

Rede anlässlich des Jahresempfangs der Aidshilfe NRW

am 25.04.2013, 19.00 Uhr, MAX HAUS Düsseldorf

„HIV: Die besondere Infektion
Keine Diskriminierung im Gesundheitswesen!“

Sehr geehrte Frau Präsidentin,
sehr geehrte Landtagsabgeordnete,
sehr geehrter Herr Kayser,
sehr verehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen ganz herzlich für die Einladung und freue mich, anlässlich des Jahresempfangs der Aidshilfe NRW im Düsseldorfer Maxhaus einige Worte an Sie richten zu können.

Die Wahl als Redner ist auf mich gefallen, so denke ich, weil ich Mitglied des Kuratoriums der Aidshilfe NRW bin, für das ich mich seit der Gründung gerne engagiere. In das, was ich Ihnen vortrage, beziehe ich meine Erfahrungen als Arzt und Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Mitglied des Bundestages und Vorsitzender des Marburger Bundes ein.

Sehr geehrte Damen und Herren,

als 1981 die AIDS-Erkrankung anhand klinischer und immunologischer Charakteristika als neu aufgetretenes Krankheitsbild mit noch unbekannter Ätiologie erstmalig beschrieben wurde und sich schnell zu einer Pandemie entwickelte, sahen sich die Erkrankten – bestimmten Zielgruppen zugeordnet –

sehr schnell erheblichen sozialen Diskriminierungen ausgesetzt. Die zunächst noch unklare Lage im Hinblick auf die Entstehung und die genauen Infektionswege der Krankheit führte zu einer massiven Abwehrreaktion in der Bevölkerung. Denken wir nur an die verwendeten so unsäglichen Begriffe wie „Schwulenseuche“ oder „Junkiekrankheit“. Mit solchen Worten wurde die Vorstellung transportiert, dass die Krankheit in den allermeisten Fällen durch Lebenswandel und entsprechendes Risikoverhalten selbst verschuldet erworben worden wäre. Selbst führende Nachrichtenmagazine haben zu Beginn der AIDS-Epidemie auch in Deutschland – die erste Diagnose erfolgte hier 1982 – solche Vorurteile regelmäßig geschürt.

Da die Krankheit zunächst wegen ihrer gravierenden Spätfolgen der Immunstörung – unter Ausbleiben einer Therapie – entdeckt und in Erscheinung getreten ist, war sie von Anfang an mit einer unmittelbaren Todesgefahr verknüpft. Durch die negativen Folgen der Stigmatisierung durch andere und durch verinnerlichte Stigmatisierung kam es bei den Betroffenen zu Selbstvorwürfen aufgrund der Infektion, diese haderten mit ihrem Schicksal und fielen oftmals in tiefe Depressionen. Eine Aussicht auf Heilung war aufgrund fehlender Therapiemöglichkeiten zu diesem Zeitpunkt ja nicht gegeben.

Soziale Diskriminierungen können viele verschiedene Ursachen haben. Im Fall der AIDS-Infektion kam etliches zusammen. Die Aspekte potenzielle Übertragungsmöglichkeit, Unkontrollierbarkeit durch unklare Ätiologie und noch fehlende Behandlungsmöglichkeiten bis hin zur aktuellen Todesgefahr, die Auffassung der Selbstverschuldung durch risikoreiches und moralisch verwerfliches Verhalten und die mögliche „Sichtbarkeit“ der Erkrankung bei Fortschreiten der Infektion in das Stadium der AIDS-definierenden Erkrankungen, wie z.B. das Wasting-Syndrom, Kaposi-Sarkome oder AIDS-

definierende opportunistische Infektionen, die zu Tage treten, führten in ihrem Zusammenwirken von Beginn an zu einer komplexen HIV-bezogenen gesellschaftlichen Stigmatisierung insbesondere in den 80er Jahren. Viele HIV-Patienten waren wie neue Aussätzige.

Daraus ergab sich ein Teufelskreis. Man gehörte in der Regel ohnehin schon einer betroffenen so genannten „Randgruppe“ an, die sich durch gesellschaftlich negativ bewertete Merkmale von den übrigen Mitgliedern der Gesellschaft unterscheiden ließ. Man wurde schon deshalb sozial diskriminiert. Nun trat durch die Krankheit weitere Ausgrenzung und Randgruppenbildung hinzu. Diese gipfelte sogar in „Plänen für eine lebenslange, der Krankheit angemessene Quarantäne für Uneinsichtige“ (womit hier hauptsächlich Drogenabhängige und Prostituierte gemeint waren).

Anfangs galt AIDS in der öffentlichen Wahrnehmung ausschließlich als Problem der Angehörigen von vermeintlichen Randgruppen, wie Homosexuelle und Drogenabhängige. Nach der Entwicklung und Einführung von HIV-Tests und der Erkenntnis Mitte der 80er Jahre, dass einerseits die Ansteckungsgefahr bei heterosexuellem Geschlechtsverkehr deutlich höher war als zunächst angenommen und andererseits das Vorhandensein von Antikörpern bei Menschen ohne klinische Symptome zudem auch auf eine mehrjährige Inkubationszeit hindeutete, änderte sich diese Einschätzung auf dramatische Weise und das öffentliche Interesse wuchs zusehends. Aufgrund der Anzahl der Infektionen konnten HIV und AIDS nicht mehr nur als Minderheiten-Problem angesehen werden, sondern sie betraf grundsätzlich alle gesellschaftlichen Gruppen und sozialen Schichten.

Ein Jahr nach der Namensgebung des HI-Virus, im Jahr 1986, wurde mit der

antiretroviralen Substanz AZT (Retrovir, Zidovin) das erste Therapeutikum zugelassen. Durch die späteren intensiven Kombinationstherapien nahm die Sterberate in den USA Ende der 90er Jahre drastisch ab. Durch eine effektivere Behandlung von HIV-Infizierten mit neuen Medikamenten ist AIDS in Mitteleuropa heute sehr viel seltener geworden. Die mittlerweile gängige medikamentöse Kombinationstherapie durch gleichzeitige Einnahme mehrerer Medikamente (Highly Active Antiretroviral Treatment – HAART) befindet sich in einem kontinuierlichen Entwicklungsprozess, der die Ergebnisse für die Patientinnen und Patienten ständig verbessern hilft. Bei rechtzeitigem Therapiebeginn kann man aufgrund theoretischer Annahmen und vorliegender klinischer Erfahrungen davon ausgehen, dass die Erkrankten eine fast normale Lebenserwartung erreichen können.

Ihre schlimmsten Ausmaße hat die AIDS-Pandemie jedoch südlich der Sahara. 26 Mio. Menschen leben hier mit einer HIV-Infektion. In einigen Ländern hat sich durch die Immunschwächeerkrankung die Lebenserwartung um mehr als zehn Jahre gesenkt. Anders als in Europa und Nordamerika liegen hier die Hauptübertragungswege beim heterosexuellen Geschlechtsverkehr (50%) sowie bei infizierten Bluttransfusionen (5-10%). Die Übertragung des Virus von Schwangeren auf ihre Neugeborenen ist einer der wichtigsten Ansteckungswege. Für fast zwei Jahrzehnte blieb AIDS in vielen Teilen Afrikas ein Tabuthema, was zu einer ungehinderten Ausbreitung in dieser Zeit geführt hat. In Südafrika beispielsweise verzögerte sich die AIDS-Therapie durch das Leugnen des Zusammenhangs zwischen HIV und AIDS lange Zeit bis in die 2000er Jahre. In der damaligen Sowjetunion hingegen begann eine epidemische Ausbreitung erst Anfang der 90er Jahre zunächst fast ausschließlich unter Benutzern von Injektionsdrogen. Mit der sich ausbreitenden Drogensucht nach dem Zusammenbruch der Sowjetunion stieg die Zahl der

HIV-Neuinfektionen an. Heute ist die Ukraine von der Pandemie am stärksten betroffen. Eine nachhaltig erfolgreiche Bekämpfung von HIV/AIDS in Hochprävalenzländern lässt sich im Wesentlichen durch Änderungen im Sexualverhalten erreichen, wie die Erfahrungen einiger dieser Länder zeigen. Diese Erfolge sind jedoch nur mit finanziellen Mitteln durchführbar, die diese Länder nicht alleine aufbringen können, ganz abgesehen von einem ebenso unabdingbaren politischen Willen.

Diese zuvor genannten Beispiele weisen auf die Besonderheit des HI-Virus hin, welche aus epidemiologischer Sicht im Hinblick auf das weltweite Verteilungsmuster interessant ist: während sich die meisten Viren gleichmäßig schnell ausbreiten, war dies bei HIV anders. Nach einer vermutlichen ersten Übertragung in den 1920er oder 30er Jahren von Schimpansen auf den Menschen erfolgte eine Ausbreitung von Zentralafrika über Haiti bis in die USA in den 60er Jahren. Danach hat sich das Virus erst recht langsam innerhalb der heterosexuellen Bevölkerung ausgebreitet, bevor eine stärkere Verbreitung in der Hochrisiko-Gruppe der homosexuellen Männer erfolgte. Neben den USA gab es andere Länder, die von der Epidemie verschont geblieben schienen, wo sich dann aber später das Virus mit großer Geschwindigkeit ausbreitete, wie in Osteuropa und Asien Mitte der 90er Jahre.

Eine weitere Besonderheit des HI-Virus ist die hohe Mutationsrate, an der bisher die Forschungen um Impfstoffe, die die Bildung von schützenden Antikörpern gegen das verantwortliche Oberflächenprotein fördern sollten, scheiterten. Da das Virus darüber hinaus schnell Resistenzen gegen einzelne Medikamente entwickelt, hat sich die Kombinationstherapie HAART durchgesetzt. Im Verlauf der akuten Infektion bilden sich spezifische Antikörper gegen den Erreger, die beim AIDS-Test lebenslang nachweisbar bleiben, je-

doch anders als bei vielen anderen viralen Erregern keine effektive Infektabwehr zur Folge haben. Die antiretrovirale Therapie kann keine vollständige Eliminierung des Virus aus dem Körper und damit kurative Behandlung bewirken, sie kann jedoch die Lebenserwartung Infizierter, wie bereits ausgeführt, deutlich verbessern.

Durch breit angelegte Aufklärungskampagnen, beginnend mit der 1. Welt-AIDS-Konferenz 1985 in Atlanta, versuchte man damals einer Ausbreitung der Pandemie entgegen zu treten. Beachtlich ist dabei, dass erst 1987 der damalige US-Präsident Ronald Reagan offizielle Worte für die Pandemie fand, nachdem Elizabeth Taylor ihn zuvor aufgefordert hatte, das archaische Stigma („Krankheit von Homosexuellen“) aufzubrechen. Bis dahin waren bekanntermaßen bereits über 35.000 US-Bürger an der Infektion erkrankt und knapp 21.000 an ihren Folgen verstorben. Zu diesem Zeitpunkt war HIV bereits in weit über 100 Ländern festgestellt worden. 1991 wurde die rote Schleife international zum Symbol für den Kampf gegen AIDS. Die Menschen haben seither in hohem Maße Verantwortungsbereitschaft gezeigt, was die im Folgenden gesunkenen Infektionszahlen eindrucksvoll bewiesen haben.

Viele Aufklärungskampagnen, wie „Gib AIDS keine Chance“, viele Initiativen von Selbsthilfegruppen und auch die medizinisch wissenschaftliche Aufklärung haben es vermocht, mit dem Wissen über die Infektionswege, den Krankheitsverlauf und die sich entwickelnden therapeutischen Interventionsmöglichkeiten Unkenntnisse und Vorurteile abzubauen. Auch im Bereich der medizinischen Betreuung der Infizierten und Erkrankten hat es zahlreiche Initiativen gegeben, Wissen zu vermitteln, Sicherheit im Umgang mit den Patienten einzuüben und übertriebene Ängstlichkeit vor Übertragung und Ansteckung zu relativieren.

Diese Entwicklung ist der Grund, dass wir das Thema HIV heute mit mehr Optimismus sehen können – zumindest in den wirtschaftlich erfolgreichen Staaten. Die bisherigen Aktivitäten, der gemeinsame Umgang und die Annahme der Problematik haben zu einer völlig neuen Situation geführt, vergleichen mit den Anfängen der Pandemie in den 1980er Jahren. Heute stehen viele Betroffene offen zu ihrer Infektion („ja, ich habe HIV“) und haben vielfach auch den Respekt ihrer Familie, ihrer Freunde und ihres Arbeitgebers. Dies ist bereits gut gelungen, wenn auch nicht so umfassend, wie wir uns das alle wünschen. Beispielsweise müssen wir uns die Frage stellen, ob nicht die notwendige ausdrückliche Zustimmung des Betroffenen zu einem HIV-Test noch zeitgemäß erscheint, wenn wir das Verfahren mit dem Test auf eine Hepatitis B-Infektion vergleichen. Trägt diese Notwendigkeit der Einwilligung zur Testung nicht erst recht zu einer Aufrechterhaltung der Stigmatisierung bei?

Ich selbst schäme mich bis heute für die Panik und kommunikative Inkompetenz, mit der ich meinen eigenen ersten sporadischen HIV-infizierten Patienten begegnet bin. Ich bin aber auch stolz, wie gut es uns in relativ kurzer Zeit gelungen ist, Panik und Inkompetenz zu überwinden.

Als Hauptgrund für eine Ablehnung im medizinischen Bereich wird oftmals ein angeblich höherer Hygieneaufwand bei der Behandlung von Menschen mit HIV angeführt. Dieser ist jedoch unbegründet, da immer so hygienisch zu arbeiten ist, dass kein Übertragungsrisiko besteht. Hier ist auch die Tatsache zu berücksichtigen, dass ein hoher Prozentsatz der Infizierten selbst noch nichts von der Infektion weiß. Das Robert-Koch-Institut geht davon aus, dass zwischen 13.000 und 15.000 Menschen mit einer nicht diagnostizierten HIV-

Erkrankung leben.

Auch Ärzte und pflegerisches Personal haben ein Ansteckungsrisiko durch Nadelstichverletzungen beispielsweise im OP oder nach Punktionen. Zur Minderung des Risikos für andere sind Patienten anzuhalten, medizinisches Personal insbesondere vor invasiven Eingriffen über die bestehende HIV-Infektion in Kenntnis zu setzen. Dies hat dann allerdings auch auf ärztlicher Seite die Verpflichtung zur Folge, dass es zu keinen medizinisch unbegründeten Behandlungsverweigerungen kommt. Dass nach der Behandlung von HIV-Patienten routinemäßig Hygienemaßnahmen nach den anerkannten Regeln der Hygiene ausreichend sind, kann nicht oft genug betont werden. Es ist weder ein eigener Behandlungsraum noch eine Behandlung am Ende des Sprechtages notwendig.

Lassen Sie mich noch ein Thema aufgreifen, das auch mit der Frage der Diskriminierung in Verbindung steht: Den generellen Ausschluss homosexueller Männer von der Blutspende. Ich kann auf dieses Problem heute Abend nicht in der ganzen Breite und Tiefe eingehen, die die komplizierten medizinischen und juristischen Sachverhalte eigentlich erfordern. Ich will aber doch einige Anmerkungen machen, die wir gerne in der Diskussion vertiefen können.

Homosexuelle Männer dürfen in Deutschland kein Blut spenden. Das Bewusstsein dafür, dass an dieser nach wie vor gültigen Regelung etwas geändert werden muss, ist in den letzten Jahren kontinuierlich gewachsen. Im Februar dieses Jahres hat auch die TV-Serie „Lindenstraße“ das Thema aufgegriffen. Dabei wurde einem breiteren Publikum verdeutlicht, dass die bestehenden Regelungen nicht mehr zu unserer gesellschaftlichen Realität und auch nicht mehr zu den medizinischen Erkenntnissen passen.

Ich denke, wir sind uns alle einig, dass das Risiko einer HIV-Übertragung so gering wie irgend möglich gehalten werden muss. Deswegen ist es richtig, dass Personen, die ein erhöhtes HIV-Risiko haben, kein Blut spenden. Es ist aber auch richtig, dass es für dieses Risiko nicht auf die sexuelle Orientierung an sich ankommt, sondern auf das aktuelle Risikoverhalten. Klar ist auch, dass es bei heterosexuellen wie bei homosexuellen Menschen Verhaltensweisen gibt, die mit einem hohen oder einem niedrigen HIV-Risiko einhergehen.

Deswegen ist der generelle Ausschluss Homosexueller von der Blutspende nicht nur ein Signal, das die Betroffenen zu Recht als diskriminierend empfinden. Dieser generelle Ausschluss ist auch aus meiner fachlichen Sicht nicht sachgerecht. Auch die uns vorliegenden wissenschaftlichen Daten sprechen dagegen, an dieser Regelung festzuhalten.

Ich begrüße deswegen, dass sich der Landtag von Nordrhein-Westfalen dieses Problems mit einem Antrag angenommen hat. Ich weiß, dass die Bundesärztekammer sich ebenfalls intensiv mit dieser Frage beschäftigt und bin zuversichtlich, dass dort ein gutes Ergebnis erzielt wird.

Lassen Sie mich aber auch auf eins hinweisen: Deutschland agiert in diesem Themenfeld nicht allein, weil es dazu eine EU-Richtlinie und auch andere international bindende Vorgaben gibt. Hier macht es sich der Landtags-Antrag ein wenig zu einfach, wenn er den Eindruck erweckt, die Bundesärztekammer oder andere deutsche Institutionen könnten das Problem allein lösen. Dabei geht es nicht um Bürokratie, sondern darum, dass das Vertrauen in die Sicherheit von Blutkonserven auch international gelten muss und dass des-

wegen gemeinsame Regeln erforderlich sind.

Umso mehr sollte das Thema aber mit Energie und langem Atem weiter verfolgt werden. Und wir sollten uns jetzt schon vornehmen, jede Änderung in diesem sensiblen Bereich mit einer intensiven Aufklärung und viel sachlicher Information zu begleiten. Hier liegt letztlich der wichtigste Schlüssel sowohl für die Sicherheit von Blutspenden als auch für die Verhinderung von Diskriminierung.

HIV ist eine ganz besondere Infektion, wie bereits ausgeführt. Sie ist dies jedoch besonders auch deswegen, weil sie mit einer Diskriminierung einherging, die dann in einem verhältnismäßig raschen Prozess überwunden werden konnte. Die heutige Situation ist sicherlich noch nicht für alle Beteiligten und im Hinblick auf alle Aspekte zufriedenstellend, sie zeigt jedoch wie eine zunächst sehr starke Diskriminierung von Menschen mit HIV erfolgreich in ihren Auswirkungen gemindert und vermieden werden konnte. Man kann sagen, dass die Geschichte vom Aufkommen der HIV-Infektion über die Entwicklung der Stigmatisierung von AIDS bis heute praktisch beispielhaft zeigt, wie eine bestehende Stigmatisierung erfolgreich bekämpft worden ist, wenn auch nicht in allen Teilen der Welt.

Es stellt sich jedoch die Frage, ob dies auch bei anderen Erkrankungen so gelungen ist und eine Diskriminierung in der gesundheitlichen Versorgung vermieden werden konnte. Diese Frage müssen wir leider mit einem Nein beantworten. Dies betrifft insbesondere die Bereiche körperliche oder geistige Behinderungen und die psychischen Erkrankungen. Eine Stigmatisierung durch psychiatrische Diagnosen stellt nach wie vor ein schwerwiegendes Problem für die Betroffenen dar, beispielsweise im Hinblick auf die Erwerbs-

tätigkeit oder den Abschluss einer Krankenversicherung. Aber auch eine fehlende Barrierefreiheit und erschwerte Zugänglichkeit (fehlende Rampen, Aufzüge) im Hinblick auf die Erreichbarkeit von Arztpraxen oder anderen medizinischen Einrichtungen stellt eine nicht zu unterschätzende Problematik dar. Beispielsweise ergibt sich auch für körperbehinderte Frauen das Problem gynäkologische Prävention zu betreiben, da nur wenige Praxen über entsprechend höhenverstellbare Behandlungstühle verfügen.

Aber auch das ganz banale Problem von Kommunikationsbarrieren ist hier zu nennen (z.B. Gebärdensprache). Erlauben Sie mir, ihnen hierzu ein weiteres konkretes Beispiel zu nennen: Eine an Autismus erkrankte (berufstätige) Ingenieurin wurde von ihrer Krankenkasse und ihrem Arzt gefragt: „Gehen Sie zur Arbeit?“. Diese Frage beantwortete die Patientin jeweils mit „Nein“. Daraufhin wurde ihr Rehabilitationsantrag abgelehnt mit der Begründung des fehlenden Zwecks der Maßnahme im Hinblick auf eine Erwerbstätigkeit. Die Patientin war jedoch berufstätig, allerdings in der Form von „Home-office“. Aufgrund ihrer Erkrankung, die eine Informationsverarbeitungsstörung des Gehirns darstellt, beantwortete sie die Fragen aus ihrer Sicht völlig korrekt, da sie ja von zu Hause aus arbeitet. Ein Gespür für eventuelle Missverständnisse bei einer solchen Fragestellung ist bei diesen Patienten nicht vorhanden. Ähnliche Probleme treten auch bei einer neurologischen Aphasie nach einem Hirninfarkt auf. Die Patienten können auf normalem Niveau verstehen und denken, sind jedoch nicht in der Lage, zu schreiben, zu lesen oder (schwierige) Anliegen zu formulieren und zu übermitteln. Diese Patienten und ihre medizinischen Therapeuten stehen vor einem großen Kommunikationsproblem, gerade in der heutigen Zeit, die leider von hohem und zunehmendem Zeitdruck in der Patientenbehandlung geprägt ist. Auch erfolgt versehentlich schnell eine ungerechtfertigte „Abstempelung“, da die Betroffene

nen oftmals nicht so intellektuell wirken, wie dies tatsächlich der Fall ist.

Ich möchte einen ganz anderen Aspekt abschließend noch ansprechen: Ist es nicht auch so, dass man aufgrund der geringfügigen Vergütung, z.B. im Bereich der Kranken- oder Altenpflege verglichen mit der maschinellen Industrie auch hier schon von einer Diskriminierung der Therapeuten und damit der zu behandelnden Patienten sprechen muss?

Ich würde mir daher wünschen, dass die Geschichte der HIV/AIDS-Pandemie dazu ermuntert, einen vergleichbaren Weg auch in anderen Bereichen zu beschreiten.

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Zahl der Neuinfektionen erreichte in Deutschland Mitte der 80er Jahre einen ersten Höhepunkt und nahm danach – vermutlich auch wegen der früh begonnenen Präventionsmaßnahmen – wieder ab. Nach einer Stagnation in den 90er Jahren auf vergleichsweise niedrigem Niveau ist seit 2000 wieder eine Zunahme zu verzeichnen. Momentan ist zu befürchten, dass die Aufklärungswelle der 90er Jahre und die Präventionsmaßnahmen der letzten Jahrzehnte offensichtlich langsam wieder an Wirkung verlieren und durch Unkenntnis in Bezug auf Infektionsrisiken und -wege insbesondere bei Jugendlichen die Infektionsrate erneut ansteigen könnte. Der weiterhin kontinuierliche Anstieg von anderen sexuell übertragbaren Krankheiten (wie z.B. Syphilis), der das Risiko einer HIV-Infektion erhöht, unterstreicht diese Befürchtung.

Für den Patienten haben die gesundheitlichen Folgen der Krankheit sowie

der Behandlung nach wie vor auch drastische und weitreichende Konsequenzen. Eine einmal begonnene Therapie sollte aufgrund der Gefahr der Resistenzbildung nicht mehr abgesetzt werden, eine lebenslange Medikamenteneinnahme ist daher unumgänglich. Zudem können zahlreiche und auch teils schwerwiegende Nebenwirkungen auftreten, die neben der persönlichen, familiären und sozialen Belastung durch die Erkrankung eine weitere hohe Belastung und Einschränkung der Lebensqualität für den Patienten darstellen. Durch die Entwicklung neuer, besser verträglicher Virustatika konnte die Behandlung vereinfacht und das Auftreten von Nebenwirkungen zumindest teilweise verringert werden. Allerdings verkompliziert sich die Behandlung mit zunehmendem Alter der Betroffenen, da zusätzliche Begleiterkrankungen und mögliche Arzneimittelinteraktionen die erhöhte Aufmerksamkeit des behandelnden Arztes erfordern.

Die Ausführungen verdeutlichen, dass – trotz aller Erfolge – das Krankheits-syndrom AIDS nach wie vor eine ernste Herausforderung für die Betroffenen, die medizinisch Betreuenden und die Gesellschaft in Deutschland darstellt. Seit Beginn der Epidemie Ende der 70er Jahre bis Ende 2010 sind etwa 29.000 Menschen an den Folgen einer HIV-Infektion verstorben. Die Gesamtzahl der mit HIV lebenden Menschen steigt seit Mitte der 90er Jahre und wird wahrscheinlich auch weiter steigen, da seit der Verfügbarkeit wirksamer retroviraler Therapien die Zahl der jährlichen Neuinfektionen größer ist als die Zahl der Todesfälle. Epidemiologische Studien sagen uns, dass in Deutschland zurzeit (Zahlen Ende 2012) geschätzte 78.000 Menschen mit HIV oder AIDS leben, der größte Teil davon sind Männer. Schauen wir uns die Verteilung nach dem Infektionsrisiko an, so umfasst die größte Gruppe mit geschätzten 51.000 Menschen Männer, die Sex mit Männern haben. In unserem bevölkerungsreichsten Bundesland NRW leben geschätzte 18.000 Men-

schen mit HIV/AIDS, auch hierunter wird die größte Gruppe von Männern gebildet, die Sex mit Männern haben.

Aufgrund der Besonderheiten der HIV-Infektion, wie die lange Inkubationszeit und symptomfreie Infizierte, muss die wirksamste Maßnahme zur Begrenzung der Infektion und zur Verhinderung von Neuinfektionen weiterhin in der Prävention gesehen werden. Zukünftige Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen sollten sich an erkrankte und nicht-infizierte bzw. ungetestete Menschen richten, um Schutzmaßnahmen zu ergreifen und Risikoverhalten zu vermindern. Hier kommt der AIDS-Hilfe mit ihren vielfältigen Beratungs- und Hilfsangeboten auch zukünftig eine besondere Bedeutung zu.

Wir als Ärztinnen und Ärzte werden deshalb auch weiterhin in besonderem Maße Informationen über unsere Publikationsorgane zur Verfügung stellen – insbesondere für diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die sich nicht schwerpunktmäßig mit Infektionskrankheiten beschäftigen oder in ihrem Medizinstudium noch einen aus heutiger Sicht „überevorsichtigen“ Umgang mit HIV-Patienten gelernt haben. Auch hier besteht Fortbildungspflicht für alle Ärztinnen und Ärzte. Das gleiche Ziel sollten Update-Fortbildungen haben, die sich insbesondere an die in der Primärversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte wenden. Geplant sind weiterhin infektiologische Fortbildungen für Arbeitsmediziner, um auch hier einen aktuellen Kenntnisstand zu ermöglichen. Speziell für die Arbeitswelt arbeitet die Landeskommision AIDS mit unserer Unterstützung daran, Empfehlungen zum Umgang mit Menschen mit HIV/AIDS in der Arbeitswelt herauszugeben, um unbegründete Ansteckungsängste abzubauen und die Betroffenen, die auch heute noch mit Unwissen, Unsicherheit und irrationalen Ängsten konfrontiert werden, vor Diskriminierung und Mobbing zu schützen. Stigmatisierungen sind wesentlich seltener

zu erwarten, wenn ein besserer Informationsstand über die Krankheit vorhanden ist.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.