

Otto-Friedrich-Universität Bamberg

Allgemeine Pädagogik

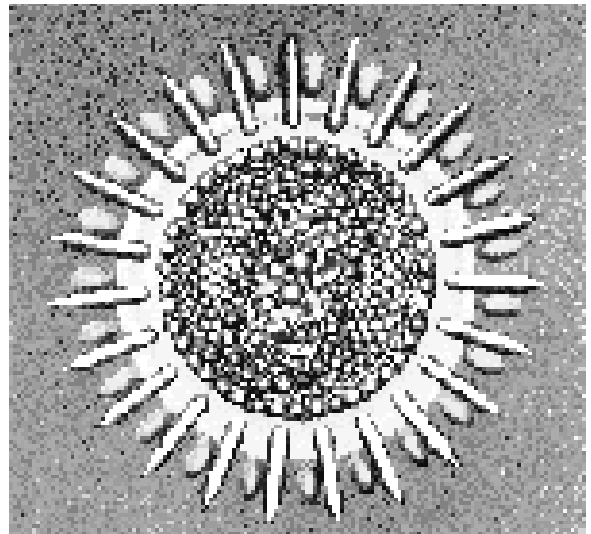
Seminar: Sexualpädagogik

Dozent: Ralph Amthor

Verfasser: Gudrun Bauer, Katrin Gebhardt, Daniel Freitag

30.3.2000

Hausarbeit zum Thema HIV und AIDS



1	Medizinische Grundlagen.....	5
1.1	Einführung	5
1.2	Die HIV-Krankheit – Krankheitsverlauf und Krankheitsbild	5
1.2.1	Zielzellen.....	5
1.2.2	Akute Infektion	6
1.2.3	Asymptotische Phase	6
1.2.4	AIDS	7
1.3	Übertragung der HIV-Infektion	7
1.4	Nachweis der HIV-Infektion.....	8
1.5	Therapie – Antiretrovirale Therapie.....	8
1.6	Epidemiologie	9
1.6.1	Deutschland.....	9
1.6.2	Weltweit	11
2	Umgang mit AIDS	12
2.1	Gesellschaftlicher Umgang	12
2.1.1	AIDS – Risiko oder Gefahr?.....	12
2.1.2	Präventionsarbeit.....	13
2.1.3	Isolation von Betroffenen	13
2.2	Individuelle Ebene.....	14
2.2.1	Betroffene	14
2.2.2	Bezugspersonen.....	15
2.2.3	Sexualität	15
3	Aidsberatungsstelle.....	17
3.1	Organisation/Träger	17
3.2	Aufgaben	17
3.2.1	Beratung – Betreuung.....	18
3.2.2	Prävention.....	20
3.2.3	Öffentlichkeitsarbeit	21
3.2.4	Regionalspezifische Besonderheiten.....	21
4	Anhang.....	24
4.1	Literatur.....	24

1 MEDIZINISCHE GRUNDLAGEN

1.1 Einführung

Anfangs der 80er Jahre wurde erstmals eine völlig neue Krankheit beobachtet. Diese Krankheit war **AIDS**, das **Acquired Immuno Deficiency Syndrom**, zu deutsch erworbenes Abwehr- oder Immunschwäche Syndrom. Unter einem Syndrom versteht man einen Komplex verschiedener Symptome. Kurze Zeit später wurde auch das auslösende Virus **HIV** entdeckt. **HIV** steht für **Human Immunodeficiency Virus**, zu deutsch Humanes (menschliches) Immundefekt Virus. AIDS erwies sich damals als das Endstadium eines Krankheitsverlaufes bei einer HIV-Infektion.¹

Für die Vorstadien der HIV-Krankheit gibt es eine verwirrende Anzahl schwer gegeneinander abgrenzbarer Syndromnamen, zudem ist die Terminologie von Land zu Land verschieden, deshalb soll nicht näher darauf eingegangen werden.

AIDS trat zu einem Zeitpunkt auf, zu dem herkömmliche Infektionskrankheiten wie Pest, Grippe oder Cholera als beherrschbar galten. AIDS widerlegte diese Ansicht. Zudem lagen über das Virus kaum Kenntnisse vor, und er drohte sich rasch auszubreiten.²

1.2 Die HIV-Krankheit – Krankheitsverlauf und Krankheitsbild

1.2.1 Zielzellen

HIV ist ein Virus, das v.a. Zellen des Abwehrsystems befällt, wie die T-Helferzellen und die Makrophagen (Freßzellen)

Die T-Helferzellen spielen eine wichtige Rolle bei der Aktivierung des Immunsystems gegen Erreger, die sich innerhalb von Körperzellen aufhalten oder vermehren. Man findet sie v.a. im lymphatischen Gewebe und im Blut. Makrophagen vernichten solche Erreger, die noch nicht

¹ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1996), HIV und AIDS, Fachinformationen für die Patientenbetreuung, Bundesministerium für Gesundheit, Köln, p. 6

² Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1996), HIV und AIDS, Köln, p. 6

in Zellen eingedrungen sind. Man findet sie in allen Organen des Körpers, im Gehirn und in der Haut.³

HIV vermehrt sich in diesen Zellen, setzt sie außer Funktion und zerstört sie schließlich. Das körpereigene Abwehrsystem kann, anders als bei anderen Infektionen, HIV nicht aus dem Körper entfernen, obwohl einige Wochen nach der Infektion Abwehrkörper gegen das eingedrungene Virus gebildet werden.⁴

1.2.2 Akute Infektion

Kurz nach der Infektion kommt es zu einer schnellen Vermehrung des Virus und zum Befall vieler Zellen des lymphatischen Systems. Nicht alle HIV-Infizierte bemerken dieses Stadium.

Manchmal wird es aber als kurze heftige Krankheit mit unspezifischen Symptomen wie Lymphknotenschwellung, Fieber und Hautausschlag wahrgenommen. Diese akute HIV-Infektion dauert einige Tage bis wenig Wochen an. Der Infektionsstatus ist zu dieser Zeit für den Infizierten in den meisten Fällen unbekannt. Das Immunsystem selbst beginnt während der Phase der akuten Infektion mit der Produktion spezifischer Antikörper, die dann die Grundlage für einen Virusnachweis bilden. Der Gehalt an freiem Virus im Blut nimmt dann rasch ab. Es erfolgt eine schnelle Besserung die darauf hindeutet, daß dem Immunsystem eine Kontrolle der Infektion weitgehend gelingt.⁵

1.2.3 Asymptotische Phase

An die akute Infektion schließt sich eine zeitlich variable Phase an, in der das Immunsystem und HIV offenbar eine Art labiles Gleichgewicht halten. Während dieser Zeit sind die Infizierten weitestgehend beschwerdefrei, bis auf die manchmal weiter bestehende Lymphknotenschwellung. Diese Phase kann lange andauern, ca. sieben bis zehn Jahre. Allerdings erfolgt während der asymptotischen Phase eine deutliche Verminderung der T-Helferzellen. Parallel dazu entwickelt der Organismus eine Immunschwäche, durch die dann Infektionskrankheiten und Tumore begünstigt werden.⁶

³ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1996), HIV und AIDS, Köln, p. 27

⁴ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1999), AIDS von A bis Z, 25 Fragen und Antworten zu AIDS, HIV und zum Test, Köln, p. 4

⁵ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1996), HIV und AIDS, Köln, p. 28

⁶ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1996), HIV und AIDS, Köln, p. 28-29

1.2.4 AIDS

AIDS selbst ist eine Folge der HIV-Infektion. Eine durch das Virus ausgelöste Schwächung des körpereigenen Abwehrsystems, und somit das Endstadium der Krankheit, welches nach durchschnittlich zehn bis elf Jahren erreicht ist.

Außer dem Nachweis des HI-Virus müssen bestimmte schwere Infektionen oder Tumore vorliegen um AIDS zu definieren. Diese Infektionen werden opportunistische Infektionen genannt und zu ihnen zählen unter anderem die Pneumocystis-carinii-Pneumonie, eine besondere Form der Lungenentzündung, die Toxoplasmose des Gehirns, die Entzündung der Netzhaut oder anderer innerer Organe durch das Cytomegalievirus (CMV), der schwere Pilzbefall der Atemwege, der Speiseröhre oder des Darms (orale Candidose) sowie schwere Verläufe von Herpesinfektionen (Herpes zoster).⁷

Die auslösenden Erreger für diese Krankheiten sind weit verbreitet und für Organismen mit intaktem Immunsystem meist ungefährlich. An bösartigen Neubildungen, also Tumoren, kommen v.a. das Kaposi-Sarkom und die Non-Hodgkin-Lymphome (maligne Lymphknotentumore) vor.⁸

Eine der opportunistischen Infektionen oder der Tumore führt dann irgendwann zum Tod des Patienten.

1.3 Übertragung der HIV-Infektion

Die Übertragung von HIV findet v.a. bei sexuellen Kontakten statt, wie bei Anal-, Vaginal- oder Oralverkehr. Hierbei dringen Viren durch verletzte Schleimhäute ein, es muß also ein Zugang zur Blutbahn gegeben sein. Das HIV – Virus konnte in fast allen Körperflüssigkeiten nachgewiesen werden. Allerdings enthalten nur wenige Flüssigkeiten Viren in einer ausreichenden Konzentration. Bisher sind nur durch Samenflüssigkeit, Scheidenflüssigkeit, Blut oder bluthaltige Substanzen und durch Muttermilch Infektionen beschrieben worden. Eintrittspforten waren i.d.R. Schleimhäute oder Hautläsionen.⁹

Eine weitere Übertragungsmöglichkeit ist das direkte Eindringen von Erregern in den Blutkreislauf. Wie beim gemeinsamen Spritzengebrauch unter Drogenabhängigen (intravenös Drogenabhängige), aber auch bei Injektion oder Transfusion von virushaltigem Blut oder seinen Bestandteilen. Hierbei ist das Risiko auf 1:300 000 bis 1:3 Millionen in Deutschland gesunken.¹⁰

⁷ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1996), HIV und AIDS, Köln, p.11-12

⁸ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1996), HIV und AIDS, Köln, p.12

⁹ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1996), HIV und AIDS, Köln, p.19

¹⁰ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1996), HIV und AIDS, Köln, p.19

Zudem können HIV-Infizierte Frauen die Infektion an ihr Kind weitergeben, v.a. vor oder bei der Geburt und beim Stillen. Dies wird vertikale Transmission genannt.

1.4 Nachweis der HIV-Infektion

Eine HIV-Infektion wird durch spezifische Antikörper im Blut von infizierten Personen nachgewiesen. Diese Antikörper sind die Antwort des Immunsystems auf die Infektion und sind i.d.R. drei bis vier Monaten nach der Infektion sicher nachweisbar. Die körpereigene Produktion dieser Antikörper ist also die Grundlage für den Nachweis einer HIV-Infektion.

Bis zu ihrer ausreichenden Bildung besteht ein sogenanntes "diagnostisches Fenster". In ihm kann noch keine Aussage über den Infektionsstaus getroffen werden.

Zur Diagnose wird zuerst ein sehr sensibler Test, der ELISA-Test durchgeführt. **ELISA** steht für **E**nzyme **L**inked **I**mmuno **S**orbent **A**ssay. Im ELISA-Test kann eine vorhandene Infektion mit höchster Sicherheit festgestellt werden. Dies kann allerdings dazu führen, dass manchmal auch ein positives ELISA-Testergebnis vorliegt, wenn eine HIV-Infektion nicht vorhanden ist. Bei positiven Befunden wird deshalb das Ergebnis zur Sicherheit im sogenannten Bestätigungstest überprüft. Dabei handelt es sich meist um den Western-Blot-Test. Hier werden dann Antikörper gegen verschiedene Virusbestandteile einzeln nachgewiesen. Personen, bei denen der Antikörper-Nachweis nach diesem Test dann positiv ausfällt, gelten als HIV-infiziert.¹¹

1.5 Therapie – Antiretrovirale Therapie

Bei AIDS gibt es verschiedene Ansätze für therapeutische Eingriffe und Behandlungsmaßnahmen. Dabei wird die Virusneuproduktion bekämpft, sie richten sich gegen die opportunistischen Infektionen und deren Komplikationen, zudem beeinflussen sie maligne Neubildungen, weiter sollen sie der Stärkung des Immunsystems dienen.

Ziel der antiviralen Therapie ist es, den Lebenszyklus der HI-Viren zu unterbrechen. Seit 1987 ist bekannt, dass es spezifische Hemmstoffe bei der Virusvermehrung von HIV gibt. Diese sind fähig, den Verlauf der Erkrankung zu verlangsamen. Die Medikamente sind meist gegen virusspezifische Stoffwechselschritte gerichtet (Bsp. Übersetzung der Virus-RNA in DNA) bzw. gegen die Enzyme, die bei den Stoffwechselschritten eine wichtige Rolle spielen. Ansatzpunkte der antiviralen Therapie sind also die Enzyme reverse Transkriptase und Proteinase. Durch den medikamentösen Eingriff kann die Erbinformation des HI-Virus nicht

¹¹Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1996), HIV und AIDS, Köln, p. 25-26

mehr in das Zell-Genom eingebaut werden. D.h., dass die Zelle trotz einer Infektion kein neues Virus mehr bilden kann.¹²

Für die Zukunft hofft die Forschung auf eine Kombinationstherapie von Medikamenten, die an den verschiedenen Schritten des Viruszyklus ansetzen. Die Verabreichung der heute gebräuchlichen Medikamente ist i.d.R. sinnvoll bei Patienten mit bereits deutlich eingeschränkter Immunfunktion, und solchen, die schon an AIDS erkrankt sind. Über den passenden Anfangszeitpunkt für den Therapiestart bei beschwerdefreien Patienten oder bei Patienten mit geringeren Immunsystemstörungen herrscht kein allgemeiner Konsens. Generell geht aber der Trend zu einem früheren Behandlungsbeginn als bislang üblich.

HIV-Infizierte fürchten aber die Nebenwirkungen der Medikamente und zögern deshalb den Behandlungsbeginn weit hinaus, bis der Immundefekt in vielen Fällen schon bedrohliche Ausmaße einnimmt. Bei geschwächtem Allgemeinzustand können die Nebenwirkungen dann aber besonders ausgeprägt sein. Diese Nebenwirkungen können Störungen der Blutbildung, Bauchspeicheldrüsenentzündungen, Störungen der peripheren Nerven und Unwohlsein sein, die sich sehr belastend auf den Patienten auswirken und manchmal zum Absetzen der Therapie führen.¹³

Ein weiteres Problem besteht in der nach einiger Zeit auftretenden Resistenzentwicklung der Viren. Da sich diese v.a. in der Monotherapie zeigte, setzt man nun eher auf die Kombinationstherapie.

1.6 Epidemiologie

1.6.1 Deutschland

Zahlen des Robert-Koch-Instituts zum Ende Juni 1999 zeigen für Deutschland folgendes Bild zur Epidemiologie von HIV und AIDS.

1.6.1.1 HIV – Infektionen

Die (geschätzte) Gesamtzahl der seit Beginn der Epidemie Infizierten beträgt ca. 50 000 - 60 000 Personen. Die Verteilung nach Geschlecht beläuft sich auf ca. 80% bei den Männern und ca. 20% bei den Frauen. Die Zahl der Neuinfektionen pro Jahr beträgt ca. 2 000 – 2 500 Personen.¹⁴

Die regionale Verteilung zeigt folgendes Bild:

¹²Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1996), HIV und AIDS, Köln, p. 35-36

¹³ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1996), HIV und AIDS, Köln, p. 36-37

¹⁴ www. rki. de

52% aller bisher HIV - Infizierten stammen aus den Großstädten Frankfurt a.M., München, Berlin, Düsseldorf, Köln und Hamburg. 46% kommen aus Regionen außerhalb der oben genannten Großstädte in den alten Bundesländern. In den neuen Bundesländern wurden bisher etwa 1.950 (2%) HIV-Infektionen diagnostiziert.¹⁵

Die angenommene weitere Entwicklung sieht folgendermaßen aus:

Nach wie vor erfolgt die überwiegende Zahl der Neuinfektionen über homosexuelle Kontakte bei Männern. Die Rate von Neuinfektionen bei intravenös Drogenabhängigen hat sich stabilisiert. Die Zahl der durch heterosexuelle Kontakte übertragenen Infektionen nimmt weiter langsam zu. Dabei sind die wichtigsten Infektionswege sexuelle Kontakte mit Angehörigen der primären Risikogruppen. Eigenständige Infektionsketten unter Heterosexuellen wurden bisher nur selten berichtet. In den neuen Bundesländern nimmt die Zahl der HIV-Infektionen auf niedrigem Niveau weiter zu. In den alten Bundesländern wird sich die bisher beobachtete regionale Verteilung nicht grundsätzlich ändern.¹⁶

1.6.1.2 AIDS – Fälle

Die Gesamtzahl der Meldungen seit 1982 beträgt 18 239 Personen. Von diesen sind 11 658 Personen als verstorben gemeldet. Die Verteilung nach dem Geschlecht beläuft sich auf 88% bei den Männern und 12% bei den Frauen. Pro Jahr kommen etwa 800 Neuerkrankungen hinzu.¹⁷

Die regionale Verteilung bei den Erkrankten zeigt das gleiche Bild wie bei den HIV - Infizierten:

52% stammen aus den genannten Großstädten Frankfurt a.M., München, Berlin, Düsseldorf, Köln und Hamburg. 46% aus den Regionen außerhalb der Großstädte. Aus den neuen Bundesländern stammen bisher 395 (2%) der diagnostizierten AIDS - Fälle.¹⁸

Als Ausblick ist zu sagen, daß durch die in letzter Zeit erheblich verbesserten therapeutischen Möglichkeiten die Zeitspanne von der HIV-Infektion bis zum Auftreten von AIDS deutlich zugenommen hat. Dadurch geht die Zahl der neu diagnostizierten AIDS - Fälle 1999 voraussichtlich auf ca. 800 zurück. Die Zahl der zu versorgenden Patienten mit fortgeschrittenem Immundefekt wird bei konstanter Zahl von Neuinfektionen durch die längere Überlebenszeit weiter ansteigen. Ebenso sind weiter zunehmende Überlebenszeiten sowie Veränderungen im Spektrum der Erstmanifestationen der Immunschwäche zu erwarten.¹⁹

¹⁵ www.rki.de

¹⁶ www.rki.de

¹⁷ www.rki.de

¹⁸ www.rki.de

¹⁹ www.rki.de

1.6.2 Weltweit

Die Welt – AIDS – Statistik der **WHO** zum Dezember 1999 zeigt folgende regionale Verteilung:

Region	Beginn der Epidemie	Gesamtzahl der HIV-Infizierten/ AIDS-Kranken	Gesamtzahl der Neuinfektionen mit HIV	Anteil der infizierten Erwachsenen ²⁰	Frauenanteil bei den infizierten Erwachsenen	Hauptinfektionswege für Erwachsene
Subsahara-Afrika	Ende 70er - Beginn 80er	23.3 Mio.	3.8 Mio.	8.0%	55%	Heterosexuelle Kontakte
Nordafrika & Mittlerer Osten	Ende 80er	220 000	19 000	0.13%	20%	i.v. Drogenmißbrauch, Heterosexuelle Kontakte
Süd- & Südostasien	Ende 80er	6 Mio.	1.3 Mio.	0.69%	30%	Heterosexuelle Kontakte
Ostasien & Pazifik	Ende 80er	530 000	120 000	0.068%	15%	i.v. Drogenmißbrauch, Heterosexuelle Kontakte, Homosexuelle Kontakte bei Männern
Lateinamerika	Ende 70er - Beginn 80er	1.3 Mio.	150 000	0.57%	20%	Homosexuelle Kontakte bei Männern, i.v. Drogenmißbrauch, Heterosexuelle Kontakte
Karibik	Ende 70er - Beginn 80er	360 000	57 000	1.96%	35%	Heterosexuelle Kontakte, Homosexuelle Kontakte bei Männern
Osteuropa & Zentralasien	Beginn 90er	360 000	95 000	0.14%	20%	i.v. Drogenmißbrauch, Homosexuelle Kontakte bei Männern
Westeuropa	Ende 70er - Beginn 80er	520 000	30 000	0.25%	20%	Homosexuelle Kontakte bei Männern, i.v. Drogenmißbrauch
Nordamerika	Ende 70er - Beginn 80er	920 000	44 000	0.56%	20%	Homosexuelle Kontakte bei Männern, i.v. Drogenmißbrauch, Heterosexuelle Kontakte
Australien & Neuseeland	Ende 70er - Beginn 80er	12 000	500	0.1%	10%	Homosexuelle Kontakte bei Männern, i.v. Drogenmißbrauch
Gesamt		33.6 Mio.	5.6 Mio.	1.1%	46%	

²⁰ Anteil der Erwachsenen (15 - 49 jährige), welche 1999 mit HIV/AIDS lebten, unter der Berücksichtigung der Bevölkerungszahlen von 1998.

2 UMGANG MIT AIDS

Als vor etwa zwanzig Jahren die ersten Fälle von Infektionen mit HIV in Deutschland bekannt wurden, war die öffentliche Reaktion von Panik und übertrieben pessimistischen epidemiologischen Prognosen geprägt, die sich nicht bewahrheitet haben. Dazu trugen auch die vielfältigen Aufklärungs- und Präventionsprogramme bei, die ab der zweiten Hälfte der achtziger Jahre eine hohe Breitenwirksamkeit erlangten. Gegenwärtig ist es um AIDS und HIV still geworden. Die Anzahl der Betroffenen bewegt sich auf niedrigem Niveau und die Neuinfektionen beschränken sich weiterhin größtenteils auf die Hauptbetroffenengruppen. Für den Großteil der Bevölkerung ist das Ansteckungsrisiko sehr gering, eine aktive Auseinandersetzung mit dem Thema findet selten statt. So ist der Umgang mit dieser Krankheit auch heute noch von Verdrängung, Unwissen und Irrationalität geprägt, obwohl sie sich von anderen Infektionskrankheiten mit tödlichem Ausgang nur wenig unterscheidet.

2.1 Gesellschaftlicher Umgang

Als Grund dafür ist anzunehmen, daß das Themengebiet AIDS und HIV in besonderem Maße die gesellschaftlich tabuisierten Bereiche Sexualität, hier vor allem Homosexualität, Sucht, Drogen, Sterben und Tod tangiert.

2.1.1 AIDS – Risiko oder Gefahr?

Es gibt eine grundsätzliche theoretische Differenzierung zum Umgang mit AIDS in der Bevölkerung, die auch empirisch nachgewiesen werden kann.

Eine Gruppe betrachtet AIDS als Gefahr, die überall droht und der man schutzlos ausgeliefert ist. Es wird dabei fälschlicherweise an Erfahrungen mit anderen Infektionskrankheiten angeknüpft. Im Extremfall zeichnet sich dieser Idealtypus durch das Vermeiden von allen fremden Personen aus, deren Serostatus unbekannt ist. Die Konsequenzen dieser Sichtweise sind die Forderung nach staatlichen Zwangsmaßnahmen und die Ausgrenzung und Isolation von Betroffenen.

Die Sichtweise von AIDS als Risiko entspricht den wissenschaftlichen Erkenntnissen über HIV. Ein Schutz vor AIDS ist durch die Vermeidung von wenigen riskanten Situationen und die Durchführung von individuellen Präventionsmaßnahmen möglich. Dieses Wissen schlägt sich jedoch nicht zwangsläufig auf das tatsächliche Verhalten nieder.

Laut Eirnbter lassen sich zu den beiden Gruppen sozialstrukturelle Übereinstimmungen feststellen. Ältere Menschen und Personen aus ländlichen Gebieten mit niedrigerem Status, also jene, die der objektiven Gefahr einer Ansteckung kaum ausgesetzt sind, sehen AIDS eher als Gefahr. Als Erklärung dafür kann die Tatsache dienen, daß grundsätzlich eine positive Weltsicht, Selbstvertrauen und das Gefühl, das eigene Leben im Griff zu haben eher mit jungen Menschen gehobeneren Status und mit urbaner Lebensweise korreliert. Diese Personen stufen dann AIDS konsequenterweise auch als kalkulierbares Risiko ein. Dies kann allerdings zu einer Selbstüberschätzung führen, die das real höhere Ansteckungsrisiko nicht berücksichtigt. Diese Erkenntnisse sollten auch in der Präventionsarbeit Niederschlag finden.²¹

2.1.2 Präventionsarbeit

Als Ergebnis unserer eigenen Studien zur Prävention läßt sich zusammenfassend sagen, daß zwar vielfältige Maßnahmen durchgeführt werden, sich im Einzelnen aber doch zahlreiche Defizite feststellen lassen.

Die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführten bundesweiten Programme wie Videospots und Plakatreihen besitzen eine große Breitenwirkung, haben aber in den letzten Jahren an Intensität verloren. Diese Arbeit ist zwangsläufig Zielgruppenunspezifisch.

Die Aufklärung in Schulen wird hauptsächlich von den örtlichen Gesundheitsämtern durchgeführt, die Arbeit in anderen Einrichtungen der Jugend- und Erwachsenenbildung wird von den Aidsberatungsstellen abgedeckt. Diese sind auch für die Arbeit mit den Hauptbetroffenengruppen, z.B. mit Drogenabhängigen zuständig. Zielgruppenspezifische Arbeitsmaterialien und Informationsbroschüren stellt die Bundeszentrale sowie die Deutsche AIDS-Hilfe zur Verfügung, erhältliches Filmmaterial ist aber schon in den achtziger Jahren entstanden und somit nur noch bedingt zu empfehlen.

2.1.3 Isolation von Betroffenen

Die gesellschaftliche Isolation von infizierten und erkrankten Personen kann nach zwei Ausprägungen differenziert werden.

Die Isolation von außen entsteht durch soziale Ausgrenzung. Betroffene werden aufgrund der Angst vor Ansteckung von der Umwelt gemieden. Auch bedeutet eine

²¹ Eirnbter, W., Hahn, A., Jacob, R. (1993), AIDS und die gesellschaftlichen Folgen, Frankfurt/Main, p. 179ff

Auseinandersetzung mit Virusträgern eine Konfrontation mit den oben genannten Lebensbereichen, die mit einem gesellschaftlichen Tabu verbunden sind.

Die Isolation von innen entsteht durch die Angst der Betroffenen, auf Ablehnung zu stoßen. Scham-, Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle sind weitere Faktoren, die einer Vermeidung gesellschaftlicher Kontakte zu Grunde liegen.

Verstärkend kommt hinzu, daß die Mitglieder der Hauptbetroffenengruppen, also z.B. Schwule, intravenös Drogenabhängige oder Prostituierte schon grundsätzlich von gesellschaftlicher Randständigkeit bedroht sind. Eine Infektion kann auch die Ausgrenzung aus der jeweiligen Gruppe bzw. Subkultur bedeuten, da auch hier die Akzeptanz von Infizierten nicht vorausgesetzt werden kann.²²

2.2 Individuelle Ebene

Der besondere Umgang mit der Krankheit AIDS auf gesellschaftlicher Ebene hat demzufolge auch problematische Auswirkungen auf Infizierte, Erkrankte, Angehörige und Freunde der Betroffenen, zusätzlich zu den Problemen, die sich mit der Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod und der eigenen Krankheit oder der Konfrontation mit dem Tod und der Krankheit von nahen Bezugspersonen ergeben.

2.2.1 Betroffene

Der individuelle Umgang mit der Krankheit ist sehr verschieden und von vielen interdependenten Faktoren abhängig. Deshalb ist es schwer, ein allgemeingültiges Verlaufsmuster der psychischen Verarbeitung der Infektion zu konstruieren.

Zu Beginn wird meist von einem Schockerlebnis berichtet. Dem Überbringer der Nachricht des positiven Serostatus – meist einem Arzt oder Mitarbeiter eines Gesundheitsamtes – ist daher besondere Verantwortung auferlegt. Bereits zu diesem frühen Zeitpunkt ist eine psychosoziale Betreuung wichtig. Daraufhin schließen sich weitere Phasen des Umgangs mit der Infektion an, deren Abfolge und Dauer sehr unterschiedlich ist. Verleugnung der Infektion, Resignation vor den Auftretenden Problemen, Depression, Wut, Akzeptanz, Todessehnsucht und Suizidgedanken sind häufige Reaktionen. In vielem unterscheidet sich eine AIDS-Infektion nicht von anderen Lebenskrisen.

Es ergibt sich aber in vielen Fällen eine Doppelbelastung. Mitglieder der Hauptbetroffenengruppen sind Aufgrund ihrer persönlichen Besonderheiten schon mit besonderen Problemen konfrontiert. Ein junger Homosexueller, der bereits lernen muß,

²² www.aidshilfe.de

seine sexuelle Orientierung zu akzeptieren und zu leben hat dann auch noch den Umgang mit AIDS zu bewältigen.

Eine professionelle Betreuung durch die Aidsberatung oder andere Stellen ist sehr hilfreich, auch bei der Lösung von lebenspraktischen Problemen. Die Fragen nach der richtigen Ernährung, nach dem Beginn der Medikation und nach finanzieller Absicherung nach Ausbruch der Krankheit müssen gelöst werden. Außerdem kann ein Wohnungswechsel nötig werden. Entweder um die Anonymität des Infizierten zu gewährleisten oder auch um bei Auftreten des Vollbildes AIDS ein behindertengerechtes Wohnen sicherzustellen.²³

2.2.2 Bezugspersonen

Grundsätzlich ist festzuhalten, daß, um Diskriminierung vorzubeugen, niemand von der Infektion unterrichtet werden muß. Bei Ausbruch der Krankheit wird aufgrund der körperlichen Veränderungen des Kranken eine Geheimhaltung aber schwierig oder unmöglich.

Oft ist allerdings der Wunsch des HIV-Positiven vorhanden, Menschen in seinem privaten Umfeld zu informieren. Es muß sorgfältig abgewogen werden, wer Bescheid wissen soll. Man nimmt in Kauf, daß sich Kollegen, Bekannte, Freunde, sogar Familienmitglieder oder der eigene Partner abwenden. Auch entsteht die Gefahr, daß Dritte von der Infektion erfahren. Der Gefahr des Verlustes von Bezugspersonen steht allerdings die Möglichkeit von intensiven, offenen und verständnisvollen Beziehungen entgegen.

Als Ansprechpartner stehen auch hier, auf Wunsch unter Gewährleistung der Anonymität, die Aidsberatungsstellen und andere Organisationen zur Hilfe von Aidskranken zur Verfügung. Außerdem besteht durch die Teilnahme an Selbsthilfegruppen die Möglichkeit, den Freundes- und Bekanntenkreis um neue wichtige Kontakte zu erweitern.

2.2.3 Sexualität

Bei vielen Infizierten ist eine zeitweise Libidostörung festzustellen. Bedingt ist dies entweder durch die Medikation oder durch psychische Faktoren. Diese sind meist Angst, den Partner anzustecken oder ein subjektives Empfinden von Unattraktivität des eigenen Körpers. Grundsätzlich besteht aber kein Grund für sexuelle Abstinenz von Trägern des HI-Virus. Körperflüssigkeiten von Infizierten sind allerdings auch dann infektiös, wenn die Virusmenge im Blut des Infizierten unter der Nachweisgrenze liegt. Es wird vermutet, daß sich die Konzentrationen in Blut und Sperma bzw. Vaginalsekret unterscheiden. Deshalb sollte zum Schutz des Partners kein ungeschützter Geschlechtsverkehr praktiziert werden. Das

²³ www.aidshilfe.de

Übertragungsrisiko bei allen Formen von „Safer Sex“ ist sehr gering und deshalb verantwortbar.²⁴

Da verschiedene Virusstämme des Virus existieren, sind Schutzmaßnahmen auch zu empfehlen, wenn beide Partner HIV-positiv sind. Manche Virusgruppen sind gegen Medikation resistent. Außerdem kann das Immunsystem durch die Infektion mit mehreren Arten des HI-Virus zusätzlich geschwächt werden.

²⁴ Arastéh, K. (1998), Buch gegen die Panik, Berlin, p.249-254

3 AIDSBERATUNGSSTELLE

3.1 Organisation/Träger

Im Jahre 1987 wurde in Bayern begonnen, ein flächendeckendes Netz von psychosozialen Aidsberatungsstellen aufzubauen. Für die Region Oberfranken wurde in Bayreuth schon 1988 eine Stelle gegründet. Diese ist die jetzige Hauptstelle im Bezirk Oberfranken. Die Außenstelle Bamberg wurde 1991 eröffnet.

Der Träger der Aidsberatungsstelle in Bamberg ist das Diakonische Werk.

Hauptberuflich arbeiten in der Beratungsstelle Bamberg vier Mitarbeiter, zudem sind dort noch zwei Jahrespraktikanten beschäftigt. Außerdem gibt es noch 22 ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die sich auf die Beratungsstellen in Bamberg und Bayreuth verteilen.

Räumlich ausgestattet ist die Beratungsstelle mit einem Beratungszimmer und einem Gruppenzimmer, welches aber gemeinsam mit Pro Familia genutzt wird.

Finanziert werden die Beratungsstellen in Oberfranken über das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit. Diese Finanzierung ist in Deutschland einmalig. Die Sachkosten werden vom Träger bzw. der Evangelisch – Lutherischen – Landeskirche getragen. Und zuletzt beteiligt sich seit 1996 der Bezirk Oberfranken an den Sachkosten mit einer Pauschale von 5.000 DM pro Fachkraft.²⁵ Die Mitarbeiter befürchten aber in Zukunft Kürzungen.

3.2 Aufgaben

Folgendes Aufgabengebiet hat die Aidsberatungsstelle allgemein:

- Soziale und psychologische Betreuung der Betroffenen
- Beratung des sozialen Umfelds
- Anleitung Betroffener zu verantwortungsbewußter Lebensweise und Zusammenarbeit / Vermittlung an Kliniken, Ärzten und Selbsthilfegruppen
- Unterhaltung eines telefonischen Beratungsdienstes
- Aufsuchende Betreuung von Hauptbetroffenengruppen
- Testberatung, Risikoabklärung und Vermittlung an Untersuchungsstellen

²⁵ vgl. Jahresbericht

- Aufbau und Begleitung von Laienhelfergruppen
- Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit, Präventionsmaßnahmen
- Begleitung Schwerkranker und Sterbender, Trauerarbeit
- Krisenintervention, Umgang mit Suizid – Überlegungen
- Hilfe bei lebenspraktischen Fragestellungen
- Positiven – Arbeit
- Arbeit mit Multiplikatoren und spezifischen Berufsgruppen
- Gremien – Arbeit, Arbeitskreise und Fortbildung

3.2.1 Beratung – Betreuung

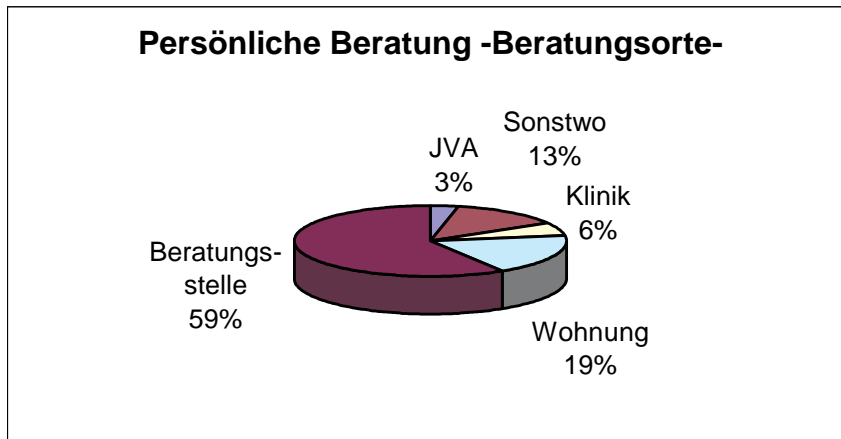
Die Grenze zwischen Beratung und Betreuung ist meistens fließend. Im Jahr 1998 haben insgesamt 574 Menschen Kontakt zur Beratungsstelle gesucht. Man muss hier drei Gruppen unterscheiden. Diese wären einmal HIV – Infizierte und aidsranke Personen, dann Lebenspartner, Freunde und Familienmitglieder sowie sonstige Ratsuchende, beispielsweise Personen, die durch AIDS verunsichert sind.²⁶

	Männer	Frauen	Gesamt
Menschen mit HIV/AIDS	49	15	64
Angehörige (Partner, Familienangehörige, etc.)	53	59	112
Sonstige Ratsuchende (HIV-Status z.T. unklar)	205	193	398
Gesamt	307	267	574

Quelle: Jahresbericht, S.10

Allerdings meinte Herr Huber, der Leiter der Aidsberatungsstelle Bamberg während unserem Gespräch, dass in Oberfranken fast keine Arbeit mit Angehörigen stattfindet. Auch in Nürnberg ist der Anteil dieser Arbeit sehr gering. Der Grund dafür ist, dass die Angst vor Entdeckungen zu groß ist. Er berichtete zudem, dass manchmal Angehörige die Beratungsstelle aufsuchen, sich aber wenig Zeit für ein Beratungsgespräch nehmen. Eine vernünftiges und umfassendes Beratungsgespräch ist unter solchen Umständen kaum möglich.

²⁶ vgl. Jahresbericht



Ein weiteres Merkmal der Beratungsstelle ist der niederschwellige Ansatz. Circa 41% der Beratungen finden außerhalb statt, etwa in Wohnungen, Kliniken, Justizanstalten,...²⁷

Quelle: Jahresbericht, S.10

Die meiste Beratung erfolgt telefonisch, wie man der folgenden Tabelle entnehmen kann:

Kontaktart	telefonisch	persönlich	schriftlich	Gesamt
1998	1410	844	48	2302

Quelle: Jahresbericht, S.13

Es gibt auch viele Personen, die für einen längeren Zeitraum in Kontakt zu der Beratungsstelle stehen. Diesen wird dann nicht nur in sozialen Angelegenheiten geholfen, wie bei einer Suchtproblematik, bei Vereinsamung oder psychischen Problemen, sondern auch bei ganz konkreten lebenspraktischen Problemen.²⁸

" Menschen, die mit 30 oder 40 Jahren berentet sind oder von der Sozialhilfe leben, stoßen bei zusätzlichen Belastungen schnell an ihre finanziellen Grenzen. ... Wir haben hier die Möglichkeit, über die Deutsche AIDS – Stiftung (DAS) in Bonn und über den "Einzelfallhilfetopf" des Diakonischen Werks Bayerns bzw. aus eigenen Spendemitteln zumindest teilweise einen Ausgleich zu schaffen."²⁹

Diese Problemstellung verstärkt sich zunehmend und Menschen, die durch Medikamente eine verlängerte Lebenserwartung haben, geraten schnell ins soziale Abseits. Die Deutsche AIDS – Hilfe spricht hierbei schon vom "Neuen AIDS".

Ein wichtiger Teil der Beratung ist die "Medizinialisierung". Die meisten Betroffenen nehmen über kurz oder lang eine Kombinationstherapie.³⁰ Bei dieser Therapieform müssen sehr viele unterschiedliche Tabletten genommen werden. Am Pillen – Einmaleins von M. soll dies verdeutlicht werden:

²⁷ vgl. Jahresbericht

²⁸ vgl. Jahresbericht

²⁹ s. Jahresbericht, S. 14

³⁰ vgl. Jahresbericht

	Früh	Mittag	Abend
Viracept	3x	3x	3x
Epivir	1x	-	1x
Zerit	1x	-	1x
DHEA	1x	-	-
Imodium	2x	-	2x
Tebonin	1x	-	1x
Thomapyrin (nach Bedarf)	-	2x	-
Saroten	-	-	1x

Quelle: Jahresbericht, S.16

Hier geraten viele Betroffene in einen Konflikt. Erstens werden sie zu jeder Tageszeit an ihre Krankheit erinnert, zweitens können bei Nichteinnahmen der Tabletten Schuldgefühle entstehen.

3.2.2 Prävention

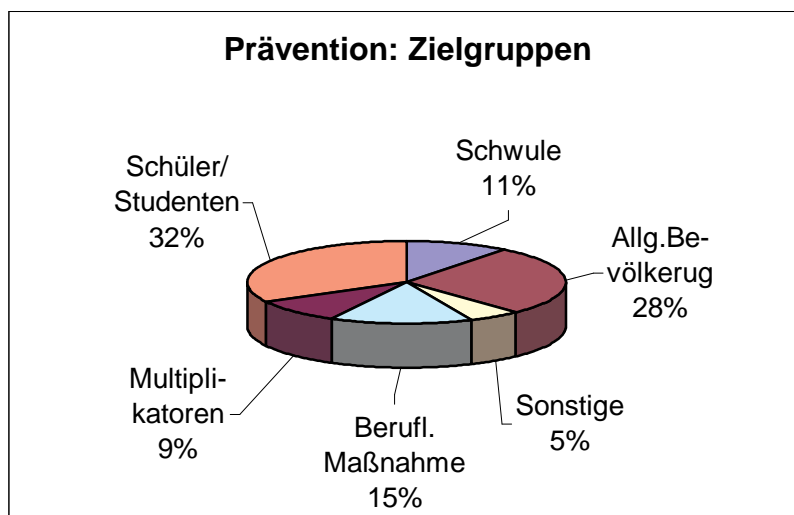
Ein weiterer Schwerpunkt der Aidsberatungsstelle ist die Präventionsarbeit. Es werden viele Gruppenarbeiten mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen unternommen. Auch gibt es Informationsbörsen, sexualpädagogische Arbeiten, Benefizkonzerte und Lesungen.

Präventionsveranstaltungen	insgesamt 76
Informationsveranstaltungen und Seminare	38
Breit angelegte Projekte	23
Infostand-Aktionen	15

Quelle: Jahresbericht, S.18

Zielgruppen waren 1998 in erster Linie Schüler, Studenten und junge Erwachsene, aber vor allem auch homo- und bisexuelle Männer.³¹

³¹ vgl. Jahresbericht



Quelle: Jahresbericht, S.21

Auf Nachfragen unsererseits berichtete Herr Huber, dass in Schulen fast keine Präventionsarbeit mehr geleistet wird. Der Grund dafür ist, dass dies mittlerweile das Gesundheitsamt übernommen hat.

Die Beratung steht zur Prävention im Verhältnis 60 zu 40.

3.2.3 Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit ist mit der Präventionsarbeit eng verknüpft. Das Hauptziel der Präventionsarbeit – keine Neuinfektionen – kann nur verwirklicht werden, wenn die Bevölkerung aufgeklärt wird bzw. ist. Ein wichtiger Bereich hierbei sind die Medien. Hier wurde in den letzten Jahren viel erreicht.³²

" Zum einen werden Präventionsobjekte der Aidsberatungsstelle durch die Regionalzeitung bekannt gemacht und begleitet. Darüber hinaus haben wir auch die Möglichkeit, aktuelle Themen und Informationen rasch aufzunehmen und weiterzugeben,..."³³

Im Jahr 1998 hat die Anzahl der Artikel in Zeitungen einen Höhepunkt erreicht.

3.2.4 Regionalspezifische Besonderheiten

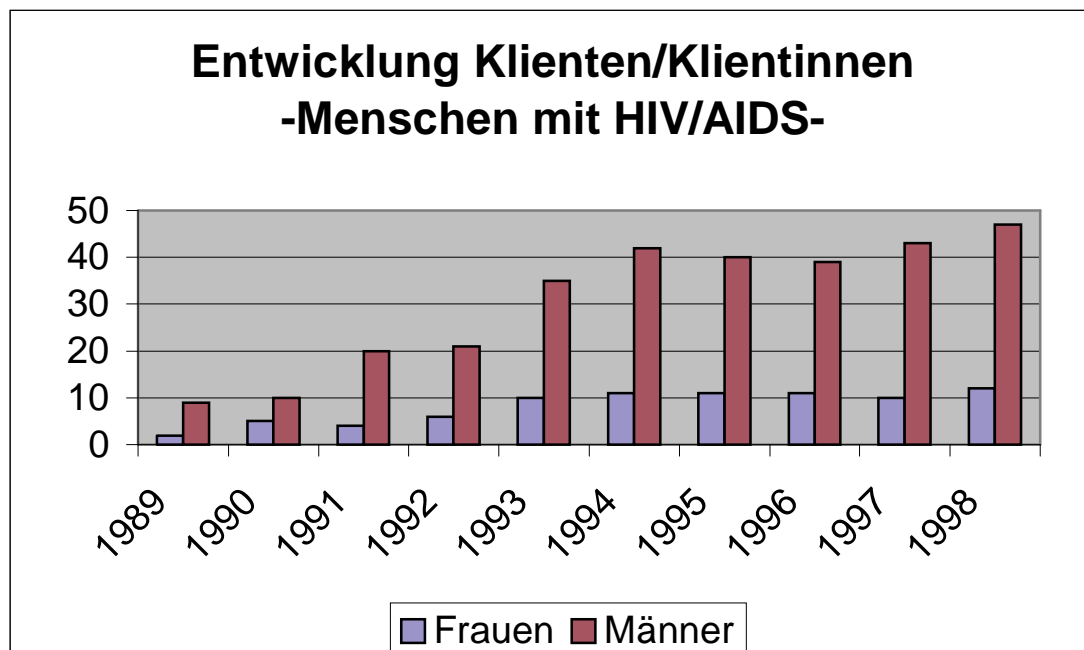
Zur Zeit sind in Oberfranken etwa 300 bis 400 HIV – infizierte Personen registriert. Allerdings können keine genauen Aussagen über die tatsächliche Anzahl getroffen werden, da einerseits die Dunkelziffer unbekannt ist, andererseits können bei der anonymen Pflichtmeldung Mehrfachmeldungen vorkommen. Das Robert – Koch – Institut geht davon aus, dass 30 bis 50% der Meldungen doppelt sind.

Betrachtet man sich die Zahlen der HIV – Infizierten genauer, kann man ein Stadt – Land – Gefälle erkennen. Dies liegt daran, dass ländliche Gebiete stärker einer sozialen Kontrolle

³² vgl. Jahresbericht

unterworfen sind. Die Angst entdeckt und diskriminiert zu werden, ist auf dem Land sehr groß. Außerdem werden in ländlichen Gebieten Themen wie HIV und AIDS oft tabuisiert, da diese Themen nicht in die ländliche Weltanschauung passen.

Die Anzahl der Infizierten und somit der Klienten in der Beratungsstelle ist stetig gestiegen.³⁴



Quelle: Jahresbericht, S.13

Das Versorgungsnetz für Menschen mit HIV und AIDS ist in Oberfranken immer noch unzureichend. Ein sehr großer Nachteil ist, dass Oberfranken einer der wenigen Bezirke in Bayern ist, in dem es keine Immunambulanz gibt. So müssen die Betroffenen zu den Schwerpunktpraxen nach Erlangen – Nürnberg oder nach Würzburg fahren, was eine zusätzliche Belastung darstellt. Herr Huber war aber der Ansicht, dass dies kein Grund für die Patienten ist, von Bamberg wegzuziehen, wenn sie hier ihre Familie und Freunde haben.

Teilweise wird von den niedergelassenen Ärzten in Bamberg eine medizinisch – ambulante Versorgung übernommen. Einige Praxen sind im Aidsbereich engagiert, und beschäftigen sich mit der HIV – Thematik. Zusatzprobleme wie etwa Drogenkonsum, erschweren allerdings die Arbeit dieser Ärzte, so dass eine angemessene Versorgung dieser Patienten nur unter Problemen sicherzustellen ist. Für die Ärzte ist es eine große Anforderung, mit der raschen Entwicklung in der Aidsforschung Schritt zu halten.³⁵

³³ s. Jahresbericht, S. 21

³⁴ vgl. Jahresbericht

³⁵ vgl. Jahresbericht

"Diese Situation erfordert eine ausgeprägte Bereitschaft, sich fortlaufend weiterzubilden und vernetzt zu denken (z.B. Zusammenarbeit und Kooperation mit den Immunambulanzen in Nürnberg bzw. Erlangen und den psychosozialen Hilfesystemen)."³⁶

Die stationäre medizinische Versorgung wird neben der Universitätsklinik in Erlangen und dem städtischen Klinikum in Nürnberg auch in den Kliniken in Bamberg und Hof vorgenommen. Ein wichtiger Knotenpunkt ist das Klinikum in Bayreuth, das sich mit dem Thema intensiv beschäftigt.

In Oberfranken bestehen keine eigenen Pflege- und Wohnobjekte. Die nächste Wohngruppe ist in Würzburg. Allerdings besteht in diesem Bereich, abgesehen von ein paar Einzelfällen, auch kein Bedarf.

In Bamberg gibt es einen Hospizverein. Die Fertigstellung einer Hospizstiftung in Bayreuth wird mit großem Interesse verfolgt. Bei Fertigstellung dieses Objekts in diesem Jahr stehen etwa zehn Betten zur Verfügung.³⁷

Man muss sich bewußt sein, wenn man in solch einer Beratungsstelle arbeiten will, dass man es mit unterschiedlichen Charakteren zu tun hat. Die Palette reicht von Prostituierten, Häftlingen über Homosexuelle zu ganz "normalen" Personen. Zu solch einer Arbeit benötigt man neben Sachwissen auch sehr viel Einfühlungsvermögen. Zum Schluß ist zu bemerken, dass es sich hier um einen anspruchsvollen und interessanten Beruf handelt, der auch in Zukunft sehr wichtig sein wird.

³⁶ s. Jahresbericht, S. 3

³⁷ vgl. Jahresbericht

4 ANHANG

4.1 Literatur

Arastéh, K., Weiß, R. (1998), Buch gegen die Panik. Leben mit der HIV-Infektion, Berlin

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (1999), AIDS von A bis Z, 25 Fragen und Antworten zu AIDS, HIV und zum Test, Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (1996), HIV und AIDS. Fachinformationen für die Patientenbetreuung, Köln

Diakonisches Werk (Hg.) (1998), Jahresbericht der Aidsberatungsstelle Oberfranken, Bayreuth

Eirnbter, W., Hahn, A., Jacob, R. (1993), AIDS und die gesellschaftlichen Folgen, Frankfurt/Main

Gusy, B. (1994), Aufsuchende Sozialarbeit in der AIDS-Prävention – Das Streetworkmodell, Baden-Baden

Koch, M. (1987), AIDS. Vom Molekül zur Pandemie, Heidelberg

Informationsmaterial der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Deutschen AIDS-Hilfe

Internet resources:

www.aidshilfe.de (Deutsche Aids-Hilfe)

www.hivinfo.de

www.hivnet.de

www.rki.de (Robert Koch Institut)

www.who.de (Weltgesundheitsorganisation)