

HIV/Aids: Prävention, Behandlung und Begleitung im Wandel

Folgen für Soziale Arbeit und Gesundheitswesen aus der Sicht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes



Ursula Rieke

In Deutschland haben Aids-erkrankungen heute den Status einer chronisch behandelbaren Krankheit. Kombiniert mit verringerter Präsenz in den Medien und nachlassenden Präventionsbemühungen führt dies allerdings zu nachlassender Infektionsangst und sexueller Sorglosigkeit.

Die Neuinfektionszahlen steigen an. Das Gesundheitssystem und die Soziale Arbeit sind vor diesem Hintergrund für neue szenespezifische Präventionsansätze wie auch lebenslange psychosoziale Begleitung der Betroffenen mit Erhalt der Therapietreue gefragt.

Mit Aufkommen der Infektion wurden ab 1987 in allen Gesundheitsämtern bundesweit sogenannte Aids-Fachkräfte aus den Arbeitsfeldern Medizin, Psychologie und Soziale Arbeit eingestellt. Diese sollten der damals nicht behandelbaren und tödlichen Infektionserkrankung mit Prävention, anonymer Beratung, Testung und Betreuung Betroffener begegnen. Mangels

effektiver Therapien und „Hilflosigkeit“ in der medizinischen Betreuung entstanden regional interdisziplinäre Arbeitskreise, Beiräte, Gremien, die in gegenseitiger Wertschätzung der jeweiligen professionellen Kompetenzen inklusive Betroffenenkompetenz (Aids-Hilfen) nach Lösungsansätzen suchten. Daraus entwickelte sich eine eigene Kultur der Vernetzung mit anderen Institutionen und Professionen und ein enger Kontakt zu Betroffenen.

Es entstanden Präventionskonzepte auf der Basis von Eigenverantwortung, Wissen um Infektionswege und Schutzverhalten. Präventionsveranstaltungen wurden häufig gemeinsam mit Selbsthilfe in eindrucksvoller Form durchgeführt. Beonders die Gesundheitsämter boten kostenlose anonyme HIV-Beratung und Diagnostik an.

Ein ungewohntes Arbeitsfeld

Damit eröffnete sich für den Öffentlichen Gesundheitsdienst ein ungewohntes Arbeits- und Erfahrungsfeld im Sinne von New Public Health. Auf der Basis dieser neuen und vielversprechenden Ansätze, zielend auf Informationsvermittlung und Eigenverantwortung,

trat im Jahr 2001 das Infektionsschutzgesetz als Nachfolgegesetz des Bundesseuchengesetzes in Kraft.

Für die medizinische Versorgung entstanden HIV-Schwerpunktzentren. Eine bedeutsame und bis dahin einmalige Vernetzung von Selbsthilfe, Nicht-Regierungsorganisationen und Öffentlichem Gesundheitsdienst begleitete die Entwicklung der nächsten Jahre. Auf Bundesebene unterstützte die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die Prävention in vorbildlicher Weise mit Fortbildungen und Präventionsmaterialien. Auf Landesebene entwickelten sich eigene Strukturen. In Rheinland-Pfalz engagierte sich beispielsweise die Landeszentrale für Gesundheitsförderung (LZG) für Fortbildung und Informationsmaterialien. Die Patienten starben zu der Zeit durchschnittliche 1,5 Jahre nach Ausbruch von Aids und frühe Berentung und Sterbebegleitung waren wichtige Aspekte im professionellen Umgang. Interdisziplinäre Fortbildungen auch unter Einbeziehung Betroffener zeigten neue Dimensionen ärztlicher Kongresse und pflegten die gemeinsame Suche nach neuen Bewälti-

Literatur

Gözl, Jörg/Rockstroh, Jürgen (2001): **Compliance in der HIV-Therapie**. Bremen: Uni-Med.

Hoffmann, Christian/Rockstroh, Jürgen, Kamps, Bernd(Hrsg.) (2008): **HIV.NET 2008**. Steinhäuser Verlag Wuppertal.

Plettenberg, Andreas (2007): **Antiretrovirale Therapie bei HIV und AIDS – Faktoren des Therapieerfolgs**. Bremen: Uni-Med.

Robert Koch Institut (2009): **Epidemiologisches Bulletin 21/2009, HIV-Infektionen/Aids. Jahresbericht 2008**. Berlin.

Rosenbrock, Rolf (1986): **Aids und präventive Gesundheitspolitik**. Berlin: Wissenschaftszentrum für Sozialforschung.

SPI Forschung (2004): **Sexuell übertragbare Krankheiten – Ein Lesebuch für die Beratungspraxis**. Asanger Verlag Heidelberg.

gungsformen der Krankheit. Es gab eine große öffentliche Sensibilität für das Thema und die Bereitschaft finanzieller Förderung. Personalintensive Kommunikation war möglich und finanzierbar und auch Pharmafirmen sahen Beratungsstellen und Selbsthilfe als unterstützungswürdige Partner für die Organisation von Fortbildungen. Die Zahlen der jährlichen Neuinfektionen hielten sich mit etwa 2000 pro Jahr bis 2005 einigermaßen konstant und hatten weltweit Vorbildfunktion. Die geringe Zahl der Syphilisinfektionen als wichtige Markerkrankheiten wiesen auf ein hohes Maß an Schutzverhalten hin und bestätigten effektive Präventionskonzepte.

Seit 1995 wurden dann Therapiekombinationen mit einer lebensverlängernden Relevanz flächendeckend eingesetzt – zunächst nebenwirkungsreich und kompliziert in den Einnahmemodalitäten – Schritt für Schritt dann besser verträglich und wirksamer.

Aufgabengebiete ändern sich

Jetzt verlagerten sich die Aufgabengebiete der beteiligten Professionen: Die Schulmedizin profitierte von effektiven Testverfahren (PCR-Testung zur Viruslastbestimmung und Resistenztestung zur Überwachung von Therapieeffizienz und Einsatz wirksamer Therapiekombinationen) und nebenwirkungsärmeren Behandlungsmethoden, Entrentungen konnten in Einzelfällen initiiert werden. Die Testberatung und psychosoziale Betreuung der von HIV-/Aids Betroffenen änderte sich inhaltlich durch therapeutische Optionen und neue Lebensperspektiven.

Aus der Sterbebegleitung entwickelte sich eine Begleitung zum Leben mit dem Virus unter Therapie. Somit änderte sich das Aufgabengebiet der Sozialen Arbeit hin zu einem wichtigen Faktor für die Therapiemotivation und Lebensverlängerung.

Unter effektiver Therapie veränderte sich die Infektiosität der Betroffenen

bis hin zu den Schweizer Empfehlungen (2008), die unter definierten Überwachungsbedingungen sexuelle Kontakte mit nicht HIV-Infizierten (diskordante Partner) ermöglichen. Die Mutter-Kind-Übertragungsrate wurde dank therapeutischer Maßnahmen und Operationsempfehlungen auf unter zwei Prozent gesenkt. Postexpositionsprophylaxen (PEP) erwiesen sich als wirksame Maßnahme, vor allem bei berufsbedingten Risiken und werden heute ebenfalls durch Präexpositionsprophylaxen (PRÄP) bei Kinderwunsch ergänzt.

Seit 2005 steigen in Deutschland die Neuinfektionszahlen und die der Markerinfektionen wie Syphilis. Aids hat dank effektiver Therapien sein tödliches Gesicht verloren und ist zu einer chronisch behandelbaren Krankheit geworden. Das Risikoverhalten besonders in der homosexuellen Szene hat sich verstärkt und bedarf neuer Präventionsansätze. Reine Aids-Prävention

KURPARK-KLINIK

Bad Nauheim

Rehabilitation für die Indikationen der

- Urologie, onkologische Urologie
- Inneren Medizin / Nephrologie
- Orthopädie







Lage: Die Kurpark-Klinik ist sehr zentral in der alten Kurstadt Bad Nauheim direkt gegenüber dem Kurpark gelegen.

Ausstattung: Alle 268 Patientenzimmer sind als Einzelzimmer mit Dusche, WC, TV, Kühlschrank, Notrufanlage und überwiegend mit Balkon ausgestattet. Auf Wunsch können Begleitpersonen kostengünstig in Partnerzimmern untergebracht werden.

Der Service und das hotelartige Ambiente tragen ebenfalls zu einem angenehmen Aufenthalt bei.

Wir sind Kooperationspartner:
 Prostatakarzinomzentrum Marburg
 Universitätsklinikum
 Inkontinenzzentrum Bad Soden

Die Besonderheiten unserer Klinik

- **Fahrservice:** Kostenlos bei Hin- und Rückfahrt.
- **Barrierefreiheit:** Klinik ist barrierefrei und rollstuhlgerecht.
- **Hämodialysepatienten:** Können durch enge Kooperation mit ortsnahem Nierenzentrum aufgenommen und behandelt werden.
- **Frühzeitige Aufnahmen:** Urologische Patienten können bereits sehr frühzeitig nach einem operativen Eingriff aufgenommen werden.
- **Hochspezialisierte personelle und apparative Ausstattung:** So ist es möglich sehr schnell auf besondere therapeutische Anforderungen einzugehen.
- **Interdisziplinäre Behandlung:** Konzeptionell in besonderer Weise auf die Behandlung von multimorbiden Krankheitsbildern eingerichtet.
- **Psychoonkologische Betreuung**
- **Zentrum für Inkontinenz und Stomapflege**
- **EFL-Zentrum:** Leistungstests zur arbeitsbezogenen Rehabilitation

Infotelefon: 0209/17973-0 · www.reha.de
 Kurpark-Klinik, Kurstraße 41 - 45, 61231 Bad Nauheim






Entwicklungen der letzten 20 Jahre	
ab 1987	2009
Hiv-Testung hatte lediglich Schutzkonsequenzen und erforderte stützendes Beratungssetting	HIV-Testung eröffnet rechtzeitige Therapieoptionen/STD-Diagnostik wird mit angeboten/ Schnelltests werden eingesetzt Beratung hat weiterhin große Bedeutung
Wenig beeinflussbarer natürlicher Krankheitsverlauf mit geringer Lebenserwartung	Chronisch behandelbare Krankheit mit 30 Jahren Lebenserwartung und länger
Zaghafte nebenwirkungsbelastete Monotherapieansätze mit schneller Resistenzentwicklung und Therapieversagen	Effektive nebenwirkungsärmere Mehrfachkombinationstherapien Viruslastbestimmung und Resistenztestung möglich – lebenslange Therapie mit hoher Therapietreue (Adherence/ Compliance) nötig
Den Infektionsrisiken ausgeliefert bei beruflicher oder privater Exposition	Effektive Post- und auch Präexposition prophylaxe möglich
Schwangerschaftsübertragungsrisiko auf ungeborenes Kind bei 40 % (wie heute noch in Schwellenländern)	Bei Präexposition prophylaxe, effektiver Senkung der Viruslast liegt das Übertragungsrisiko auf ungeborene Kind selbst bei normaler Entbindung unter 2 %
Risikogruppen werden thematisiert	Risikoverhalten wird thematisiert
Reine HIV/Aids-Präventionskonzepte	Kondome gegen Sexuelle Risiken Kombinierte Aids/STD-Präventionskonzepte Kondome, Femidome, Dental Dams gegen sexuelle Risiken Szenespezifische Prävention
Sterbebegleitung	Lebensbegleitung/Complianceförderung
Zahlen der Neuinfektionen in Deutschland konstant	Seit 2005 Verdopplung der Neuinfektionen, derzeit auf höherem Niveau eher konstant
Unwissenheit und Ängste in der Allgemeinbevölkerung und bei medizinischem Fachpersonal bezüglich Übertragungsrisiken	Unwissenheit und Ängste in der Allgemeinbevölkerung und bei medizinischem Fachpersonal bezüglich Übertragungsrisiken
Schuldzuweisung und Diskriminierung	Schuldzuweisung und Diskriminierung

wird heute ausgebaut zu STD- (Sexually Transmitted Diseases) oder STI- (Sexually transmitted Infections) Prävention. Sie umfasst vor allem die Hepatitisformen, Syphilis und Tripper. Auch der Stellenwert der alleinigen HIV-Testung ändert sich zugunsten STD-Diagnostik mit ausführlicher Beratung. Der Schnelltest als Testmethode, die immer noch die Wartezeit von mindestens zehn Wochen nach dem Infektionsrisiko erfordert, wird derzeit vereinzelt eingesetzt und ist in Kombination mit einem gleich bleibenden Beratungsangebot ein echte Option.

Vieles hat sich in den letzten 22 Jahren geändert (siehe Tabelle), vieles wurde gelernt und doch gibt es Entwicklungsbedarf:

Die Infektiösität unter erfolgreicher Therapie ist gesunken. Die wertschätzende Zusammenarbeit der beteiligten Professionen hat Vorbildcharakter für den Umgang mit anderen Infektionskrankheiten. Dennoch verbleibt Aids gegenüber den anderen sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten (obwohl häufig infektiöser und auch zum Teil chronisch verlaufend wie Hepatitisformen) in einer Sonderrolle und erfordert weiter politische Unterstützung, neue Konzepte, interdisziplinäre Vernetzung/Ergänzung und finanzielle sowie personelle Ressourcen.

Die Diskriminierung Betroffener in der Gesellschaft und insbesondere in der medizinischen Versorgung aufgrund der unaufgeklärten Infektionsangst in der Bevölkerung ist unverändert das größte Problem und stellt die Professionen vor vergleichbare, schier unlösbare Herausforderungen genauso wie zu Beginn des Umgangs mit der Erkrankung. Diese Entwicklungsaufgabe verbleibt in unserer Gesellschaft und erfordert weiterhin hohes professionelles Engagement, Vernetzung und sensiblen Umgang mit einer Infektion, die nach wie vor stärker Schuld- und Sündenbock-assoziiert auftritt als jede andere Erkrankung.

■ *Prof. Dr. med. Ursula Rieke lehrt Sozialmedizin für Soziale Arbeit an der Katholischen Fachhochschule Mainz und leitet seit 1988 die Aids/STD Beratungs- und Untersuchungsstelle am Gesundheitsamt Montabaur, © rieke@kfh-mainz.de*