt. In den Medien werden sogar Berichte kolportiert, in denen unterstellt wird, dass das Infizieren anderer in Mode gekommen sei, auch sei es vielen mittlerweile ziemlich egal, ob sie infiziert würden. Zur Beweisführung werden oft namenlose Einzelfälle herangeführt. Ein besonders krasses Beispiel ist ein Artikel, der von den neuen „Aids-Attentätern“ schreibt.

Hier werden m.E. die alten angstmachenden, überkommen geglaubten „Manipu-

lationsdramen“ aufgeführt, die ja schon ehemals als homophobe Phantasmen demaskiert worden sind. Auch die Zahlenspiele erleben seit Beginn dieser Dekade eine Renaissance. Es wird nicht ein leichter Anstieg von Jahr zu Jahr berichtet, vielmehr wird regelmäßig und medienwirksam mit dem Jahr der geringsten Infektionsziffer argumentiert. Die Zahlen steigen dann von Jahr zu Jahr um 10, um 20, um 30 bis hin zu 70 Prozent. Selbst heuer, als es keinen Anstieg mehr gab, wird verkündet: „Die Zahl der gemeldeten Fälle verdoppelte sich laut RKI damit seit 2001 nahezu“. Das ist nur ein Zitat von vielen, diesmal aus der Berliner Zeitung vom vergangenen Wochenende. Diese dramatisierenden Zahlenspielerereien sind geeignet, an der vorhandenen gesellschaftlichen Solidarität zu kratzen.

Da kann es nicht verwundern, dass einige Politiker unruhig werden, und eine härtere Gangart in Betracht ziehen. In einem Bundestagsantrag von CDU und SPD vom November 2006 wird wiederum „Sorglosigkeit“ angeführt, und die bisherigen Strategien in der Prävention hinterfragt. Es soll über „verbindliche“ und „rechtliche“ Regelungen nachgedacht werden. Der Antrag gipfelt in dem Auftrag, zu prüfen, „ob die Erfahrungen in Österreich und der Schweiz mit der Verschärfung des Strafrechts bezüglich der fahrlässigen Gefährdung der Verbreitung einer sexuell-übertragbaren Krankheit eine handhabbare Regelung zur Eindämmung“ darstellen würde.

Ich brauche aus diesem Antrag nicht weiter zu zitieren, meine Damen und Herren, hier wird tatsächlich überlegt,

die überkommen geglaubte Seuchenstrategie durch die Hintertür wieder einzuführen. Juristen und Seuchenpolizei sollen das Problem lösen, die erfolgreiche Strategie der Aufklärung und Information wird infrage gestellt.

Hinter diesem Bundestagsantrag, das ist erwähnenswert, stehen auch mindestens zwei gewählte schwule Parlamentarier. Das unreflektierte Gerede von der neuen Sorglosigkeit hat nämlich auch dazu geführt, dass die Homosexuellen dichotomisiert und in ihrer eigenen Gruppe weiter entsolidarisiert werden:



Da sind dann diejenigen, die sich angeblich dem Safer Sex-Diktat entziehen, und diejenigen Konformen, die – der Eindruck drängt sich auf – bei jeder sexuellen Verrichtung ihre Verantwortung gegenüber der Gesellschaft reflektieren und demonstrativ zum Latex greifen. Eine Anbiederung, die man nur mit einer Internalisierung von Schuld und Scham

erklären kann.

Wir wissen heute, dass der Anstieg der Neudiagnosen seit Beginn dieses Jahrtausends nicht mit zunehmender Sorglosigkeit sondern mit einem komplexen Bündel von Ursachen zu erklären ist, welche einen eigenen Vortrag wert sind. Da verweise ich auf andere aktuelle Veröffentlichungen!

Und: Wenn es denn eine allgemeine therapienbedingte Sorglosigkeit gäbe, dann muss es zumindest stutzig machen, dass – wie empirische Erhebungen feststellen – ca. 1/3 der Infizierten gar nicht zum Test gehen und damit auf eine Therapie verzichten. Aufschluss gibt eine aktuelle Überblicksstudie, in der es heißt: „Es sind weniger die veränderten medizinischen Aspekte, welche die aktuellen Testentscheidungen prägen, es sind die sozialen Zuschreibungen und Konsequenzen“ die einen nach einem positiven Testergebnis erwarten (Flowers et al. 2003, zit. in De Wit/Adam 2008:22). – Aus Angst vor Diskriminierung wird also auf eine therapeutische Intervention verzichtet. Diese Interventionen sind aber weitaus wirksamer, wenn die Infektion früh erkannt und behandelt wird.

Ich komme zum Schluss: Prävention ist nur dann gut, wenn sie die Rahmenbedingungen individuellen und gruppenbezogenen Verhaltens berücksichtigt. Wenn sie die Nöte der Menschen ernst nimmt. Wenn sie Ihnen die besten Informationen zu den sich differenzierenden Risiken und Schutzmöglichkeiten aufzeigt. Der Trend jedenfalls, Risiken zu individualisieren und bei (vermeintlichem) Risikohandeln mit einer Verschärfung juristischer

Sanktionen zu drohen, ist ein Bären-dienst für die Prävention. So werden Menschen weiter in die Enge getrieben, sie werden letztlich verhöhnt. „Selbstschuld“ heisst die Logik, und auch die Rechtsprechung macht sich damit zum Organ symbolpolitisch agierender homophober Stammtische.

Strafbestimmungen gegen Menschen mit HIV sind unwirksam und eine Katastrophe für die Prävention, da die Verantwortung den HIVpositiven Menschen zugeschoben und damit deren Ausgrenzung weiter verstärkt wird. „Ausgrenzung macht krank“, so hat es Phil Langer noch einmal betont; „Ausgrenzung produziert Geheimhaltung“, so Herr Setzepfand von der Frankfurter Aids-Hilfe. Wir brauchen aber Offenheit gegenüber dem Sexpartner, in der Zweierbeziehung. Wir brauchen auch ein offenes vorurteilsfreies gesellschaftliches Klima. Sonst können wir nur wenig gestalten. - Kriminalisierung verhindert Offenheit.

Unlängst sah sich UNAIDS genötigt, ein deutliches Positionspapier zu veröffentlichen. Dieses Dokument führt zahlreiche Argumente gegen die Strafbarkeit der HIV-Übertragung auf. Eine strafrechtliche Regelung untergräbt gemäß UNAIDS sowohl die öffentliche Gesundheit als auch die Menschenrechte und sollte deshalb unter allen Umständen vermieden werden.

Also, meine Damen und Herren, Nachdenken und Menschenverstand sind auch heute nötig. Lassen Sie sich nicht durch unseriöse Zahlenspiele und Aids-dramatik manipulieren. Bleiben Sie realistisch, bleiben Sie weiter solidarisch, vor allem mit denen, denen es nicht im-

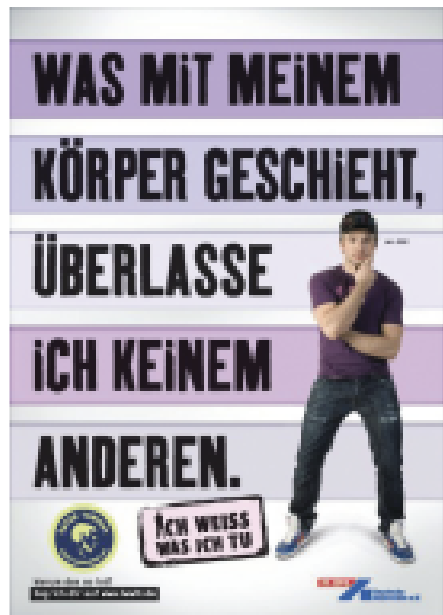
mer gelingt, den einschränkenden Empfehlungen der Präventionisten zu folgen.

Und zeigen sie denen, die mit der allmächtigen Knute des Gesetzes das alte Seuchenrecht durch die Hintertür her-einschummeln möchten, die rote Karte.

Vielen Dank für Ihre angstfreie Aufmerksamkeit!

Alle Redebeiträge zum WAT 2008 in der Paulskirche finden Sie im Internet auf der der Homepage der Frankfurter AIDS-Hilfe e.V. unter

<http://www.frankfurt-aidshilfe.de/ge-schaeftsstelle/mitteilungen/wat-2006/paulskirche>





ICH WEISS WAS ICH TU auf den CSDs 2009

Infact sprach mit Thomas Schwarz vom IWWIT Kampagnenteam

ICH WEISS WAS ICH TU auf den CSDs

Infact sprach mit Thomas Schwarz aus dem IWWIT Kampagnenteam

Thomas, wie sieht es zurzeit bei Dir mit freien Wochenenden aus?

Solange die CSD Veranstaltungen laufen ist nicht daran zu denken. Wenn ihr auf iwwit.de nachschaut, werdet ihr mehr als 1000 Fotos finden und sehen, dass Dirk Sander, der Leiter des Referates für Männer, die Sex mit Männern haben, Matthias Kuske als Leiter der ICH WEISS WAS ICH TU Kampagne und ich unentwegt mit den Rollenmodellen unterwegs und im Gespräch mit schwulen Männern in der ganzen Republik sind.

Welche Erfahrungen macht ihr?

Bei den kleineren CSDs sind wir mit unserem Wagen oder unseren mobilen Bühnen häufig die Hauptattraktion. In der eher intimen Atmosphäre ergibt es sich immer wieder, dass auch ernsthafte Gespräche möglich sind. Es gibt ja immer noch die Vorstellung, HIV komme auf dem Lande kaum vor. Dieses falsche Bild brechen wir sehr erfolgreich. Schon der Umstand, dass die Deutsche Aids-Hilfe die kleineren Veranstaltungen gleichberechtigt besucht und unterstützt, macht deutlich, dass HIV nicht nur in den Metropolen angesiedelt ist. Manche unserer Rollenmodelle sind ja HIV positiv und die machen nachfühlbar deutlich, dass man HIV nicht sieht, dass es keine Frage

des Alters oder eines ungewöhnlich ausschweifenden Lebensstils ist. Und sie zeigen, dass man auch mit HIV begehrtestenswert sein kann. Bemerkenswert finde ich die Nachfrage nach unseren Materialien. Hier scheint es doch einen Nachholbedarf zu geben. Das mag damit zusammenhängen, dass sich bei solchen Gelegenheiten auch viele Männer treffen, die sonst eher fern der schwulen Subkultur leben. Schön finde ich auch, dass sich viele Veranstalter Aktionen einfallen lassen, bei denen es unsere Giveaways als Preise winken. Das sind dann die Gelegenheiten, allzu sichere Annahmen zu HIV, Hepatitis und Syphilis im Quiz oder bei Ratespielen zu überprüfen.

Wo liegt der Unterschied zu den Großveranstaltungen wie z.B. in Berlin und Köln?

Da kommt es uns eher darauf an, Präsenz zu zeigen und unsere Marke noch bekannter zu machen. Das greift auch, wie wir an den steigenden Zugriffszahlen auf die www.iwwit.de Seite feststellen können. Aber von den Wagen im Zug Materialien zu verteilen, halten wir nicht für sinnvoll. Im Zweifel würden sie ohnehin nur auf der Strasse landen, mal abgesehen davon, dass in den Metropolen die Präventionsteams die Szenen gut mit Informationen versorgen. Aber auch dort gibt es immer wieder Anlass zu Gesprächen, etwa darüber, dass wir in Berlin bei der Vorbeifahrt am Holocaust Mahnmal und am Mahnmal für die schwulen Opfer des Nationalsozialismus die Musik auf unserem Wagen ausgestellt haben. Ich halte das eigentlich für eine Selbstverständlichkeit, habe aber gemerkt, dass viele das anders se-

hen. Gut finde ich, wenn örtliche schwule oder politisch Bekannte auf unseren Wagen mitfahren und so deutlich machen, dass sie sich für unsere Anliegen engagieren.

Woran arbeitet Ihr zurzeit außer den CSDs?

Im Herbst werden die Aidshilfen und die schwulen Präventionsprojekte verstärkt den HIV Test und die Untersuchung auf andere sexuell übertragbare Krankheiten bewerben und anbieten. Auch dazu findet ihr schon einiges auf unserer Homepage. Wir wollen endlich den Zustand beenden, dass immerhin etwa ein Viertel der positiven Testergebnisse erst im Vollbild Aids erhoben werden. Das Robert Koch Institut hält ja inzwischen Aids für eine durch rechtzeitige Behandlung vermeidbare Komplikation der HIV Infektion. Wir wünschen uns das HIV-Infizierte rechtzeitig behandelt werden. Dazu müssen wir erreichen, dass Menschen die einen Lebensstil mit erhöhten Risiken haben, sich regelmäßig testen lassen. Dass Behandlungen das Infektionsrisiko für die Partner erheblich senkt, ist ein Nebeneffekt, den wir natürlich auch gerne sehen. Das Risiko etwa bei „Kondomunfällen“ reduziert sich durch eine Behandlung der HIV Infektion drastisch.

Ein Wunsch zum Schluss?

Ja. Wer es noch nicht gemacht hat, sollte sich bitte gegen Hepatitis A und B impfen lassen. Ansonsten wünsche ich mir, dass die sexuell Umtriebigsten lustvoll aber unbeschadet durch das Jahr kommen.

Danke für das Gespräch. (ba)



Risiken werden oft völlig falsch eingeschätzt

Im Herbst startet die IWWiT Testkampagne. Die Hessischen Aidshilfen nehmen daran teil. Infact sprach mit deren Landesgeschäftsführer Klaus Stehling.

Klaus, die Aidshilfen in Hessen bieten schon seit ihrer Gründung Testberatung und häufig in Zusammenarbeit mit Laboren oder Gesundheitsämtern die Durchführung von HIV Antikörpertests und Untersuchungen auf andere sexuell übertragbare Krankheiten an. Warum jetzt eine Kampagne?

Aus der gesundheitswissenschaftlichen Forschung wissen wir, dass etwa 30 % der Männer die Sex mit Männern haben, noch nie einen Test gemacht haben. Dazu kommt eine große Gruppe, deren Test so lange zurück liegt, dass er keine Aussagekraft mehr besitzt. Etwa ein Drittel der positiven Testergebnisse wird erst bei Vorliegen ernsthafter Erkrankungen erhoben, und zwar zu einem Zeitpunkt, zu dem das Immunsystem so weit geschädigt ist, dass die Behandlungsoptionen stark ein-

gechränkt sind. Seit es hochwirksame Therapien gibt, ist die Frage, ob eine HIV-Infektion in einem frühen Stadium erkannt wird, ganz wesentlich für die Therapiemöglichkeiten und damit schließlich auch für die eigenen gesundheitlichen Perspektiven und die der PartnerInnen bei Sex und Drogenkonsum. Das Wissen, dass eine Therapie gut funktioniert, hat unserer Erfahrung nach vielfältige positive Auswirkungen, nicht zuletzt auch dann, wenn es darum geht, in einer neu gegründeten Partnerschaft den Immunstatus zu kommunizieren oder wenn Kinderwunsch und Schwangerschaft ein Thema werden.

Mit der Kampagne wollen wir zum einen erreichen, dass die bereits vorhandenen niedrigschwelligen Testangebote besser bekannt und genutzt werden. Einzelne Aidshilfen nutzen die Kampa-

gne auch, um ein neues Testangebot zu etablieren. Durch die Bewerbung in den Szenen wollen wir Menschen motivieren, zu uns zu kommen. Wir machen das auch, weil uns die Heimtests zunehmend Sorge bereiten und wir eine leicht zugängliche Alternative bieten wollen. Wir sehen die Heimtests sehr kritisch. Abgesehen davon, dass sie in Deutschland nicht zugelassen sind und die Einführung nach Deutschland juristisch verfolgt werden kann, sind sie auch aus anderen Gründen hoch problematisch: Die Heimtests sind Suchtests, deren Aussagekraft, falls sie positiv ausfallen, nur begrenzt ist. Da werden Menschen möglicherweise allein in der eigenen Wohnung oder auf der fremden Bettkante mit einem positiven Ergebnis – das stimmen kann aber nicht muss – konfrontiert. In einer solchen Situation wäre das Angebot eines sofortigen professionellen Beistandes dringend erforderlich. Sollte der Heimtest gemacht werden, um im Fall des negativen Ergebnisses ungeschützt verkehren zu können, so ist das ein sehr riskantes Vorgehen. Auch beim Heimtest sagt ein negatives Ergebnis nur eines sicher aus, nämlich dass im Zeitraum bis drei Monate vor dem Test keine Infektion vorgelegen hat. Das kann sich aber zwischenzeitlich geändert haben, ohne dass dies durch einen HIV-Test nachweisbar wäre, denn in der sogenannten „diagnostischen Lücke“ haben negative HIV-Tests nur eine begrenzte Aussagekraft. Von den möglichen Anwendungsfehlern, die zu falsch negativen Tests führen können, ganz zu schweigen. Gleichzeitig ist die Infektiosität in der frühen Phase einer HIV-Infektion z.T. sogar besonders hoch.

Wie kommt es denn dazu, dass selbst bei schwulen Männern, die als vergleichsweise gut informiert gelten was HIV angeht, noch immer derartig riskante Risikostrategien gefahren werden?

Unsere BeraterInnen berichten mir immer wieder, dass Risiken völlig falsch eingeschätzt werden. Wenn es z.B. um die Wirkung der Therapien auf die Infektiosität geht, müssen wir davon ausgehen, dass dieses Wissen bei schwulen Männern immer nicht angekommen ist. Es geistern Vorstellungen herum, dass jeder sexuelle ungeschützte Kontakt mit einem positiven Partner zu einer Infektion führt. Andererseits halten sich zäh diverse Schutzmythen: Die HIV-Infektion könne man jemandem ansehen, der andere werde es schon sagen, Liebe schütze, anstecken kann man sich eigentlich nur im schwulen Sündenpfehl der Großstädte etc. Durch die Teilnahme an der IWWIT Kampagne wollen wir einen Beitrag dazu leisten, dass MSM zukünftig informiertere und dadurch realistischere Risikoeinschätzungen vornehmen können.

Welche Rolle spielen in diesem Zusammenhang andere sexuell übertragbare Krankheiten?

Es ist bereits seit geraumer Zeit bekannt, dass die Anzahl der Todesopfer aggressiv verlaufender Hepatitis B in Deutschland über der Anzahl der AIDS-Todesopfer liegt und dass andere, nicht aufgedeckte und damit nicht behandelbare Infektionen über Sex und Drogenkonsum sowohl die Infizierbarkeit als auch die Infektiosität deutlich erhöhen können, was HIV anbetrifft. Wir beschäftigen uns schon lange mit diesen Themen. Zum Beispiel Impfkampa-

gnen gegen Hepatitis A und B gehören schon lange zu den Angeboten zum Beispiel der Aids-Hilfen Marburg und Gießen. Syphilis und Co werden von uns immer wieder thematisiert.

Die Deutsche AIDS-Hilfe hat die AIDS-Hilfen aufgefordert, ihre Ressourcen für Testberatung auf die Männer die Sex mit Männern haben, zu konzentrieren. Seht ihr das auch so?

Nicht ganz. Natürlich richtet sich die Kampagne an MSM – die wegen der weit überdurchschnittlichen Betroffenheit unser Hauptaugenmerk verdient. Aber die hessischen Aidshilfen zielen ei-

Die Adressen der örtlichen und regionalen Aidshilfen finden Sie im Telefonbuch oder im Internet unter

www.aidshilfe.de

(Adressen/Links/Die DAH/ Mitgliedsorganisationen).

gentlich darauf ab, für alle Bevölkerungsgruppen, die durch sexuell übertragbare Krankheiten (STD) höher riskiert sind, den Zugang zu Testangeboten zu erleichtern.

Nun ist ja in allen Beratungsstellen das Problem der AIDS-Phobiker und Dauertester bekannt. Gibt es dazu eine Haltung?

Wir erarbeiten zurzeit Testleitlinien, die sich in unsere Beratungsstandards einfügen. In diesem Rahmen ist das eines der Themen. Ergibt sich aus der vorhergehenden Beratung, dass keine Wahrscheinlichkeit für eine HIV Infektion besteht, sollte abgewogen werden, ob aus Gründen der psychischen Beruhigung ein Testergebnis die persönliche Lage stabilisieren kann oder ob psychosoziale und/oder psychotherapeutische

Gespräche wesentlich eher indiziert sind. Der Anteil unter den Ratsuchenden ist aber eher gering – wenn nicht gerade mal wieder ein Medienhype stattfindet – so dass nicht zu befürchten ist, dass diese Menschen die Beratungsstellen lahmlegen.

Sind sich die hessischen Aidshilfen in ihrer Testpraxis einig?

Nicht ganz. Bei der Erarbeitung der Leitlinien gab es viele Punkte, bei denen Einigkeit bestand. Qualifizierte Beratung, Anonymität, Vertraulichkeit, Niedrigschwelligkeit - auch hinsichtlich der Kosten - und im Fall eines positiven Testergebnisses eine angemessene Begleitung. Es blieben aber Detailfragen, zu denen es unterschiedliche Einschätzungen gab und gibt. Wenn man klientInnenzentrierte Aspekte höher wertet, kommt man evtl. zu anderen Schlussfolgerungen als wenn man die rein fachlichen Aspekte in den Vordergrund stellt. Die KollegInnen in der Beratung wägen deshalb zum Teil unterschiedlich ab. Deutlich wurde das vor allem in folgenden Bereichen:

- Haben KlientInnen ein Recht darauf, beliebige Tests ausdrücklich ohne jede vorherige Beratung durchführen zu lassen bzw. haben sie einen Anspruch auf einen Test durch die Aidshilfe auch in dem Fall, in dem eine erforderlich erscheinende Beratung abgelehnt wird?
- Haben KlientInnen ein Anrecht darauf, jedweden Test auch ohne eine erkennbare Indikation bzw. auch angesichts einer aus fachlicher Sicht zu erwartenden minimalen Aussagekraft des Tests durchführen zu lassen?
- Dürfen KlientInnen auf der Durchführung eines PCR bestehen, obwohl die beratende Person den (u.a. auch wesent-

lich kostspieligeren) PCR nicht für indiziert hält?

- Haben KlientInnen ein Recht auf die Durchführung von Tests, wenn diese Wünsche aus psychosozialer Sicht der BeraterInnen zwanghaften oder phobischen Motiven unterliegen?

- Haben KlientInnen gegenüber der Aidshilfe einen Anspruch auf eine Testung unter eigenem Namen (z. B. zum Zweck der Einreise in ein Land, das den Nachweis eines negativen HIV-Tests zur Auflage macht)? Unterstützen Aidshilfen damit nicht gesetzliche Regelungen, die sie eigentlich aufs Schärfste

Informationen und Beratung zum Test und zu HIV und Aids bietet auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA):
im Internet unter
www.gib-aids-keine-chance.de
oder **www.aidsberatung.de**
sowie telefonisch unter der
Rufnummer 01805 / 5555 444(12 Cent/Min. aus dem dt. Festnetz)

verurteilen? Stellen auf der anderen Seite Patientenrechte nicht auch für die Aidshilfen ein hohes Gut dar, wie z.B. das Recht der Hoheit über die eigenen Gesundheitsdaten?

- Haben KlientInnen ein Recht darauf, einen Test durchführen zu lassen, wenn das Ergebnis erkennbar dazu genutzt wird, SexualpartnerInnen in nicht sachgerechter Weise damit zu „beweisen“ (Persilschein-Funktion), dass es keinerlei Vorsichtsmaßnahmen bedürfe?

Soweit damit nicht zentrale Positionen dieser Leitlinien in Frage gestellt wer-

den, die nicht relativierbar oder verhandelbar sind, akzeptieren die hessischen Aidshilfen die Abweichungen die aus diesem Abwägungsprozessen resultieren. Damit verbunden ist die Zielsetzung, den Qualitätsdiskurs aktiv fortzuführen.

Eine Beraterin, die einen Test wegen völlig mangelnder Indikation ablehnt, mag fachlich durchaus nachvollziehen können, warum der Kollege einer anderen Aidshilfe in der gleichen Situation aus Gründen einer streng klientInnen-zentrierten Beratung in die Testung einwilligt. Sie gewichtet aber anders. Ein Berater, der aus der klientInnen-zentrierten Position heraus einen namentlichen Test durchführt, um eine Einreise zu ermöglichen, respektiert die Entscheidung einer anderen Aidshilfe, die darauf besteht, dass ausschließlich anonyme Testungen angeboten werden, weil auch er prinzipiell die Auflage eines Testergebnisses am Grenzübergang öffentlich vehement ablehnt. Er gewichtet ebenfalls in der spezifischen Situation anders. Wir bekennen uns hier zu unterschiedlichen Abwägungsmöglichkeiten und sehen den gemeinsamen Disput in diesen Fragen für die Entwicklung unserer Einrichtungen als förderlich an.

Wann ist mit der Verabschiedung und Veröffentlichung eurer Leitlinien zu rechnen?

Noch vor dem Kampagnenstart im Herbst. Sie sind dann, wie unsere Beratungsstandards, von der Homepage www.aids-hilfe-hessen.de herunter zu laden.

Klaus, Danke für das Interview. (ba)

Der Aids-Test - Fakten, statt Mythen!



Im Rahmen der IWWIT-Kampagne finden vom 1. September bis 30. November HIV- und STD-Testwochen statt. Mehr Aidshilfen als bisher werden daher ab September konventionelle Tests und Schnelltests anbieten. Infact sprach mit **Armin Schafberger**, dem **Medizinreferenten der Deutschen AIDS Hilfe** über die Hintergründe.

Die Aidshilfen taten sich früher sehr schwer mit dem HIV Antikörpertest, nun wird seit Jahren dafür geworben, dass sich sexuell umtriebige Männer, die Sex mit Männern haben routinemäßig etwa jährlich auf HIV testen lassen sollten.

Seit Mitte der neunziger Jahre gibt es hoch wirksame Therapien, deren dauerhafter Erfolg jedoch davon abhängt, dass die Infektion rechtzeitig diagnostiziert und behandelt wird. Das Robert Koch-Institut schreibt in seinem letzten Bulletin vom 25. Mai 2009 „Aids ist heute eine weitgehend vermeidbare Komplikation einer HIV-Infektion“ und kommt auf diesem Hintergrund zum Schluss, dass die in Deutschland für das Jahr 2008 geschätzten 1100 AIDS Fälle unakzeptabel hoch sind. Im Interesse der Betroffenen liegt es eine HIV-Infektion frühzeitig zu erkennen. Ein Drittel der neu mit HIV diagnostizierten Personen gilt als „late presenter“. Sie kommen zu spät zum Test bzw. zur Therapie. Zwar kann in vielen dieser Fälle durch eine effektive antiretrovirale Therapie wieder eine deutliche klinische Verbesserung erreicht werden, trotzdem wird die langfristige Prognose in diesen Fällen durch den ein-

mal erreichten schweren Immundefekt (bzw. das Stadium Aids) und den späten Behandlungsbeginn beeinträchtigt und die Sterblichkeit ist im Vergleich zur rechtzeitig beginnenden Therapie erhöht.

Kannst Du uns etwas zu den Zahlen und der Verteilung der HIV positiven Testergebnisse sagen?

In Deutschland leben –die Dunkelziffer schon eingerechnet – etwa 38700 HIV-positive MSM, 8700 HIV-positive heterosexuelle Frauen und Männer, etwa 7300 HIV-positive Menschen aus Hochprävalenzländern und etwa 8200 HIV-positive Menschen, die sich durch intravenösen Drogengebrauch infiziert haben.

Das Robert Koch-Institut schätzt, dass in Deutschland ca. 30% der mit HIV infizierten Menschen nicht wissen, dass sie infiziert sind. Diese Gruppe sollte durch Testangebote erreicht werden. Wenn sich (und das ist eine Annahme) die 30%, die nichts von ihrer Infektion wissen, auf die Gruppen gleich verteilen, dann wissen ca. 11.600 MSM, 2600 Heteros und Heteras, 2200 Migranten und 2500 Drogengebraucher noch nichts von ihrer Infektion.

Es gibt also viel mehr MSM, die noch

nichts von ihrer Infektion wissen, als Heteros und Heteras. Wenn man aber Tests anbietet, dann bietet man sie einer großen Zahl von Personen an, nicht nur den noch nicht diagnostizierten HIV-Positiven. Und die Zahl aller Heteros und Heteras im sexuell aktiven Alter ist unglaublich hoch, schätzungsweise die Hälfte der Bevölkerung, also grob geschätzt 40 Millionen. Demgegenüber ist die Zahl der MSM recht begrenzt, ca. 600.000 bis 650.000 (also ca. 3% der männlichen Bevölkerung). Die Zahl der Heroingebräucher wird auf 120.000 geschätzt. Die Zahl der Migranten aus HPL kennen wir nicht.

Wenn wir Tests anbieten und nur sehr begrenzt Testkapazitäten zur Verfügung haben, kommt es auf das Verhältnis der HIV-Negativen zu den noch unentdeckt HIV-Positiven an. Das Verhältnis bei den MSM und den Drogengebräuchern ist ungefähr 50 : 1. Wenn man wahllos und ohne Risikoanamnese testen würde und vom Test nur die ausschließen würde, die schon wissen, dass sie positiv sind, dann würde man statistisch gesehen bei MSM und Drogengebräuchern nach 50 Tests ein positives Testergebnis erhalten. Bei Heteros und Heteras wäre das Verhältnis ein ganz anderes. Hier würde man erst nach ca. 15.000 Tests ein positives Testergebnis erhalten. Wohlgemerkt, wenn man alle Heteros und Heteras ohne Risikoanalyse testen würde.

Wie viele Tests mit Beratung werden wir in den Testwochen in ganz Deutschland zusätzlich anbieten können? Vielleicht 1000, wenn es hoch kommt (und das ist schon illusorisch), 5000 Tests. Wenn wir Heterosexuelle testen, finden

wir statistisch gesehen auch nach 5000 Tests keine einzige HIV-Infektion. Wenn wir MSM testen, finden wir statistisch gesehen nach 1000 - 5000 Tests 20 - 100 zusätzliche HIV-Infektionen.

Ist das einer der Gründe, warum die Testkampagne auf MSM fokussiert?

Ja. Wir sollten möglichst keine Heterosexuellen testen. Natürlich gibt es auch Heterosexuelle mit einem HIV-Risiko und diesen darf ein Test nicht verweigert werden. Aber wenn es um die Frage geht, wen wir im Rahmen einer Kampagne für unsere Testangebote gewinnen wollen, dann gilt ganz klar: Die Ressourcen in der HIV-Prävention sind begrenzt und sollten dort eingesetzt werden, wo sie am dringendsten benötigt werden! Jeder Test, der bei Heterosexuellen durchgeführt wird, fehlt woanders. Wir wollen kein Screening der Durchschnittsbevölkerung, sondern wir möchten ganz klar, dass Menschen mit einem erhöhten Risiko dafür sensibilisiert werden, sich testen zu lassen und im Falle einer Infektion Zugang zur rechtzeitigen Behandlung zu erhalten.

Schrecken die Nebenwirkungen der Medikamente Menschen ab, sich testen zu lassen?

Anders als dies in vielen Köpfen herumgeistert, sind die Nebenwirkungen der Therapien für den Alltag mittlerweile begrenzt oder beherrschbar. Die Vorteile einer rechtzeitigen Therapie sind hingegen klar belegt. Die Nebenwirkungen aber werden immer noch überschätzt. Wir haben auch in der Prävention zu lange die Nebenwirkungen als Abschreckung thematisiert. Das

mag auch damit zu tun haben, dass die problemlos verlaufenden Behandlungen in keiner Weise sichtbar sind und üblicherweise kein Gesprächsthema. Und in den Aidshilfen treffen sich ja viele Menschen, die Probleme mit den immer noch lebenslangen Therapien haben oder zu denjenigen mit versagenden Therapien gehören. Das mag den Blick verzerren.

Ist für die Aidshilfe der präventive Effekt von Therapien ein Grund der kommenden Test Kampagne?

Als Mediziner geht es mir in erster Linie darum, dass Menschen rechtzeitig in Behandlung kommen. Das würde die Aidserkrankungen deutlich reduzieren. Und für mich ist auch klar, dass eine Therapie erst beginnen sollte, wenn Arzt und Patient sich aufgrund des Gesundheitszustandes über die Notwendigkeit einig sind. Die Therapien haben den Nebeneffekt, dass Übertragungsrisiken soweit gesenkt werden, so dass unter bestimmten Bedingungen in diskordanten Beziehungen auch eine gemeinsame die Gesundheit berücksichtigende Entscheidung der Partner für ungeschützten Sex möglich ist. Diese neue Präventionsoption sehen wir natürlich mit Freude. Aber die Frage des Therapiebeginnes hängt primär von der medizinischen Anforderung ab. Der Nutzen für die Prävention ist ein erfreulicher Nebeneffekt.

Unter Präventionsgesichtspunkten, wollen wir mit der Testkampagne erreichen, dass schwule Männer wieder wahrnehmen, dass HIV bei MSM ein ernst zu nehmendes Problem ist. Etwa jeder Zwanzigste ist HIV infiziert. Im Übrigen werden in der Testkampagne

auch die weiteren sexuell übertragbaren Krankheiten thematisiert. Die Kampagne soll das Bewusstsein stärken, dass es für sexuell Umtriebige eine Selbstverständlichkeit sein sollte, sich immer mal wieder auf STIs untersuchen zu lassen. Es bekommt der Gesundheit, Infektionen nicht zu verschleppen, und auch endlich die Hepatitis A und B Impfung machen zu lassen.

Welchen Stellenwert hat darin die Erklärung der Deutschen AIDS Hilfe zur Sexualität unter Therapien?

Sie macht unter anderem deutlich, dass es möglich ist, angstfrei mit Positiven Sex zu haben. Sie entzaubert das Bild von der Gefährlichkeit der wissenden Positiven. Sie setzt auf Kommunikation und das Aushandeln von sexuellen Rahmenbedingungen. Wenn wir Menschen sagen, sie sollen sich testen lassen und wenn wir davon ausgehen, dass wir danach einige mehr haben, die um ihren positiven Status wissen, dann müssen wir sie auch darin unterstützen, gegen die immer noch vorhandene Diskriminierung vorzugehen. Teile der Diskriminierung sind dem Umstand geschuldet, dass in den Köpfen völlig falsche Bilder herumgeistern. Es ist ja ein wesentlicher Teil von ICH WEISS WAS ICH TU, in das auch die Testkampagne eingebunden ist, den Mythen Fakten entgegenzusetzen, den Zuschreibungen die Realität gegenüberzustellen und Ängste bearbeitbar zu machen: Dazu kann übrigens auch ein positives Testergebnis zu hören. Uns wird immer wieder mal berichtet, dass mit dem Wissen leichter umzugehen ist als mit der Angst vor dem Wissen. Es kann manch-

Fehlerquoten beim HIV-Test



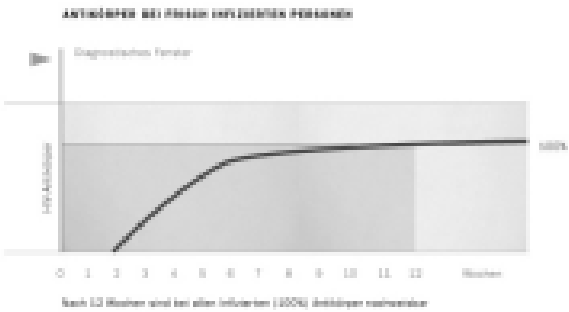
Schnelltests fallen bei Heterosexuellen häufiger falsch positiv als richtig positiv aus

Schnelltests bestehen nur aus einem Suchtest. Entscheidend ist, dass den Klienten das Ergebnis sofort mitgeteilt wird. Problemlos ist dies im Falle eines negativen Ergebnisses. Dies bedarf –wie auch beim klassischen HIV-Test– keiner Bestätigung, da bei Suchtests generell (egal ob als Schnelltest oder als klassischer HIV-Test) eine hohe Sensitivität gefordert wird. Anders als beim klassischen HIV-Test muss aber ein reaktives (vermeintlich positives) Ergebnis mitgeteilt werden. Hier wird das Ergebnis des Bestätigungstestes abgewartet, der aus der gleichen Blutprobe gemacht wird wie der Suchtest.

Anders ist das beim Schnelltest. Der Klient erwartet nach spätestens nach einer Stunde eine Antwort. Außerdem muss ihm jetzt aus der Vene Blut für

In der Beratung der Aidshilfe Offenbach tauchen immer wieder mal Menschen auf, deren Hausarzt sie mit einem positiven Elisassuchtest als HIV-positiv in die Beratung geschickt hat. Die dann über die Aidshilfe erfolgte fachgerechte Testung führte in der Regel zu negativen Ergebnissen. Unabhängig von der Feststellung, dass man den Ärzten die Ohren lang ziehen sollte, interessierte uns, wie es dazu kommt. Das Medizinreferat der Deutschen AIDS Hilfe hat dazu eine Stellungnahme abgegeben.

den Bestätigungstest entnommen werden. Dem Klienten darf nach einem Schnelltest nicht mitgeteilt werden, er sei HIV-positiv. Es sollte mitgeteilt werden, dass der Test „reaktiv“ ausgefallen ist und weiterer Abklärung bedarf. Denn das reaktive Ergebnis kann sowohl richtig als auch falsch positiv sein.



Wie häufig gibt es falsch positive Ergebnisse?

HIV-Antikörpertests liefern -richtig angewandt- zu über 99% richtige Ergebnisse. Solch eine hohe Trefferquote ist bei medizinischen Tests selten. Grundsätzlich aber gibt es auch beim HIV-

Test zweierlei Arten von Fehlern: der Test kann falsch negativ ausfallen oder falsch positiv.

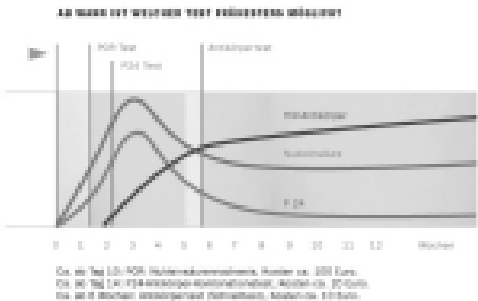
Die Sensitivität eines Testes beschreibt die Fähigkeit, eine positive Probe als positiv zu erkennen. Die Tests haben meist eine Sensitivität von 100%. Man könnte auch sagen, die Tests sind supersensibel oder überdreht-hysterisch eingestellt. Es handelt sich schließlich um Suchtests. Ihnen geht keine positive Probe „durch die Lappen“.

Dafür produzieren sie aber eine andere Art von Fehler: falsch positive Ergebnis-

terschiedlichen HIV-Prävalenzen unterschiedliche Gesamtergebnisse. Und das Problem taucht auf, wenn die Infektion in der zu testenden Bevölkerung selten ist.

99,7% Spezifität bedeutet, dass der Test bei 10.000 HIV-negativen Klienten 9970 mal (in 99,7%) ein richtig negatives Ergebnis und 30 mal (in 0,3% der Fälle) ein falsch positives Ergebnis anzeigt.

Für die Werte eines Schnelltests mit 100% Sensitivität und 99,7% Spezifität haben wir für verschiedene Prävalenz die Ergebnisse eines Screenings von 10.000 Personen berechnet:



Suchtest mit 100% Sensitivität und 99,7% Spezifität, 10.000 Tests bei verschiedener Prävalenz

Testet man in einer Bevölkerung mit einer HIV-Prävalenz von 10%, dann spielt das „Problem“ des nicht durchgeführten Bestätigungstests keine so große Rolle. Denn der Schnelltest (100% Sensitivität, 99,7% Spezifität)

erkennt von 10.000 Klienten alle 1000 Positiven als „positiv“ (100% Sensitivität) und lediglich 30 Personen (99,7% Spezifität) als positiv, die in Wirklichkeit HIV-negativ sind (falsch positives Ergebnis).

Der Klient fragt nun, wie sicher sein reaktives Testergebnis nun ist. Und bei einer Prävalenz von 10% kann man ihm sagen, dass er zu 97% wirklich HIV-po-

se. Die Spezifität eines Testes beschreibt die Fähigkeit, negative Proben auch als negativ zu erkennen. Wenn man sich die Werte anschaut, sieht es auf den ersten Blick gar nicht so schlecht aus, denn die Spezifität von Labor-Suchtests oder von Schnelltests liegt bei 99,7 oder 99,8%. Wo aber liegt das Problem?

Der gleiche Test liefert nämlich bei un-

Prävalenz	Richtig positiv	Falsch positiv	Pos. Vorhersagewert
10%	1000	30	0,97 (97%)
2%	200	30	0,87 (87%)
1%	100	30	0,77 (77%)
0,1%	10	30	0,25 (25%)

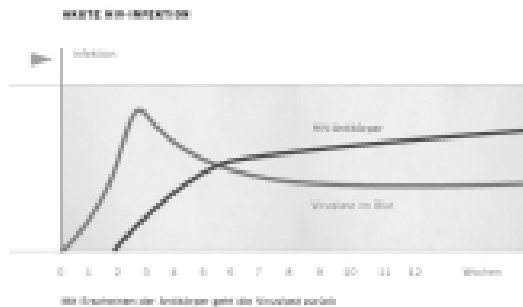
sitiv ist (positiver Vorhersagewert).

Testet man in einer Bevölkerung mit einer HIV-Prävalenz von 0,1% (deutsche Allgemeinbevölkerung, nicht unterschieden nach MSM, Hetero...), dann spielt das Problem des (noch) nicht durchgeführten Bestätigungstests eine sehr große Rolle. Denn der Schnelltest erkennt zwar die zehn Positiven aus den 10.000 Personen, allerdings zeigt er auch bei 30 HIV-negativen ein reaktives Ergebnis an (falsch positiv). Ein reaktives Ergebnis ist also für einen Klienten nur zu 25% auch richtig (Vorhersagewert) und zu 75% falsch positiv.

Beim Einsatz von Schnelltests ist somit sicher zu stellen, dass die Prävalenz in der Testpopulation so hoch ist, dass das Verhältnis von richtig zu falsch positiven Ergebnissen ein erträgliches Maß erreicht. Dies ist z.B. bei einer Prävalenz von über 1% der Fall. Eine Prävalenz von über 1% finden sich nicht in beliebigen „Settings“, sondern nur an Orten der klassischen AIDS-Hilfe Arbeit (Lokalisationen für MSM, Einrichtungen der Drogenhilfe,...). Das Setting ist also entscheidend. Außerdem kann man über eine Risikoanamnese die Prävalenz im Testkollektiv künstlich erhöhen (indem man Personen ohne Risiko keinen Schnelltest anbietet).

Die Prävalenz der HIV-Infektion in einer Fußgängerzone hingegen liegt bei unter 0,1%. Die HIV-Prävalenz der Heterosexuellen in der Fußgängerzone liegt sogar deutlich unter 0,1%. Hier produziert der Test mehr falsch positive als richtig positive Ergebnisse.

In der klassischen Test-Situation mit Suchtest und Bestätigungstest spielen diese Überlegungen keine Rolle. Der Suchtest (Elisa) ist supersensibel eingestellt und liefert mit 100% Sensitivität keine falsch negativen Ergebnisse (wenn man die diagnostische Lücke beachtet hat). Dafür produziert der Suchtest ein paar falsch positive Ergebnisse. Diese werden nicht mitgeteilt und die Blutproben aller reaktiven Tests durchlaufen einen Bestätigungstest. Dieser Test (in Deutschland ein Western-Blot)



ist nicht hochsensibel, sondern hochspezifisch eingestellt und fischt die falsch positiven wieder raus. Insgesamt hat man dann mit Such- und Bestätigungstest gemeinsam eine Sensitivität UND Spezifität von annähernd 100%. Besser geht es nicht.

Schwule in Afrika ... Sind sie sicher?

Willkürliche Verhaftungen, Gewalt, Lynchjustiz ... für die Homosexuellen in Afrika ist das Leben keine Party. Dieses Drama gewinnt zusätzlich an Brisanz, weil alles darauf hindeutet, dass die Rate der Aids-Infektionen unter den Homosexuellen um das zehn- bis fünfzehnfache höher ist als in der Allgemeinbevölkerung. Während die meisten der Vereinigungen im Kampf gegen Aids begriffen haben, daß der Kampf gegen das HI-Virus untrennbar mit der Verteidigung der Homosexuellenrechte verbunden ist, trifft das nicht auf die Machthaber zu, die ganz offiziell eine homophobe Haltung einnehmen.

„Ich werde von der Polizei meines Landes gesucht, und ich weiss von Leuten, die dort wegen mir verhaftet wurden, obwohl ich im Ausland bin. Im Sénégal fühle ich mich nicht mehr sicher. Ich kann nicht mehr nach Hause zurück. Gegenwärtig werde ich in meinen Aktivitäten eingeschränkt ...und sende einen Hilferuf aus.“

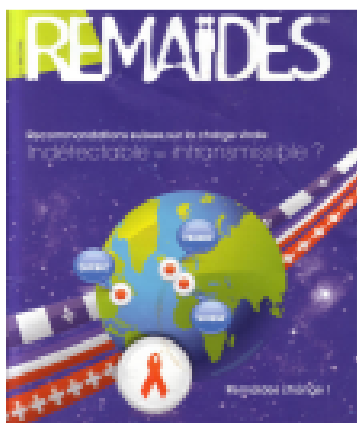
Dieses Sätze spricht Jean-Louis, ein Aktivist im Kampf gegen Aids und Vorkämpfer für die Homosexuellenrechte mit ruhiger Stimme. Trotzdem merkt man an manchen Betonungen seiner Stimme seine Beunruhigung und seine Angst vor der Zukunft. Der Senegalese Jean-Louis ist gezwungen, an einem geheimen Ort in Brumako in Mali zu leben. Er wird bedroht, weil er homosexuell ist und er weiss nicht, ob er gefahrlos zurückkehren kann nach Dakar, wo er mit seiner Freunden, seiner Familie und seinem Sohn lebte. Dieses erzwungene Exil verdankt er einem Artikel, der in der Presse erschienen ist.

Alles begann mit der Publikation von Fotos von einer Party, einer schwulen „Hochzeit“, das im senegalesischen Magazin *Icôte* erschienen ist. Die Polizei be-

nutzte es und machte sich auf die Suche nach jenen, die auf dem Foto abgebildet waren. „Ich nahm im Namen der Nationalen Allianz gegen Aids (ANCS), für die ich arbeite, an einem Treffen über Homosexualität und den Kampf gegen HIV in Bamako teil, erklärt Jean-Louis. Ich wusste nichts vom Erscheinen dieses Magazins und befürchtete nicht, dass es eine Gefahr für mich gibt. Dennoch die Bedrohung ist real. Mit Hilfe der Fotos nahm die Polizei am Wochenende vom 2 und 3 Februar 2008 die ersten Verhaftungen vor. Ein Dutzend Leute wurde festgenommen. „Ich kam in der Nacht vom zweiten auf den dritten Februar von Bamako zurück. Bei meiner Ankunft erhielt ich auf meinem Handy einige Nachrichten, die besagten, dass ich hier Probleme bekommen werde. Ich ging schnurstracks nach Hause. Meine Nachbarin - sie ist hinsichtlich der Schwulen sehr tolerant - erklärte mir, dass das ganze Viertel über meine Angelegenheiten auf dem Laufenden sei und dass die Jugendlichen des Blocks gekommen waren, um vor meinem Haus zu protestieren. Sie, die mich stets unterstützt hatte, gab mir den Rat, mich in

Sicherheit zu bringen. Von da an geriet ich in Panik! Es war mitten in der Nacht. Ich war von einem Treffen in Bamako zurückkehrt, mit 2000 Päckchen Gleitgel, Präventionsmaterialien für Schwule, Kommissionsberichten, etc. Ich musste alles zurücklassen, eine Katastrophe für den ANCS, meine Vereinigung, erklärt Jean-Louis. Ich nahm mir ein Hotelzimmer. Man gab mir einen Kontaktadresse in Dakar um mir zu helfen. Tagsüber hörte ich, dass es zu Verhaftungen gekommen war. In der Nacht nahm ich ein Taxi und verließ das Land in Richtigug Mali.

Was wirft man Jean-Louis und an den



Festgenommen vor? Ganz einfach die Teilnahme an einer schwulen „Hochzeit“. Die sénégalesische Strafgesetzgebung ist eindeutig. Verfolgt und bestraft werden „unzüchtige oder gegen die Natur gerichtete Handlungen mit Individuen des eigenen Geschlechts.“ Das ist nicht ungewöhnlich. Die Personen, die wegen des Motivs, sie seien homosexuell verhaftet wurden, blieben im Gefängnis. Einige von ihnen nahmen antiretrovirale Medikamente. Am 6. Fe-

bruar dementierte die Polizei ausdrücklich, dass man die festgenommenen Personen einem Aidstest unterzogen habe. Schließlich wurden sie ohne Anklage freigelassen. Die sénégalesische Tageszeitung 'Le soleil' (die Wichtigste des Landes) sieht hierin ein Komplott.

Sie dementiert selbst das anhaltende Gerücht, dass die Gelder für die mutmasslichen Homosexuellen aus fremdländischen Quellen stammen könnte. Die Zeit ist auf der Spur der Flüchtigen, nach denen aktiv gefandert wird, jubelt das Blatt. Unter den „Flüchtigen“ seien zwei Sénégalesen, erklärt das Journal. Die meisten dieser Personen, die im Verdacht stehen sich der Homosexualität hinzugeben, halten sich in einem Nachbarland des Sénégals versteckt, so die Zeitung. Tatsächlich ist Jean-Louis in Mali, er hat keine andere Wahl.

Die Freilassung der Festgenommen beruhigte die Gemüter nicht. Eine Zeitung mutmasst, dass die mutmaßlichen Homosexuellen auf frischer Tat ertappt wurden und ohne Urteil auf freien Fuss gesetzt worden seien. Es dauerte nicht lange, bis sich eine Kundgebung organisierte. Ein paar Dutzend mit Knüppeln bewaffneten Jugendlichen fiel ins Stadtzentrum ein. Die Polizei löste diese Kundgebung auf, die die Akteure so lange fortsetzen wollten, „bis diese Homosexuellen das Land verlassen haben“. Hier hat die Homophobie Bürgerrecht. Die Situation wird noch absurder, wenn man bedenkt, dass die internationalen Geldgeber auf Wunsch der sénégalesischen Behörden angehalten wurden, Programme für die HIV-Prävention für die Schwulen im Sénégals zur Verfügung zu stellen. Die gleichen Machtha-

ber, die die Polizei willkürliche Verhaftungen vornehmen lassen, sie von der Justiz verurteilen und vom Mob der Straße lynchen lassen.

Als der Sénégal diese Bitte äußerte, ist den lokalen Gesundheitsbehörden nicht entgangen, dass die Zahl der HIV-Infektionen unter den Homosexuellen bei 22 %, bei der Allgemeinbevölkerung hingegen bei 0,7 % liegt. Dieses Problem stellt sich in vielen der afrikanischen Staaten. Vor allem in Bénin, Ghana, Kenia, Nigeria, Togo, Uganda, Sénégal. Die Liste der Staaten, die homosexuelle Beziehungen mit Gefängnisstrafen, oft Schweren, belegen ist lang. Das war zu Beispiel in Kamerun der Fall, wo 2005 viele mutmassliche Homosexuelle inhaftiert worden sind. Viele verblieben für eine lange Zeit im Gefängnis, sie wurden von den Behörden vergessen. Das musste auch Alim, ein junger HIV-infizierter Kameruner durchmachen, die über viele Monate hin ohne medizinische Versorgung festgehalten wurde. Er starb einige Wochen nach seiner Freilassung. Kamerun ist kein isolierter Fall. Von den rund fünfzig Staaten, die den afrikanischen Kontinent ausmachen, verurteilen 38 homosexuelle Beziehungen unter Erwachsenen, verhängen Bussgelder und Gefängnisstrafen bis hin zu Exekutionen. Die Homophobie ist selbstverständlich nicht auf den afrikanischen Kontinent beschränkt, aber hier hat sie angesichts der Bedeutung von HIV ein besonderes Gewicht. Sie behindert die Prävention, zwingt Homosexuelle dazu sich zu verstecken, und behindert den Zugang zur medizinischen Versorgung, etc. Und sie führt dazu, dass sich die Ak-

tivisten besonderen Gefahren aussetzen. Aus diesem Grunde wurden AIDeS zusammen mit Sidaction und Act-Up mobilisiert, um die Situation im Sénégal zu erörtern und die verfolgten Aktivisten zu schützen. Es ist unsere Aufgabe, den engagierten Personen in den Auseinandersetzungen um die Rechte der Schwulen Zuflucht zu gewähren und sie in ihrem Kampf gegen Aids zu unterstützen, wenn sie von Staaten oder Gruppierungen verfolgt werden, erklärt AIDeS. Beides ist unauflöslich miteinander verbunden. Es ist offenkundig, dass die Beiden ein Gespann sind, erklärt Jean-Louis. Man kann die Menschenrechte nicht vom Kampf gegen Aids trennen. Das ist ein Kampf, den ich seit vielen Jahren führe. Ich weiss, dass es Risiken mit sich bringt sich öffentlich zu exponieren und so sichtbar zu sein, wie ich es bin. Diesen Preis muss man bezahlen. In Bamako ist Jean-Louis vorsichtig. Vor etwa zehn Tagen meldete 'Le quotidien' (eine sénégalesische Zeitung) ich habe Selbstmord begangen wegen der feindseligen Demonstrationen der Bevölkerung Malis gegen die Homosexuellen im Allgemeinen und insbesondere mir gegenüber, führt Jean-Louis aus. Ja, es stimmt. Ich bin vorsichtig.

1) AIDES – französische Hilfsorganisation

Autoren: Floriane Cutler, David Monvoisin, Jean-Francois Laforgerie

Erstveröffentlicht in: Remaides # 68, été 2008, Übersetzung (kho)

Mit Männern wäre das nicht gegangen

Infact sprach mit Frauen, die das Bewusstsein ihrer Alkoholabhängigkeit verbindet

Unsere Bemühungen anlässlich des CSD 2008 die Männer der Frankfurter Selbsthilfegruppe schwuler Alkoholiker zum Gemeinschaftsinterview zu bewegen scheiterten. Wir hätten ihnen gerne wieder einmal ein paar Männer in ihrem Umgang mit der Sucht vorgestellt, wie wir dies in der postT Ausgabe Mai/Juni 2005, dem Vorläufer der Infact, schon einmal getan haben. Problematischer Alkoholkonsum springt einen in der Szene ja immer wieder an. Viele haben in ihrem engsten Umfeld oder im Freundeskreis Menschen, denen zu wünschen wäre, sie tranken weniger oder kämen für sich selbst zu dieser Einschätzung. Den Zugang zu Frauen zu erhalten, war für dieses Thema einfacher. In Berlin wurde der Infact-Redakteur zu einer Gruppe von Frauen, die offen über ihre Alkoholabhängigkeit sprachen, eingeladen. In der Beratungs- und Behandlungsstelle FAM - Frauen – Alkohol – Medikamente & Drogen trafen wir uns.

Elvira, 71, Mutter dreier Kinder berichtet wie sie seit 1994 langsam in die Abhängigkeit geriet. Die Pflege der Mutter überforderte sie, die Beziehung ging in die Brüche. Psychopharmaka und Alkohol waren ihre Antwort auf die ständige Überforderung. „Es fing an mit Bier, der Konsum steigerte sich langsam. Ich habe heimlich getrunken. In Gesellschaft ein Glas Wein, zuhause Bier. Es war ein Doppelleben. Es trieb mich nach Hause, um trinken zu können, die Einsamkeit zu überdecken.“ Und dann merkte sie, dass das so nicht weitergeht, schon morgens zu trinken, die sozialen Kontakte schwinden zu sehen. Die Beratung der Dame am Nottelefon verwies sie an FAM. Der erste Weg dorthin kostete sie eine große Überwindung, aber sie ist froh, dass sie sich dem gestellt hat. Sie fühlt sich besser, nimmt wieder am Leben teil. Lesen, Kultur, Museen, was machbar ist bei

der Rente. Sie trifft sich wieder mit Bekannten und findet es hilfreich, dass ihr Freundeskreis nicht trinkt. Einen kleinen Rückfall hat es gegeben, der wurde von der Gruppe gut aufgefangen.

Anna, 52, eine begeisterte Leserin von Kriminalromanen, erzählt: „ich weiß nicht, warum ich angefangen habe. Ich habe nur heimlich getrunken. Ich war traurig, habe mich mit niemand mehr getroffen. Es hat sich niemand getraut zu sagen, du trinkst doch. Ich wüsste selber nicht ob ich mich trauen würde einen anderen anzusprechen. Wenn mich jemand angesprochen hätte, hätte ich wahrscheinlich geantwortet, ja, aber ich hab das im Griff, andere trinken auch. 2005 hatte ich einen Krampfanfall. Ich hatte wegen einer beruflichen Verpflichtung ein Wochenende nüchtern verbracht. Im Nachhinein weiß ich, dass das wohl Entzugserscheinungen waren. Der Arzt sprach mich darauf an,

dass ich trinke. Die Versuche nur mit ambulanter ärztlicher Begleitung von der Sucht loszukommen scheiterten. Meine Situation verschärfte sich. Ein Kollege erzählte mir, dass er sich meinetwegen hat beraten lassen. Die haben ihm gesagt, „entweder Sie schmeißen sie raus oder Sie vertrauen darauf, dass sie es irgendwann rafft. Sie können nichts machen, wenn das nicht von selber kommt. Entweder jemand will das selbst, alles von außen kann unterstützend sein, aber ohne eigenen Antrieb ist das zu wenig.“ Glücklicherweise geht es an meinem Arbeitsplatz sehr den Menschen zugewandt zu. Ich ging 2007 zum Entzug in eine Klinik und entschloss mich zu einer langfristigen stationären Therapie. Das war dann doch die bessere Alternative zu meinen vorher vorhandenen Suizidgedanken und

es wurde von meinen Freunden und den Kollegen gut mitgetragen.

Ingrid 44, 2 Kinder, arbeitet als Bauleiterin. Nach ersten Kontakten mit Alkohol bei Teeniekonzerten beschränkte sich das Trinken bei der Arbeit über lange Jahre auf Richtfeste. Zu ihren Aufgaben gehörte es immer schon Leute als Bauleiter wegen Suff von der Baustelle zu werfen. „Wann es bei mir gekippt ist, weiß ich nicht genau, 2002 habe ich schon mal während der Arbeit abends bei Abrechnungen getrunken, meine Stimmung war aus privaten Gründen nicht so gut. Kleine Flaschen Wein haben mich beruhigt, gelassener gemacht. Zwischendurch habe ich wochenlang pausiert. Trotzdem sprachen mich Freunde an, ich solle meinen Konsum überprüfen. Ich habe das zurückgewie-



Startseite des BZgA Internetportales zur Alkoholprävention bei Jugendlichen
["http://www.bist-du-staerker-als-alkohol.de"](http://www.bist-du-staerker-als-alkohol.de) © BZgA

sen, relativiert. Alkoholiker waren die unter der Brücke, da gehörte ich nicht zu. Natürlich hat es mir zu denken gegeben, wenn ich sagte, ich trinke jetzt zwei Wochen nicht, aber andere trinken mehr. Ich habe mir jahrelang in die eigene Tasche gelogen, nur am Wochenende getrunken. Eines Tages haben Freunde mich ins Krankenhaus verfrachtet. Da kam ich mit 2,2 Promille an. Beim stationären Entzug ging es mir körperlich gut, was Entzug wirklich für die Lebensführung und Umstellung bedeutet habe ich erst später gemerkt. Ich habe nach dem Entzug eine ambulante Therapie mit Gruppen und Einzelgesprächen gemacht. Das hat 6 Monate funktioniert. Dann habe ich der Gruppe zwei Gläser Wein beichten müssen. Die haben mich niedergemacht. Das nahm mir für diese Therapie den Mut. Es schlossen sich ein Wechselbad zwischen abstinenter Phasen und Suff an, Versuche bei FAM meine Probleme in den Griff zu bekommen. Nach einem neuerlichen Entzug 2008 besuche ich täglich Gruppen der Anonymen Alkoholiker, halte einen engen Kontakt zu FAM. Seitdem trinke ich nicht. Ich weiß nicht wie es funktioniert, aber es funktioniert. Es ist gut für mich, dass ich nicht mehr den Druck der verordneten Therapien habe. Ursachen interessieren mich nicht mehr, sondern trocken zu bleiben, Tag für Tag, kleine Schritte, für mich ist das das Richtige. Ich weiß dass ich Alki bin, das reicht. Seitdem ich nicht mehr Ursachen suche geht es mir gut.

Helga 57, erzählt, wie schwierig es war, ihre Alkoholabhängigkeit zu akzeptieren. Hin und wieder kam sie zwar

beim Ausfüllen von Fragebögen, die immer mal wieder durch die Journale geistern, zu bedenklichen Ergebnissen. Aber sie hatte einen Beruf, eine Wohnung und sie verband das Bild der Alkoholikerin eher mit dem Leben auf der Straße, dem Trinken am Kiosk. Diese Krankheit ist für sie mit einem Makel verbunden. Sie trank in Gesellschaft immer kontrolliert, die größeren Mengen nahm sie heimlich in der Abgeschiedenheit ihrer Wohnung mit ihren Partnern oder allein zu sich. Sie bekämpfte mit dem Alkohol schlechte Gefühle, Angstzustände und Schlafstörungen. „Heute frage ich mich, ob ich meine Depressionen mit Alkohol überdeckt habe oder aber ob der Alkoholkonsum nicht Auslöser für die Depressionen war. Jedenfalls merkte ich, dass sich mein Trinkverhalten verschärfte, ich an den Wochenenden auch tagsüber trank. Es ging dann nichts mit und nichts mehr ohne Alkohol. Irgendwann musste ich mir eingestehen, süchtig zu sein. Ich entschloss mich zu einer stationären Behandlung. Der erste Therapeut erklärte mir, ich hätte kein Alkoholproblem sondern Depressionen. Ich dachte klasse. Aber es ging mir wahnsinnig schlecht. Ich nahm Antidepressiva und kam nicht weiter. Ich wechselte die Klinik. In der zweiten kam mein Alkoholkonsum zur Sprache. Ich habe mich gesperrt. Ich stand völlig neben mir, wollte es nicht wahrhaben.“ Nach der Entlassung, zu Hause trank sie wieder. „Erst in der dritten Klinik wurde mir klar, ich habe ein Alkoholproblem. Ich brach dort zusammen, fühlte mich aber aufgehoben. Es war eine kleine Station, in der man mir mit Respekt begegnete. Da konnte die Einsicht entstehen, dass eine Langzeitthera-

pie notwendig war, ich das nicht ambulant schaffen würde. In den ersten drei der zwölf Wochen ging es mir gar nicht gut, obwohl ich in einer guten und hilfreichen Gruppe war. Ab der vierten Woche fühlte ich mich gut. Ich machte viel Sport, hatte einen freien Kopf. Ich war ein neuer Mensch. Zu Hause nach 6 Monaten setzte ich meine Medikamente ab, trank wieder zwei oder drei Gläser Sekt, versuchte nur beim Ausgehen zu trinken. Ich fand am Anfang den Zustand des Beduseltseins unangenehm, das hielt mich aber nicht davon ab, unter Stress wieder zu trinken und in den nächsten körperlichen Zusammenbruch zu geraten. Danach war mir klar, dass ich nicht kontrolliert trinken kann. Eine Woche Entzug und die Angst um den Arbeitsplatz haben mir den Weg in die ambulante Therapie bei FAM geebnet. Heute geht es mir gut wie noch nie im Leben, ich weiß dass ich keinen Alkohol mehr trinken darf – aber ich kann wieder lachen, lebe intensiver.“ Diese Erfahrung wird von den anderen geteilt. Man ist näher an sich selbst. Auch sie hat die Einschätzung, dass sie sich lange in die eigene Tasche gelogen hat, geglaubt hat, ihren Konsum steuern zu können.

„Man lebt zwei Leben“ erzählt Ulrike, 48, Alkoholikerin, alleinerziehende Mutter eines Sohnes. Beruflich ist die Krankenschwester und Pflegepädagogin heute integriert. Auch sie blickt auf eine langjährige Verleugnung ihrer Schwierigkeiten zurück. „Es ist ja so bequem zu sagen, ich trinke nicht an der Arbeit, mache immer wieder wochenlange Trinkpausen, aber auf Dauer kannst Du Dich der Erkenntnis nicht verschlie-

ßen, dass es immer mehr wird, Du morgens tatterig bist, das Leben sich reduziert. Ich habe geschlafen, gearbeitet, getrunken, geschlafen, gearbeitet, getrunken, ich habe funktioniert. Aber ich habe gemerkt dass es mir schlecht ging, wenn ich trank und gut während der immer wieder eingelegten Pausen. Im Oktober 2006 ging es mir beschissen ich habe gesagt jetzt ist nach zwanzig Jahren des Hin und Her ist Schluss. Ich will mich nicht weiter selbst zerstören. Mein Hausarzt hat mich zum Psychiater überwiesen. Dort habe ich einer Psychologin ungeschminkt von meinem Konsumverhalten berichtet, von meinem Wunsch nach Wärme, dem Ausblenden von Problemen. Es schloss sich die ambulante Therapie bei FAM an. Von dem Zeitpunkt an habe ich nicht mehr getrunken. Anfangs musste ich hart mit mir kämpfen. Ich war unruhig, hatte abends leere Zeit die ich mit Nordic Walking füllte. Bei FAM saß ich in einer Gruppe von 20 Frauen und sagte zum ersten Mal ich bin Ulrike, ich bin Alkoholikerin. Da ist ein Felsbrock von mir gefallen. Mir ging es richtig gut. Jetzt ist es raus, du musst die zwei Leben nicht mehr leben. Vorher hatte ich mir immer gesagt, ich lebe nicht unter der Brücke, kann auf das Trinken verzichten, bin keine Alkoholikerin. Jetzt weiß ich, dass ich das bis zum Lebensende bin. Seitdem hatte ich zwar keinen Druck zu trinken aber panische Angst vor einem Rückfall. Im Supermarkt hätte ich am liebsten alle Alkoholika aus dem Regal geschmissen, das Scheißzeug. Ich weiß dass ich dranbleiben muss, auf mich achten muss, dass ich nicht mehr in ein Loch falle, auf die Signale achte, wenn

es mir seelisch schlechter geht.“

Auf die Frage, ob Scham eine Rolle spielt, gibt es unterschiedliche Antworten. Ulrike kann heute offen zu ihrer Sucht stehen, will sie nicht verheimlichen, kann Alkohol ablehnen. Elvira steht immer wieder vor der Frage, warum sie in die Abhängigkeit geraten ist. Anna kennt das. „Das wird als eine selbstverschuldete Krankheit gesehen. Ich guck mir die Alkis vor dem Supermarkt an. Leuten zu erzählen, ich darf nicht trinken, das erlebe ich als Makel, das ist selbstverschuldet. Natürlich kann man das verhindern. Warum machst du das, du könntest das doch stehen lassen. Geht aber nicht. Es soll sich weiß Gott keiner ein Urteil über mich erlauben. Blöde Kommentare kann ich mir selber geben, da brauche ich keine dritten dazu. Peinlich ist es.“ Elvira bekommt außerhalb ihrer Gruppen kein Wort über Alkohol über die Lippen. Sie geht damit, wie früher auch mit dem Trinken ganz privat um. Jeden Morgen wird eine Sonne aufgezeichnet und abends abgestrichen, wenn schon wieder ein Tag ohne zu trinken geschafft ist.

Kirstin, 50: Mir fällt es eher leicht. „Ich gehöre zur lesbischen Minderheit.

Als ich feststellte, ich bin Alkoholikerin, dachte ich, ach noch eine Randgruppe, kommt auch nicht mehr darauf an. Ich war schon in der Schule Minderheit, da ich schon damals unsportlich war, später mit der Homosexualität. Da kommt jetzt einfach ein weiteres Coming Out als Alkoholikerin dazu, das kennen wir ja schon. Zur Kontaktaufnahme im lesbischen Leben gehört üblicherweise Alkohol dazu. Und zur Konstruktion der herberen Lesbe gehört auch, einen ordentlichen Stiefel zu vertragen. Die Jüngeren machen Party, die Älteren ziehen sich zurück. Früher hat man sich Lärm und langweilige Feten schön gesoffen. Heute frage ich mich, wie ich mich wie ich früher die schlechte Musik bis zu 8 Stunden ausgehalten habe. Da stand man dann mit dem 10. Bier auf der Hüfte cool rum, aber es fiel niemand vom Himmel, es passierte gar nichts. Ein normaler Mensch hätte gesagt, was soll ich hier, ich geh jetzt. Ich hatte mich Jahre aus der Szene zurückgezogen. Das ist heute bei mir anders. Die größte Sorge meiner Bekannten war, darf ich denn in Kerstins Gegenwart jetzt kein Bier mehr trinken. Aber ich bin kneipenfest. Mir kann man das Zeug unter die Nase stellen, ich kann das locker ablehnen



Banner der Aktionswoche Alkohol Homepage: <http://www.aktionswoche-alkohol.de>
Hier wird auch eine Alkohol - Selbsttest zur Risikominimierung angeboten

und auch entscheiden, dass ich gehe. Ohne FAM hätte ich das nicht geschafft. Für mich kam nur eine reine Frauengruppe in Betracht. Ich muss in der Gruppe von meinem Privatleben berichten, ich habe keine Lust auf sabbernde Männer, die Lesben geil finden. Ich versuche eine lesbische Gruppe von Frauen mit Alkoholabhängigkeit aufzubauen, Aber das ist schwierig. Es gibt sehr viel mehr als sich hervor trauen. Auch für Ines ist es heute kein Problem. Sie muss Kneipen nicht meiden, kann auch Alkohol in der Wohnung haben. Für Anna ist das anders. „Als ich über Rückfälle nachdachte fand ich es gut, nichts im Haus zu haben. Alkohol ist immer weiter weg als eine Armlänge. Ich kann Alkohol auch in fremden Wohnungen nicht haben, deswegen habe ich die Schlüssel von Wohnungen von Freunden zurückgegeben. Ich weiß, dass ich nichts in der Nähe haben darf. Wenn es mir richtig scheiße geht, bleibt mir meine Wohnung. Bis ich Freunde anrufe, holt mich hier raus, macht was mit mir.“ Auch für Elvira gilt: „Null Bier im Haushalt, sonst würde ich es trinken. Man lebt nüchtern aktiver, sinnvoller, bewusster, mit mehr Freude. Ich wandere gern, versuche aktiv zu sein. Ich bin glücklich, dass ich jeden Tag habe. Natürlich gibt es mal einen Depri. Ich dachte, als eine Freundin starb, was für ein Glück, dass ich nicht trinken muss. Die Traurigkeit bewusst auszuhalten gibt mir Kraft und ein gutes Gefühl.“

Helga schildert ihren Lernprozess. Mit und ohne Alkohol ging es mir richtig schlecht, aber mit Alkohol schlechter. Ich hatte keine Gefühle, keine Emotionen. Nach einer Zeit ohne die Droge ka-

men sie wieder. Ich habe auf einmal anders gehört, Stereo, da kamen langsam so Aha-Momente. Ich habe mich geändert, wie ich wahrnehme, zu anderen bin, wieder zuverlässig bin. Das war früher anders, ich habe oft Termine abgesagt, weil der Kopf schwerer war als die Füße, ich bin ehrlicher. Wenn ich darüber nachdenke, was einem die Leute an Ausreden geglaubt haben, muss ich staunen.“

Geändert hat sich für die Frauen, seit sie nicht mehr trinken, die soziale Einbindung, die Nähe zu sich selbst. Das wird bei der Frage, was sie denn auf die einsame Insel mitnehmen, deutlich. Die Freundin, die anderen Frauen auf die Nachbarinsel, Briefpapier, eine leere Flasche für die Flaschenpost, Katzen, Bücher und Musik. Bemerkenswert war bei dem Gespräch, dass viel gelacht wurde, die Erfahrungen, ohne sie zu bewerten, nebeneinander stehen konnten. Es war ein schöner und sehr bereichernder Nachmittag. Danke. (ba)

Flaschenpost aus Motzen

In einem kürzlich geschriebenen Brief habe ich mir Gedanken über Motzen und meine Gefühle zu den Besuchern dort, bzw. über meine selbst gewählte „Kontaktsperre“ gemacht.

„Kontaktsperre“, oder Gedanken 2 Jahre nach Motzen

Motzen, die Erinnerung an die Zeit dort ist angenehm und beruhigend. Was ist als erstes in meinem Kopf, 4 Monate, in denen ich fast keinen Kontakt nach „draußen“ aufgenommen habe. Meine Therapeutin hat es irgendwann mit etwas Sorge betrachtet und klar gefordert, dass ich mit meiner Alltagswelt Kontakt aufnehme. Heute denke ich manchmal, es war gut, das Wegsein. Es war wie ein kleines Nest, in das ich mich verkrochen habe. Und wenn ich es mit einem Bauernhof vergleiche, dann durften mich in der Zeit nur die Menschen und Tiere sehen, die auch auf dem Bauernhof waren. Die Menschen aus der großen Stadt, die mussten außen vor bleiben, mit ihrer Hektik und auch mit ihrer Nichtkenntnis, wie es ist, auf einem Hof mit vielen anderen zu leben, die Zeit brauchen und Mut und Kraft sammeln wollen / müssen, bevor sie sich auf den Weg in die große Stadt machen. Besuch wollte ich dort auch nicht haben, auf diesem Stück meines Lebensweges. Es waren gemischte Gefühle, manchmal habe ich mich geschämt, auch für die Menschen, die dort mit mir gelebt haben, manchmal wollte ich nichts wissen, von der großen Stadt. Und wenn ich was wissen wollte von der großen Stadt, dann war das Bedürfnis nach Abstand von all

diesen Sachen meist größer, als das Bedürfnis, diese Neugier zu befriedigen. Ich denke, ich habe es richtig gemacht, diese Trennung von meinem Leben in der großen Stadt. Viele Besuche, die ich dort beobachten konnte, oft habe ich diese so wahrgenommen, dass die Besuchten und die Besucher leicht gequält waren. Beide fremd im neuen Umgang miteinander, voll mit Gefühlen, die Besucher bepackt mit vollen Taschen und Körben, die Besuchten ohne Raum, in den sie sich mit ihren Gästen zurück könnten.

Und nach dem Besuch, die Besucher mit leeren Körben, die Taschen manchmal wieder voll mit Schmutzwäsche. Die Besuchten voll mit Gefühlen, Anspannung / Entspannung, angefüllt mit Geschichten von der großen Stadt. Und ihrem kleinen Raum, den sie den Besuchern gezeigt haben: „ist doch ganz gemütlich – der Blick auf die Natur ist doch ganz schön – ein bisschen klein – das Bett ganz schön schmal – nur ein kleines Regal – am Schrank klemmt die Tür – der / die mit dem du das Zimmer teilst ist doch ganz nett, vielleicht ein bisschen still – wir wollten nicht so lange im Zimmer bleiben, stört doch die / den andere/n, oder,?“ Und dann ist dieses kleines Zimmer plötzlich angefüllt mit Sachen von draußen, die da nicht immer Platz haben und das muss dann erstmal wieder aufgeräumt, aussortiert und weggeworfen werden. Und das ist nicht einfach, denn einfach was wegzuerwerfen, was da zurück gelassen wurde, das darf man doch nicht, die haben sich doch so viel Mühe gegeben. Und die können ja nicht wissen, dass da

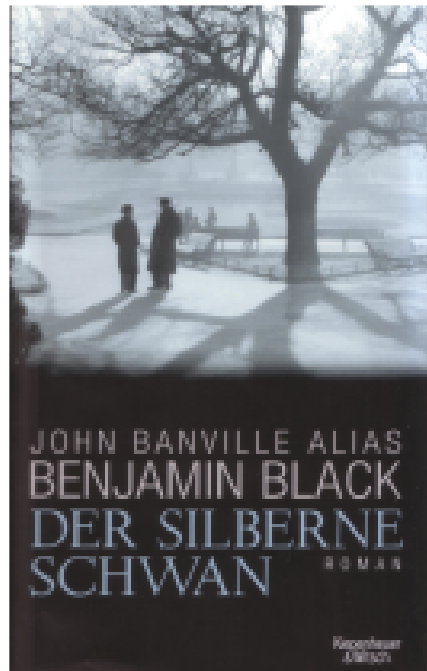
kein Platz ist für all diese Sachen aus der großen Stadt. All die Sachen, die man abends mit aufs Zimmer nimmt, die brauchen doch schon so viel Platz und die / der andere braucht für seine Sachen ja auch Platz. Wieso müssen die immer so viel mitbringen, das ist doch nicht nötig. Und wieso kommen die so oft, obwohl ich das doch gar nicht will. Und wieso wollen die immer die Menschen kennen lernen, mit denen ich hier lebe. Ich kenn die doch selber kaum, wir sind uns hier doch auch alle sehr fremd, mit unseren neuen Gefühlen, Geschichten, Erlebnissen. Die hatten wir in der großen Stadt nicht, da waren immer ganz andere Sachen in unseren Köpfen: hoffentlich merkt keiner was - ich will meine Ruhe - schon wieder die Vorwürfe - ...
 Anna S. (13. Februar - 05. Juni 2007, Gruppe 8)

John Banville alias Benjamin Black: Der silberne Schwan

Dublin, in den fünfziger Jahren des vorigen Jahrhunderts: Quirke, ein verwitweter Gerichtsmediziner, ist Alkoholiker und neuerdings trocken. Bei dem neuesten "Fall", der auf seinem Tisch landet, hat Quirke von Anfang an ein ungutes Gefühl. Die junge, sehr attraktive Deirdre Hunt, Mitbesitzerin eines etwas zwielichtigen Schönheitssalons namens "Der silberne Schwan" wird splitterfasernackt aus der irischen See gefischt, allem Anschein nach Tod durch Ertrinken. Doch die Untersuchung zeigt schnell, dass Deirdre Hunt keines natürlichen Todes gestorben ist. Banville alias Benjamin Black schreibt eine wunderbar einfühlsame Prosa und versteht es meisterlich, Stimmungen und

Charaktere darzustellen. Behutsam nähert sich Banville seinen Personen an, schildert ihre Schwierigkeiten, ihre Tüme, das komplizierte Gespinnst von Beziehungen, das sie geknüpft haben und das sie in vielfältigen, wechselseitigen Abhängigkeiten miteinander verstrickt. Die Geschichte zieht den Leser durch seine sensiblen Milieu- und Charakterstudien so sehr in seinen Bann, dass er im Laufe der Lektüre fast vergisst, dass er auch einen verdammt gut geschriebenen, klassischen Kriminalroman in den Händen hält.

John Banville alias Benjamin Black
 Der silberne Schwan
 (The Silver Swan, 2007)
 Kiepenheuer & Witsch, Köln 2009
 ISBN: 3-462-04014-2 (kho)





BUNDESVERBAND DER ELTERN UND ANGEHÖRIGEN
FÜR AKZEPTIERENDE DROGENARBEIT e.V.

Elterninitiative für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik Wuppertal

von Patrick Reupsch

Auf beeindruckende Weise setzt sich die 1993 in Wuppertal gegründete Elterninitiative für die heutzutage immer noch an den Rand der Gesellschaft gedrückte Sucht, der Heroinabhängigkeit, ein. Die Eltern und Angehörigen von Drogenkonsument/-innen sind verbunden durch gemeinsame leidvolle Erfahrungen, gemeinsame Hoffnungen und gemeinsame Ziele.

Jürgen Heimchen, Vorsitzender der Initiative beschreibt die Ziele so: Wir wollen, dass sich die Drogenpolitik grundsätzlich ändert. Drogenkonsument/-innen sind Menschen wie Du und ich. Außerdem

versuchen wir, uns gegenseitig durch den Austausch von Erfahrungen zu unterstützen und zu helfen. Dabei geht es meist um alltägliche Dinge, wie den Umgang mit Behörden, der Polizei oder der Justiz.“ Zudem versucht die Gruppe der Betroffenen, Konflikte zwischen Eltern und den Drogenkonsument/-innen zu bewältigen.

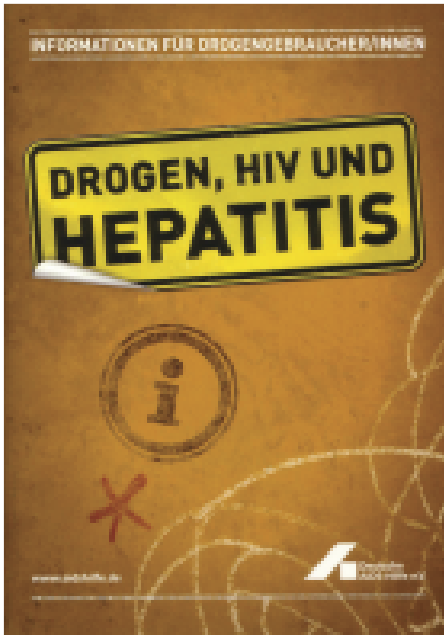
"Es ist sehr schwierig, zwischen der Bereitschaft zur Hilfe und den Grenzen der eigenen Kräfte abzuwägen. In unseren vierzehntägig stattfindenden Gruppengesprächen versuchen wir, gemeinsame Ängste und Schwierigkeiten abzubauen. Unser gemeinsames Handeln wird von Humanität und Akzeptanz bestimmt!"



Eigene Betroffenheit

Jürgen Heimchen gewährt einen Einblick in seinen eigenen Werdegang mit der Problematik: „Im Jahr 1990, ich kam gerade von einer Reise wieder, nahm mich meine Frau zur Seite und äußerte den Verdacht, dass unser Sohn Drogen nähme. Anfangs dachte ich an

Marihuana. Doch als wir unseren Sohn drauf ansprachen, knallte dieser die Spritze auf den Tisch und meinte, er spritze Heroin. Hierauf folgte als erster Schritt der in eine Selbsthilfegruppe. Das Elternpaar Heimchen war sehr aktiv und auf Konfrontation aus, forderte Entgiftungsbetten, „die es eigentlich bis heute noch nicht richtig gibt“ berichtet Heimchen.



1992 ereignete sich dann der zweite Schicksalsschlag für die Eltern, als der Sohn starb. 1993 verließen wir mit einigen anderen die Gruppe. Die Gruppe hatte sich nach den 12 Schritten für Alkoholiker gerichtet. Das Problem daran war, dass es uns zwar besser ging, doch unseren Kindern nicht. Das wollten wir nicht hinnehmen“, bekräftigt der betroffene Vater. Die Gruppe der „Aussteiger“ gründete sodann die Elterninitiative für akzeptierende Drogenar-

beit und humane Drogenpolitik. „Eine Selbsthilfegruppe ist unglaublich wichtig, man trifft auf Gleichgestellte mit dem gleichen Problem. Man kann sich austauschen und lernen, mit einem drogensüchtigen Kind zu leben, vor allem aber, wie im Vereinsnamen beschrieben, zu akzeptieren. Denn eine andere Möglichkeit hat man nicht, sagt Heimchen.

Konfrontationen

Die klassische Drogenhilfe rät, das eigene Kind rauszuschmeißen. „Das kann nicht sein, man muss die Sucht akzeptieren. Oft wird geäußert, dass wir unsere Kinder bei der Drogensucht unterstützen. Aber das ist völliger Unsinn“, betont Herr Heimchen und fügt hinzu: „Wir Eltern haben den klassischen Traum, wie alle. Nämlich den, dass es unsere Kinder einmal besser haben als wir. Doch man kann die Augen nicht verschließen. Man muss realistisch betrachten, ob unsere Kinder das auch wollen.“ Die Selbsthilfegruppe besuchte Fachkongresse, demonstrierte für das Überleben der Kinder, „und das human“ wirft Herr Heimchen ein.

Denn obwohl die Süchtigen oft von den Drogen wegkommen wollen, schaffen sie es nicht. Das allerhöchste Ziel und der Grundsatz der Initiative ist, das Überleben der Kinder zu sichern. „Man muss sich nur einmal vorstellen, dass es früher derart geregelt war, dass derjenige, der den Ersatzstoff für Heroin, Methadon, von der Krankenkasse bezahlt bekommen wollte, eine Zusatzkrankung wie Hepatitis oder HIV nachweisen musste und ansonsten keins bekam. Man kann sagen, nur Todgeweihte hatten die Chance, diesen

Weg zu beschreiten. Das ist meiner Meinung nach menschenverachtend“, empört sich Heimchen.

Drogensucht

Methadon ist ein vollsynthetisch hergestelltes Opioid und kein Ersatzstoff, sondern ein Medikament. Anstatt die Wirkungen von Heroin zu ersetzen, unterdrückt Methadon die Sucht- Sympto-

Elterninitiative für akzeptierende Drogenarbeit

und humane Drogenpolitik

Wuppertal

Ravensbergerstr. 44

42117 Wuppertal

Tel. 0202 - 423519

www.akzeptierende-eltem.de

me gegen den Entzug, doch es benebelt nicht. Daher nimmt die immer größere Gefahr des Beikonsum von Alkohol zu, um das wieder auszugleichen. „Unter ‚Ersatz‘ verstehe ich etwas anderes“, sagt Jürgen Heimchen, „Alkohol ist hierbei besonders gefährlich, doch zumindest sind sie erst einmal ‚dicht‘“, erklärt Herr Heimchen. Oft erst, wenn die Süchtigen wieder klar denken können, erkennen sie, in welcher Situation sie sich befinden: ohne normale, soziale Kontakte, stattdessen nur die nicht immer verlässlichsten szenebedingten Kontakte. Viele haben zudem den Knast entweder schon hinter sich oder noch vor sich, haben keine Arbeit, haben eigentlich gar nichts mehr. „Und wenn sich dann auch noch die Eltern abwenden, ist niemand mehr da, der sie aufhängt und beim Verarbeiten hilft“

Der erste, beste und zudem wichtigste Schritt bei der Suchtproblematik, des eigenen Kindes ist laut Meinung Jürgen

Heimchens eine räumliche Trennung. „Je weniger man von der Sucht mitbekommt, umso besser ist es, um als Elternteil möglichst wertfrei mit seinem Kind umgehen zu können.

Man muss sich auch in die Situation der Kinder hineinversetzen. Wenn man dies nicht tut, kommen Gefühle wie Wut und Trauer hoch, die es nicht einfacher machen, aber verständlich sind. Doch auch die Kinder können vieles oft nicht mehr hören und so entfernt man sich immer mehr voneinander, was alles andere als hilfreich ist. Man muss das Zwischenmenschliche immer im Auge behalten, denn wir als Eltern kommen von der Arbeit und sehen, dass die Kinder nichts anderes machen, als sich zuzudröhnen. Das ist schwierig. Doch wir müssen auch unsere Kinder beachten und ihren Blickwinkel verstehen. Deswegen ist eine räumliche Trennung das beste Mittel, um den gegenseitigen Respekt nicht komplett zu zerstören.“

Elterninitiative für akzeptierende Drogenarbeit

und humane Drogenpolitik Wuppertal

Vereinskonto: 958371

Stadtsparkasse Wuppertal

BLZ: 33050000

Des weitem vertritt die Elterninitiative die These, möglichst kein Geld fließen zu lassen. Doch auch Eltern haben das Recht rückfällig zu werden. „Es ist oft schwer, immer nein zu sagen, wenn das eigene Kind mit Schmerzen vor einem sitzt. Für das leibliche Wohl des Kindes, wie seine Wäsche zu waschen oder ihm etwas zu essen zu geben, sollte

man jedoch immer noch Sorge tragen. Denn damit unterstützt man nicht die Sucht. Wenn der Süchtige vor der Entscheidung steht, Essen oder Drogen von seinem Geld zu kaufen, wird er sich immer für die Drogen entscheiden. Wie schon gesagt wollen wir, dass unsere Kinder das Recht zum Überleben haben und deswegen sollte man alles tun, dieses zu sichern. Denn es sind immer noch unserer Kinder“, engagiert sich Jürgen Heimchen.

Kein Elternteil kann es sich in der Regel finanziell leisten, die Drogensucht des Kindes mitzufinanzieren. Es soll keine Sucht unterstützt werden, aber Dinge wie saubere Wäsche, Essen, Mitgefühl, Liebe und Unterstützung gegeben und Überlebenshilfe geleistet werden. Mit verbesserter Drogenpolitik könnte man das Überleben, den Ausstieg und viele Begleiterscheinungen wie Beschaffungs- kriminalität, Krankheiten, sowie Todesfälle durch zu reinem oder zu verunreinigtem Stoff, bekämpfen und eindämmen, ist man sich in der Initiative sicher. „Das ist unser Ziel. Viele Nachbarländer gehen dem mit guten Beispiel voran und zeigen auf, wie es gehen kann. Wir kämpfen dafür, dass Deutschland auch dahin kommt. Denn wir wollen das Gleiche, wie alle Eltern: dass unsere Kinder leben können und nicht zum schleichen- den Tode verurteilt werden“, betont der Vorsitzende und hebt weiter hervor:

„Eines sollte man immer im Auge behalten: die eigentliche Problematik ist die Sucht, die Süchtigen und wie wir, die Gesellschaft, dieses Thema behandeln. Sucht bestimmt jeden der Gesellschaft in den unterschiedlichsten Formen. Ob Spielsucht, Drogensucht, wozu auch Ni-

kotin und besonders Alkohol zählen, oder die Sucht nach Schokolade, Erfolg und Aufmerksamkeit - man könnte die Liste endlos fortsetzen. Jürgen Heimchen schließt mit einem Bibelzitat: „Wer ohne Schuld ist, der werfe den ersten Stein. Was alle Arten der Sucht vereint, ist, dass man nur schwer davon loskommt und irgendwem schadet man auf irgendeine Weise immer. Ob sich selbst, der Umwelt oder im schlimmsten Fall allen auf einmal.

Erstveröffentlichung: Die Straße, Regional, Nr. 176 - Juni 2009, S.14 /15



Das Lexikon der Sexunfälle & andere IWWIT-Faltblätter

Mit dem „Lexikon der Sexunfälle“ publiziert die Deutsche AIDS-Hilfe einen weiteren Baustein zu ihrer bundesweiten „ICH WEISS WAS ICH TU“-Kampagne für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). Dieses „Lexikon der Sexunfälle“ ist eine exklusive Produktion der IWWIT-Kampagne und besteht aus einzelnen Faltblättern mit Grundinformationen zu folgenden Themen:

- Zu lange hingehalten?
- Peng! Und drin!
- Gummi im Arsch. Oh nee.

Darüber hinaus gibt es bei IWWIT eine ganze Reihe von Faltblättern zu sexuell übertragbaren Krankheiten (STD's) mit folgenden Themen:

- Neu in der Stadt – Herzlich willkommen! Tipps und Infos für Männer, die Sex mit Männern haben
- Immer wieder blasen
- Es muss nicht immer gelb sein (Hepatitis A und B)
- Ganz intim – rasieren schützt (Filzläuse)
- Heute hier und morgen dort (Syphilis)
- Noppen beim Poppen? (Feigwarzen)
- Wenns beim Pissen heiß hergeht (Tripper)
- Rotes Blut und weisser Staub (Hepatitis C)
- Was ist schwul an der Ruhr? (Darmparasiten: Amöben, Lambien, Shighellen)
- Was juckt mich mein Arsch? (Analtripper)
- Da bin ich mir ganz sicher – Mythen und Fakten über Sex und HIV.
- Rubbel Dir einen! Mythen und Fakten zu

HIV und AIDS

- Fairplay für Fortgeschrittene – Infos zu Partnerschaft, Fremdgehen und HIV

Die Faltblätter der IWWIT-Kampagne wollen offensiv dazu beitragen, Neuinfektionen mit sexuell übertragbaren Krankheiten zu verhindern und werden in der gedruckten Form über die Szeneorte bundesweit zielgruppenspezifisch verteilt. Internetnutzer können sie nach vorheriger Anmeldung auf der Website der MSM-IWWIT-Kampagne einsehen. AIDS-Hilfen und sonstige Mitgliedsorganisationen der D.A.H. können die Faltblätter beim IWWIT-Team bestellen.

Mach dich schlau! www.iwwit.de (kho)



ICH GLAUBE AN DIE GROSSE LIEBE.

Christian Ols



Du findest das naiv?

Dann diskutier mit mir auf www.iwwit.de

25 Jahre

 Deutsche
AIDS-Hilfe e.V.