

Dokumentation zur Fachtagung  
vom 14. November 2008 in Duisburg

## Zukunft **POSITIV** gestalten!

Frauen und Aids im Jahr 2008



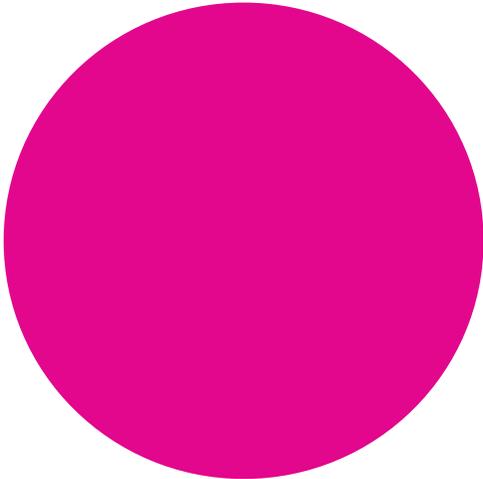
Eine Kooperation der AIDS-Hilfe NRW e.V. und der LAG Frauen und Aids.

**xxelle**  
Initiative Frauen und Aids in NRW  
[www.xxelle-nrw.de](http://www.xxelle-nrw.de)

# Vorwort

---

Über 50 Teilnehmerinnen und Teilnehmer kamen im November 2008 nach Duisburg, um sich dem Thema Frauen und Aids zu widmen. Was bedeutet es für Frauen, mit ihrer HIV-Infektion älter zu werden? Und welche Bedeutung hat die Veröffentlichung der Eidgenössischen Kommission für Aids-Fragen aus der Schweiz zur Viruslast unter der Nachweisgrenze für Frauen, Berater und Beraterinnen? Die Folgen und der Umgang mit Diskriminierung und Stigmatisierung war das dritte große Themenfeld der Tagung.



Mit der Fachtagung „Zukunft POSITIV gestalten“ wurde ein weiterer Schritt in der vernetzenden Frauenarbeit gesetzt. Vor drei Jahren wurde XXella, die Initiative Frauen und Aids, ins Leben gerufen, um das Thema Frauen und Aids stärker ins Licht der Öffentlichkeit zu rücken und die Kooperation und Vernetzung der Frauenarbeit in NRW auszubauen.

Stellvertretend für alle Kolleginnen der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Frauen und Aids gilt ein besonderer Dank Sandra Borgers, Heike Gronski und Birgit Körbel, die die Fachtagung mitvorbereitet und inhaltlich begleitet haben.

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>Vorwort</b>	2
<b>Inhaltsverzeichnis</b>	3
<b>Grußwort</b>	4
<b>Älter werden mit HIV</b> Referat von <b>Ulrike Sonnenberg-Schwan</b>	5
<b>Workshop</b> mit Referentin <b>Ulrike Sonnenberg-Schwan</b> und Moderatorin <b>Judith Dewald</b>	13
<b>Viruslast unter der Nachweisgrenze</b> Referat von <b>Armin Schafberger</b>	17
<b>Workshop</b> mit Referent <b>Armin Schafberger</b> und Moderatorin <b>Birgit Körbel</b>	21
<b>Diskriminierung und (Selbst-) Stigmatisierung</b> Referat von <b>Lena Arndt</b>	26
<b>Workshop</b> mit Referentin <b>Stephanie Lehmann</b> und Moderatorin <b>Heike Gronski</b>	32
<b>Podium: Zukunft POSITIV gestalten!</b> mit Referent <b>Holger Grönig</b> und Moderatorin <b>Anja Buchmann</b>	36
<b>Impressum</b>	39

# Grußwort

---

**S**ehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie zur Fachtagung „Zukunft POSITIV gestalten! Frauen und Aids im Jahr 2008“ im Namen des Vorstands der AIDS-Hilfe NRW ganz herzlich begrüßen. Ich darf mich Ihnen kurz vorstellen. Mein Name ist Lena Arndt und ich bin seit September dieses Jahres Mitglied im Vorstand der AIDS-Hilfe NRW e.V.. Ich freue mich, Sie in dieser Funktion erstmals begrüßen zu dürfen. Und das gerade bei der Fachtagung zum Thema „Zukunft POSITIV gestalten“.

Die Fachtagung ist eine Kooperation der AIDS-Hilfe NRW e.V. und der Landesarbeitsgemeinschaft Frauen und Aids in NRW.

Die ersten Ideen und Überlegungen, eine Fachtagung zu organisieren und durchzuführen, entstanden Anfang Februar 2007 während einer Sitzung des Runden Tisches im Rheinland.



Lena Arndt, Vorstand der AIDS-Hilfe NRW e.V.

Wir freuen uns, dass so Viele der Einladung nach Duisburg gefolgt sind, um die Themen Älter werden mit HIV, Viruslast unter der Nachweisgrenze, Diskriminierung und Stigmatisierung zu diskutieren.

Ich wünsche Ihnen inspirierende Vorträge und Diskussionsbeiträge, die ein positives Gestalten in der Zukunft möglich machen.

Lena Arndt  
Vorstand der AIDS-Hilfe NRW e.V.

# Älter werden mit HIV

---

*„Es ist schon merkwürdig, was einem alles passiert, wenn man älter wird ...!“*

Marina, 44 Jahre, seit 22 Jahren HIV-positiv

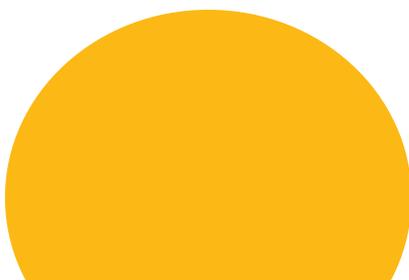
Referentin: **Ulrike Sonnenberg-Schwan**,  
Diplom-Psychologin, München

## Einleitung:

Positive Frauen, die sich früher auf „wenige Jahre Leben“ eingestellt haben, erreichen heute ein hohes Lebensalter. Ulrike Sonnenberg-Schwan erläutert den aktuellen Forschungsstand zu HIV und Alter. Sie gibt einen Überblick über Begleiterkrankungen und Risikofaktoren und stellt am Ende Aspekte des „gesunden Alterns“ vor.

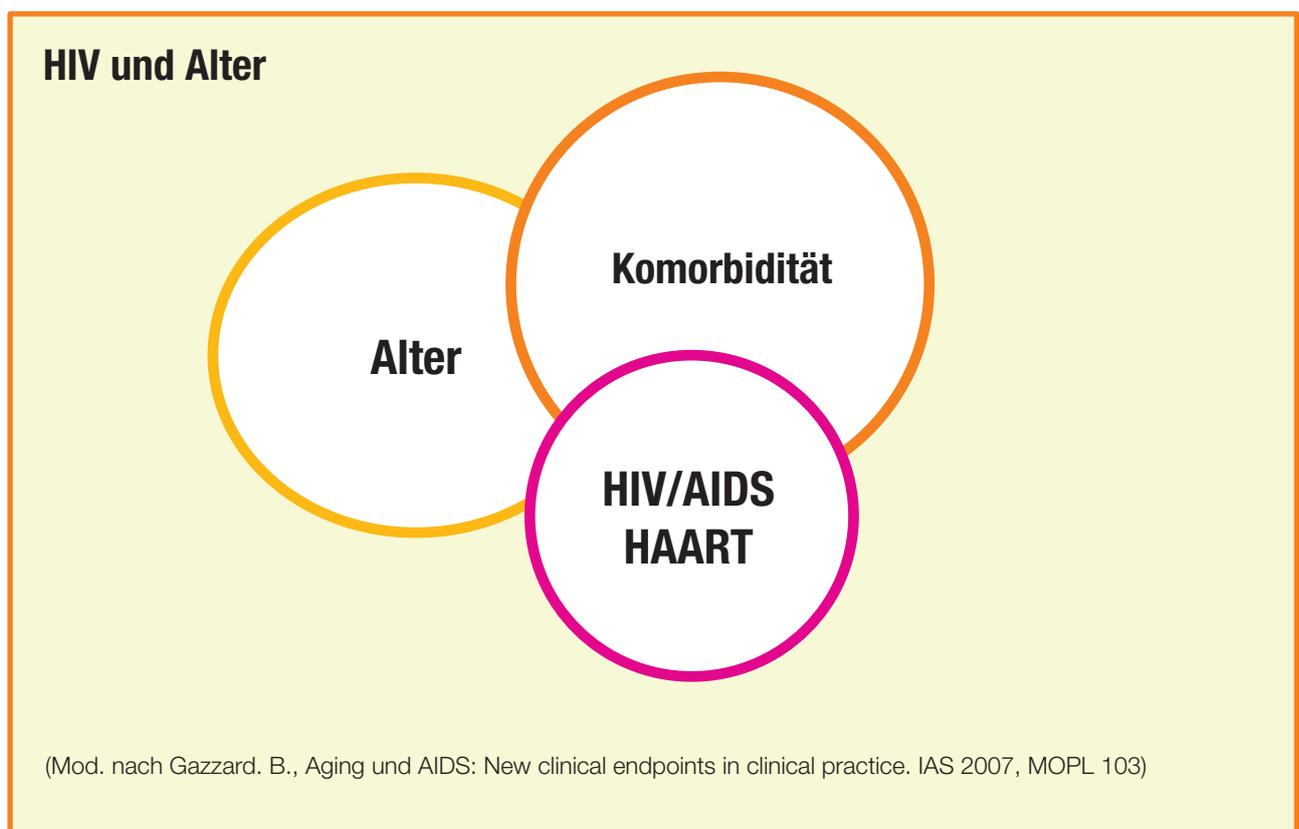


Referentin: Ulrike Sonnenberg-Schwan



Durch die antiretroviralen Therapien (ART) ist der Anteil der HIV-positiven Menschen, die älter sind als 50, in den letzten Jahren um ein Vielfaches gestiegen. Als Beispiel: Im Jahr 2007 waren in New York 32 Prozent der Menschen mit HIV älter als 50 Jahre und 70 Prozent älter als 40. Auch in Deutschland ist der Anteil älter werdender Menschen mit HIV in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen. Ulrike Sonnenberg-Schwan weist auf den Aspekt hin, dass Männer und Frauen zum Teil bereits älter sind, wenn sie sich infizieren.

Seit vielen Jahren leitet Frau Sonnenberg-Schwan in München eine Gruppe von positiven Frauen. Die Frauen berichten von ihrer Irritation, die bei ihnen Veränderungen im Alter hervorgerufen: Sind die Veränderungen auf die HIV-Infektion zurückzuführen oder auf den normalen Alterungsprozess und wie beeinflussen sich die Faktoren gegenseitig?



Quelle: U. Sonnenberg-Schwan

Veränderungen bei HIV-positiven Menschen werden durch normale altersbedingte Prozesse hervorgerufen. Sie werden durch Begleiterkrankungen beeinflusst, die im Zusammenhang mit

einer HIV-Infektion auftreten können (Komorbidität), und sie werden durch die medikamentösen Therapien (HAART) und ihre Nebenwirkungen beeinflusst.

## Veränderungen der Körperfunktionen bei älteren Menschen

↓ Muskelkraft	↓ Leberstoffwechsel
↓ Vitalkapazität	↓ Verdauungsleistung von Magen und Darm
↓ Knochendichte	
↓ Herzzeitvolumen	↓ Körperwasser
↓ Nierenfunktion	↓ Leistungsfähigkeit des Immunsystems
↓ Östrogen	
↓ Testosteron	↑ Körperfett
↓ Erektionsfähigkeit	↓ Haut / Schleimhaut

Quelle: U. Sonnenberg-Schwan

Die Veränderung der Körperfunktionen bei älteren Menschen haben umgekehrt einen Einfluss auf die Medikamente und deren Nebenwirkungen. Sie können bspw. durch die Veränderung der Stoffwechselfunktion sogar eine toxische Wirkung entfalten und müssen dann entsprechend niedriger dosiert werden.

Frau Sonnenberg-Schwan weist auf die Problematik hin, dass die Entwicklung und Erforschung von HIV-Medikamenten überwiegend mit jüngeren Menschen erfolgte.

Es gibt wenig Erfahrungswerte, die sich z.B. auf die veränderte Stoffwechselsituation von älteren HIV-positiven Menschen beziehen. Die Kohortenstudien werden immer noch überwiegend mit HIV-positiven Männern durchgeführt. Im Hinblick auf die anderen körperlichen Voraussetzungen bei Frauen können keine genügend klaren Ergebnisse ausgewertet werden. Die Kompetenznetz-Kohorte wurde bspw. mit rund 8.000 Männern und im Verhältnis dazu nur 1.400 Frauen durchgeführt. Der Anteil der über 50-jährigen betrug bei den Männern 27,1 Prozent und bei den Frauen 17,1 Prozent.

## Was wissen wir bisher über HIV und Alter?

- ➔ Anstieg der CD4-Helferzellen unter HAART evtl. geringer als bei jüngeren Menschen
- ➔ Virologisches Ansprechen vergleichbar oder besser
- ➔ Kein Unterschied im klinischen Fortschreiten
- ➔ In den meisten Studien bessere Adhärenz
- ➔ Häufiger Laborwertveränderungen (z.B. ↑ Blutfette, Blutzucker, Kreatinin)
- ➔ Aber: Mehr Begleiterkrankungen (Komorbidität)
  - ➔ Mehr Begleitmedikamentation

Quelle: U. Sonnenberg-Schwan

## HIV und Begleiterkrankungen

- ➔ Koronare Herzkrankheit
- ➔ Metabolisches Syndrom / Diabetes Mellitus
- ➔ Altersbedingte Veränderungen im Körperschema
- ➔ Niereninsuffizienz
- ➔ Osteopenie / Osteoporose
- ➔ Malignome (bösartige Krebserkrankungen)
- ➔ Demenz / neuropsychologische Defizite
- ➔ Muc Research 2008: Kardiovaskuläre Erkrankungen (24% vs. 4%), Bluthochdruck (27% vs. 6%), Diabetes (12% vs. 2%)\*

\* Balogh A., Koegl C., Wolf E. et al: Aging with HIV – New Challenges in the Medical Care of HIV-positive women and men. Poster THPE 0906, XVII International AIDS-Conference, Mexico City, 2008

Quelle: U. Sonnenberg-Schwan

## Traditionelle Risikofaktoren tragen am stärksten zum CVD-Risiko bei



Quelle: U. Sonnenberg-Schwan

## Risikofaktoren für Osteoporose

### Patient / in:

- Familiengeschichte
- Geschlecht
- Weiße Hautfarbe

### Lebensstil:

- Rauchen
- Bewegungsmangel
- Alkohol
- Mangelernährung (Ess-Störungen)

### HIV / HAART:

- Dauer der Infektion
- HAART: Vor allem PI / NRTI
- Nierenversagen
- Mangelernährung (Vit. D)
- Medikamente: Steroide

Größte Knochendichte bei Frauen im Alter von 30 Jahren,  
danach Verlust von 2% Knochenmasse pro Jahr (Männer 0,5 – 1%)

HAART : Größter Verlust in den ersten 48 Wochen nach Therapiebeginn

Quelle: U. Sonnenberg-Schwan

Derzeit gibt es keine validen Daten für HIV-positive Frauen, die älter sind als 50 Jahre. Es gibt Hinweise auf einen früheren Eintritt der Wechseljahre. Die Studienergebnisse dazu sind uneinheitlich. Es gibt ebenfalls Hinweise auf eine größere Häufigkeit kognitiver Beeinträchtigungen.

Bisher existieren nur wenige Studien zu HIV und Alter. Damit verlässliche Daten erhoben werden können, sind weitere Studien notwendig. Ulrike Sonnenberg-Schwan weist auf die geplante DAGNAE-Studie 50/2010 hin. Bei der Studie soll die Situation von HIV-positiven Patientinnen (> 50 Jahre) im Vergleich zu einem Kollektiv HIV-negativer älterer Patientinnen mit anderen chronischen Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus) untersucht werden. Parameter die untersucht werden sind u.a.: psychosoziale Situation, Sexualität, Berufstätigkeit/ Rente, körperliche Funktionen, Gewicht. Es werden auch die neu aufgetretenen Begleiterkrankungen untersucht: KHK, Fettstoffwechselstörungen, Leber- und Nierenfunktionsstörungen, bakterielle und virale Infektionen.

Ulrike Sonnenberg-Schwan geht im Folgenden auf zwei Studien ein, die nicht geschlechtsspezifisch durchgeführt wurden. Bei der „Research on older adults with HIV“ (ROAH-Kohorte, USA 2006), die auf der International AIDS Conference in Mexico 2008 vorgestellt wurde, zeigten 52 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer Depressionen. Die TeilnehmerInnen berichteten häufig von Gefühlen der Isolation, Stigmatisierung und Einschränkung des sexuellen Erlebens.

Liuzzi et alere beobachtete bei zwei Drittel der Personen Angst und Depressionen. Kognitive Beeinträchtigungen wurden bei fast 50 Prozent beobachtet (HIV 9, Glasgow 2008).

Im weiteren Verlauf verdeutlicht Ulrike Sonnenberg-Schwan die psychosozialen Aspekte HIV-positiver Frauen: Sie sind häufiger berentet und leben in schlechteren finanziellen Verhältnissen. HIV-positive ältere Frauen sind vermehrt Single und haben weniger feste Sexualpartner. Sie leben häufiger in Isolation und haben Angst vor Diskriminierung. Sie leiden vermehrt unter Depressionen.

Insbesondere die Frauen, die sich mit über 50 infizieren, fühlen sich gesellschaftlich stigmatisiert, da Sexualität im Alter an sich ein Tabuthema ist. Durch die fehlende finanzielle Absicherung ist die Altersarmut ein großes Problem. Frauen, die schon sehr lange berentet sind, haben Schwierigkeiten, ihren Alltag zu strukturieren.



## Gesund alt werden - was ist wichtig?

- ➔ Anerkennung erhalten / geliebt werden
- ➔ Soziale Kontakte
- ➔ Ziele und Aufgaben
- ➔ Aktionsmöglichkeiten
- ➔ Alltagsstruktur
- ➔ Materielle Rahmenbedingungen
- ➔ Ressourcen beachten: Alters-Lebenskompetenz!  
Erfahrungen, Biografie, Wissen ...

Quelle: U. Sonnenberg-Schwan

## Was tun?

- ➔ HAART: Früherer Beginn und individualisierte Therapien
- ➔ Sorgfältige Überwachung der Risikofaktoren
- ➔ Krebsvorsorge
- ➔ Sensibilisierung für Medikamenten-Interaktionen
- ➔ Gesunde Lebensführung: Ernährung, Bewegung, Stressreduktion
- ➔ Training der kognitiven Leistungsfähigkeit

Quelle: U. Sonnenberg-Schwan

## Neue Anforderungen für das Aids-Beratungssystem

- ➔ Wie können wir Frauen unterstützen, ihre Lebensqualität über viele Jahre zu erhalten?
- ➔ Welche Rahmenbedingungen wie
  - Wohnprojekte
  - Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten
  - altersentsprechende Sportangebotesind für HIV-positive Frauen im Alter wichtig?
- ➔ Wie begegnen wir Altersarmut und Vereinsamung?
- ➔ Welche Unterstützung ist bei Depressionen und kognitiven Beeinträchtigungen nötig?
- ➔ Wie kann die Vernetzung isoliert lebender Frauen gefördert werden?

Quelle: U. Sonnenberg-Schwan

## Resümee

HIV-positive ältere Menschen stellen neue Anforderungen an die beratenden Organisationen. Als Berater und Beraterin sollte man z.B. im Auge behalten, das medizinische Helfersystem auf die altersbedingten Veränderungen aufmerksam zu machen. Wichtig ist die rechtzeitige Anpassung der ART und die Beachtung der möglichen Interaktionen mit den medikamentösen Therapien der Begleiterkrankungen. Es ergeben sich viele Fragestellungen und neue Aufgabenbereiche.

Zum Schluss ihres Vortrags betont Frau Sonnenberg-Schwan noch einmal die Bedeutung der frauenspezifischen Forschung, für die sie sich zukünftig noch mehr engagieren wird. Sie appelliert, sich aktiv gegen die Altersarmut und die Vereinsamung von Frauen einzusetzen. □

# Workshop

---

**„Eine Frau, die sich erst mit 40 oder 50 infiziert, fühlt sich, als würde sie durch sämtliche Raster fallen.“**

Referentin: **Ulrike Sonnenberg-Schwan**, Diplom-Psychologin, München

Moderation: **Judith Dewald**, AIDS-Hilfe Duisburg/  
Kreis Wesel e.V.

## Einleitung:

Ulrike Sonnenberg-Schwan und Judith Dewald bitten die Teilnehmerinnen, sich vorzustellen und drei konkrete Fragestellungen/ Schwerpunkte zu benennen, die im Workshop diskutiert werden sollen. Die Fragen werden gesammelt, thematisch analysiert und diskutiert. In der Zukunftswerkstatt werden die Ergebnisse des Workshops zusammengetragen.



Referentin: Ulrike Sonnenberg-Schwan, Moderatorin: Judith Dewald

## Themen

- ➔ **Vernetzung** z.B. ländliche Gegend
- ➔ **Angebote**
- ➔ **Wechseljahre** mit HIV
- ➔ **Beratung** junger Menschen mit HIV
- ➔ **Depressionen**
- ➔ **Attraktivitätsverlust**
- ➔ **Umgang** mit Schwangerschaft / Familienplanung
- ➔ **Soziale Situation** z.B.: Altersarmut
- ➔ **Ist es HIV oder das Alter?**
- ➔ **Lebensentwürfe** z.B.: Wie werden Frauen erreicht?



### ➔ Depressionen

- Viele HIV-positive Frauen leben nicht in einer Partnerschaft. Das Single-Dasein bedeutet für viele Menschen Isolation oder Einsamkeit. Die Entwicklung von Depressionen wird begünstigt.
- Vor Jahren zeigte eine Studie zu Frauen und HIV: Insbesondere Frauen mit Migrationshintergrund und Frauen aus Krisengebieten haben oft Gewalterfahrungen in der Sexualität gemacht.
- Das Thema Depression wird zwischen zwei Spannungspolen diskutiert: Einerseits wird Kritik geäußert, dass Ärztinnen und Ärzte auf jede Traurigkeit sofort mit Psychopharmaka reagieren. Auf der anderen Seite werden Depressionen nicht erkannt oder bagatellisiert
- Die Wechselwirkungen von Antidepressiva und antiretroviralen Medikamenten muss beachtet werden.

## ➔ Kognitive Einschränkungen

● Kognitive Einschränkungen im Alter sollten möglichst früh behandelt werden. Wenn schon in jüngeren Jahren eine Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten vorliegt, ist bei einer HIV-Infektion besondere Aufmerksamkeit geboten.

## ➔ Stress

● Eine Teilnehmerin beobachtet, dass sich bei ihren Klientinnen Stress besonders bemerkbar macht. Die AIDS-Hilfe Bielefeld e.V. hat eine Laufgruppe als Stress- und Depressionsprophylaxe initiiert.

## ➔ Osteoporose

● Bewegungsangebote, Walking oder Wandern haben bei der Osteoporoseprävention einen positiven Einfluss und wirken sich auf den ganzen Körper sehr positiv aus. Gemeinsame Sportangebote sind auch eine Möglichkeit, der Einsamkeit entgegenzuwirken.

## ➔ Wechseljahre

● Viele Ärztinnen und Ärzte behandeln Beschwerden in den Wechseljahren mit Hormonen. Frauen haben oft wenig Informationen darüber, was sich körperlich verändert, wenn sie in die Wechseljahre kommen.

● Frauen werden in dieser Lebensphase unter Umständen mit vielen Veränderungen konfrontiert:

- Auszug der Kinder
- Ende einer Partnerschaft
- Wiedereinstieg in das Berufsleben
- Krankheit und Verlust der eigenen Eltern
- Verabschiedung von der Möglichkeit, Kinder zu gebären.



Die Gefahr besteht, dass Frauen die Wechseljahre als „den Anfang vom Ende“ erleben. Dabei geht es um den Eintritt in eine neue Lebensphase. Frauen brauchen in diesem Kontext eine ganzheitliche Unterstützung.



## ➔ Alltagsstruktur

- Wenn Frauen arbeitslos sind, haben sie wenig Geld zur Verfügung. Die Teilnahme am sozialen Leben ist dadurch sehr beeinträchtigt. Die Gefahr besteht, dass ein Kreislauf von Armut, Rückzug und Isolation entsteht, der es zunehmend schwieriger macht, den Alltag zu strukturieren. Ulrike Sonnenberg-Schwan berichtet, dass viele Frauen sehr große Probleme damit haben, ihrem Alltag eine Struktur zu geben, wenn sie wieder ins Berufsleben einsteigen.

## Resümee

Ausgangsfrage der Zukunftswerkstatt: Was brauchen Beraterinnen und Berater, um älter werdende Frauen gut unterstützen zu können? Was brauchen älter werdende Frauen?

- Vernetzende Angebote sind wichtig. Dabei stellt sich die Frage, ob die Vernetzung immer nur an „Aidshilfe“ gekoppelt sein muss und ob es immer nur spezifische Angebote für Positive sein müssen. Eine Vernetzung ist über die Aidshilfe hinaus sinnvoll, eröffnet Ressourcen und schafft Synergien.
- Stichwort „langer Atem“: Angebote sollen wiederholt werden, auch wenn die Teilnahme/Resonanz am Anfang schlecht ist. Vielleicht ist die Bereitschaft, das Angebot zu nutzen, zu einem späteren Zeitpunkt gegeben.
- Qualifizierungsmaßnahmen schaffen Verbindlichkeit.
- Beraterinnen müssen raus aus der „Versorgerinnen-Mentalität“. Die Grenzen zwischen Versorgen und Motivieren müssen erkannt werden. „Eine Beraterin kann nicht alle Defizite in einem Lebensentwurf füllen.“

- Medien nutzen und das Leben mit HIV sichtbar machen: So können die Angebote der Aidshilfen und anderer Beratungsstellen einer breiteren Öffentlichkeit bekannt gemacht werden. Flyer sollten persönlicher gestaltet werden: Zum Beispiel erleichtert ein Foto der Beraterin oder des Beraters den Weg in die Aidshilfe. □

## Empfehlungen/ Tipps

- Film: „Frauen mit HIV - fünf unglaubliche Schicksale“, Reportage des Schweizer Paul Riniker. Erstausstrahlung: Schweizer Fernsehen SF1 16.06.2003, 22:20 Uhr
- Netzwerk Frauen und Aids: <http://www.netzwerkfrauenundaids.de>
- Zeitschrift DHIVA
- Deutsche Neuro-AIDS-Arbeitsgemeinschaft (DNAA) e.V.: [www.dnaa.de](http://www.dnaa.de)
- The Lifeboat Project: [www.lifeboatfilms.org](http://www.lifeboatfilms.org) (engl.) und das deutsche Schwesterprojekt [www.projekt-lifeboat.de](http://www.projekt-lifeboat.de)

# Viruslast unter der Nachweisgrenze

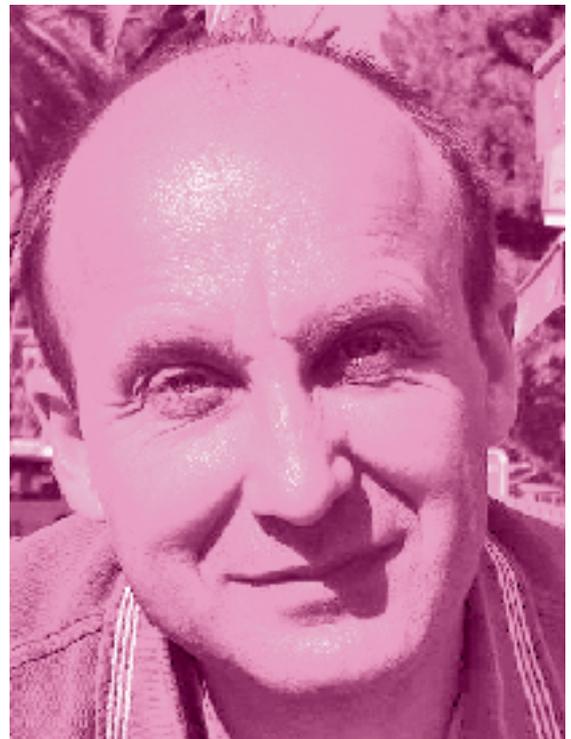
---

*„Prävention ist wieder stärker ein Thema.  
Und das ist gut so.“*

Referent: **Armin Schafberger**, Referent für Medizin  
und Gesundheitspolitik, Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

## Einleitung:

Die Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen erklärte 2008, dass die Wahrscheinlichkeit äußerst gering sei, dass eine HIV-infizierte Person unter einer antiretroviralen Therapie mit vollständig supprimierter Virämie (sART) das HI-Virus über Sexualkontakte weitergibt. Die Veröffentlichung wird in der Fachöffentlichkeit kontrovers diskutiert. Armin Schafberger erläutert in seinem Referat die Veröffentlichung der EKAF und gibt einen Überblick über den Stand der Diskussionen.



Referent: Armin Schafberger



## Schweiz, EKAF

Eine HIV-infizierte Person unter einer antiretroviralen Therapie, mit vollständig supprimierter Virämie (sART), ist sexuell nicht infektiös, gibt das HI-Virus über Sexualkontakte nicht weiter“

**Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen, 30. Januar 2008**

Quelle: A. Schafberger

## Voraussetzungen

- ➔ Konsequente Einhaltung und Kontrolle der Therapie
- ➔ Viruslast (VL) letzten 6 Monaten stabil unter der Nachweisgrenze
- ➔ Keine anderen STD

**Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen, 30. Januar 2008**

Quelle: A. Schafberger

## Einschränkung

- ➔ Gilt innerhalb stabiler Partnerschaften
- ➔ Außerhalb stabiler Partnerschaften sollte man sich nicht auf die Zuverlässigkeit der Aussagen verlassen. Selbstschutz (Kondom) geht vor!

**Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen, 30. Januar 2008**

Quelle: A. Schafberger

## Korrektur

„Wir würden den Titel jetzt anders formulieren. Wir sagen nicht, dass jemand nicht infektiös ist, sondern dass das Risiko sehr sehr gering ist (denn Menschen lesen leider oft nur die Überschrift....)“

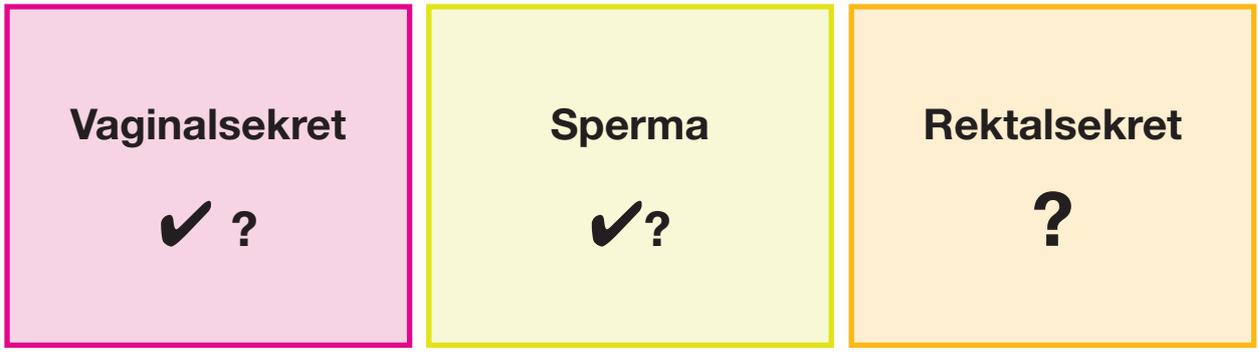
**Pietro Vernazza, August 2008 und 11. November 2008 (Glasgow)**

Quelle: A. Schafberger

## Warum gibt es zur EKAF-Information Kontroversen?

### Stand der Grundlagenforschung

- Daten zur Viruslast in Sekreten
- Daten zur Medikamentenkonzentration in Sekreten



Quelle: A. Schafberger

### Stand der epidemiologischen Studien

- Daten über Infektionen in Kohorten



Quelle: A. Schafberger

Armin Schafberger verdeutlicht, dass UNAIDS weiter eine ablehnende Haltung gegenüber der EKAF-Information vertritt. Das Aids-Programm der Vereinten Nationen befürchtet, dass die Safer Sex-Botschaft durch die Stellungnahme der Eidgenössischen Kommission aufgeweicht wird. UNAIDS tritt für eine sART in Verbindung **mit** der

Anwendung eines Kondoms ein. UNAIDS verfolgt eine Kombination von Präventionsstrategien: Kondom, Beschneidung, PREP, sART etc.

## Chancen der EKAF-Information

- ➔ Weniger Angst vor einer Übertragung nicht nur beim Sex, sondern auch im Alltag
- ➔ Weniger Stigmatisierung
- ➔ Kinderwunsch ohne Kondom
- ➔ Nicht mehr lebenslang Sex nur mit Kondom
- ➔ Mehr Kombinationen oder Wechsel möglich

Quelle: A. Schafberger

## Herausforderungen durch die EKAF-Information

- ➔ Hohe Compliance erforderlich
- ➔ Keine STD: was heißt das?
- ➔ Nur für feste Paare: was ist mit anderen Partnern?
- ➔ Wie viel Sicherheit wollen wir?

Quelle: A. Schafberger

## Sicherheit von Kondomen

- ➔ Restrisiko von Kondomen wird erst jetzt debattiert
- ➔ Starke Abhängigkeit von Compliance (Alkohol...)
- ➔ Safer Sex wahrgenommen als Safe Sex

Quelle: A. Schafberger

## Resümee

Die EKAF-Veröffentlichung stellt HIV-positive Menschen und die beratenden Organisationen vor neue Herausforderungen. Viele Fragen sind derzeit noch ungeklärt und werden in der Fachwelt kontrovers diskutiert. Umso wichtiger ist die Beratung **und** die Bereitschaft miteinander ins Gespräch zu kommen.

Eine Chance der EKAF-Information ist, dass Prävention wieder stärker ein Thema wird.

# Workshop

---

## *„Welche Veränderungen ergeben sich für die Praxis?“*

Referent: **Armin Schafberger**, Referent für Medizin und Gesundheitspolitik, Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Moderatorin: **Birgit Körbel**, Aidshilfe Köln e.V.

### Einleitung:

Nach einer Vorstellungsrunde erklärt Armin Schafberger noch einmal: Wenn die im Eingangsreferat genannten Voraussetzungen erfüllt sind, ist das Risiko einer HIV-Übertragung beim Sex ohne Kondom unter vollständig supprimierter Viruslast deutlich geringer als 1:100.000. Das verbleibende Restrisiko lasse sich wissenschaftlich nicht ausschließen, sei aber sehr gering. Im folgenden Workshop geht Armin Schafberger noch einmal auf das Thema der sexuell übertragbaren Krankheiten ein, die in diesem Kontext eine besondere Bedeutung erhalten. Die insgesamt 15 Teilnehmerinnen und Teilnehmer diskutieren anschließend die Veränderungen, die sich für die Praxis ergeben:



Moderatorin: Birgit Körbel

## Sexuell übertragbare Krankheiten (STD):

Bei Vorliegen einer sexuell übertragbaren Krankheit kann die HIV-Viruslast in den umgebenden Geschwüren, Entzündungen etc. deutlich erhöht sein und eine Übertragung des HI-Virus ermöglichen. Sexuell übertragbare Krankheiten verursachen oftmals im Anfangsstadium keine Schmerzen. Armin Schafberger erläutert, dass Syphilis und Herpes in diesem Kontext relevante STDs sind.

Herpesviren verursachen z.B. offene Stellen auf der Schleimhaut. Das Herpesvirus ist in seinem aktiven Stadium sehr ansteckend. Es sollte in jedem Fall ein Kondom benutzt werden. Chlamydieninfektionen gehören ebenfalls zu den sehr häufigen sexuell übertragbaren Erkrankungen. Auch hier ist ein Kondom Pflicht. Das Risiko einer Syphilis-Infektion steigt bei häufig wechselnden Sexualpartnern und -partnerinnen und ist ein häufiges Thema in der Beratungsarbeit. HIV-positive MSM (Männer, die Sex mit Männern haben) sind stärker von STDs betroffen als HIV-negative.

Das Robert Koch-Institut empfiehlt vierteljährliche Untersuchungsintervalle für Personen mit zwei oder mehr Sexualpartnern/ -partnerinnen pro Monat. Im Allgemeinen werden jährliche bis



halbjährliche Untersuchungen empfohlen. Die Kosten zur Früherkennung werden von den Krankenkassen nur übernommen, wenn ein klinischer Verdacht für eine Infektion vorliegt.

### ➔ Welche Veränderungen ergeben sich in der Praxis für Berater und Beraterinnen und die Präventionsarbeit?

### ➔ „Wie sehen unsere Möglichkeiten der Prävention aus?“

- Die Beratungsstelle soll Klienten und Klientinnen unterstützen, den „richtigen Arzt“ (Fachärzte/ -ärztinnen, HIV-Behandler/ -innen, Fachambulanzen) zu finden.

- Beraterinnen und Berater sollen auf jährliche Untersuchungen zur Durchführung aller wichtigen Tests hinweisen.

- Es ist bei der Beratung immer wieder darauf hinzuweisen, dass Kondome nur dann einen Schutz bieten, wenn sie richtig angewendet werden.

➔ **„Was ist nach der EKAF-Information neu, was ist alt in der Beratung?“**

- Partnerschaft → alt
- Treue → alt → neu
- Sexualität → alt
- STD → alt → neu
- Kommunikation → alt
- Vertrauen → alt

Die Themen Treue und STD bekommen in der Partnerschaft eine andere Bedeutung. Die Wahrnehmung für den eigenen Körper und den Körper

des Partners/ der Partnerin treten wieder mehr in den Vordergrund.

➔ **Wie äußern sich Klientinnen und Klienten zur EKAF-Veröffentlichung:**

- „Jetzt kommt wieder etwas Neues. Kann man der Kommission glauben, kein Kondom zu benutzen?“
- „Wir haben schon so viel erlebt und sind skeptisch.“
- „Warten wir erst mal ab.“
- Skepsis und Verunsicherung sind immer noch weit verbreitet. Spezielle Ereignisse, z.B. ein geplatztes Kondom, werden als nicht mehr so belastend in der Beziehung empfunden.



➔ **Es wird die Frage diskutiert, ob die Beschneidung des Mannes im Sinne der Prävention sinnvoll ist:**

- Durch die Beschneidung wird die Schleimhautoberfläche des Penis verringert und der Bereich der Vorhaut, der reich an HIV-Zielzellen ist entfernt. Außerdem treten nach einer Beschneidung STDs (vor allem in Afrika) seltener auf.
- Beschnittene Männer haben beim vaginalen Verkehr mit einer HIV-positiven Frau ein geringeres Risiko, sich mit HIV zu infizieren, als unbeschnittene Männer.

➔ **Welche gesellschaftlichen Chancen und Risiken ergeben sich für positive Menschen?**

- Auf die Frage, was man als Positiver von EKAF erwarten könne, äußert ein Teilnehmer: „In erster Linie Sicherheit für den Partner.“
- Die Entscheidung, ob das „feste Paar“ auf das Kondom verzichtet, obliegt dem HIV-negativen Partner. Die Unsicherheit und die daraus resultierende Angst löst EKAF in der Partnerschaft allerdings nicht! Der HIV-negative Partner ist mit EKAF jetzt in seiner Entscheidung mehr gefordert als vorher.
- Die Entscheidung, ob das „feste Paar“ auf das Kondom verzichtet, obliegt dem HIV-nega-

➔ **Das Kondom bekommt in der Partnerschaft einen anderen Stellenwert und damit auch die bekannten Vorteile von Kondomen:**

- Das Kondom kann das Risiko einer Ansteckung mit STDs reduzieren.
- Das Kondom bietet Schutz vor einer ungewollten Schwangerschaft.
- Achtung: Kondome müssen qualitativ geprüft sein. Öl- und fetthaltige Gleitmittel beeinträchtigen das Kondom.



## Resümee

Die EKAF-Information bedeutet, eine individuelle und sorgfältige Entscheidung zu treffen und daraus resultierenden Folgen abzuwägen. Obwohl deutlich wird, dass HIV-positive Menschen noch skeptisch und verunsichert reagieren, entschärft EKAF die Angst vor einer Übertragung.

In der Partnerschaft und Beratung erhalten Themen wie Treue und sexuell übertragbare Krankheiten eine andere Bedeutung. Das intensive und gemeinsame Gespräch mit Paaren ist wieder mehr gefragt. Die Chance ist, dass die Beziehung zwischen Klient und Beratungsstelle intensiviert wird. Die individuelle Beratung ermöglicht es langfristig, Erfolge dauerhaft zu optimieren.

Die EKAF-Information macht die Prävention komplexer. Prävention rückt als Thema wieder stärker in den Vordergrund.

Frühzeitige Erkennung und Behandlung tragen dazu bei, die Weiterverbreitung von Infektionskrankheiten einzudämmen. Deswegen ist die STD-Inzidenz und -Prävalenz in Ländern mit einem gut funktionierenden Gesundheitssystem generell niedriger als in Ländern mit schlechterer Versorgung. □



# Diskriminierung und (Selbst-) Stigmatisierung

---

*„Dieses Theater mit dem Verstecken. Ich bin aidskrank, na und!“*

Tina, HIV-positiv

Referentin: **Lena Arndt**, Diplom-Sozialarbeiterin, AIDS-Hilfe Paderborn e.V. und Vorstand der AIDS-Hilfe NRW e.V.

## Einleitung:

HIV wird immer besser behandelbar. Die Therapieoptionen erweitern sich jedes Jahr um mehrere, immer potentere Medikamente. Die Medizin spricht von einer durchschnittlichen Überlebenszeit von mindestens 30 Jahren und von einer chronischen Erkrankung.

Trotz dieser Fortschritte ist ein HIV-positives Testergebnis immer noch ein einschneidendes, schockierendes und überaus dramatisches Erlebnis für die betreffende Person und ihre An- und Zugehörigen. Ein offener Umgang mit der Infektion ist nach wie vor oft mit gesellschaftlichen, meist negativen Folgen verknüpft. Auch wenn in den letzten Jahren viel über die Normalisierung von Aids im Sinne einer chronischen Erkrankung gesprochen wurde, so ist eine HIV-Infektion für große Teile unserer Bevölkerung noch immer ein Stigma und HIV-positive Menschen erfahren eine Reihe von Diskriminierungen.



Referentin: Lena Arndt

## Diskriminierung

Das Wort Diskriminierung, (lat.: discriminare = trennen, absondern, unterscheiden) bezeichnet eine unterschiedliche Behandlung bzw. trennende Klassifizierung von Subjekten oder Objekten und Menschen. Der Begriff Diskriminierung bezeichnet sowohl in den Sozial- und Rechtswissenschaften als auch umgangssprach-

lich die soziale und gruppenspezifische Benachteiligung oder Herabwürdigung von Einzelnen oder Gruppen.

Ausgangspunkt jeder Diskriminierung ist die Bewertung von Menschen anhand von tatsächlichen oder zugeschriebenen spezifischen Merkmalen:

- das Geschlecht oder die sexuelle Orientierung
- die Herkunft, Abstammung, Hautfarbe oder Ethnie
- religiöse oder politische Anschauung
- körperliche oder geistige Fähigkeit und körperliche Erscheinungsbilder
- die soziale Herkunft, Sprache oder auch das Alter eines Menschen



Diskriminierung in Bezug auf HIV/Aids zeigt sich in vielen verschiedenen Facetten:

## Menschen mit HIV und Aids

- ➔ werden aus ihrer beruflichen Tätigkeit ausgeschlossen und sozial isoliert
- ➔ erleiden physische Gewalt
- ➔ erleben Trennung und Scheidung
- ➔ wird die Einreise in bestimmte Länder verwehrt
- ➔ werden von bestimmten Versicherungen ausgeschlossen

Menschen, die mit dem HI-Virus leben, sind oft einem komplexen Prozess der Diskriminierung ausgesetzt. Sie werden nicht nur wegen ihres

HIV-Status diskriminiert; Frauen, die HIV-positiv sind, werden oft gleichzeitig wegen ihres promiskuitiven Verhaltens verurteilt.

## Stigma

Stigma ist definiert als die Eigenschaft einer Person, die zutiefst diskreditierend ist. Ein Individuum besitzt ein Merkmal, z.B. eine HIV-Infektion, dass sich der Aufmerksamkeit aufdrängen und bewirken kann, dass wir uns bei der Begegnung von der Person abwenden. Sie hat ein Stigma, das heißt, sie ist in unerwünschter Weise anders, als wir es antizipiert haben. Dies wird besonders bei HIV-positiven Frauen deutlich. Von ihnen erwarten wir nicht, dass sie infiziert sind. HIV ist immer noch in den Köpfen der Menschen die „Männerseuche“, die Krankheit Afrikas, die Krankheit der „Fremdgeher“, aber nicht die von Frauen in Deutschland. Stigma bezieht sich auf Relationen und kann sich erst in sozialen Beziehungen darstellen. Es geht nicht um das Merkmal selbst, sondern um die negative Definition des Merkmals bzw. dessen Zuschreibung. Das Merkmal selbst, die HIV-Infektion, ist heute in Deutschland aus individueller Sicht kein Todesurteil mehr und stellt aus epidemio-

logischer Sicht auch keine gesamtgesellschaftliche Bedrohung mehr dar; trotzdem wird ihr dies zugeschrieben.

Stigmatisierung bezeichnet die zu sozialer Diskriminierung führende Charakterisierung einer Person oder Gruppe. Das soziale Stigma als Brandmal kennzeichnet somit ein Auffälligkeitsmerkmal, das als Ausdruck der Abwertung Einzelner oder von Gruppen Ursache und Folge sozialer Randständigkeit sein kann. Dabei wird von einer vermeintlichen Normalität ausgegangen, von der abgewichen wird. Stigmatisierung führt oft zu Diskriminierung, bei der Menschen ungerecht behandelt und benachteiligt werden.

Stigmata wirken wie Vorurteile auf der Ebene der Einstellungen. Das heißt, es geht nicht um

tatsächliches Verhalten, sondern um eine gedankliche Konstruktion von Merkmalen. Stigmatisierte Personen werden bei gesellschaftlichen Interaktionen oft primär über dieses negativ assoziierte Merkmal wahrgenommen. Andere Merkmale, z.B. Charakter oder Bildungsstand, können dieses Stigma kaum kompensieren.



Diesem Prozess besonders hilflos ausgeliefert sind Menschen, die die zugeschriebene negative Bewertung selbst verinnerlicht haben oder allmählich verinnerlichen. „Ich hab ja selbst Schuld, dass ich HIV-positiv bin. Ich hab ja einen Mann aus Afrika“, so der Originalton einer Klientin von mir.

Zu den Folgen der Selbst-Stigmatisierung gehört, dass Frauen sich als defizitär erleben und

sich bemühen, die Infektion geheim zu halten. Weitere Folgen für viele HIV-infizierte Frauen sind: Kontaktverlust und Isolation auf der Ebene der gesellschaftlicher Teilhabe; Spannung, Unsicherheit und Angst auf der Ebene der Interaktion. Es drohen erhebliche Gefährdungen auf der Ebene der Identität der Frauen.

Diskriminierung und Stigmatisierung erschweren in erheblichem Maß die Möglichkeiten, ohne Scham und Angst über die Themen HIV und Aids zu reden und verhindern somit wirksame Präventionsstrategien (Aufklärung, Beratung, Therapie). Die moralischen und ethischen Aspekte von HIV, z.B. außerehelicher Geschlechtsverkehr, sind wichtige Fragen an sich. Es gibt jedoch gute Argumente dafür, sie nicht mit der HIV-Prävention zu vermischen. Die HIV-Infektion wird nicht durch wechselnde Sexualpartner oder -partnerinnen hervorgerufen, sondern durch die Übertragung eines Virus von einem Menschen auf einen anderen. Das Risiko der Infektion wird durch Partnerwechsel und ungeschützten Sexualverkehr erhöht und ist zudem wesentlich abhängig von der HIV-Prävalenz.

Menschen sind HIV-infiziert oder betroffen von HIV, ohne dass hier nach „Schuld“ gefragt oder ihr Verhalten verurteilt werden sollte.

Stigmata, Diskriminierung und Ablehnung führen zu individuellem Leid für die Menschen, denen sie entgegengebracht werden. Sie sind zudem ein überaus schädliches Hindernis im Kampf gegen HIV, da sie die nötige Offenheit in der Auseinandersetzung mit der Epidemie verhindern.

Stigmatisierung und Tabuisierung von HIV/Aids bedeuten, dass Menschen HIV verdrängen und die Auseinandersetzung damit scheuen. Die Verdrängung führt zu einem Schweigen über HIV, das seinerseits ein wesentliches Hindernis für die Prävention ist. Durch die Überwindung der Verdrängung werden Möglichkeiten eröffnet, ge-

gesellschaftliche Ungleichheiten und Tabuthemen anzusprechen und gesellschaftliche Erneuerung zu schaffen.

Schweigen umgibt häufig auch die Bereiche Sexualität und Tod, die auf das engste mit HIV verknüpft sind. Sie sind in nahezu jeder Gesellschaft mit einem gewissen Tabu belegt und können, zumindest in öffentlichen Diskussionen, nicht einfach angesprochen und genannt werden. Es gab in den meisten Gesellschaften „Risiken“ des Sexualverkehrs, wie sexuell übertragbare Krankheiten und ungewollte Schwangerschaften. Jedoch sind beides keine tödlichen Bedrohungen. Zudem wird durch HIV gerade das Thema Sexualität sehr negativ belegt, da der eigentlich lebensspendende Sexualverkehr durch HIV mit dem Risiko des Todes verbunden wird.

Und hier haben Sie mich wieder als Paderbornerin: Auch die Kirchen müssen ihre Botschaften über Sexualität in vielen Bereichen kritisch hinterfragen. Sexualität sollte als ein Geschenk Gottes dargestellt werden, mit dem Menschen verantwortungsvoll umgehen müssen. Eine solche Bewusstseinsänderung wird dann auch in anderen Bereichen, etwa der Selbstbestimmung der Frauen, förderlichen Einfluss haben.

Die Prävention sollte keine negativen Botschaften über Sexualität vermitteln. Von zentraler Bedeutung in der Prävention ist, dass der Kreis von Stigma – Ablehnung – Verdrängung durchbrochen wird. Das „Schweigen zu brechen“ ist zu einem zentralen Begriff vieler Diskussionen und Programme geworden. Adäquate Strategien müssen an die spezifischen Verhältnisse in einem Land, einer Gemeinde usw. angepasst sein.

Ich hätte Ihnen so gerne einen Mitschnitt der Anfangsrunde des letzten Vernetzungstreffens für positive Frauen in Westfalen im September dieses Jahres mitgebracht. Doch leider habe ich diese Möglichkeit nicht. Zum einen weil es die

Frauen nicht gewollt hätten, zum anderen, weil es IHR Ariadnetag ist und kein Mikro stören soll.

Eine Frau, nennen wir sie beim Namen, denn das ist ihr wichtig: Tina sagte, nein, sie regte sich darüber auf, dass der Apotheker ihr die Medikamente immer verpackt über den Tresen gebe. „Das sind ganz normale Medikamente. Die kann ich einfach in meinen Korb legen und dann sind sie da. Dieses Theater mit dem Verstecken. Ich bin aidskrank, na und! Das ist eine ganz normale Krankheit. So ein Quatsch mit der Heimlichkeiterei!“ Stigmatisierung und was frau selbst dazu tun kann, wenn sie erst einmal die Krankheit als Teil ihres Lebens akzeptiert hat, sind für Tina keine Frage.



## Resümee

Menschen mit HIV und Aids werden auch heute noch diskriminiert und stigmatisiert. Menschen, die eine zugeschriebene negative Bewertung verinnerlichen, sind diesen Prozessen besonders hilflos ausgeliefert. Die Folgen für viele HIV-infizierte Frauen sind: Kontaktverlust und Isolation auf der Ebene gesellschaftlicher Teilhabe; Spannung, Unsicherheit und Angst auf der Ebene der Interaktion. Die Ebene der Identität ist bedroht.

Von zentraler Bedeutung ist es, den Umgang mit stigmatisierenden Prozessen zu reflektieren, um alternative Handlungsschemata entwickeln zu können. □



# Workshop

---

## „Es ist ein Instrument konkreten sozialen Wandels.“

Augusto Boal über das Teatro do Oprimido

Referentin: **Stephanie Lehmann**, Theaterpädagogin  
und Schauspielerin, Duisburg

Moderation: **Heike Gronski**, Aids-Hilfe Bonn e.V.

### Einleitung:

Die Teilnehmerinnen erhalten im Workshop die Möglichkeit, sich selbst als Spiegel von sozialen Interaktionen zu sehen. Damit soll die Vielfältigkeit von Umgangsweisen mit stigmatisierenden und diskriminierenden Szenen und Erlebnissen erfahrbar gemacht werden.

Die Theaterpädagogin Stephanie Lehmann arbeitet in dem Workshop mit der Methode des Forumtheaters/ Theater der Unterdrückten. Der Brasilianer Augusto Boal entwickelte diese Form des Theaters, um die Realität durch das Theater zu verändern und soziale Probleme zu lösen.

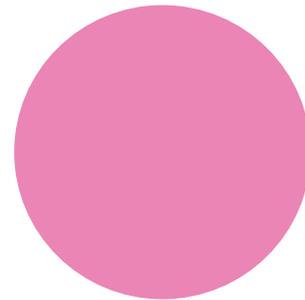
(Anmerkung: Es wurde während dieses Workshops nicht fotografiert. Die in diesem Teil der Dokumentation gezeigten Fotos stellen keine Original-Szenen aus dem Workshop dar.)



Referentin: Stephanie Lehmann, Moderatorin: Heike Gronski

Am Workshop nehmen insgesamt zwölf Teilnehmerinnen teil. Nach einer ersten Vorstellungsrunde wird das „Warming-up“ durch theaterpädagogische Übungen fortgesetzt. Die Teilnehmerinnen erhalten danach Zeit, sich an eigene Erlebnisse zu erinnern, in denen sie sich diskriminiert oder stigmatisiert gefühlt haben. Von den Teilnehmerinnen werden drei Beispiele ausgewählt, die anschließend mit Unterstützung der Theaterpädagogin szenisch umgesetzt werden.

Stephanie Lehmann erläutert, dass beim Forumtheater zuerst die Szene mit negativem Ausgang entwickelt wird. Zuschauer können sich in die Szenen einwechseln lassen. Durch das Auswechseln der Protagonistin wird die Möglichkeit genutzt, der Situation eine neue Wendung zu geben. Es werden vernachlässigte Ressourcen aktiviert und eine Veränderung möglich.



## Beispiel

Eine HIV-positive Frau ist erwerbsunfähig und berentet. Sie ist auf der Suche nach einem Teilzeit-Job. Der bevorstehende Besuch bei der Agentur für Arbeit verunsichert sie. Sie hat Angst vor negativen und ablehnenden Reaktionen des Sachbearbeiters oder der Sachbearbeiterin. Sie

befürchtet, dass sie dazu gedrängt wird, mitzuteilen, dass sie HIV-positiv ist. Von anderen Menschen hat sie gehört, dass die Angestellten nicht besonders feinfühlig vorgehen und sehr beharrlich nachfragen. Das verstärkt ihre Angst.



## Szene 1

Zögernd betritt eine dunkelhaarige Frau das imaginäre Büro der Arbeitsagentur. Sie wirkt unsicher und setzt sich auf den ihr zugewiesenen Stuhl. Die Beraterin der Arbeitsagentur fragt mit forscher Stimme nach: „Sie sind schwerbehindert und berentet und haben im Erhebungsbogen geschrieben, dass Sie keine Einschränkung haben? Das passt doch nicht zusammen! Ich möchte jetzt schon gerne wissen, warum Sie schwerbehindert sind, und mit welchen Einschränkungen das verbunden ist.“ Mit leiser Stimme antwortet die Klientin, dass sie über ihre Erkrankung nicht sprechen möchte. Die Beraterin bleibt stur und hakt nach. Die dunkelhaarige Frau wird im Laufe des Gesprächs immer unsicherer und die Mitarbeiterin des Arbeitsamts beendet das Gespräch mit den Worten: „Also wenn Sie mir nicht sagen, was sie haben, kann ich Sie nicht vermitteln.“ Ohne Antwort oder Ergebnis verlässt die junge Frau die (Bühne) der Arbeitsvermittlung.



## Szene 2

Die Besucherin der Arbeitsagentur, die sich um einen Teilzeit-Job bewerben möchte, wird ausgewechselt mit einer Akteurin, die bestimmter und selbstbewusster auftritt.

Ein kräftiges Klopfen an der Tür erklingt und eine Frau kommt in das imaginäre Büro der Arbeitsagentur. „Guten Morgen“ sagt sie laut und setzt sich, ohne die Aufforderung der Mitarbeitern abzuwarten, auf den Stuhl vor den Schreibtisch. Mit deutlicher Stimme trägt sie in kurzen knappen Sätzen ihr Anliegen vor. Sie sei berentet und beabsichtige in einem Umfang von 15 Stunden zu arbeiten. „Warum sie berentet sei?“ fragt die Angestellte der Arbeitsagentur. Dazu möchte sie nichts sagen, antwortet die HIV-positive Frau

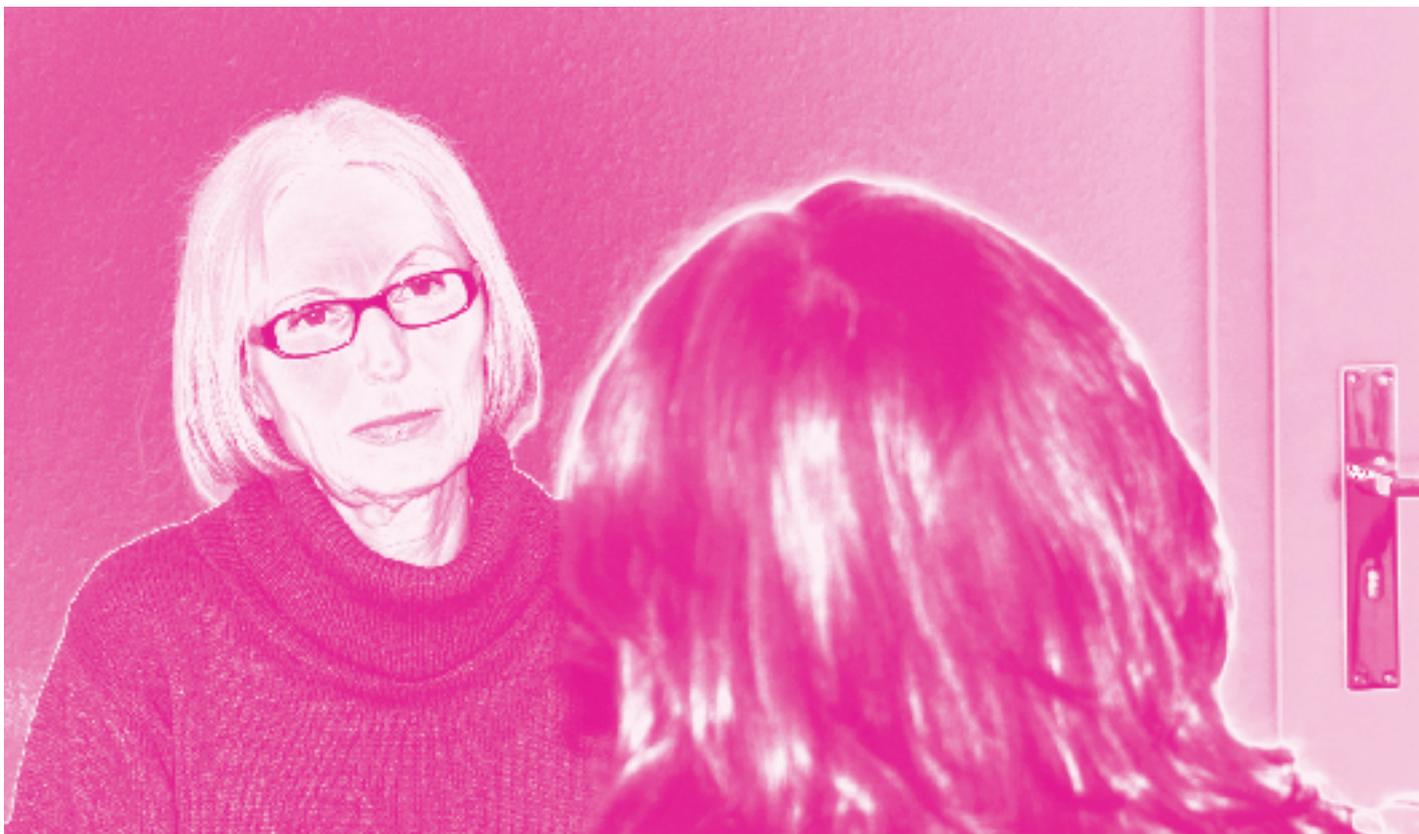
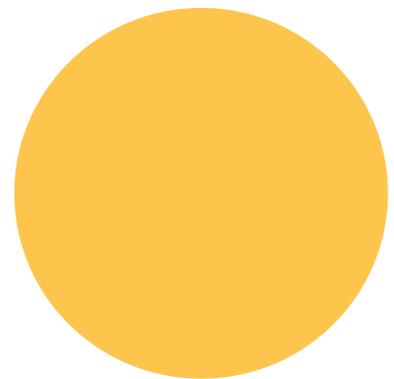
und erklärt in aller Ruhe: In meinem alten Job als Lehrerin kann ich nicht mehr arbeiten, aber eine reduzierte Zeit von 15 Stunden ist für mich gut machbar. Es sollte Ihnen doch möglich sein, etwas zu finden!“ Die Sachbearbeiterin nimmt die Personalien und Daten auf und erklärt: „Nun ja, dann werde ich Sie informieren, wenn ich ein geeignetes Angebot für Sie habe.“

## Resümee

Die Gruppe diskutiert im Anschluss die zwei unterschiedlichen Verhaltensweisen und sieht einen Zusammenhang von der ersten verunsicherten, ängstlichen HIV-positiven Frau und der „sich aufspielenden“ Beraterin. Die Klientin verhält sich passiv und wird zum Objekt der Situation. Der Gestaltungsspielraum verengt sich für sie. Die Sachbearbeiterin hat die Situation „in der Hand“. Sie wird im Verlauf des Gesprächs immer dominanter und gestaltet die Situation.

In der zweiten Szene gestaltet die HIV-positive Frau die Situation mit. Sie ist aktiv und tritt klar und selbstbewusst auf. Sie hat das Ziel vor Augen, dass sie 15 Stunden arbeiten möchte (und nicht, dass sie einen positiven HIV-Status hat). Das Beispiel zeigt sehr deutlich, dass es in

Situationen mit ähnlichen Voraussetzungen (hier sind beide arbeitssuchende Frauen HIV-positiv) Gestaltungsspielräume gibt. Durch die Nutzung von persönlichen (ggf. noch unentdeckten) Ressourcen und die Änderung von gewohnten Verhaltensmustern und Einstellungen sind Veränderungen möglich. □



# Podium: Zukunft POSITIV gestalten! \_\_\_\_\_

## *Altersvorsorge und Absicherung*

Referent: **Holger Grönig**, Fachberater für  
Finanzdienstleistungen, Berlin

Moderatorin: **Anja Buchmann**, Journalistin, Köln

### Einleitung:

Trotz der verbesserten Therapien und der längeren Lebenserwartungen haben Menschen mit HIV und Aids nur sehr begrenzt einen Zugang zu Versicherungen. Damit eine „Zukunft positiv gestaltet werden kann“, benötigen HIV-Positive eine ausreichende finanzielle Absicherung, insbesondere im Alter. Zum Abschluss der Fachtagung befragt die Journalistin Anja Buchmann Holger

Grönig aus Berlin zu diesem Thema. Holger Grönig ist Fachberater für Finanzdienstleistungen. Sein Schwerpunkt sind Versicherungen für chronisch kranke Menschen und in diesem Kontext auch für Menschen mit HIV.



Referent: Holger Grönig, Moderatorin: Anja Buchmann

Menschen mit HIV sind von vielen Versicherungen ausgeschlossen. So wird beim Abschluss einer Risikolebensversicherung, einer Berufsunfähigkeitsversicherung oder einer Unfallversicherung in den Anträgen nach dem Gesundheitszustand gefragt: „Wurde bei Ihnen ein positiver

HIV-Status festgestellt?“ In diesem Fall kann die gewünschte Versicherung nicht mehr abgeschlossen werden.

## ➔ Thema: Berufsunfähigkeitsversicherung

Viele Menschen denken, dass eine Absicherung der eigenen Arbeitskraft in einer Berufsunfähigkeitsversicherung nicht möglich ist, wenn man HIV-positiv ist. Es ist aber möglich, eine Berufsunfähigkeitsversicherung auch im Rahmen der Betrieblichen Altersvorsorge zu versichern. An dieser Stelle ist die Branche in Bewegung

gekommen. Ein Versicherer verzichtet auf Gesundheitsfragen, wenn sich mindestens zehn Mitarbeiter eines Betriebes für eine betriebliche Altersvorsorge bei **diesem Versicherer** entscheiden.



Moderatorin: Anja Buchmann

## ➔ Thema: Rentenversicherung mit Beitragsbefreiung bei BU

Rentenversicherungen und Kapital bildende Lebensversicherungen können auch von Menschen mit HIV abgeschlossen werden. Die Versicherer bieten die Möglichkeit, eine Beitragsbefreiung im Falle einer Berufsunfähigkeit mit einzuschließen. Diese Berufsunfähigkeitszusatzversicherung (BUZ) ist bei vielen Gesellschaften mit stark verkürzten Gesundheitsfragen möglich. Bei manchem Anbieter auch ohne Gesundheitsbefragung.

## ➔ Thema: Risikolebensversicherung

Eine Risikolebensversicherung dient der Absicherung der Hinterbliebenen. Manche Banken fordern die Risikolebensversicherung auch zur Absicherung von Darlehen. Erste Versicherer sind nun hier auch bereit, chronisch Kranke einer genaueren Gesundheitsprüfung zu unterziehen und dann gegen Zuschlag zu versichern. □

(Die Ergebnisse des Podium-Gesprächs wurden zusammengefasst. Weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie auf der Homepage der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.)



# Impressum

## Dokumentation \*

Fachtagung: „Zukunft POSITIV gestalten! Frauen und Aids im Jahr 2008“  
am 14. November 2008 in Duisburg

\* Die Dokumentation erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

## Herausgeber

AIDS-Hilfe NRW e.V.

Lindenstraße 20 • 50674 Köln

Fon: +49 (0)221 - 925996 - 0 • Fax: +49 (0)221 - 925996 - 9

Mail to [info@nrw.aidshilfe.de](mailto:info@nrw.aidshilfe.de)

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



## Redaktion

Petra Hielscher

Petra Hammen

## Fotos

Sandra Borgers

## Grafik

Hagen Rehborn, Köln

## © AIDS-Hilfe NRW e.V. 2008

Die AIDS-Hilfe NRW e.V. ist als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt.

Spenden und Fördermitgliedsbeiträge sind steuerlich abzugsfähig.

Spendenkonto:

Bank für Sozialwirtschaft

Konto: 811 76 00

BLZ: 370 205 00



**xxelle**

Initiative Frauen und Aids in NRW

[www.xxelle-nrw.de](http://www.xxelle-nrw.de)

