

AIDS-Hilfe Thüringen e.V.

HIV- und STI-Prävention in Thüringen

1. Gesundheitskompetenz

Das Ziel der Prävention von Infektionen mit HIV und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen / Infektionen (STI) sowie auch des gefährlichen Gebrauchs von Drogen kann mit dem Konzept der „Gesundheitskompetenz“ umschrieben werden. Grob gesprochen handelt es sich um die Fähigkeit eines Individuums, Situationen zu erkennen, in denen eigene Entscheidungen für oder gegen seine Gesundheit zu treffen sind, inhaltlich korrekte Entscheidungen zu treffen und diese Entscheidungen in Verhalten - sich und der Umwelt gegenüber - umzusetzen und durchzuhalten.

Wesentliche Voraussetzungen für Gesundheitskompetenz sind Selbstwertgefühl, Vertrauen in die Selbstwirksamkeit, die Einbindung in reziproke soziale Netze, Informationszugang sowie die Verfügbarkeit über materielle Ressourcen, die zum Risiko meidenden Verhalten erforderlich sind. Dieser salutogenetische Ansatz (Gesundheitsförderung) ist theoretisch und praktisch älteren, auf die Minderung oder Eliminierung einzelner Risiken durch Information, Erziehung oder Zwangsmittel auf nahezu allen Gebieten der Prävention überlegen und bildet auch die Grundlage der strukturellen Prävention. Im Mittelpunkt aller Bemühungen um Gesundheitsförderung als unspezifische Prävention stehen deshalb Strategien der Befähigung.

Die Grundlagen für Gesundheitskompetenz werden am effektivsten in der Kindheit und frühen Jugend gelegt. Biografisch später einsetzende Interventionen sind meist aufwändiger, erreichen nicht die gesamten Zielgruppen und haben oft hohe Streuverluste. Damit ist das öffentliche Bildungswesen (einschließlich der Vorschulerziehung in KiTas etc.) - neben der Familie - primärer und prioritärer Ort der Prävention und Gesundheitsförderung - auch im Bereich von „Sexual Health“ und der Drogenprävention.

Kompetenzentwicklung braucht mehr als Informationsvermittlung, schließt diese aber ein. Im Drogenbereich geht es dabei um die Unterstützung der Entwicklung der Kinder und Jugendlichen zu selbstbewussten und an für sie positiven Zielen orientierten Persönlichkeiten mit Kenntnissen, Kriterien und Kompetenzen für ein möglichst selbstbestimmtes Leben ohne Drogengefährdung. Im Hinblick auf Sexual Health geht es - so das Konzept „Sexual Health“ des Schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit - unter dem Oberziel des sexuellen Wohlbefindens um die darauf bezogene Bearbeitung der Arbeitsfelder

- (1) psychosexuelle Entwicklung (einschließlich der Pluralisierung von Lebensstilen und der sexuellen Vielfalt),
- (2) Reproduktion sowie
- (3) Prävention von sexuell übertragbaren Erkrankungen und
- (4) sexueller Gewalt.

2. strukturelle Prävention

Sozialwissenschaftliche Untersuchungen kommen übereinstimmend zu dem

Befund, dass die individuelle Fähigkeit und Motivation zu einem Verhalten, das Infektionsrisiken bei sexuellen Begegnungen meidet, dass also die Entwicklung und Nutzung gesundheitlicher Kompetenz im Hinblick auf sexuelle Gesundheit ganz direkt und mit erheblichem Anteil vom gesellschaftlichen Klima der Toleranz und der Akzeptanz der gelebten Sexualität und der gewählten Lebensweise abhängt. Erlebte Diskriminierung erhöht die Infektionsgefährdung. Besonders relevant ist dies für MSM als einer - trotz kräftiger Verbesserungen in den letzten Jahrzehnten - immer noch (sozial und regional unterschiedlich) diskriminierten und deshalb auch aggressiver Gewalt ausgesetzten Gruppe. Ob und wie die von der Landesregierung geförderten Kampagnen für Vielfalt, Respekt und Solidarität tatsächlich und auf welche Gruppen wirken, ist schwierig zu beurteilen. Festzuhalten ist jedoch, dass die Botschaften, die dadurch vermittelt werden sollen, Bestandteil der strukturellen Prävention sind. Das gilt auch für den Umgang mit verbaler und physischer Gewalt gegen MSM. Empfohlen wird, die Wirkung der laufenden Kampagnen der Landesregierung speziell auf potenziell diskriminierungs- und gewaltbereite Bevölkerungsgruppen zu evaluieren und ggf. neu zu justieren.

Das Konzept der "strukturellen Prävention" nimmt das Verhalten Einzelner ebenso in den Blick wie die Verhältnisse (Strukturen), in denen sie leben. Denn was die Einzelnen zu ihrer Gesundheit und zur Verminderung von Risiken beitragen können, hängt stark von ihrem sozialen Umfeld, Gesellschaft und Politik ab.

Deshalb richtet die AIDS-Hilfe Thüringen e.V. ihre Angebote zu gesundheitsförderndem Verhalten an den Lebenswelten von Individuen und Gruppen aus, fördert Selbsthilfe und Selbstorganisation, mahnt Veränderungen an, wo Politik und Gesellschaft Gesundheitsförderung behindern, engagiert sich für eine Pflege und Versorgung, die sich an den Rechten und Bedürfnissen der Patienten orientieren.

Eine fachlich fundierte Prävention basiert auf einem umfassenden Verständnis sexueller Gesundheit im Sinne der Definitionen und Stellungnahmen der WHO (World Health Organization) und der WAS (World Association for Sexual Health). Sie orientiert sich an einem aufgeklärt-humanistischen Menschenbild, das das ethisch-moralische Spannungsfeld zwischen Eigenverantwortlichkeit und sozialer Verantwortung reflektiert. Es besteht das Primat der Eigenverantwortung bei gleichzeitigem Respekt vor der Selbstbestimmung des/der Anderen und dessen/deren Recht auf körperliche und seelische Unversehrtheit. Prävention besteht aus der Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention und erfolgt als Primordial-, Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention und bietet im Zusammenhang mit der Wahrung des Rechts auf Gesundheit umfangreiche Möglichkeiten, es müssen aber auch die ihr eigenen Grenzen respektiert werden. Strategien und Maßnahmen der Prävention werden - wenn irgend möglich - auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse erarbeitet. Erkenntnisse, Erfahrungen und Methoden aus allen relevanten Disziplinen und Wissensgebieten werden berücksichtigt. Prävention muss sich wissenschaftlicher Evaluation unterziehen. Risiken und Nebenwirkungen von Präventionsmaßnahmen werden genau ermittelt, negative Auswirkungen möglichst ausgeschlossen, zumindest aber minimiert.

3. Primärprävention für MSM

Die Anzahl der in Thüringen lebenden Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) ist ebenso unbekannt wie qualifizierte Schätzungen dazu. Wie viele der MSM selbst identifiziert schwul leben („out“, „gay“) und wie viele ihrer Lust und Neigung verdeckt und anonym nachgehen („closeted“), ist ebenfalls unbekannt. Für die HIV/STI-Prävention ist dies auch weniger relevant, da sich die Verteilung des Risikoverhaltens - im Durchschnitt - zwischen diesen beiden Gruppen nach den verfügbaren Daten nicht signifikant unterscheidet.

Nach den vorliegenden Untersuchungen gehen ca. 70% der sexuell aktiven MSM kein HIV-Risiko ein, bei 20% kommt es pro Jahr zu maximal zehn Risikosituationen, und 10% haben häufiger ungeschützten Analverkehr mit Partnern, deren Serostatus ihnen unbekannt ist oder vom eigenen abweicht.

Nach derzeitigem Wissen (Jin F et al., AIDS. 2010; 24) liegt die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung bei einem ungeschützten rezeptiven Analverkehr mit Ejakulation bei 1,43% (Konfidenzintervall 0,48 - 2,85%), ohne Ejakulation bei 0,65% (Konfidenzintervall 0,15 - 1,53%). Der insertive Partner hat bei unbeschnittenem Penis ein Risiko von 0,62% (Konfidenzintervall 0,07 - 1,68%), ist der Penis beschnitten, reduziert sich das Risiko auf 0,12% (Konfidenzintervall 0,02 - 0,24%). Durch Kondombenutzung reduziert sich das Risiko für den rezeptiven Partner auf 0,18% (Konfidenzintervall 0,10 - 0,28%), für den insertiven Partner auf 0,04% (Konfidenzintervall 0,01 - 0,11%). Das Risiko der HIV-Übertragung beim Oralverkehr mit Ejakulation in den Mund wird auf 0,04% (Konfidenzintervall 0,01 bis 0,11%) angegeben.

Mehrheitlich handelt es sich dabei um HIV-positive Männer, die mit anderen HIV-positiven Männern Sex haben. Sie gehen damit zwar (vom hypothetischen Risiko der Infektion mit einem anderen HIV-Typus abgesehen) kein Aids-Risiko ein, verzichten aber auch auf den (begrenzten) Schutz, den das Kondom auch gegen andere STI und Hepatitis C bietet.

Die Grundbotschaften der Prävention sollten in der Szene und insbesondere an Orten sexueller Begegnungen in einer lebens- und lustfreundlichen Weise präsent oder zumindest verfügbar sein:

- Bei sexuellen Begegnungen mit dem Partner über den Umgang mit den Risiken reden und sich verständigen. Alle Partner einer sexuellen Begegnung tragen die gleiche Verantwortung.
- Nicht auf der Basis von Vermutungen oder Annahmen agieren
- Die klassischen safer-sex-Regeln (Offene Kommunikation über die Risiken, geteilte und gleiche Verantwortung der Beteiligten, „Ficken nur mit Kondom, kein Sperma in den Mund“) bieten immer noch einen sicheren Schutz gegen HIV und mindert das Risiko einer Infektion mit STI und Hepatitis C. (Sero-positioning bietet keinen akzeptablen Schutz).
- Auch für Sex zwischen HIV-positiven Männern bietet die Einhaltung der safer-sex-Regeln Schutz vor STI und Hepatitis C.
- Das Risiko einer Infektion mit Hepatitis C wird zusätzlich durch Vermeidung aller Kontakte mit fremdem Blut (Handschuhe und Gleitcreme beim Fisten) sehr erheblich gesenkt.
- Drogen und Alkohol schränken Kommunikations-, Urteils- und Handlungsfähigkeit ein.
- Für sexuell aktive MSM werden ein regelmäßige Tests auf HIV, STI und Hepatitis C empfohlen.

Diese Botschaften sind nicht nur als dauernder Erinnerungsimpuls („Grundrauschen“) erforderlich, sondern auch insbesondere für Menschen, die mit der jeweiligen Sex-Szene (noch) nicht vertraut sind. Prävention ist eine Daueraufgabe und eine Bringschuld: Wenn eine maximale Reduktion der Neu-

Infektionen angestrebt wird, müssen die Botschaften so nah an die Adressaten heran getragen werden, wie es möglich ist, ohne als lächerlich und peinlich wahrgenommen zu werden (weil Lächerlichkeit und Peinlichkeit die Annahme der Botschaft eher verhindern). Der sozialräumliche Ansatz der Primärprävention für MSM könnte darüber hinaus auch in einem übergeordneten Sinne realisiert werden, in dem sich die Beratungsstelle als „Checkpoint“ versteht.

Die neuen Medien eröffnen zusätzliche Möglichkeiten der Information und Beratung zu HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. Dabei muss beachtet werden, dass Botschaften über alte und neue Medien hinweg einheitlich vermittelt und Verknüpfungen zwischen neuen und alten Medien hergestellt und verbessert werden.

4. Primärprävention im Justizvollzug

Dem Selbstverständnis nach gibt es im Gefängnis keinen Drogenkonsum, aber jeder mit der Sachlage Vertraute innerhalb und außerhalb des Justizvollzuges weiß, dass trotz aller Unterbindungsversuche dort u. a. auch Drogen injiziert werden. Die Prävention der damit verbundenen Risiken der Übertragung von HIV und Hepatitis C stellt die Verwaltung immer wieder vor schwierige Entscheidungen: Soll die Realität anerkannt werden, wie sie ist, oder soll das unerfüllbare Postulat der Drogenfreiheit zum Maßstab des Handelns genommen werden? Wie hoch ist tatsächlich das zusätzliche Risiko, das von - möglicherweise virusbehafteten - Injektionsspritzen für das Gefängnispersonal und andere Häftlinge ausgehen kann? Es war und von ist gesundheitspolitisch nicht vertretbar, auf wirksame und verfügbare Prävention schwerer chronischer Erkrankungen zu verzichten, „weil nicht sein kann, was nicht sein darf“. Zu Sex kommt es in Haftanstalten auch zwischen sonst heterosexuellen Männern. Bei ungeschütztem Analverkehr besteht das Risiko der Übertragung von HIV, STI und Hepatitiden. Kondome und Gleitmittel sind deshalb offenbar in allen Justizvollzugsanstalten im Grundsatz verfügbar. Es wird aber von Kennern der Szene berichtet, dass die Zugangsbedingungen (z.B. nur über den Gefängnisarzt, zum Teil nach peinlichen Befragungen, zum Teil nicht ohne Beobachtung von Mitgefangenen) immer noch von zum Teil hohen, die Prävention verhindernden Hürden gekennzeichnet sind. Der Zugang zu Kondomen und Gleitmittel in Gefängnissen muss deshalb barrierefrei gestaltet werden.

5. Sekundärprävention

Unter Sekundärprävention wird der Beginn indizierter medizinischer Therapie in dem Zeitraum verstanden, in dem das Individuum noch keine Symptome erlebt, aber schon eindeutige medizinische Befunde zeigt. Das zentrale Instrument hierfür sind Früherkennungsuntersuchungen. Frühbehandlung und damit auch Früherkennung ist angesichts der heute verfügbaren Therapien sowohl für Aids als auch für STI und Hepatitis C indiziert. Es wird deshalb empfohlen, dass sich Menschen mit diesbezüglichen Risiken mindestens einmal jährlich auf diese Krankheiten untersuchen lassen. Verglichen mit Früherkennungsuntersuchungen (Screening) auf andere Krankheiten, bei denen die Teilnahmeraten der Männer - mit großen schichtenspezifischen Unterschieden - bei ca. 20% liegen, ist die Testbereitschaft bei den

hauptsächlich betroffenen Gruppen mit über 90% bei IDU und ca. 70% bei MSM sehr hoch, könnte aber wohl noch weiter gesteigert werden. Da die wirksame Behandlung mit ART bei HIV bzw. Antibiotika bei STI auch die Wahrscheinlichkeit der Weitergabe der Infektion senkt bzw. ausschließt, hat Sekundärprävention auch primärpräventive Effekte.

6. Tertiärprävention

Tertiärprävention zielt darauf ab, medizinische, psychische, berufliche und soziale Folgeschäden einer bereits eingetretenen Erkrankung (Einschränkungen und Funktionsverluste) zu vermeiden, zu verzögern oder zu lindern. Im hier behandelten nicht-medizinischen Bereich sind die wichtigsten Instrumente soziale Unterstützung in Form von Beratung, der Verschaffung von Zugang (ggf. Begleitung) zu anderen Hilfssystemen (Geld- und Unterstützungsleistungen nach den Sozialgesetzbüchern einschl. Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Psychotherapie), Unterstützung beim Zugang zu Arbeit und Wohnraum, angeleiteten und Selbsthilfe-Gruppen, psychischer und physischer Aktivierung, Krisenintervention, Unterstützung von Angehörigen, sozialer Vernetzung sowie Hilfen bei der Tages- und Lebensstrukturierung. Mit der Stärkung von Bewältigungsressourcen soll Tertiärprävention zur Eigenständigkeit und Unabhängigkeit und zum Gelingen sozialer Bezüge beitragen. Nicht-medizinische Leistungen der Tertiärprävention sind sowohl bei einer HIV-Erkrankung als auch bei Drogenproblemen essenziell und spezifisch. Ihre Erbringung im ‚vertikalen System‘ der strukturellen HIV-Prävention ist deshalb zielführend. Die Wirksamkeit ist vielfach belegt, insbesondere bei Menschen aus sozial benachteiligten Gruppen, die zugleich auch häufig höhere individuelle Hürden vor einer Inanspruchnahme zu überwinden haben. Die Benachteiligung kann in materieller Armut, geringer Bildung, unzureichenden Sprachkenntnissen, körperlichen und seelischen Behinderungen, gesellschaftlicher Diskriminierung oder im rechtlichen Status liegen. Zum Teil in Kombination mit solchen Faktoren, zum Teil unabhängig davon können Scham oder die Angst vor Entdeckung (z. B. des HIV-Status, der Homosexualität, des Drogenproblems, der Erkrankung, der Armut) durch die Umwelt die Nutzung von Angeboten der Tertiärprävention behindern. Das Gesamtangebot an tertiärpräventiven Leistungen sollte möglichst so gestaltet sein, dass keiner dieser Faktoren die Nutzung dieser Leistungen (Finden, Zugang, Inanspruchnahme) behindert, d.h. maximal niedrige physische und soziale Schwellen.

7. Prävention durch Selbsthilfe

Ein weiterer Grundsatz des Konzepts der Strukturellen Prävention betrifft die „Einheit von Gesundheitsförderung und Selbsthilfe“. Diese Forderung bezieht sich – anders als die beiden ersten Forderungen – nicht auf augenscheinlich gegensätzliche Begriffe, sondern auf die Organisation des Interventionsprozesses: Wir favorisieren hier einen „Bottom-up“- statt eines „Top-down“-Ansatzes: *„Eine emanzipatorische Gesundheitsförderung setzt so weit wie möglich auf Selbstheilungs- und Selbsthilfepotentiale der von HIV und AIDS berührten und betroffenen Menschen, anstatt Prävention ‚von oben‘ durchzuführen. Auf diese Weise können diese Menschen dazu befähigt werden, präventiv in ihrem eigenen Umfeld tätig zu werden. Für die AIDS-Hilfe-Arbeit bedeutet dieser Grundsatz in der heutigen Situation, dass die Erfahrungen*

dieser Menschen mit sozialer, kultureller, ökonomischer und sexueller Benachteiligung und Ausgrenzung und mit HIV/AIDS als chronischer Erkrankung im Mittelpunkt der Arbeit stehen“ (Sweers 2000, 19). Diese Kritik zielt auf die Dominanz medizinischer Experten in der Gesundheitsversorgung und fordert eine Neuorientierung an den Bedürfnissen der Menschen. Damit ist diese Diskussion anschlussfähig an die für die Gesundheitswissenschaften zentrale Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986, in der es unter anderem heißt: „Die Stärkung von Nachbarschaften und Gemeinden baut auf den vorhandenen menschlichen und materiellen Möglichkeiten auf. Selbsthilfe und soziale Unterstützung sowie flexible Möglichkeiten der größeren öffentlichen Teilnahme und Mitbestimmung für Gesundheitsbelange sind dabei zu unterstützen bzw. neu zu entwickeln. Notwendige Voraussetzungen dafür sind der kontinuierliche Zugang zu allen Informationen, die Schaffung von gesundheitsorientierten Lernmöglichkeiten sowie angemessene finanzielle Unterstützung gemeinschaftlicher Initiativen“ (WHO 1986).

Selbsthilfe(förderung) ist damit eine zentrale Handlungsstrategie auch in der Gesundheitsförderung. Die Fortbildung der Akteurinnen und Akteure und der regelmäßige Austausch sind essentielle Grundlagen der Qualitätsentwicklung in der Prävention. Regionale und überregionale Koordinations- und Arbeitstreffen sind zentrale Elemente der Kompetenzerweiterung, der Erschließung von Synergien und der Verzahnung von Aktivitäten auf allen Ebenen.