

PLUS MINUS

Foto: ruckszio/photocase.de

ROMEO, ROMEO, WHEREFORE ART THOU ROMEO?	3
HIV-POSITIVE IN DER ARBEITSWELT	6
HIV UND HEILUNG – JA/NEIN/VIELLEICHT?	7
HIV-THERAPIE UND WECHSELWIRKUNGEN	9
NEUE ANSÄTZE IN DER MSM-PRÄVENTION	11
HIV UND RECHT SOZIALVERSICHERUNG	15
REZENSIONEN	16

Die AIDS-Hilfen Österreichs

www.aidshilfen.at

Bei aller Vielfalt einem gemeinsamen Ziel verpflichtet. Verhinderung von Neuinfektionen, Reduzierung der Neuerkrankungen, Weiterbau eines von Solidarität und Toleranz geprägten Klimas für die Betroffenen.



Aids Hilfe Wien · Aids Hilfe Haus · Mariahilfer Gürtel 4 · A-1060 Wien
Tel.: 01/59937 · Fax: 01/59937-16 · E-Mail: office@aidshilfe-wien.at
Spenden: AT05 1200 0240 1156 0600

Aidshilfe Salzburg · Linzer Bundesstraße 10 · A-5020 Salzburg
Tel.: 0662/88 14 88 · Fax: 0662/88 14 88-3
E-Mail: salzburg@aidshilfen.at · Spenden: AT65 3500 0000 0202 5666

aidsHilfe Kärnten · Bahnhofstr. 22/ 1 · A-9020 Klagenfurt
Tel.: 0463/55 128 · Fax: 0463/51 64 92
E-Mail: kaernten@hiv.at · Spenden: AT17 6000 0000 9201 1911

AIDSHILFE OBERÖSTERREICH · Blütenstraße 15/2 · A-4040 Linz
Tel.: 0732/21 70 · Fax: 0732/21 70-20
E-Mail: office@aidshilfe-ooe.at · Spenden: AT34 5400 0001 0021 6183

AIDS-Hilfe Steiermark · Schmiedgasse 38/ 1 · A-8010 Graz
Tel.: 0316/81 50 50 · Fax: 0316/81 50 506
E-Mail: steirische@aidshilfe.at · Spenden: AT47 6000 0000 9201 1856

AIDS-Hilfe Tirol · Kaiser-Josef-Straße 13 · A-6020 Innsbruck
Tel.: 0512/56 36 21 · Fax: 0512/56 36 219
E-Mail: tirol@aidshilfen.at · Spenden: AT 48 1100 0038 9306 0800

AIDS-Hilfe Vorarlberg · Kaspar-Hagen-Straße 5/1 · A-6900 Bregenz
Tel.: 05574/46526 · Fax: 05574/46 526-20
E-Mail: contact@aidshilfe-vorarlberg.at
Spenden: AT48 5800 0101 9326 3114

Servicestellen der AIDS-Hilfen Österreichs

Redaktionsbüro Aidshilfe Salzburg:

Linzer Bundesstraße 10 · A-5020 Salzburg
Tel.: 0662/88 14 88 · Fax: 0662/88 14 88-3
E-Mail: plusminus@aidshilfen.at

Medienservice Aids Hilfe Wien:

Aids Hilfe Haus, Mariahilfer Gürtel 4
A-1060 Wien · Tel.: 01/599 37-85
Fax: 01/599 37-16
E-Mail: office@aidshilfe-wien.at

Impressum:

Medieninhaber und Herausgeber:
Die AIDS-Hilfen Österreichs

Redaktion: Willi Maier, Aidshilfe Salzburg,
Linzer Bundesstr. 10, A-5020 Salzburg,
Tel.: 0662/ 88 14 88, Fax: 0662/ 88 14 88-3,
E-Mail: plusminus@aidshilfen.at

Redaktionsbeirat (verantwortlich für den Inhalt):

Dr. Lydia Domoradzki, AIDS-Hilfe Tirol
Mag. Manfred Rupp, AIDS-Hilfe Steiermark
Dr. Renate Fleisch, AIDS-Hilfe Vorarlberg
DDr. Elisabeth Müllner, AIDSHILFE OBER-
ÖSTERREICH
Dr. Günther Nagele, aidsHilfe Kärnten
Philipp Dirnberger, MSc., Aids Hilfe Wien
DSA Maritta Teufl-Bruckbauer, MAS, Aidshilfe
Salzburg

Beiträge von: Dr. Fritz Aull, Clemens Renhart,
Mag. Florian Friedrich, Mag. Birgit Leichsen-
ring, Willi Maier.

Grafik: Jetzt neu! · **Druck:** Klampfer Druck
Auflage: 8.000 · gedruckt auf Recyclingpapier
Erscheinungsweise: vierteljährlich

PlusMinus ist das Informationsmagazin der AIDS-Hilfen Österreichs. Es richtet sich an alle, die das Thema HIV und AIDS interessiert oder berührt, an Krankenhäuser, ÄrztInnen, Pflegeeinrichtungen, soziale Institutionen, engagierte Privatpersonen – vor allem aber an diejenigen Frauen und Männer, die unmittelbar davon betroffen sind. Praktische und wissenschaftliche Aspekte der HIV/AIDS-Prävention, Neues aus Wissenschaft und Forschung, Aktuelles zur Kombinationstherapie, politische, soziale und gesellschaftliche Fragestellungen zu HIV, AIDS und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten, rechtliche und psychosoziale Aspekte in der Betreuung von Betroffenen, Aktuelles aus den einzelnen AIDS-Hilfen und von internationaler Ebene, Rezension, Daten, Zahlen und Termine sind Inhalt des Magazins.

Unsere LeserInnen sind herzlich dazu eingeladen, uns ihre Meinungen, Anregungen und Wünsche in Form von Leserbriefen mitzuteilen. Die Redaktion ist bemüht, so viele und so vielfältige Stimmen wie möglich zu Wort kommen zu lassen, muss sich jedoch im Einzelfall die Entscheidung über den Abdruck vorbehalten.

PlusMinus wird unterstützt von



GlaxoSmithKline

working on behalf of Viiv Healthcare



Editorial



■ Homophobie stellt ein großes Problem im Kampf gegen HIV/AIDS dar. Die weltweite Diskriminierungen von MSM (Männer, die Sex mit Männern haben) führen dazu, dass sich HIV umso schneller ausbreitet, da die anhaltende Stigmatisierung die Aufklärung und effiziente Behandlung von Menschen mit HIV/AIDS behindert. HIV-ExpertInnen weisen immer wieder darauf hin, dass sich

HIV unter stigmatisierten Minderheiten besonders rasch ausbreitet.

Homo- und bisexuelle Menschen, denen aufgrund ihrer Sexualität Haft oder Strafe drohen, lassen sich (ähnlich wie drogenabhängige Menschen) weder testen noch einer Behandlung unterziehen. In dieser Ausgabe des PlusMinus findet sicher daher ein ausführlicher Artikel über wichtige

Ansätze in der MSM-Präventionsarbeit.

Der Beitrag aus der Steiermark befasst sich mit der Online-Plattform PlanetRomeo. Die zwei medizinischen Texte befassen sich mit den Themen HIV und Heilung sowie HIV-Therapie und Wechselwirkungen. Die Rubrik HIV und Recht vermittelt uns heute einen Überblick bezüglich Versicherungen.



Romeo, Romeo, wherefore art thou Romeo? Von Clemens Renhart*

■ Die Gesellschaft befindet sich seit der flächendeckenden Installation von Internetanschlüssen im Wandel. Natürlich macht eine solche Entwicklung auch nicht vor Dingen wie der Partnersuche halt. Besonders im deutschen Sprachraum hat, in Bezug auf Männer, die Sex mit Männern (MSM) haben, eine Plattform den Markt für sich beansprucht: PlanetRomeo.

Doch wer ist dieser Romeo? Hinter Shakespeares Schwerenöter verbirgt sich ein simples Konzept, das es in sich hat: Ein einfaches Nutzerprofil, Ordnung nach geographischer Lage und Feinschliff durch Angaben wie sexuelle Interessen – los geht's. War

vor 20 Jahren noch klassisches Cruising das Mittel der Wahl, um zeitnah einen (Sexual-)Partner zu finden, so ist es heute virtuelles Cruising, das viele ursprüngliche Probleme wie Witterungsverhältnisse und polizeiliche Kontrollen eliminiert hat. Für viele eher zurückhaltende Männer, die Scheu haben, sich „draußen“ zu zeigen, ist die Tatsache, dass man von zu Hause aus agieren kann, günstig. Ein Programm mit so vielen Vorteilen zieht naturgemäß eine große Community an. Mit über 400.000 Nutzern allein in Deutschland, immerhin 36.000 in Österreich und durchschnittlich 12 Stunden Nutzung pro Monat, kann die Bedeutung einer Plattform wie PlanetRomeo nicht überschätzt werden.

Durch verändertes Sexualverhalten ändern sich in Folge auch die Anforderungen an eine Beratung bezüglich sexuell übertragbarer Krankheiten und HIV/AIDS. Diese Gegebenheit wurde 2007 aufgegriffen und das Projekt „GayRomeo“ ins Leben gerufen. Teilnehmer dieses Projektes sind Deutschland, Österreich, die Schweiz und bis vor kurzem noch die Niederlande. Der Qualitätsanspruch ist hoch, denn die Ausbildung wird über die Deutsche Aidshilfe von Profis abgewickelt. Einmal jährlich findet eine mehrtägige Fortbildung statt, in der Fallbeispiele, aktuelle Entwicklungen in der Prävention mit MSM und Vorträge präsentiert werden. In einer schnelllebigem Zeit mit einer so flexiblen

** Clemens Renhart,
Präventionsmitarbeiter
der Aidshilfe Steiermark*



Beratungsform, ist es unumgänglich, permanent auf den neuesten Stand der Dinge gebracht zu werden, um der selbst gelegten Messlatte gerecht werden zu können. Weiters trägt die konsequente Beachtung der EKAF-Kriterien (Eidgenössische Kommission für AIDS-Fragen) bezüglich Infektiosität, die mittlerweile durch wissenschaftliche Studien bestätigt wurden, dazu bei, stets korrekte Information weiterzugeben.

In der Praxis besitzt nun jeder Berater ein Nutzerprofil auf PlanetRomeo, das über den sogenannten Health Support bestätigt und autorisiert ist. In einer separaten Rubrik innerhalb des Portals sind diese Profile aufgezeigt und klar zu erkennen. Zudem wird der User durch einen deutlichen Text, aus welchem hervorgeht, dass dieses Profil dazu dient, Fragen zu HIV/AIDS und STDs zu beantworten, darauf aufmerksam gemacht.

Der große Moment kommt zwei Klicks später mit einer Anfrage. Hierbei ist die virtuelle Beratung, wie sie hier praktiziert wird, deutlich von der persönlichen „Vor-Ort-Beratung“ abzugrenzen, sind doch andere Regeln zu beachten, andere Herausforderungen zu meistern, andere Untiefen zu umschiffen. So fällt der optische Faktor größtenteils aus – der Berater kann beispielsweise nicht sehen, wie der Klient den Raum betritt, wie er sich in der Situation verhält, die ja

sicher keine einfache ist. Auch ist ein virtueller Chat nicht mit einem direkten Gespräch gleichzusetzen. Durch die Mittelbarkeit des Computers fällt ein deutliches Nachfragen schwer, ohne gleich eine lange Zeit vor dem Bildschirm zu verbringen. Kleine Unwahrheiten, die fast jeder Mensch, ob ratsuchend oder nicht, in ein Gespräch einbaut, sind nicht leicht aufzudecken. Zwar erfordert es auch realiter einiges an Menschenkenntnis und Erfahrung, jedoch ungleich weniger als online.

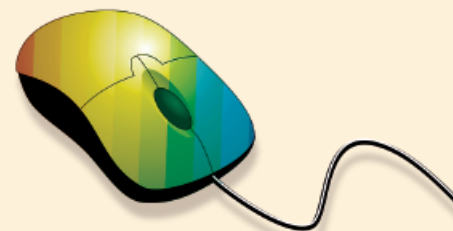
Durchaus erwünscht ist die Niederschwelligkeit, die das Portal bietet. Hier klicken, dort klicken, ein paar Zeilen tippen, und schon hat man sich den Gang in die Beratungsstelle „erspart“. Es ist eben einfacher, gewisse Themen in eine kurze Nachricht zu packen, als diese persönlich mitzuteilen. Dadurch können Personen erreicht werden, die in gewöhnlichen Anlaufstellen eher selten anzutreffen sind – weil ihnen der Mut fehlt, weil sie abgelegen wohnen oder nur eingeschränkt mobil sind.

Doch was will der PlanetRomeo-User eigentlich wissen? Der Fragenkatalog ist breit gefächert und vielschichtig. Die überwältigende Mehrheit der Anfragen bezieht sich auf HIV und AIDS, was wiederum auf die immer noch große Brisanz des Themas innerhalb der Gruppe der MSM schließen lässt. Viele erkundigen sich, ob ein

Risiko bei diversen Sexualpraktiken besteht, beinahe ebenso viele möchten Informationen zum HIV-Test (was eigentlich getestet wird, ab wann man testen kann, was die Testung aussagt etc.). Sehr spezifisch wird es bei Unklarheiten im Bereich Viruslastdiskussion und Infektiosität, konkreten Fragen zum Leben mit HIV und der Therapie und der Postexpositionellen Prophylaxe (PEP). Diese Sujets machen jedoch nur einen kleinen Prozentsatz aus.

Weit abgeschlagen folgen Fragen zu übrigen STDs und anderen Themen, wie Informationen zur Region, in der die User leben, der „schwulen Identität“ oder Hepatitis.

Innerhalb der Online-Plattform PlanetRomeo hat sich der Health Support mit der professionellen Beratung, durch speziell ausgebildete Menschen, mittlerweile längst etabliert. Er ist, wohl auch durch die hohen Qualitätsstandards und die dauerhafte Erreichbarkeit, zu einem festen Bestandteil des Portals geworden und leistet gute Dienste – den Hilfe suchenden Männern, der Präsenzhaltung eines wichtigen Themas. Und damit dem Wohle der Allgemeinheit.



HIV-Positive in der Arbeitswelt

Zusammenschau einer Veranstaltung im Rahmen des deutsch-österreichischen AIDS-Kongresses (DÖAK) 2015 in Düsseldorf. *Von Dr. Fritz Aull**

■ Die sehr effektive und in ihrer Wirkweise weiterhin in Optimierung begriffene medizinische Behandelbarkeit der HIV-Infektion bedeutet für die jetzt lebende Generation HIV-Positiver Erhaltung bzw. Wiedererlangung eines stabilen Gesundheitszustandes. Demzufolge ist für HIV-Infizierte praktische Teilhabe an allen Lebens- bzw. Gesellschaftsbereichen grundsätzlich gewährleistet. In Zeiten vor der Verfügbarkeit der antiretroviralen Therapie waren sie einem unentrinnbaren, als fatal zu bezeichnenden Krankheitsverlauf zum Tode hin ausgeliefert, verbrachten die noch verbleibenden Lebensjahre als Früh- bzw. Invaliditätsberentete, abgeschnitten von der Erwerbswelt und nicht (mehr) in der Lage, einem Beruf nachzugehen. Heute sind von den ca. 10.000 HIV-positiven Menschen in Österreich die meisten nicht allein im erwerbsfähigen Alter, die Mehrzahl von ihnen ist auch tatsächlich berufstätig, kann daher die in unserer Gesellschaft so wichtige Säule der Identität „Arbeit und Beruf“ mit Leben füllen und sinnvoll gestalten. Steht also alles zum Besten? Bei genauerem Hinsehen wohl nicht. Dies war einer der triftigen Gründe, die Thematik HIV-Positive in der Arbeitswelt im Rahmen eines Workshops beim DÖAK abzuhandeln, Bedingungen und Bedingtheiten, in welche HIV-Positive gestellt sind zu benennen.

Expertinnen und Experten verschiedener Fachrichtungen, einige von ihnen zusätzlich mit Selbstbetroffenenkompetenz ausgestattet, beleuchteten das Thema aus medizinischer, juristischer sowie psychologischer Perspektive und, darüber hinaus, naheliegend auch aus jener von Arbeitnehmerinnen

und Arbeitnehmern und Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern.

Insofern waren die diversen fachlichen Beiträge in den Bogen zweier konträrer Erfahrungsberichte HIV-Positiver in ihrem jeweiligen beruflichen Umfeld eingespannt. Ein sich selbst als „positiver Chef“ bezeichnender Podiumsteilnehmer erzählte von seinem



bewusst gesetzten Outing vor seiner Belegschaft. Selbst wenn dies ein geplanter, wohl überlegter Akt war, erlebte der Betroffene in diesem Moment die eine oder andere Befangenheit nicht allein bei seinen Mitarbeiter_innen, sondern auch bei sich selbst, ein Beleg dafür, dass diesbezüglich noch nicht von Selbstverständlichkeit gesprochen werden kann, eher von Wagnis oder Pioniertat. Dennoch legte dieser Mann ein klares Plädoyer für einen offenen Umgang mit der HIV-Infektion, auch und gerade am Arbeitsplatz, ab. Aus eigener Erfahrung sieht er die Vorteile vor allem in einer psychischen Entlastung, der

Geheimnisdruck, die HIV-Infektion dürfe auf keinen Fall „herauskommen“, falle weg. Über diesen zunächst persönlichen Aspekt hinaus signalisiert und belegt ein offener Umgang mit HIV im Arbeitskontext vor allem aber auch die Leistungsfähigkeit und -bereitschaft HIV-Positiver. Dies kann ein nicht zu unterschätzender Beitrag zur Veränderung festgefahrener, nicht mehr zutreffender Bewertungen und Zuschreibungen in Bezug auf HIV und AIDS nicht allein bei Kolleg_innen bzw. Mitarbeiter_innen, sondern in der Folge auch in einem größeren gesellschaftlichen Zusammenhang sein. Von einer ganz anderen Realität und Erfahrung erzählte ein HIV-positiver Mann, welcher als Angestellter, wie er sich ausdrückte „wegen HIV gemobbt“ wurde, als sein HIV-positiver Status am Arbeitsplatz bekannt wurde. Seiner Vermutung nach war der Betriebsarzt die ‚undichte‘ Stelle. Die Situation kulminierte im Verlust des Arbeitsplatzes. Eine derartige Diskriminierung, mit weitreichenden, ja existenzgefährdenden Folgen, stellt leider keinen Einzelfall dar, der betroffene Mann konnte zudem eindringlich vermitteln, wie zusätzlich belastend ein Sich-Wehren und das Rechte-Einfordern erlebt wird, da dieser Schritt zwangsläufig ein Outing bedeutet und die HIV-Infektion öffentlich verhandelt wird.

Diese beiden Beispiele machen deutlich, dass es kein Patentrezept für den Umgang mit der HIV-Infektion am Arbeitsplatz gibt bzw. geben kann (der HIV-positive Chef ist jedenfalls schon dadurch im Vorteil, da er als in der Hierarchie höher stehender Arbeitgeber aus sicherer Position agiert), sie spiegeln eine nach wie vor mit

* Dr. Fritz Aull,
Klinischer Psychologe,
Gesundheitspsychologe,
seit 1993 Mitarbeiter der
AIDS-Hilfe Tirol in den
Bereichen Beratung und
Prävention

vielen Widersprüchlichkeiten durchsetzte gesellschaftliche Verortung von HIV/AIDS wider.

Unter welchen Prämissen ist ein Outing am Arbeitsplatz also vertretbar und sinnvoll? Die Beiträge vom Podium und die anschließende Plenumdiskussion brachten einige grundlegende Ansätze zutage:

- Rechtlich, auf der gesetzlichen Ebene, sind alle Voraussetzungen für umfassende, selbstverständliche Teilhabe am Arbeits- und Berufsleben für HIV-Positive erfüllt (siehe Kasten).
- Problemen in der Praxis, im gelebten Arbeitsalltag, ist mit einer Art Doppelstrategie zu begegnen:
 - Aufklärungs-, Informations- und Bewusstseinsarbeit im Rahmen von

Fortbildungen für Arbeitgeber_innen-, Arbeitnehmer_innen und Organisationen ihrer jeweiligen Interessensvertretung. Ein zeitgemäßes, entdramatisiertes Bild von HIV/AIDS, welches HIV-Positive als leistungsfähige Menschen darstellt, muss in den gesellschaftlichen Mainstream Eingang finden.

- Aktive, konkrete Unterstützung von HIV-positiven Beschäftigten bei der Wahrung und Durchsetzung ihrer Rechte.
- HIV am Arbeitsplatz sollte stärker in Zusammenhang mit anderen chronischen Erkrankungen in der Arbeitswelt gesehen und verhandelt werden. Je mehr dies gelingt, desto eher wird der vorurteilsbehaftete Sonderstatus von HIV/AIDS erodieren.

- Auch wenn es mitunter HIV-bedingte Einschränkungen geben mag (wie bei anderen Erkrankungen auch), ist es gesellschaftliche Aufgabe, Menschen Arbeit anzubieten. Plädiert wird also für ein dem menschlichen Maß entsprechendes Arbeitsethos, welches einem unmenschlichen, strukturellen Leistungsdruck eine Absage erteilt. Resümierend lässt sich bis dato feststellen, dass in Zusammenhang mit HIV und Arbeitswelt vieles erreicht wurde und auf einem guten Weg ist, leider liegt auch noch viel im Argen, besonders in Bezug auf das Problem der Diskriminierung. Insofern kann der Stand der Dinge im Verhältnis von HIV und Arbeitswelt durchaus als Gradmesser dafür genommen werden, wie weit die Normalisierung von HIV/AIDS insgesamt gediehen ist.

BETRIFFT ARBEITNEHMER/INNEN

Muss das Vorliegen einer HIV/AIDS-Diagnose bei der Stellenbewerbung mitgeteilt werden? Hat der/die Bewerber/in eine Offenbarungspflicht?

Nein. Werden StellenbewerberInnen nach ihrem HIV-Status gefragt, so ist das eine unzulässige Frage, die ohne Rechtsfolgen falsch oder gar nicht beantwortet werden kann. Grundsätzlich sind nur Fragen zu beantworten, die mit der zu leistenden Arbeit in einem unmittelbaren Zusammenhang stehen. Gesundheitliche Einschränkungen, welche die diesbezügliche Leistungsfähigkeit erheblich mindern, dürfen nicht verschwiegen werden. Die Diagnose HIV/AIDS ist jedoch nicht mitzuteilen.

Besteht eine Mitteilungspflicht über HIV/AIDS während eines arbeitsrechtlichen Arbeitsverhältnisses?

ArbeitnehmerInnen sind nicht verpflichtet, bei Erkrankung dem/der ArbeitgeberIn eine Diagnose mitzuteilen oder Befunde vorzulegen. Der Arbeitgeber kann zwar eine ärztliche Bestätigung über Beginn und voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit verlangen. Art der Erkrankung und Diagnose sind jedoch nicht anzugeben.

Darf der Betriebsarzt/die Betriebsärztin den/die ArbeitgeberIn über die HIV-Infektion eines Mitarbeiters/einer Mitarbeiterin informieren?

Nein. Er/Sie unterliegt auch in diesem Fall der gesetzlich verankerten ärztlichen Schweigepflicht.

Ist HIV/AIDS ein Kündigungsgrund?

Nein. Allerdings ist eine Kündigung ohne Angabe von Gründen möglich, wobei der allgemeine Kündigungsschutz zu beachten ist.

Ein HIV-positives Coming out riskieren?

Für den Umgang mit der HIV-Infektion am Arbeitsplatz kann es keine Patentlösung geben. In jedem Fall ist es eine individuelle Entscheidung, ob und wem man sich im KollegInnenkreis anvertraut. Manche Menschen fühlen sich besser mit der Entscheidung, ihre Infektion nicht mitzuteilen, andere belastet es, nicht offen auftreten zu können.

BETRIFFT ARBEITGEBER/INNEN UND VORGESETZTE

Dürfen ArbeitgeberInnen StellenbewerberInnen nach ihrem HIV-Status fragen? Haben sie ein Fragerecht zu HIV/AIDS?

Nein, denn dies ist eine nicht zulässige Frage, da sie in die Persönlichkeitsrechte eingreift. Auch die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin rechtfertigt keine detaillierten Fragen zum Gesundheitszustand. Es besteht diesbezüglich kein Informationsanspruch.

Wer muss wissen, dass eine MitarbeiterIn HIV-positiv ist?

Die Tatsache, dass jemand HIV-positiv ist, ist eine höchst persönliche und vertrauliche Information, die unter keinen Umständen ohne das ausdrückliche Einverständnis der betroffenen Person weitergegeben werden darf.

Wie groß ist das Risiko, dass ArbeitnehmerInnen mit HIV krankheitsbedingt ausfallen?

Ein positiver HIV-Status sagt nichts über die Arbeitsfähigkeit aus. Aufgrund der medizinischen Behandlungserfolge muss eine HIV-Infektion auch nicht zwingend zum Ausbruch von AIDS führen. Aber auch eine AIDS-Erkrankung bedeutet nicht unbedingt Arbeitsunfähigkeit. HIV-bedingte Krankenstände sind nicht zahlreicher als solche aus anderen Gründen.

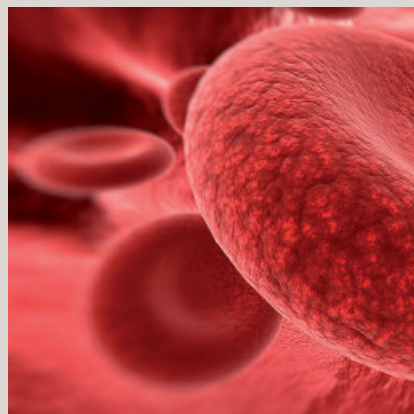
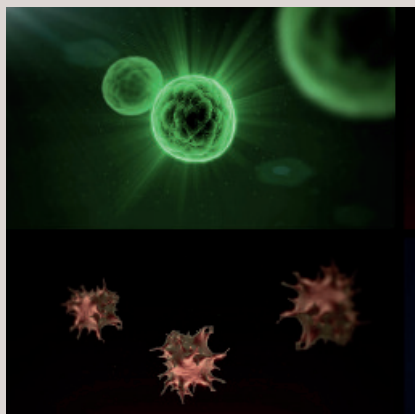
Wie kann ich als ArbeitgeberIn einen Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin mit HIV unterstützen?

Eine offene, aufgeschlossene Haltung der HIV-Thematik gegenüber erhöht die Wahrscheinlichkeit, von betroffenen MitarbeiterInnen ins Vertrauen gezogen zu werden. Sollten Sie von einem/einer MitarbeiterIn über eine bestehende HIV-Infektion informiert werden, ist es wichtig, ihn/sie vor jeglicher Diskriminierung in Schutz zu nehmen.



HIV und Heilung – ja/nein/vielleicht?

Von Mag^a. Birgit Leichsenring*



Mag^a. Birgit Leichsenring,
med. Info/Doku der
AIDS-Hilfen Österreichs
seit 2007

■ Seit Jahren wird das Thema HIV und Heilung auf unterschiedlichste Weisen diskutiert und nach Lösungsansätzen gesucht. Auch der Deutsch-Österreichische AIDS Kongress 2015 gab dem Thema viel Raum. Es wurden in mehreren Vorträgen und Diskussionsrunden die Grundlagen und Problemstellungen beleuchtet und auch an Hand einiger Einzelfälle aus der Praxis diskutiert.

Spätestens seit der Fall des sogenannten „Berliner Patienten“ bekannt wurde, gibt es Anlass zu hoffen, dass eine Heilung prinzipiell erzielt werden könnte. Timothy Brown ging vor mehreren Jahren als besagter Patient in die Geschichte der HIV-Forschung ein. Und nach wie vor gilt er als der einzige von HIV geheilte Mensch. Der HIV-positive Mann erkrankte an Leukämie (Blutkrebs), welche eine Knochenmarkstransplantation notwendig machte. Bei Leukämie kommt es zu einer unkontrollierten Vermehrung von unausgereiften weißen Blutkörperchen im Knochenmark. Diese Zellen verdrängen die gesunden Blutzellen und können sich in Organen ansammeln und deren Funktion stören. Als Therapie besteht eben die Option einer Knochenmarkstrans-

plantation. Durch eine extrem hochdosierte Chemo- und/oder Strahlentherapie, werden zunächst sämtliche Blutzellen des Körpers zerstört, um sicher zu stellen, dass alle krankhaft veränderten Zellen entfernt wurden. Im Anschluss wird neues und gesundes Knochenmark von SpenderInnen transplantiert. Dieses Knochenmark produziert in Folge neue Blutzellen und baut damit auch das Immunsystem wieder auf. Als SpenderInnen kommen jeweils nur Personen in Frage, die ganz bestimmte genetische Eigenschaften besitzen, die mit denen der EmpfängerInnen übereinstimmen. Die Suche nach passenden SpenderInnen ist daher nicht einfach. Insgesamt ist eine Knochenmarkstransplantation ein äußerst risikoreicher Eingriff und die Sterberate liegt bei bis zu 30%, selbst wenn keine weiteren Komplikationen vorliegen. Oft ist es auch hinterher notwendig, jahre- oder sogar lebenslang Medikamente einzunehmen.

Im Fall von Timothy Brown hatten seine Berliner ÄrztInnen angesichts der HIV-Infektion eine kreative Idee. Sie untersuchten die SpenderInnen auf einen ganz bestimmten Gendefekt hin, der einen veränderten CCR5-

Rezeptor hervorruft. Dies ist eine Oberflächenstruktur auf den Zellen, die vom HI-Virus infiziert werden. Und die meisten HI-Viren benötigen diese Struktur, um in die Zelle eindringen und sich damit vermehren zu können. D.h., wenn der Rezeptor defekt ist, kann das HI-Virus diese Zellen nicht mehr befallen. Zufälligerweise wurde tatsächlich ein Spender gefunden, der diese Voraussetzung hatte. Das Ergebnis ist beeindruckend: auch jetzt, mehrere Jahre nach der Transplantation und ohne HIV-Therapie, können keine HI-Viren im Blut des Mannes nachgewiesen werden.

Auf dem DÖAK 2015 wurde nun ein ähnlicher Fall aus Düsseldorf vorgestellt: bei einem HIV-positiven Mann musste, ebenfalls auf Grund von Leukämie, eine Knochenmarkstransplantation durchgeführt werden. Auch hier konnte ein Spender gefunden werden, dessen CD4-Zellen der CCR5-Rezeptor fehlt. Der Mann hatte vor der Knochenmarkstransplantation dank effektiver HIV-Therapie eine Viruslast unter der Nachweisgrenze (unter 40 Kopien/ml Blut). Zurzeit, also nach der Transplantation, sind keine HI-Viren in Blut oder

Zellen nachweisbar. Allerdings wurde die HIV-Therapie nicht abgesetzt. Es kann also nicht gesagt werden, ob es sich wie im Fall des Berliner Patienten entwickeln wird und auch ohne HIV-Therapie keine Viren mehr nachzuweisen wären.

Zwei ähnliche Fälle hatten bereits vor einiger Zeit für mediale Aufmerksamkeit gesorgt, bekannt wurden sie unter dem Schlagwort „Bostoner Patienten“. Hier war nach einer Knochenmarkstransplantation bei den HIV-positiven Männern ebenfalls kein HI-Virus mehr nachweisbar. Nach Absetzen der HIV-Therapie kam es jedoch erneut zu deutlicher Virusvermehrung. Die erhoffte Heilung war also nicht eingetreten. Auch basierend auf dieser Erfahrung war die Meinung auf dem DÖAK 2015 eindeutig, keinesfalls die HIV-Therapie beim Düsseldorfer Patienten abzusetzen.

Prinzipiell ist das Absetzen der HIV-Therapie nicht empfohlen. Dennoch wurde ebenfalls im Sommer 2015

erneut ein Einzelfall vorgestellt, in welchem ein selbständiges Absetzen der Therapie für ein erstaunliches Ergebnis sorgte.

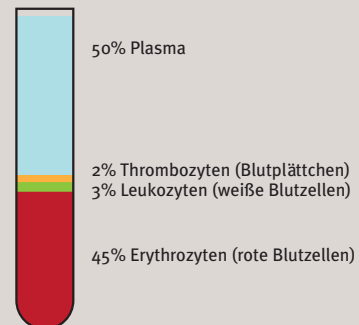
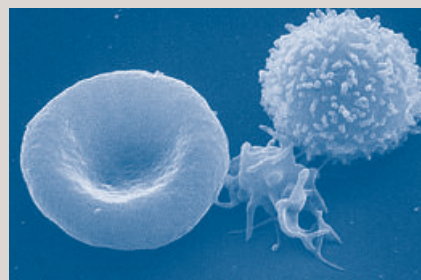
Eine mittlerweile knapp 19-jährige Frau aus Frankreich erhielt direkt nach ihrer Geburt eine kurzzeitige antiretrovirale Medikation, wie es bei neugeborenen Kindern von HIV-positiven Müttern üblich ist. Nach dem Absetzen des Medikaments wurden jedoch HI-Viren nachgewiesen und es musste die Diagnose HIV-positiv gestellt werden. Im Alter von 3 Monaten wurde daher mit einer HIV-Therapie begonnen, mittels derer die Viruslast unter die Nachweisgrenze gesenkt werden konnte. Als das Mädchen knapp 6 Jahre alt war, setzten die Eltern die HIV-Therapie ab. Bei einer Untersuchung ca. 1 Jahr später waren dennoch keine Viren nachweisbar. Seit nun etwa 11 Jahren nimmt die junge Frau keine HIV-Therapie ein. Und bis auf zwei Ausnahmen, bei denen die Messungen einen minimalen Anstieg der Viruslast ergaben, sind seitdem die Viruslast

unter der Nachweisgrenze und die Anzahl der CD4-Zellen stabil. Die junge Frau ist somit der erste bekannte Fall mit einer vertikalen Transmission (Mutter-Kind-Übertragung), bei dem eine langfristige Kontrolle der HIV-Infektion ohne Therapie beobachtet werden kann.

Man spricht bei diesem Szenario von einer möglichen „funktionellen Heilung“. D.h., die HI-Viren sind zwar nicht aus dem Körper entfernt (dies wäre eine sogenannte Eradikation), aber die Virusvermehrung kann dennoch ohne Therapie kontrolliert und die Viruslast unterdrückt werden. Es muss auch hier erneut klar gesagt werden, dass es sich um einen Einzelfall handelt und vom Absetzen der HIV-Therapie in Eigenregie unbedingt abzuraten ist.

Zu hoffen ist aber, dass solche speziellen Einzelfälle Aufschluss darüber geben, wie diese eigenständige Kontrolle der Infektion funktioniert und dass sie damit eventuell anderen HIV-positiven Menschen in der Zukunft neue Möglichkeiten bieten können.

Bestandteile
des Blutes



HIV-Therapie und Wechselwirkungen

Von Mag^a. Birgit Leichsenring*



Mag^a. Birgit Leichsenring,
med. Info/Doku der
AIDS-Hilfen Österreichs
seit 2007

WECHSELWIRKUNGEN: ALLGEMEIN

Bei der gleichzeitigen Einnahme von unterschiedlichen Substanzen können sogenannte Wechselwirkungen auftreten. Das bedeutet, dass sich die Substanzen gegenseitig beeinflussen, wobei hauptsächlich die Aufnahme und der Abbau der Wirkstoffe betroffen sind. Solche Interaktionen können dazu führen, dass die Wirkung einer Substanz nachlässt oder sogar ganz aufgehoben wird. Umgekehrt kann die Wirkung auch verstärkt werden und dadurch ungewollte oder stärkere Nebenwirkungen hervorrufen. Und diese können unter Umständen schwerwiegend sein. Wechselwirkungen treten nicht nur zwischen verschreibungspflichtigen Medikamenten auf, sondern auch bei bestimmten Kombinationen mit rezeptfreien Arzneimitteln oder pflanzlichen Wirkstoffen.

Da der Wissensstand auf dem Themengebiet der Wechselwirkungen immer wieder aktualisiert wird, wurden auch auf dem 7. Deutsch-Österreichischen

AIDS-Kongress 2015 erneut aktuelle Beispiele für Interaktionen im Zusammenhang mit der HIV-Therapie diskutiert.

WECHSELWIRKUNGEN: AKTUELLE BEISPIELE

Fluticason und HIV-Therapie

Fluticason ist ein entzündungshemmender und antiallergischer Wirkstoff aus der Gruppe der Glucocorticoide, der häufig zur Behandlung von Asthma oder COPD als Inhalationsspray eingesetzt wird. Ebenfalls wird es z.B. als Injektion bei akuten Gelenkentzündungen angewendet. Bei gleich-

zeitiger Einnahme von Boostern in der HIV-Therapie (Ritonavir und Cobicistat) wird der Abbau von Fluticason gehemmt und somit die Konzentration im Körper gesteigert. (Studien zeigen einen bis zu 350%igen Anstieg bei gleichzeitiger Einnahme von Ritonavir.) Dabei kann es zum sogenannten Cushing-Syndrom kommen. Typische Symptome hierfür sind z.B. ein „Mondgesicht“, Gewichtszunahme, Hautausschläge, Kopfschmerzen. Nach Absetzen von Fluticason bilden sich die Symptome zurück.

Diclofenac und HIV-Therapie

Diclofenac ist ein „nicht-steroidaler Entzündungshemmer“ mit schmerzlindernden und fiebersenkenden Eigenschaften und wird zur Behandlung von unterschiedlichsten Schmerzen und Entzündungen eingesetzt. Bei gleichzeitiger Einnahme von Tenofovir und (oral eingenommenem) Diclofenac kann es zur Anreicherung des HIV-Medikaments in der Niere und dadurch unter Umständen zu einem akuten Nierenschaden kommen. (Eine Studie zeigte dies bei knapp 15% der



PatientInnen unter dieser Medikamentenkombination.) Bei Einnahme einer HIV-Therapie sollten daher andere Schmerzmittel (z.B. Ibuprofen) verwendet werden. Eine äußerliche lokale Anwendung (am bekanntesten als Voltaren®-Salbe) ist unbedenklich.

PDE5-Hemmer und HIV-Therapie

Zu den PDE5-Hemmern gehören mehrere Medikamente, die gegen erektile Dysfunktionen eingesetzt werden. Bei gleichzeitiger Einnahme von Ritonavir oder Cobicistat (Booster der HIV-Therapie), wird der Abbau von PDE5-Hemmern beeinflusst und der Wirkstoffspiegel steigt signifikant an. Um eine Überdosierung mit dementsprechenden Nebenwirkungen zu vermeiden, sollte auf jeden Fall die Dosis des PDE5-Hemmers reduziert werden (ca. auf $\frac{1}{4}$).

Johanniskraut und HIV-Therapie

Passend zu diesem Thema, wurde von den ExpertInnen darauf hingewiesen, dass Johanniskraut die Arzneipflanze des Jahres 2015 ist. Johanniskraut ist ein häufig verwendeter pflanzlicher Wirkstoff, der bei gleichzeitiger Einnahme einer HIV-Therapie kontraindiziert ist, also nicht eingenommen werden sollte.

WECHSELWIRKUNGEN: CYP450 UND JOHANNISKRAUT

Meistens handelt es sich bei Wechselwirkungen um sogenannte „pharmakokinetische Interaktionen“. D.h., dass ein Stoff die Aufnahme oder den Abbau eines anderen Stoffes verändert. Es verändert sich also die Kinetik (Geschwindigkeit biochemischer Prozesse) eines pharmazeutischen Stoffes. Und dies hat direkten Ein-

fluss auf die Wirkung: wird ein Medikament langsamer abgebaut, bleibt es länger im Körper und damit ist die Wirkung stärker. Umgekehrt, bei schnellerem Abbau, ist weniger Medikament im Körper und damit auch die Wirkung geringer.

Ein klassischer Mechanismus über den Wechselwirkungen entstehen, ist das sogenannte Cytochrom P450 System (CYP450). CYP450 ist eine Sorte von Enzym in der Leber, welches diverse Substanzen biochemisch so verändert, dass sie vom Körper ausgeschieden werden können. Auch viele Medikamente werden über CYP450 abgebaut. Die Funktion des Enzyms kann allerdings beeinflusst werden. Es gibt Stoffe die CYP450 anregen. Da es nun aktiver ist, setzt es andere Substanzen schneller um.



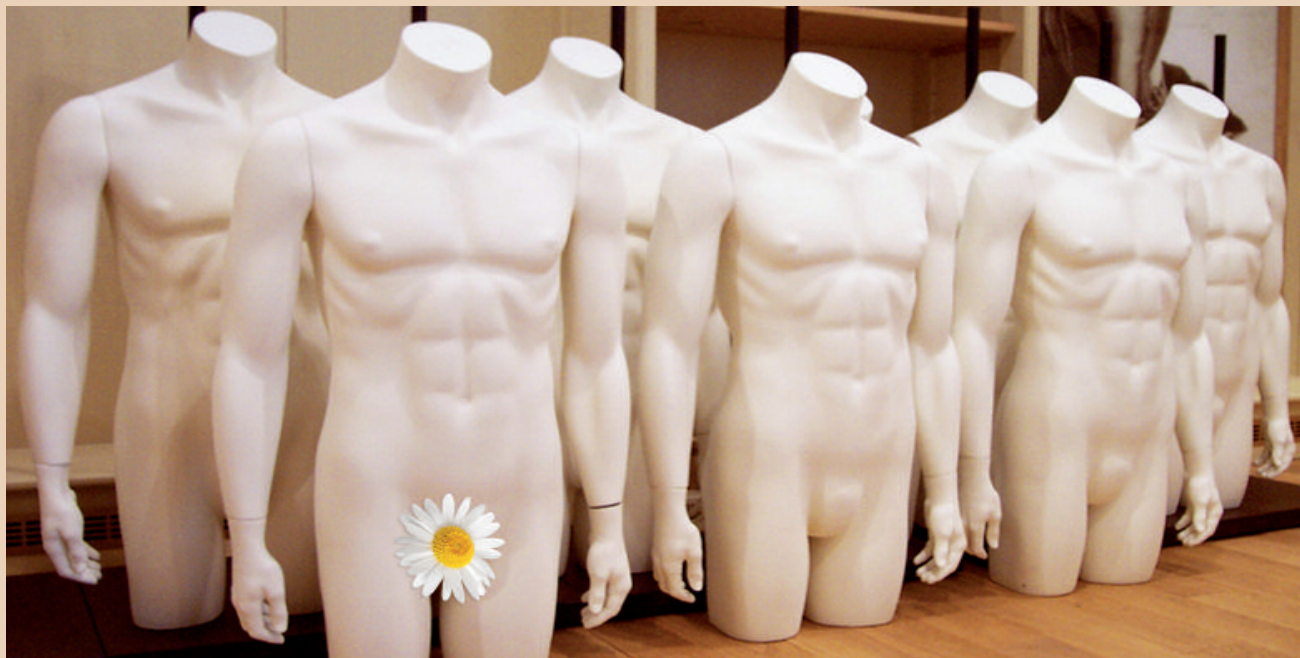
Dadurch sinkt deren Konzentration im Blut und die Wirkung lässt rascher nach. Umgekehrt kann CYP450 gehemmt werden. Dadurch werden andere Substanzen langsamer abgebaut und sie verbleiben länger im Blut.

Auch viele HIV-Medikamente werden über das CYP450 System abgebaut. Dies kann in diesem Zusammenhang positiv genutzt: mit dem sogenannten „Booster“ in der HIV-Therapie wird die Wirkung von Protease-Inhibitoren verstärkt, da der Booster das CYP450 hemmt und die Medikamente langsamer abgebaut werden. Durch diesen Effekt kann eine geringere Konzentration dieser HIV-Medikamente eingesetzt werden. Zurzeit sind 2 Booster (auch pharmakologische Verstärker genannt) in der HIV-Therapie in Verwendung: Ritonavir mit dem Handelsnamen Norvir® und Cobicistat unter dem Handelsnamen Tybost®. Einen unerwünschten Effekt hingegen hat Johanniskraut. Es wird weitverbreitet als Naturheilmittel gegen depressive Verstimmungen eingenommen und ist in z.B. als Tee in Drogerien erhältlich. Auch manche rezeptfreien Präparate aus der Apotheke, die entspannend und schlafanstoßend wirken, können neben z.B. Baldrian oder Passionsblume zusätzlich Johanniskraut enthalten. Johanniskraut regt das CYP450-System an und in Folge werden HIV-Medikamente schneller abgebaut. Dadurch kann der Wirkstoffspiegel zu niedrig sein und die Virusvermehrung nicht optimal gehemmt werden.

Die Einnahme von Johanniskraut-Produkten in Kombination mit einer HIV-Therapie sollte daher auf jeden Fall vermieden werden.

Neue Ansätze in der MSM-Prävention

Von Mag. Florian Friedrich*



* Mag. Florian Friedrich,
Präventionsmitarbeiter
der Aidshilfe Salzburg

■ In den letzten Jahren sind die HIV- und Syphilis-Neudiagnosen unter MSM (Männer, die Sex mit Männern haben) wieder angestiegen. Die Sozialwissenschaften erklären die zahlreichen Neudiagnosen u.a. mit dem Minority-Stress-Modell. Dieses besagt, dass diskriminierte Minderheiten wie etwa MSM Gefahr laufen, selbstschädigendes Verhalten zu begehen und sich häufiger mit STIs infizieren. Es besteht ein statistischer Zusammenhang zwischen Diskriminierungserfahrungen, sozialem Stress, psychischen und physischen Erkrankungen, Drogenkonsum und STIs. Schwule und bisexuelle Männer haben ein doppelt so hohes Risiko eines Suizidversuchs oder von Suizidgedanken als heterosexuelle Männer. Auch leiden sie aufgrund von Diskriminierungserfahrungen signifikant häufiger unter Angststörungen und Depressionen. Aufgrund der homonegativen Sozialisation sind MSM mitunter immensem sozialen Stress ausgesetzt und ver-

innerlichen die homonegative Ablehnung. Ein beschädigtes Selbstwertgefühl sowie eine beschädigte Identität sind die Folgen.

Bedeutsam ist für die MSM-Prävention die Erkenntnis, dass MSM, die psychosozialen Stress ausgesetzt sind und Homonegativität stark verinnerlicht haben, häufiger sexuelle Risiken eingehen, als MSM, die über ein gutes Selbstwertgefühl verfügen und ihre Homo-/Bisexualität akzeptieren. Folgeschwer ist zudem die in den letzten Jahrzehnten verstärkt propagierte neoliberale Tendenz, kollektive Risiken zu individualisieren. D.h., einst gesellschaftlich definierte Bereiche von Gesundheit und Krankheit werden im Zuge der Biomedikalisierung privatisiert und dem Individuum zugewiesen. Auf diese Weise propagieren MSM-Präventionskampagnen zu stark die Eigenverantwortung beim Sex. Dies soll nun nicht bedeuten, dass das Individuum nicht zur Eigen-

verantwortung aufgerufen werden sollte und als ein hilfloses, passives Opfer widriger gesellschaftlicher Umstände zu betrachten ist. Ein wirksames Empowerment kann aber nur dann stattfinden, wenn kollektive, strukturelle und systemische Risiken vermindert werden. Gesellschaftliche und strukturelle Dimensionen sind in der Prävention immer zu berücksichtigen.

Das hat zur Folge, dass die MSM-Prävention der Zukunft biopsychosoziale Perspektiven einnehmen muss. Es geht in der Prävention nicht nur um den biologischen Aspekt der Sexualität, sondern um Menschen, die aufgrund ihrer individuellen sexuellen Identitäten Sexualität sehr unterschiedlich leben. Auf diese Weise gelangt Langer (Langer, 2010, S. 239) zu der Schlussfolgerung, dass die HIV-Prävention nur dann Sinn macht, „wenn sie im Kontext mit der Adressierung der anderen, mit der Epidemie

bei MSM verbundenen Gesundheitsprobleme geschieht.“
Daher ist das Ineinandergreifen von sexuellem Risikoverhalten und HIV/STIs sowie psychosozialen Belastungen, Drogenkonsum etc. in der Prävention zu thematisieren.

Auf Basis dieser Überlegungen lassen sich einige praktische Handlungsstrategien für die MSM-Prävention ableiten:

1. Da MSM, die sich gesellschaftlichen Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen ausgesetzt sehen, wesentlich häufiger sexuelle Risiken eingehen, sehen sich die AIDS-Hilfen und MSM-Präventionsprojekte aufgerufen, gegen Vorurteile, Stigmatisierungen und Gewaltstrukturen vorzugehen. Der Spielraum hierbei ist groß und reicht von Coming-Out-Beratungen, über Opferkampagnen bis hin zu Workshops und Vorträgen in Schulklassen, in Jugendgruppen sowie an den Universitäten.

Es ist wichtig, dass die Akzeptanz homo- und bisexueller Lebensweisen Menschen bereits in der frühen Kindheit mithilfe unterschiedlicher didaktischer Methoden und Materialien (Kinderbüchern, Hörspielen, Kindertheater, gruppenspielerische Spielen, Filmen usw.) vermittelt wird. Die Zusammenarbeit mit Schulen und Bildungsinstitutionen, welche LehrerInnen, PädagogInnen, MultiplikatorInnen, SozialarbeiterInnen ausbilden ist unabdingbar, da Schule ein zentrale Sozialisationsinstanz darstellt, die nicht-heteronormative Lebensweisen thematisieren und deren Anerkennung fördern sollte.

Zudem befinden sich, statistisch betrachtet, in jeder Schulklasse mehrere homo- und bisexuelle Jugendliche. Werden homo- und bisexuelle Lebensweisen positiv vermittelt und zur Sprache gebracht, so kann dies den Jugendlichen helfen, ein positives Selbstbild und Handlungskompeten-

zen zu entwickeln und eine selbstsichere sexuelle Identität zu erlangen, was wiederum die Risiken psychischer Erkrankungen und Infektionen mit STIs stark vermindert. Im Zuge von Schulprojekten sind vor allem Peers einzusetzen; das sind Jugendliche und junge Erwachsene, die in Schulen und in andere Bildungseinrichtungen gehen, und dort Workshops zu homo- und bisexuellen Lebensweisen halten und, wenn sie wollen, auch von ihrer eigenen sexuellen Orientierung, ihrem Prozess des Coming-Outs, etwaigen Diskriminierungserfahrungen, aber auch Ressourcen und Vorteilen homo- und bisexueller Lebensweisen erzählen.

2. Viele HIV-positive MSM erzählen in qualitativen Interviews, dass sie die Schwulenszene nicht als ein tragfähiges Netzwerk oder als eine Community erleben. Es ist hier Aufgabe der MSM-Prävention zweckmäßige Strukturen zu schaffen und MSM



begleitend zu unterstützen. Hierbei ist auf einen selbstbestimmten und kritischen Umgang mit sexuellen Risiken zu setzen (vgl. hierzu die Kampagne der Deutschen Aidshilfe „Ich weiß, was ich tu“) sowie des reflektierten Konsums legaler und illegaler Rauschmittel und Drogen.

Da sexuelle Risiken und/oder Drogenkonsum verstärkt in Situationen psychischer und sozialer Belastungen stattfinden, hat die MSM-Prävention ein Mandat für Opfer homophober Gewalt und für MSM, die sich in schwierigen biopsychosozialen Problemlagen befinden. Die Zusammenarbeit mit den Homosexuellen Initiativen, mit der Community, mit MSM-Selbsthilfeeinrichtungen und Beratungsstellen für MSM ist zu intensivieren. Im Rahmen regelmäßig stattfindender HelferInnenkonferenzen und Netzwerktreffen kann es zu einem fruchtbaren Austausch zwischen den AIDS-Hilfen und Organisationen, die speziell mit MSM arbeiten, kommen. Auch einige AIDS-Hilfen bieten, etwa im Rahmen des online Health-Support-Projektes auf Gayromeo, Coming-Out-Beratungen für MSM an. Auf alle Fälle sollte MSM, die Hilfe suchen, im Rahmen des Case Managements der Weg zu den Informations- und Hilfeangeboten homo- und bisexueller Einrichtungen geebnet werden.

3. Die homo- und bisexuelle Identität muss von der Vorstellung befreit werden, dass Homo- und Bisexualität primär ein sexuelles Phänomen sei, welches sich auf den sexuellen Akt reduziere. Langer postuliert, dass Identitätskonflikte besonders im sexuellen Bereich ausagiert werden. Homo- und Bisexualität werden auf die gleichgeschlechtliche Sexualität

reduziert. Dies führe bei MSM mitunter zu einer fatalen Dynamik, da die Verweigerung der sozialen Anerkennung von MSM oftmals durch Anerkennung mittels Sex kompensiert wird. Ein suchtartiges sexuelles Verhalten darf somit nicht immer als Ausdruck von Lebensfreude betrachtet werden, sondern mitunter als ein Symptom verinnerlichter Homonega-



tivität. Bei dieser Psychodynamik ist es für die betroffenen Männer schwer, sich von dem inneren Zwang zum sexuellen Akt zu befreien und einen spielerischen und verantwortungsvollen Umgang mit der eigenen Sexualität zu finden, der sexuelle Risikokontakte reduziert. Mit moralischen Appellen kommt hier die MSM-Prävention nicht weit (vgl. ebda., S. 240-247).

Enge Zusammenarbeit ist angesagt
Diese Erkenntnisse Langers sprechen wiederum dafür, dass in den AIDS-Hilfen Coming-Out-Beratungsgespräche, allgemeine Beratungen für MSM, Gesprächs- und Selbsthilfegruppen angeboten werden. Nicht zu unterschätzen ist der sexualpädagogische Zugang. Hier werden SchülerInnen, Jugendliche und jungen Erwachsenen mit der Vielfalt der sexuellen Lebensweisen und Lebensweltorientierungen konfrontiert.

Im Jahr 2009 hat die Aidshilfe Salzburg in Zusammenarbeit mit der HOSI Salzburg einen Workshop konzipiert, welcher homo- und bisexuelle Lebensweisen zum Inhalt hat. Dieser Workshop kann direkt bei der Aidshilfe Salzburg gebucht werden und wird im ganzen Bundesland Salzburg, bei Bedarf auch in den Grenzregionen Bayerns gehalten. Die Referentinnen und Referenten besuchen die Schulen, auf Wunsch können die Schulklassen auch die Aidshilfe Salzburg besuchen. Der inhaltliche Schwerpunkt des Workshops, der mindestens zwei Unterrichtseinheiten, mitunter aber auch (etwa bei Schulprojekten) mehrere Tage in Anspruch nimmt, liegt auf der Vermittlung psychosozialer Aspekte homo- und bisexueller Lebensweisen, der Reflexion von Stereotypen, Vorurteilen, Genderrollen, sexueller Identitäten und Konstrukte. Zwar ist es fraglich, ob ein einmaliger Workshop die Einstellung zu homo- und bisexuellen Lebensweisen tiefgehend und nachhaltig verändern kann, doch stellt der von Aidshilfe und HOSI konzipierte Workshop für viele SchülerInnen die einzige Möglichkeit dar, sich während ihrer Schullaufbahn mit Homo- und Bisexualität in einem geschützten Rahmen intensiv und kritisch auseinanderzusetzen, da viele LehrerInnen die Thematik in ihrem Unterricht aufgrund von Unwissenheit oder homonegativer, heteronormativer Einstellungen meiden.

Insgesamt bestehen verschiedene Möglichkeiten, Homosexualität, Bisexualität und homosexuelle/bisexuelle Lebensweisen im Unterricht zu behandeln:

1. Das Thema wird durch die Lehrpersonen selbst im Unterricht besprochen.



2. Es besteht die Möglichkeit einen Gastvortragenden/eine Gastvortragende in den Unterricht einzuladen. Wenn Lehrerinnen und Lehrer selbst das Thema angehen, können sie auf eine Reihe von gut erprobten und ausgearbeiteten Materialien zurückgreifen, allerdings ist zu beachten, dass sich die Lehrperson der eigenen Vorurteile bewusst und Schwierigkeiten mit Homosexualität reflektieren muss.

Darüber hinaus ist eine gute Vorbereitung notwendig. Denn die Lehrperson sollte über die spezifischen Probleme eines Coming Outs, den möglichen Krisensituationen von homo- und bisexuellen Jugendlichen sowie über Einrichtungen, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen für Homo- und Bisexuelle Bescheid wissen. Dazu ist es nicht notwendig, dass die Lehrkraft selbst schwul, lesbisch oder bisexuell ist, aber da, wie oben bereits erwähnt, davon ausgegangen werden kann, dass in jeder Schulklasse SchülerInnen mit homo- und bisexuellen Neigungen sitzen, darf die Lehrperson die Thematisierung der Homosexualität nicht auslassen oder verharmlosen. Auch die Probleme des Coming Outs dürfen von den LehrerInnen nicht geringgeschätzt werden. Erfahrungen aus psychotherapeutischen Behandlungen und Beratungen beweisen, dass homo- und bisexuelle Menschen es ihren Vertrauenspersonen sehr übel nehmen, wenn die Schwierigkeiten, die mit ihrem Coming Out und ihrer Identitätsfindung einhergehen, verleugnet oder abgewertet werden.

Ein weiterer Punkt ist, dass Lehrkräfte nicht moralisieren sollten, wenn SchülerInnen Berührungsängste und Probleme mit Homosexualität zeigen. Eine moralische, verurteilende Hal-

tung der Lehrperson bewirkt häufig, dass die SchülerInnen Schuldgefühle entwickeln und sich innerlich vom Unterricht ausklinken, also sich keine Fragen mehr zu stellen trauen, die auf Vorurteilen beruhen. Genau aus diesem Grund ist es wichtig, dass Lehrkräfte den SchülerInnen mit Verständnis begegnen, wenn sie Vorurteile haben. Es sollten alle Fragen der SchülerInnen ernst genommen werden, auch wenn diese auf Vorurteilen beruhen oder als Scherzfragen gemeint waren. Gerade junge Menschen, die sich mitten in der Pubertät befinden, sind oft so sehr mit ihrer eigenen Identitätsfindung beschäftigt, dass ihnen Abweichungen von der Heteronormativität Angst machen. Vielmehr sollten die LehrerInnen die Kunst beherrschen, zwischen den Zeilen zu lesen und die nonverbalen Botschaften der Jugendlichen zu erkennen.

Die von uns präferierte Methode für den Unterricht ist es, einen Gastvortragenden/eine Gastvortragende in den Unterricht einzuladen. Der große Vorteil dieser Methode ist, dass die Lehrperson entlastet wird und dass sich die SchülerInnen bei von außen kommenden Personen häufig Fragen zu stellen trauen, die ihnen bei der aus dem Schulalltag bekannten Lehrperson eventuell peinlich wären. Günstig wäre es, wenn die vortragende Person selbst schwul, lesbisch oder bisexuell ist und somit das Thema Homosexualität an einem konkreten Menschen fassbar wird.

Untersuchungen zeigen immer wieder, dass homophobe Menschen ihre Ängste und Unbehagen abbauen, wenn sie schwule, lesbische und bisexuelle Menschen persönlich kennenlernen.

So konnten etwa Vortragende öfters die Erfahrung machen, dass SchülerInnen, die zu Beginn eines Workshops Berührungsängste und Vorurteile gegenüber Homosexualität hatten, im Laufe des Workshops mit den Vortragenden in ein sehr wertschätzendes und interessiertes Gespräch kamen und keinerlei Ängste mehr zeigten. Da diese Vortragenden speziell geschult sind und es vermeiden, sich über Vorurteile und die Ängste von SchülerInnen lustig zu machen sowie Akzeptanz für die Lebenswelt von Jugendlichen und Verständnis einbringen, gelingt es ihnen fast immer, bei ihnen Denkprozesse auszulösen und wichtige Impulse zu setzen und eigene, stereotype Vorurteile kritisch zu hinterfragen. Auch jene SchülerInnen, die selbst homosexuelle Neigungen haben, können durch externe WorkshopleiterInnen in ihrer Persönlichkeitsentfaltung gefördert werden.

Die Vortragenden beantworten – abgesehen von intimen Vorlieben – auch persönliche Fragen zu ihrem Coming Out, diskriminierenden oder positiven Erfahrungen in Familie, Freundeskreis und im Arbeitsleben und dem Weg ihrer homosexuellen Identitätsfindung. Zudem verfügen die Vortragenden über wichtige Informationen zu Selbsthilfegruppen, homosexuellen Netzwerken, Beratungsangeboten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die auf Comingout-Schwierigkeiten spezialisiert sind etc.

Literaturhinweis:

Langer, Phil C.: Beschädigte Identität. Dynamiken des sexuellen Risikoverhaltens schwuler und bisexueller Männer. Wiesbaden 2010.

HIV und Recht

Sozialversicherung/Pflichtversicherung



Ist die Sozialversicherung verpflichtet, jemanden mit HIV zu versichern?

Ja. Die Sozialversicherung ist dazu verpflichtet. Nimmt jemand eine Beschäftigung an, so muss der Arbeitgeber/die Arbeitgeberin – sofern eine versicherungspflichtige Tätigkeit aufgenommen wird – dies unverzüglich bei der Krankenkasse melden. Auch wenn der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin nicht in einem Dienstverhältnis steht und sich daher selbst versichern, muss die Krankenkasse die Anmeldung zur Sozialversicherung akzeptieren. Die ASVG Versicherungspflicht tritt von Gesetzes wegen ein, und zwar auch dann, wenn diese weder von den Parteien gewollt ist, noch beispielsweise eine Meldung erstattet wird.

Sind die Sozialversicherungsbeiträge höher, wenn man an einer chronischen Krankheit leidet?

Nein. Die Sozialversicherungsbeiträge sind entsprechend der Einkommens-

höhe gesetzlich geregelt. Sie sind unabhängig davon, in welcher Höhe Leistungen aus der Sozialversicherung in Anspruch genommen werden.

Wie lange kann von der Krankenkasse Krankengeld bezogen werden?

Die Dauer des Krankengeldanspruches beträgt grundsätzlich 26 Wochen und kann max. 78 Wochen betragen. Während eines Krankenhausaufenthaltes ruht der Anspruch auf Kran-

kengeld zur Gänze. Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin erhält aber für seine/ihre Angehörigen Familiengeld; gibt es keine Angehörigen erhält er/sie Taggeld. Dieses Familien- oder Taggeld ruht jedoch zur Gänze bzw. teilweise, solange der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin Anspruch auf Entgeltfortzahlung gegenüber dem Arbeitgeber/der Arbeitgeberin hat, d. h. solange Lohn oder Gehalt weiterbezogen werden.

Was geschieht, wenn man länger als die gesetzlich festgelegte maximale Bezugsdauer krank und arbeitsunfähig ist?

Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als die maximale Bezugsdauer (78 Wochen – eineinhalb Jahre), wird – wenn die Voraussetzungen nicht schon früher vorliegen – zu prüfen sein, ob die Voraussetzungen für eine Berufsunfähigkeits- bzw. für eine Invaliditätspension gegeben sind.

Rechtsquellen: ASVG





Rezensionen

Micha Ela: *Ich bin Ich. Mein transsexuelles Leben.* Herausgegeben von Maria Braig. Bedburg: Verlag 3.0 Zsolt Majsai, 2015, S 123, 11,80 Euro.

■ „Transsexuell sein, heißt unglücklich sein. Die Menschen wissen nicht, was sie von dir denken und halten sollen. Wo auch immer du hinkommst, begegnet man dir mit Unbehagen, mit Angst oder Verärgerung. Bist du weg, ist auch das Problem gelöst. Nur wenn du dich im Milieu aufhältst, wirst du auch akzeptiert.“ Auf Micha Ela trifft dieses Klischee, mit dem dennoch viele transsexuelle Menschen leben müssen, überhaupt nicht zu. Als Baby zur Adoption freigegeben, wird der junge Michael zwischen seiner Pflegefamilie, diversen Erziehungsheimen und der leiblichen Mutter hin und her geschoben. Michael muss relativ früh feststellen, dass er schwul ist.

Mit seinem offenen Umgang kann seine Pflegefamilie nicht umgehen. Sie stecken ihn in die Psychiatrie, wo er geheilt werden soll. Begeistern kann er sich nur für das Tanzen. Neben klassischem Ballett lernt er Charakter- und Jazzstile, nimmt Klavier- und Schauspielunterricht. „Sechsmal in der Woche ging ich zum Ballettunterricht und es wurde mir nie zu viel.“ Einer seiner ersten Liebschaften besitzt einen eigenen Club, in dem Michael bald als Micha Ela hinter der Bar arbeitet. Dafür gibt er sogar das Ballett auf, da er ja ohnehin keine männlichen Rollen mehr tanzen will. Von nun an lebt er als Frau und unterzieht sich einer Hormontherapie, damit er möglichst bald wieder dorthin zurückkehren kann, wo Micha Ela hingehört: auf die Bühne. Nachdem die

ersten Anlaufschwierigkeiten überwunden worden sind, schafft Micha Ela viel Geld mit ihren Shows zu verdienen. Das Verdiente investiert sie so schnell wie möglich wieder in extrem teure und aufwändige Kostüme, so dass am Ende nicht viel bis gar nichts übrig bleibt.

In der Liebe läuft es auch nicht so schlecht für sie. Selbstverständlich wollen viele Männer nur Sex von ihr, aber zeitgleich lernt sie auch welche kennen, denen es um den Menschen hinter der schillernden Fassade geht. Nach der HIV-Diagnose geben ihr die Ärzte noch einige Wochen, aber Micha ist unerschütterlich und lässt sich auch von einem Virus nicht das Leben vermessen.

Jan Stresenreuter: *Haus voller Wolken.* Roman. Berlin: Querverlag, 2015, S 327, 16,90 Euro.

■ „Haus voller Wolken“ erzählt die Geschichte von Karsten und Roman. Beide sind gut situiert, verliebt, haben ein kleines Haus mit Garten und keinerlei Probleme. Bis bei Karsten eine extrem aggressive Form von Alzheimer diagnostiziert wird, die ihn in einen völlig anderen Menschen verwandelt. Es fängt alles ganz langsam an. Zuerst verlegt er kleinere Dinge und kann sie nicht mehr finden, dann vergisst er wichtige Termine wahrzunehmen, dann wollen ihm bestimmte Wörter nicht mehr einfallen, bis er schlussendlich aufgrund seiner Krankheit nicht mehr der zu sein scheint, der er einmal war. Elf Jahre waren die beiden ein Paar. Elf Jahre, in denen sie alle Höhen und Tiefen miteinander geteilt haben. Doch nun ist es Zeit loszulassen, auch wenn keiner



von beiden das will. „Nichts anderes hat in Karstens Gehirn Platz außer diesem einen Gedanken, nichts kann ihn ablenken von seiner fixen Idee. Er wirkt wie eine Marionette, fremdbestimmt, ferngesteuert, abhängig von feinen, unsichtbaren Fäden, die seine Bewegungen kontrollieren.“ Im Rahmen einer groß angelegten Abschiedsfeier, an der seine Familie und Freunde teilnehmen, wird für Karsten ein Video erstellt, das ihm als letzter Halt vor dem kompletten Verblässen seiner Erinnerungen dienen soll.

Jan Stresenreuter beweist einmal mehr, dass er ohne jeden Zweifel zu den bedeutendsten deutschsprachigen schwulen Autoren zählt. Einfühlsam und absolut authentisch beschreibt Stresenreuter wie Karsten ganz langsam sein Leben verliert und Roman mit der Pflege seines Partners an seine Grenzen getrieben wird. „Die Notwendigkeit, das Frühstücksbrot klein zu schneiden, ist eine neue Entwicklung, erst wenige Wochen alt, ein weiterer Schritt aus Karstens Weg in ein Land des völligen Vergessens. Roman stellt es sich als einen kleinen Klecks, einen blinden Fleck im Nirgendwo vor, an dem nichts mehr zu Karsten vordringt.“ Mit „Haus voller Wolken“ gelingt Stresenreuter ein wunderbarer Roman über Alzheimer und die Probleme der Pflege seines Partners.