

Harriet Langanke

Warum ich mich nicht auf HIV testen lasse

Ein Kommentar

Der Beitrag ist eine gekürzte und übersetzte Fassung der Polemik „Why I don't test for HIV“, die Harriet Langanke im Vorfeld der 18. Internationalen Aids-Konferenz 2010 für die Internet-Plattform Open Democracy verfasst hat. (www.opendemocracy.net/harriet-langanke/why-i-dont-test-for-hiv)

Es lebt sich gut in Deutschland. Auch mit HIV. Wer hier krankenversichert ist, hat Zugang zu einem der weltweit besten medizinischen Systeme. Ich lebe in diesem Land und arbeite hier seit 1991 im HIV-Bereich. Ich weiß, wo es anonyme und kostenlose HIV-Tests gibt und wo ich im Ernstfall medizinische und psychologische Hilfe bekomme. **Trotzdem lasse ich mich nicht auf HIV testen.**

In meiner Arbeit mit HIV-positiven Frauen werde ich oft gefragt, ob ich selbst auch HIV-positiv sei. Meine Antwort lautet – wie die der allermeisten Menschen: „Ich weiß es nicht.“ Die meisten unterstellen dann einfach, ich sei negativ, denn schließlich wüsste ich ja durch meine Arbeit Bescheid und gehörte auch nicht zu einer „Risikogruppe“. Dabei vergessen sie, dass eine HIV-Infektion nur selten von einer Gruppenzugehörigkeit abhängt – viel öfter vom Risikoverhalten. Und was wissen Andere schon über mein Verhalten? Hundertprozentige Sicherheit gibt es nicht und so war ich vermutlich mehr als einmal dem Risiko ausgesetzt, mich

mit HIV anzustecken. **Trotzdem lasse ich mich nicht auf HIV testen.**

Der Grund dafür, dass ich keinen Test machen lasse, ist weniger medizinisch als vielmehr sozial. Denn ich fürchte vor allem das mit einer Infektion verbundene Stigma. Ich kenne zu viele Menschen, die wegen ihrer HIV-Infektion diskriminiert werden: Da ist diese junge Frau, die gedrängt wird, ihre Schwangerschaft abzubrechen. Oder dieser Mann, dessen Akte auf dem Arbeitsamt mit den Worten „Achtung Aids“ markiert ist. Oder die Sängerin, die zu einer Bewährungsstrafe verurteilt ist, weil einer ihrer Partner sich bei ihr angesteckt hat.

Es gibt noch mehr Beispiele, die mich darin bestärken, mein Recht auf Nichtwissen zu verteidigen. Mein Nichtwissen schützt mich vor Reisebeschränkungen in manchen Ländern. Es schützt vor der Ablehnung durch meine Versicherungsgesellschaft. Und es schützt mich vor Kampagnen, die behaupten, aufzuklären, aber in Wahrheit Menschen mit HIV ausgrenzen und kriminalisieren.

Ich habe also gute Gründe, mich nicht auf HIV testen zu lassen. Und dennoch – es fühlt sich auch falsch an. Meine KollegInnen und ich haben in der HIV-Arbeit gelernt, Menschen mit HIV nicht als Problem, sondern als Teil der Antwort auf HIV/Aids zu betrachten. Sie sind unsere besten Verbündeten, um HIV in Schach zu halten, sowohl bei der individuellen Therapie als auch bezogen

auf die öffentliche Gesundheit. Doch dazu müssen sie von ihrer HIV-Infektion wissen.

Wenn der HIV-Test eine Rolle in der HIV-Prävention spielen soll, muss es einen Wandel im sozialen Klima geben. HIV-Prävention muss für eine Gesellschaft arbeiten, in der Menschen, die mit HIV leben, keine Angst haben, stigmatisiert und ausgrenzt zu werden. Dazu muss sie Unterstützung und Respekt für Menschen mit HIV fordern und fördern. Das neue Aids, gut behandelbar und ohne akute Lebensbedrohung, bietet gute Ansätze dafür.

Wenn die Prävention das HIV-Stigma überwindet, gibt es in Deutschland einen Grund weniger, sich nicht auf HIV testen zu lassen.



Harriet Langanke ist Journalistin mit eigenem Redaktionsbüro in Köln. Als Expertin für Aids und andere sexuell übertragbare Krankheiten schreibt sie vor allem zu Themen der sexuellen Gesundheit. Sie arbeitet publizistisch für Print und Internet; sie gibt die DHIVA, ein Fachmagazin für Frauen und Aids heraus und war zehn Jahre lang in Bonn für die Deutsche Aids-Stiftung tätig, bis 2001 als Geschäftsführerin. Sie ist Co-Autorin von „Sexuell übertragbare Krankheiten. Ein Lesebuch für die Beratungspraxis“, 2003.

Viren, Bakterien & Co.

Zur Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten in Deutschland

Über sexuell übertragbare Krankheiten zu sprechen, ist in Deutschland nicht ganz einfach. Das liegt zum einen an den gesellschaftlichen Tabus, die mit Sexualität und Krankheit verbunden sind. Das hängt aber auch mit komplizierten Begrifflichkeiten, komplexen Sachverhalten und unübersichtlichen Strukturen zusammen. Die Autorin beschreibt den Ist- und Sollzustand.

Was früher die griffige, aber unpräzise und oft diskriminierend verwendete Bezeichnung „Geschlechtskrankheit“ trug, wird heute von den Fachleuten mit den Buchstaben STD (für sexually transmitted disease) oder STI (sexually transmitted infection) abgekürzt. Hinter diesen Akronymen verbergen sich mehrere Dutzend Krankheitserreger, vor allem Viren und Bakterien. Nicht alle diese Erreger machen sich immer durch Symptome bemerkbar – trotzdem können sie beim Sex übertragen werden.

Der fehlende Diskurs erschwert die Prävention

Das bekannteste sexuell übertragbare Virus, HIV, erhält seit den 1980er Jahren erhebliche mediale Aufmerksamkeit. Anderen Erregern, wie Gonokokken („Tripper“), Chlamydien oder *Treponema pallidum* (Syphilis), blieb diese Aufmerksamkeit weitgehend versagt. Der fehlende gesellschaftliche Diskurs über Infektionen

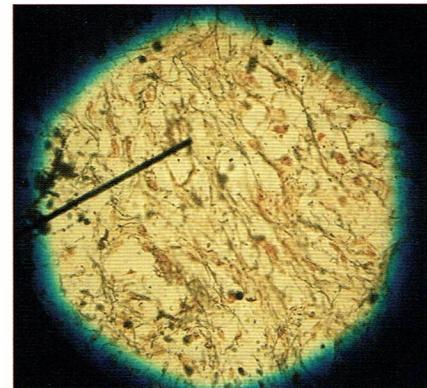
mit diesen und weiteren STD-Erregern erschwert die Prävention.

Doch Prävention ist nicht nur vom öffentlichen oder medialen Diskurs abhängig. Prävention braucht auch geeignete Strukturen, damit Wissen um STD/STI verbreitet und Maßnahmen zu ihrer Verhütung verbessert werden können.

Seit 2001 gilt in Deutschland das Infektionsschutzgesetz (IfSG). Ziel des Gesetzes ist, die Verbreitung übertragbarer Krankheiten – auch sexuell übertragbarer Infektionen – zu verringern, ihnen vorzubeugen, sie frühzeitig zu diagnostizieren und ihre angemessene Behandlung zu sichern. Paragraph 3 von Abschnitt 1 des Gesetzes formuliert ausdrücklich, dass „Information und Aufklärung der Allgemeinheit über die Gefahren übertragbarer Krankheiten und die Möglichkeiten zu deren Verhütung eine öffentliche Aufgabe“ sind.

Eine nationale Strategie gibt es in Deutschland nicht

Verschiedene Behörden, Ministerien und Einrichtungen auf Bundes- und Landesebene widmen sich dieser Aufgabe auf unterschiedlichen Ebenen. Aber auch Nichtregierungsorganisationen wie pro familia oder Aids-Hilfen leisten einen wichtigen Beitrag zur Prävention. Und natürlich trägt die medizinische Versorgung von der Diagnostik bis zur Therapie immens zur Prävention bei, sowohl für das Individuum als auch für die Gesellschaft („Public Health“). Denn frühe Diagnose und Behandlung können nicht



Treponema pallidum (Syphilis)

nur Komplikationen und Folgen verhindern, sondern verringern auch die Wahrscheinlichkeit, dass sich andere Menschen anstecken – zumal auch symptomlose Infektionen ansteckend sein können. Doch eine nationale Strategie und eindeutige Anlaufstellen für STI/STD-Fragen gibt es in Deutschland bislang nicht.

Für Laien ist es deshalb oft schwierig, sich zu orientieren. Wohin können sich Bürgerinnen und Bürger wenden, wenn sie Informationen brauchen oder sich auf eine STI testen lassen wollen? Wer ist wofür zuständig? Und wo finden sich die zuständigen Ärztinnen oder die passenden Ärzte?

Welche medizinischen Fachrichtungen zuständig sind, ob jemand einen Überweisungsschein braucht, direkt die Fachmedizin aufzusuchen kann oder besser zu einem Gesundheitsamt geht, hängt von vielen Bedingungen ab: dem Versicherungssatus, (gesetzlich, privat, gar nicht krankenversichert, womöglich kein

geregelter Aufenthaltsstatus?), dem Geschlecht und den Symptomen (Gynäkologie, Dermato-Venerologie, Urologie, andere?), sozialen Bedingungen und sexuellen Lebensweisen (zum Beispiel Sexarbeit). Es kommt in Deutschland bisher auf den konkreten Einzelfall an.

Geschlechtsspezifische Unterschiede berücksichtigen

Für eine Frau mit Ausfluss im Genitalbereich ist sicher eine gynäkologische Untersuchung angezeigt. Für einen Mann mit vergleichbaren Symptomen empfiehlt sich eher die Dermatologie oder Urologie. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede reichen aber noch weiter. Seit 2008 können sich Mädchen und Frauen unter 25 Jahren kostenlos einmal jährlich auf Chlamydien untersuchen lassen. Ein wichtiger Schritt, denn Eileiter können infolge einer Chlamydien-Infektion verkleben, das Resultat ist oft Unfruchtbarkeit. Ebenfalls seit 2008 gibt es die Empfehlung der Ständigen Impfkommission für Mädchen zwischen und 12 und 17 Jahren, nach der sie sich gegen bestimmte Humane Papilloma-Viren impfen lassen sollten. Einige dieser Viren können zu Gebärmutterhalskrebs führen, andere können sehr hartnäckige und lästige Warzen im Genitalbereich verursachen. GynäkologInnen können also Mädchen und Frauen über Chlamydien und HPV informieren, doch wie erreichen solche Informationen auch die jungen Männer?

Männer und Frauen benötigen Aufklärung und Schutz vor Infektionen schon, bevor sie Sexualität entdecken. Doch der Aufklärungsunterricht zu STI/STD beschränkt sich in den meisten Schulen und auch bei anderen Informationsangeboten für junge Menschen noch immer meist auf HIV und Aids.

Die Gesundheitsämter der Kommunen könnten hier ebenso eine wichtige Anlaufstelle sein wie die Beratungsstellen der pro familia oder anderer Nichtregierungsorganisationen. Für viele SexarbeiterInnen sind die STI/STD-Beratungsstellen der Gesundheitsämter bereits eine wichtige Adresse. Seit mit dem Infektionsschutzgesetz die fragwürdigen Zwangsuntersuchungen abgeschafft wurden, gibt es hier vertrauliche, anonyme und kostenlose STI-Tests, Beratung und weiterführende Informationen. Manche dieser Beratungsstellen tragen inzwischen sogar den Begriff „sexuelle Gesundheit“ im Titel.

Mit den speziellen STI/STD-Ambulanzen anderer Ländern lassen diese Stellen sich jedoch kaum vergleichen. Zumal bundesweit nicht alle Gesundheitsämter personell, fachlich und finanziell ausreichend ausgestattet sind. Und die wenigsten stehen – neben den SexarbeiterInnen – auch anderen Menschen offen, für die eine gute ärztliche Versorgung bei STI/STD besonders wichtig wäre, aber nur schwer oder gar unmöglich zugänglich ist: Junge Menschen, Kunden von SexarbeiterInnen, Männer, die Sex mit Männern haben, Menschen ohne Versicherung.

Viele Fortschritte erkennbar

Menschen mit Migrationshintergrund werden oft nicht nur durch unzureichende Versicherungen, sondern auch durch die komplizierten deutschen Versorgungsstrukturen sowie sprachliche und kulturelle Barrieren daran gehindert, sich Information und Hilfe zu STI/STD zu holen. Prävention muss nicht nur die Vielfalt sexueller Lebenswelten, sondern auch die Vielfalt kultureller Erfahrungen berücksichtigen, um MigrantInnen besser zu erreichen und sie in die Prävention einzubeziehen.

In den letzten Jahren sind in der medizinischen Behandlung von STI/STD viele Fortschritte gemacht worden. Vieles ist aber auch komplizierter und komplexer geworden. So zeigen sich bei der Therapie der Gonorrhoe vermehrt Resistenzen gegen bisher wirksame Medikamente.

Fortschritte und wachsende Vielfalt gibt es auch in der Prävention von STI/STD. Zum klassischen Männerkondom sind Impfungen gekommen, die zum Beispiel Infektionen mit Hepatitis A und B sowie einigen HPV-Typen verhindern können. Und mit der neuen Generation von Frauenkondomen können Frauen ihren Schutz selbst aktiver in die Hand nehmen.

Der Schlüssel liegt in der interdisziplinären Zusammenarbeit

Die komplexer werdenden Fragen stellen große Herausforderungen an die STI/STD-Prävention. Neutrale, unabhängige Informationen sind dabei von zentraler Bedeutung. Denn wenn beispielsweise nur die Pharma-Firmen über Nutzen und Risiken von Impfungen informieren, dann ist das ein ernstes Problem für die Prävention.

Ein weiterer Schlüssel zur besseren Aufklärung der Bevölkerung und zu gelingender Prävention liegt in der interdisziplinären Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure. Die Prävention zu HIV verdankt ihren Erfolg ganz wesentlich der Kooperation von staatlichen Stellen, Medizin, Aids-Hilfen, Medien und den betroffenen Menschen selbst. Es gilt, dieses gute Beispiel auch für andere STI/STD zu nutzen.

Harriet Langanke ist Journalistin mit einem eigenen Redaktionsbüro in Köln. (siehe auch Seite 16).