

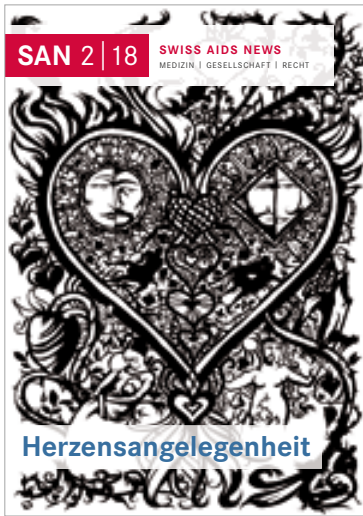
SAN 2 | 18

SWISS AIDS NEWS

MEDIZIN | GESELLSCHAFT | RECHT



Herzensangelegenheit



© Illustration: Daniel Müller, illumueller.ch

IMPRESSUM

Herausgeber

Aids-Hilfe Schweiz (AHS)

Redaktion

Brigitta Javurek (*jak*), Journalistin BR,
 Chefredaktion
 Dr. iur. LL. M. Caroline Suter (*cs*)
 Lic. iur. Dominik Bachmann
 Andrea Six (*six*), Wissenschaftsjournalistin
 lic. phil. Stéphane Praz (*sp*)
 Nathan Schocher (*nisch*), Programmleiter
 Menschen mit HIV

Korrektorat

Die Orthograpen, Zürich

Bildredaktion

Marilyn Manser

Gestaltung

Ritz & Häfliger, Visuelle Kommunikation, Basel

SAN Nr. 2, Juli 2018

© Aids-Hilfe Schweiz, Zürich
 Die SAN erscheinen dreimonatlich
 in einer Auflage von 2700 Exemplaren.

Abonnement

Redaktion Swiss Aids News
 Aids-Hilfe Schweiz
 Stauffacherstrasse 101
 8004 Zürich
 Tel. 044 447 11 11
 san@aids.ch, www.aids.ch



Liebe Leserin Lieber Leser

Eine Herzensangelegenheit, so schreibt der Duden, ist «etwas, was für jemanden ganz persönlich von grosser Wichtigkeit ist, was jemandem besonders am Herzen liegt». Keine Frage, die Gesundheit liegt uns allen am Herzen. Für HIV-positive Menschen, die eine Therapie einnehmen, war lange unklar, wie und ob dadurch ihr Alterungsprozess beschleunigt wird. Dank einer neu ausgewerteten Studie der Infektiologin und Forscherin Helen Kovari wissen wir nun, dass die Angst vor dem frühzeitigen Altern, zumindest was das Herz betrifft, unbegründet ist. Das Interview mit Frau Kovari möchte ich Ihnen ans Herz legen.

Eine Herzensangelegenheit ist für trans Menschen das Coming-out. Zwar sind trans Menschen heute sichtbarer und in den Medien präsenter, aber noch immer klebt der Exotenstatus hartnäckig an ihnen, ganz zu schweigen von den systembedingten Diskriminierungen rechtlicher oder medizinischer Art, denen sie ausgesetzt sind. Aufklärung tut not. Die *Swiss Aids News* haben dazu ein Gespräch mit drei Vertreter_innen von Fachstellen für trans Menschen geführt.

Stillen oder nicht? Das entscheidet jede Mutter für sich. HIV-positive Frauen hatten diese Wahl früher nicht. Ihnen wurde, selbst wenn sie unter Therapie waren, davon abgeraten – mit dem Resultat, dass einige heimlich stillten. Heute ist die Haltung gegenüber HIV-positiven Müttern, die stillen, viel freundlicher und diese haben endlich eine echte Wahl. Fachärztin Karoline Aebi-Popp gibt Auskunft über den aktuellen Stand der Dinge.

Auch Sex ist wohl für die meisten Menschen eine Herzensangelegenheit. In einer Partnerschaft über seine sexuellen Wünsche, Träume oder Sehnsüchte zu sprechen erscheint aber oft schwierig oder gar unmöglich. Dabei ist die Sexualität eine jener Landschaften, die immer wieder neu erkundet und erlebt werden können.

Einen heissen Sommer und eine spannende Lektüre wünscht Ihnen

Daniel Seiler, Geschäftsleiter der Aids-Hilfe Schweiz

INHALT	
INTERVIEW	BERATUNG
«Wenn Frauen heimlich stillen, geht man den falschen Weg» 3	Hallo Dr. Gay! 14
GESELLSCHAFT	SAMMELSURIMUM 15
«Frau Meier? In Ihrer Krankenakte steht aber Herr Meier!» 6	Oper, Ausflug, Map
Über Sex reden 12	RECHT / FORUM
LEBEN MIT HIV	Die fatalen Auswirkungen der schwarzen Liste 16
HIV und das Herz 10	

«Wenn Frauen heimlich stillen, geht man den falschen Weg»

Ob HIV-positive Mütter ihre Säuglinge stillen oder das Risiko einer Übertragung umgehen sollten, wird seit Längerem kontrovers diskutiert. Wo entscheidende Informationen fehlen, ist es schwer, der komplexen Fragestellung gerecht zu werden. Es geht allerdings um weit mehr als medizinische Fakten. Fachärztin Karoline Aebi-Popp spricht sich für einen respektvollen Umgang mit Mutter und Kind aus.



© Therasis Zovolis/Gettyimages

INTERVIEW

Frau Aebi-Popp, in diesem Jahr werden in der Schweiz neue Empfehlungen veröffentlicht, die sich mit dem Thema Schwangerschaft und Geburt bei HIV-positiven Frauen befassen. Was wird sich ändern?

Aktuelle Erkenntnisse zeigen, dass HIV-positive Mütter, die konsequent behandelt sind, ihre Kinder während der Schwangerschaft oder bei der Geburt nicht anstecken. Die jetzigen Medikamente machen dies möglich – solange die Mutter Zugang zu guter Versorgung und Beratung hat. Ist die Viruslast bei der Mutter während der Schwangerschaft tatsächlich vollständig supprimiert, wird die sogenannte HIV-Postexpositions-Prophylaxe, also die vorbeugende Behandlung des Neugeborenen, unnötig. Das ist eine bedeutende und gute Veränderung, weil diese Kinder nun einen normalen Start ins Leben erfahren kön-

nen. Die Schweiz ist übrigens das einzige Land, das dies bisher so umgesetzt hat.

Auch das Thema Stillen wird neu aufgerollt. Gibt es hier ähnlich klare Veränderungen?

Die Veränderungen sind nicht ganz so klar. Grundsätzlich argumentieren die neuen Empfehlungen, dass eine HIV-positive Mutter mit unterdrückter Viruslast, die über die Risiken aufgeklärt wurde und trotzdem gerne stillen möchte, unterstützt werden soll. Die Vorteile des Stillens im Hinblick auf das Immunsystem und die langfristige Entwicklung der Gesundheit von Mutter und Kind müssen gegen ein möglicherweise minimales Restrisiko der Übertragung sorgfältig und individuell abgewogen werden. Diese Einstellung ist deutlich «stillfreundlicher» als bisher. Es ist einfach nicht zeitgemäss,

HIV-positiven Müttern zum Abstillen zu raten oder das Thema zu ignorieren. Diese Zeiten sind also definitiv vorbei.

Gibt es denn entsprechende neue Erkenntnisse zum Übertragungsrisiko des Virus?

Man bezeichnet das Risiko einer Infektion über die Muttermilch bei behandelter Mutter als «sehr gering», weil trotz der optimalen Behandlungssituation bisher kein Nullrisiko nachgewiesen werden konnte. Die Daten dazu fehlen leider noch. Das ist nicht wirklich neu, aber der aktuellste Stand der virologischen Forschung. «Sehr gering» ist aber nicht dasselbe wie «kein Risiko vorhanden». Natürlich ist das keine völlig befriedigende Antwort.

Was sagt die Wissenschaft denn über das Infektionsrisiko für Säuglinge?

Bisher vorliegende Studien weisen zwar einerseits darauf hin, dass sich Kinder von stabil behandelten Müttern nur sehr selten angesteckt haben. Andererseits sind die Studienbedingungen in Hochprävalenzländern nicht immer auf die hiesigen Verhältnisse übertragbar. In Afrika empfiehlt die WHO beispielsweise das Stillen ganz deutlich, da die Säuglingssterblichkeit durch unsauberes Wasser in Milchpulverzubereitungen grösser ist als das Risiko einer Ansteckung mit HIV. Ausserdem gibt es Fragen, die man immer nur sehr vorsichtig beantworten kann mit dem Hinweis, dass das Risiko sehr gering ist. Was ist zum Beispiel, wenn eine Mutter viel länger stillt, als sie ihre Therapie eingenommen hat? Könnte das Virus dann doch über die Milch ausgeschieden werden? Was passiert mit der Muttermilch und schlafenden HI-Viren, wenn eine Brustentzündung auftritt? Daraus ergibt sich die Haltung, Mütter unter bestimmten Bedingungen zu unterstützen, wenn sie stillen wollen. Das bedeutet aber auch, dass wir darauf hinweisen müssen, dass unser Wissen zu diesem Thema noch ein paar Lücken aufweist.

Was sind das für Bedingungen?

Wenn eine HIV-positive Mutter während der gesamten Schwangerschaft stabil

behandelt war und die Viruslast dabei komplett unterdrückt wurde und wenn sie auch nach der Geburt die Behandlung weiterführt und in ärztlicher Betreuung bleibt, sind das optimale Voraussetzungen zum Stillen des Babys.

Und was wären schlechte Voraussetzungen?

Stellen Sie sich vor, eine Mutter erfährt erst während der Schwangerschaft von ihrer Infektion. Beginnt sie die Therapie erst kurz vor der Geburt, wird die Zeit eventuell nicht mehr reichen, um das Vi-

«Tatsächlich sind zum HI-Virus in der Brustdrüse und der Muttermilch noch einige Fragen ungeklärt. Die Datenlage ist insgesamt dünn. Über die neuen Guidelines, die in vielen Ländern gemeinsam aktualisiert werden, ergibt sich künftig eine verstärkte europäische Zusammenarbeit.»

rus genügend zu unterdrücken. Aber auch zu einem früheren Zeitpunkt handelt es sich um eine sehr schwierige Situation für die Frau. Sie ist mit einer lebenslangen Behandlung konfrontiert, die viel Disziplin verlangt, damit das Virus in Schach gehalten wird. Ausserdem steht eine anstrengende Zeit mit einem Neugeborenen bevor, in der Schlafmangel und Erschöpfung zum Normalzustand gehören können. Wie soll man da eine stabile Behandlung über lange Zeit garantieren und den Säugling vor einer Infektion schützen? Ich halte es für keine gute Ausgangslage, wenn die Mutter unter diesen Bedingungen ihr Kind stillen möchte. Hier müssen wir im Gegenteil deutlich davon abraten.

Die neuen Guidelines sprechen aber ohnehin keine konkrete Empfehlung aus, selbst bei guten Voraussetzungen.

Das stimmt. Aufgrund der vorhandenen Unsicherheiten können wir das Stillen derzeit weiterhin nicht generell empfehlen – wir wollen es in einem optimalen Setting aber eben auch nicht verbieten.

Eine Empfehlung wurde zudem ganz bewusst nicht ausgesprochen, da das Stillen ein persönlicher Entscheid jeder Mutter sein soll. Es gibt Vor- und Nachteile, die jede Frau selbst abwägen darf. Das betreuende Ärzteteam soll diesen Entscheid erst mithilfe von guter Aufklärung unterstützen und dann auch die Umsetzung des Vorhabens begleiten. Aus medizinischer Sicht kann es nicht sinnvoll sein, dass sich eine infizierte Mutter zum Stillen gedrängt fühlt, obwohl sie diesen Wunsch eigentlich nicht hatte. Es geht ja auch ausdrücklich darum, einen respektvollen Umgang mit Mutter und Kind in einer besonderen Situation zu finden.

War denn die bisherige Situation rund ums Thema Stillen nicht durch einen respektvollen Umgang geprägt?

Bis vor Kurzem haben alle internationalen Guidelines klar vom Stillen abgeraten. Das führte aber nicht dazu, dass man diesen möglichen Infektionsweg beseitigt hätte. Vielmehr haben Frauen, die den starken Wunsch verspürten, zu stillen, autonom und ohne medizinische Beratung entschieden. Wenn Frauen gegen medizinischen Rat heimlich stillen, geht man den falschen Weg. Heute möchten wir bereits früh in der Schwangerschaft gute informative Gespräche mit den werdenden Müttern führen, damit Unklarheiten beseitigt werden. Und es geht immer auch um den kulturellen Hintergrund der Mutter, ihren Bildungs- und Informationsstatus und ihre spezifische Infektionssituation. In aller Offenheit kann man dann den besten Weg für Mutter und Kind besprechen.

Und die Medikamente selbst, die in die Muttermilch gelangen: Sind sie schädlich für den Säugling?

Erfahrungen mit den Auswirkungen der HIV-Medikamente auf Säuglinge haben wir durch die Neo-PEP, die vorbeugende Behandlung der Neugeborenen von HIV-positiven Müttern. Bekannt ist beispielsweise eine Blutarmut als unerwünschte Wirkung durch die Behandlung. Der Medikamentenspiegel in der Muttermilch aufgrund der Therapie der Mutter ist aber

«Es ist einfach nicht zeitgemäss, HIV-positiven Müttern zum Abstillen zu raten oder das Thema zu ignorieren. Diese Zeiten sind also definitiv vorbei.»

viel niedriger als bei der Neo-PEP. Daher erscheint den Kinderärzten eine gesundheitliche Belastung der Babys durch das Stillen unwahrscheinlich.

Wird es denn jemals möglich sein, das Risiko der Übertragung klarer bewerten zu können als derzeit?

Tatsächlich sind zum HI-Virus in der Brustdrüse und der Muttermilch noch einige Fragen ungeklärt. Die Datenlage ist insgesamt dünn. Über die neuen Guidelines, die in vielen Ländern gemeinsam aktualisiert werden, ergibt sich künftig eine verstärkte europäische Zusammenarbeit. In einigen Jahren werden wir hoffentlich Aussagen über den Verlauf des Stillens bei Hunderten von Frauen treffen können, da Daten in mehreren Ländern gesammelt worden sind. Hierdurch erhoffen wir uns, künftig noch präzisere Angaben zum Übertragungsrisiko und zur Exposition der Kinder machen zu können. six



Karoline Aebi-Popp

Dr. med. Karoline Aebi-Popp ist Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe und trägt einen Master of Science in Infectious diseases. In ihrer beruflichen Laufbahn hat sie den Schwerpunkt auf sexuell übertragbare Krankheiten gelegt. Erfahrungen sammelte sie in der Schweiz sowie an Kliniken und Universitäten im Ausland, etwa in Kenia, Brasilien, Irland und Deutschland. Seit 2015 ist Karoline Aebi-Popp als Gynäkologin in einer Sprechstunde für Sexarbeiterinnen der Aids-Hilfe beider Basel und der Aidshilfe Bern tätig. Als Fachfrau engagiert sie sich in Projekten und Vereinigungen zur Erforschung sexuell übertragbarer Krankheiten wie etwa der Schweizerischen Mutter-und-Kind-HIV-Kohortenstudie (MoChiV) oder der European Aids Clinical Society (EACS).

«Frau Meier? In Ihrer Krankenakte steht aber Herr Meier!»

Das Unwissen über die Anliegen von trans Menschen in der Gesellschaft ist gross. Ihr Coming-out ist ein komplexer Prozess und im Gesundheitssystem erleben manche von ihnen absurde diskriminierende Situationen. Ein Gespräch am runden Tisch mit Myshelle Baeriswyl von der Fachstelle für Aids- und Sexualfragen St. Gallen, Stefanie Hetjens, Präsidentin von Transgender Network Switzerland (TGNS), und Hannes Rudolph, Fachstellenleiter für trans Menschen im Checkpoint Zürich.

«Eines der grossen Themen ist sicher das Coming-out. Für trans Menschen ist dieser Prozess sehr komplex und grundlegend. Zu mir kommen immer mehr Kinder und Jugendliche, die zu ihrem Coming-out Rat suchen. In einem ersten Schritt geht es dann um die Suche nach einer individuellen psychologischen Beratung als begleitendes Angebot in dieser Phase des Übergangs, der sogenannten Transition.» MB

Aids-Hilfe Schweiz: Ihr engagiert euch in der Beratungsarbeit mit trans Menschen. Welche Themen liegen denjenigen, die euch aufsuchen, besonders am Herzen?

Myshelle Baeriswyl: Eines der grossen Themen ist sicher das Coming-out. Für trans Menschen ist dieser Prozess sehr komplex und grundlegend. Zu mir kommen immer mehr Kinder und Jugendliche, die zu ihrem Coming-out Rat suchen. In einem ersten Schritt geht es dann um die Suche nach einer individuellen psychologischen Beratung als begleitendes Angebot in dieser Phase des Übergangs, der sogenannten Transition. Für Informationen zum sozialen Coming-out von jungen trans Menschen etwa in der Primarschule kommen auch Lehrer und Eltern zu uns.

Stefanie Hetjens: Bei TGNS vertreten wir Rechte von trans Menschen regional und auf Bundesebene. Ausserdem vernetzen wir trans Menschen miteinander, damit Perspektiven über die klassische Beratungssituation hinaus entstehen. In unserer Rechtsberatung sind Themen wie Namensänderung, Krankenversicherung, Situation am Arbeitsplatz ganz gross.

Die sexuelle Gesundheit ist weniger ein Thema?

Hannes Rudolph: Gesundheit ist bei allen Menschen wichtig, das ist klar. Für Menschen, die den trans Weg einschlagen möchten, stehen aber erst mal wohl eher

die medizinischen Massnahmen rund um die Transition im Vordergrund, wenn sie in unsere Beratungsstellen kommen. Sie wollen sich beispielsweise über Hormontherapien informieren. Sexualität wird dann ab und an auch thematisiert, wobei HIV und STI dabei nicht präsenter sind als etwa Empfängnisverhütung.

SH: Bei TGNS drängen derzeit juristische Inhalte rund ums Personenstandsrecht und die zunehmenden Anfragen von trans Kindern. Im kommenden Jahr möchten wir dann die Bereiche sexuelle Gesundheit und HIV intensiver bearbeiten.

Gibt es für trans Menschen Besonderheiten beim Thema HIV?

HR: Bei den Präventionskampagnen rund um HIV und andere sexuell übertragbare Krankheiten (STI) ist die Zielgruppe der MSM, also der Männer, die Sex mit Männern haben, sehr wichtig. Eigentlich gehören hier trans Männer klar dazu, wenn sie Sex mit Männern haben. Doch die Präventionskampagnen für MSM sprechen trans Männer nicht direkt an. So bleibt die Unsicherheit, ob die Checkpoints beispielsweise auf Vaginalabstriche eingerichtet sind, wenn ein trans Mann sich auf Chlamydien testen lassen möchte. Unsicherheit heisst, dass nicht klar genug kommuniziert wird. Trans Frauen wiederum passen nicht in die MSM-Kampagnen hinein, weil sie Frauen sind. Es braucht also spezifische Kampagnen für trans Personen.



© Marilyn Manser

Myshelle Baeriswyl

Die promovierte Psychologin und Sexualpädagogin Myshelle Baeriswyl leitet die Fachstelle für Aids- und Sexualfragen in St. Gallen. Sie ist Mitglied von TGNS, Fachgremien wie der Fachgruppe Trans oder der Nationalen Fachkommission LGBTI und lebt in Zürich.

MB: Und wenn Präventionskampagnen beispielsweise kommunizieren, dass bei der Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP) die Medikamente bei Männern und Frauen unterschiedlich wirken, wird es schwierig: Sollen sie trans Männer dann als Männer oder Frauen ansprechen?

So würde man am Ende eine Zielgruppe von Präventionskampagnen – aus Sorge vor Diskriminierung – nicht erreichen. Wie sieht es denn tatsächlich mit der Diskriminierung von trans Menschen im Gesundheitswesen aus?

SH: Eine Studie am Unispital Zürich über die Patient_innenzufriedenheit hat ermittelt, dass die Hälfte der befragten trans Menschen mit diskriminierendem Verhalten konfrontiert waren. Das ist natürlich ein sehr schlechtes Ergebnis.

MB: Es fängt ja bereits an der Rezeption einer Arztpraxis an – wenn die Assistentin durch den ganzen Raum ruft: «Frau Meier? In Ihrer Krankenakte steht aber Herr Meier!». Nicht alle schätzen so ein öffentliches Coming-out im Wartezimmer... Spürbar ist auch der Druck auf trans Patient_innen, sich zu Genitaloperationen drängen zu lassen, die sie vielleicht gar nicht wünschen, weil ein Mediziner die Vorstellung hat, wie diese Person auszu-sehen habe. Manchmal entwickelt das Gesundheitspersonal auch ein unprofessionelles Interesse und fragt nach den Erfahrungen bei der Brustoperation, obwohl sich die Patientin den Knöchel verstaucht hat. Von derart übergriffigem Verhalten erzählen uns viele trans Menschen.

HR: Es ist ganz klar so, dass trans Menschen so regelmässig diskriminiert werden, dass viele gar nicht mehr zum Arzt gehen, sondern ihre gesundheitlichen Fragen aufschieben, bis sie als Notfall im Spital landen. Das ist kein guter Status quo. Anders sieht es aus mit der medizinischen Versorgung bei der Transition. Die Schweiz steht heute in Sachen Zugänglichkeit von geschlechtsangleichenden Massnahmen besser da als etwa Deutschland. Im Normalfall muss niemand länger als drei Monate auf eine Hormontherapie warten. Und Behandlungen wie eine

«Verweigert man trans Menschen wichtige Behandlungsschritte, wie es in anderen Ländern passiert, leiden sie mitunter jahrelang. In der Schweiz ist in den letzten Jahren viel Positives passiert, aber es gibt noch viel zu tun, bis das Gesundheitswesen trans Menschen respektvoll behandelt.» HR

Bartepilation bei einer trans Frau sind leichter zu erhalten als noch vor ein paar Jahren. Verweigert man den Menschen wichtige Behandlungsschritte, wie es in anderen Ländern passiert, leiden sie mitunter jahrelang. In der Schweiz ist in den

letzten Jahren viel Positives passiert, aber es gibt noch viel zu tun, bis das Gesundheitswesen trans Menschen respektvoll behandelt.

Was könnten die Gründe für diese Schwächen im Gesundheitswesen sein?

SH: Diskriminierung hängt vor allem mit fehlendem Wissen zusammen. Bei den Hausärzten ist das Unwissen über trans Menschen momentan noch besonders gross. Aber es gibt heute immer mehr das Bedürfnis, diese Diskriminierung zu ermitteln und zu erfassen.

MB: Insgesamt fehlen Daten zu transspezifischen Informationen. Vorhandene



© Marilyn Manser

Hannes Rudolph

Der Psychologe (lic. phil.) und Theaterregisseur leitet die Fachstelle für trans Menschen im Checkpoint Zürich, ist Geschäftsführer der HAZ-Queer Zürich und Mitglied der Fachgruppe Trans. Er engagiert sich gegen die Pathologisierung von trans Menschen und ist Gründungsmitglied von TGNS. Ausserdem ist er im Vorstand des Vereins Regenbogenhaus Zürich.

«Diskriminierung hängt vor allem mit fehlendem Wissen zusammen. Bei den Hausärzten ist das Unwissen über trans Menschen momentan noch besonders gross. Aber es gibt heute immer mehr das Bedürfnis, diese Diskriminierung zu ermitteln und zu erfassen.» SH



© Marilyn Manser

Stefanie Hetjens

Als Präsidentin von Transgender Network Switzerland (TGNS) ist Stefanie Hetjens bei der landesweiten Organisation mit Sitz in Bern aktiv. Zudem arbeitet sie als freischaffende digitale Projektleiterin und Managementberaterin. Sie lebt in Zürich.

Zahlen zur Anzahl oder zu sozioökonomischen Charakteristika von trans Menschen stammen mehrheitlich aus Südamerika oder Asien. Global gesehen weiss man, dass trans Menschen ein extrem hohes Infektionsrisiko für HIV/STI haben, was an vielen Vulnerabilitätsfaktoren liegt wie etwa Isolation, Arbeitslosigkeit, fehlendem Zugang zum Gesundheitswesen. Diese Ergebnisse kann man aber nicht auf Schweizer Verhältnisse übertragen. Wenn man beispielsweise wissen möchte, wie hoch der Anteil der HIV-Infizierten unter den trans Menschen ist, müsste man zunächst wissen, wie viele es überhaupt in der Schweiz gibt. Wie will man HIV bei trans Menschen zurückdrängen, wenn man an diese vulnerable Gruppe nicht herankommt? Global können wir HIV/AIDS nur besiegen mit einem besseren Zugang zum Gesundheitssystem insbesondere für trans Frauen. Diese haben ein bis zu 49-fach erhöhtes Expositionsrisiko, in bestimmten Regionen sind 20 bis 50 Prozent von ihnen HIV-positiv, häufig ohne Zugang zu Therapien.

HR: Das oft noch immer unzureichende Wissen der medizinischen Ansprechpersonen führt auch dazu, dass trans Menschen mit ihren Themen sehr allein sein können. Darum empfehlen wir immer, sich mit anderen zu vernetzen. Die Community hilft schon allein dadurch, dass sich die Einzelnen nicht ständig neu erklären müssen, warum und wie sie sind. Es ist erwiesen, dass es gut vernetzten trans Menschen rundherum besser geht.

Welche Wünsche hätten ihr, damit sich die Situation für trans Menschen verbessert?

MB: Die Identitätsfrage stellt sich sehr früh im Leben. Deshalb ist es dringend nötig, dass in der Primarschule und auch im Kindergarten Informationen und Fachwissen bei den Lehrpersonen

vorhanden sind. Weiterbildungskurse und Informationsmaterial zum Umgang mit trans Kindern sollten unbedingt angeboten werden.

SH: Die rechtlichen Gegebenheiten zum Personenstand von trans Menschen sind ein weiteres zentrales Thema. Eine gesellschaftliche Integration funktioniert nur, wenn auch der juristische Rahmen stimmt. Ausserdem ist weiterhin viel Aufklärungsarbeit zu leisten. Das trans Thema ist noch etwas exotisch für viele Menschen. Ein Trend zum trans Mainstreaming ist wünschenswert.

HR: In der medizinischen Forschung müssten trans Personen berücksichtigt werden. Die HIV-Forschung erfasst das bisher nicht. Hierdurch würden sich aber wichtige Daten ergeben. Natürlich stellt sich dann auch sofort die Frage nach dem Datenschutz. «Rosa Listen» über trans Menschen will ja niemand. Ganz allgemein sind Respekt und Zuhören wünschenswerte Eigenschaften. Wenn die Menschen

Tipps

- ↘ Die Fachgruppe Trans ist eine Arbeitsgruppe für Geschlechtervarianz mit Fachleuten aus verschiedenen Bereichen: www.fachgruppetrans.ch
- ↘ Transgender Network Switzerland, kurz TGNS, ist ein Verein von und für trans Menschen: www.tgns.ch/de
- ↘ Sophie Labelle, Comiczeichnerin aus Kanada, bildet ihre Erfahrungen in Cartoons ab: assignedmale.tumblr.com
- ↘ Der Webauftritt ichbinstefanie.ch klärt Fragen rund ums Transgender-Outing.

zeigen, dass sie bereit sind, über das trans Thema etwas zu lernen, dann sind wir auf einem guten Weg. Es ist ja nie ein Problem, wenn man sich mit einer unpassenden Formulierung mal verspricht.

Warum sind die korrekten Formulierungen so wichtig?

MB: In einer Gesellschaft sollten die Formulierungen auch den Respekt vor der Vielfalt der Menschen abbilden. Statt einer Binarität «Mann» oder «Frau» ist ein Spektrum der Vielfalt wünschenswert. Hierdurch werden auch trans Menschen mitgemeint, die sich non-binär einordnen. Manche können – oder möchten – sich keinem Geschlecht zuordnen lassen. Das «Passing» als Mann oder Frau ist für diese non-binäre Gruppe kein Anliegen. Die herkömmliche binäre Haltung der Gesellschaft sollte daher aufgebrochen werden.

HR: Man könnte denken: Ein Kreuz auf einem Formular bei «Herr» oder «Frau» – warum sollte das wichtig sein? Es geht aber eben um eine gesellschaftliche Einstellung zur Geschlechteridentität, die an vielen Stellen sichtbar wird. Wenn ich kein Kreuzchen machen kann, sagt mir die jeweilige Institution: «Du existierst nicht.» Und es geht um einen Wandel, der letztlich ja nicht bloss die Gesellschaft für trans Menschen verbessern, sondern eine bessere Gesellschaft für alle schaffen möchte.

In was für einer Zeit für trans Menschen leben wir denn jetzt?

SH: Momentan ist eine sehr interessante Zeit, da sich vieles ändert. Bisher war es für die meisten trans Menschen wichtig, unbemerkt in der Gesellschaft quasi «unterzutauchen». Niemand durfte wissen, dass sie trans waren. Heute sind immer mehr trans Menschen stolz auf ihre Identität und stehen zu ihrem Transsein. Dieser Trend kommt grösstenteils von

non-binären Personen, gilt aber ebenfalls für trans Frauen oder Männer.

HR: Diese Offenheit führt dann eben dazu, dass in der Gesellschaft eine Normalisierung eintritt. Wir brauchen keine Solidarität mit trans Menschen, denn es handelt sich ja nicht um etwas, mit dem man Mitleid haben müsste. Sichtbarkeit führt zu Normalisierung. Es ist eine Crux: Solange trans Menschen diskriminiert werden, ist es individuell besser, unsichtbar zu sein. Für den Respekt und die Akzeptanz des Themas als Ganzes ist Sichtbarkeit aber wichtig.

MB: In der Jugendcommunity ist man heute offenbar viel entspannter. Es existieren zwar unzählige Labels für alles Mögliche, aber letztlich nehmen sich Jugendliche eher heraus, in ihrer Sexualität und Identität nicht in Schubladen gesteckt zu werden. Ich finde das sehr befreiend.

Glossar

↘ **Trans Menschen:** Menschen, deren Geschlechtsidentität nicht zu dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht passt. Trans Männer beispielsweise wurden bei der Geburt als Mädchen «einsortiert».

↘ **Cis:** Cis-Menschen sind – dieser Benennung entsprechend – jene, bei denen Identität und Geburtsgeschlecht übereinstimmen. Cis-Männer wurden demnach als männliche Baby geboren.

↘ **Binär und non-binär:** Eine binäre Geschlechteraufteilung kennt nur zwei Möglichkeiten: entweder Mann oder Frau. Non-binär umfasst das Spektrum, das Ausformungen über männlich und weiblich hinaus kennt.

↘ **Passing:** Werden trans Menschen entsprechend ihrer eigenen Geschlechtsidentität wahrgenommen, ist die Integration in die Gesellschaft leichter. Dieses sogenannte Passing, aus dem Englischen für «einen Test bestehen», bedeutet etwa bei einer trans Frau, dass ihr Umfeld sie für eine Frau hält.

HIV und das Herz



© Marilyn Manser

Helen Kovari

PD Dr. med. Helen Kovari ist leitende Ärztin am Institut für Allgemeine Innere Medizin in der Klinik Hirslanden Zürich. Im Rahmen der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie forscht sie zudem am Universitätsspital Zürich. Sie ist als Infektiologin und HIV-Spezialistin sowohl in der Betreuung von Patienten wie in der Forschung tätig.

Die M+A-Studie

➤ Ärzte messen bei tausend HIV-Patienten in der Schweiz, die mindestens 45 Jahre alt sind, verschiedene Werte wie die Knochendichte, die Nierenfunktion sowie die geistige Fitness. Zwei Jahre später führen sie dieselben Tests bei denselben Patienten nochmals durch. So stellen sie fest, bei welchen Patienten die Leistungen am stärksten abgenommen haben, also der Alterungsprozess am schnellsten fortschreitet. 2018 wurden die ersten Erkenntnisse der M+A-Studie in medizinischen Fachzeitschriften veröffentlicht. Sie sind für HIV-positive Menschen sehr ermutigend. Doch die Studie läuft weiterhin, die zweiten Untersuchungen sind noch nicht vollständig abgeschlossen. Weitere Erkenntnisse werden in den kommenden Monaten und Jahren laufend publiziert.

Die Frage, ob HIV und die HIV-Therapie den Alterungsprozess des Körpers beschleunigen, beschäftigt viele Menschen mit HIV. Die Ängste sind gross, die wissenschaftlichen Daten sind widersprüchlich. Mit der sogenannten M+A-Studie («Metabolism and Aging», «Stoffwechsel und Altern») ist derzeit nicht nur eine der umfassendsten Studien auf diesem Gebiet in Gang, sondern auch eine, deren Resultate aufzeigen, wie die Situation in der Schweiz ist.

INTERVIEW

Frau Kovari, liegen erste Resultate der grossen Studie zu HIV und Altern vor?

Ja, wir haben erste Resultate zu HIV und Herz. Sie sind sehr ermutigend. Wir können sagen, dass HIV-positive Menschen kein erhöhtes Risiko für Verengungen und Verkalkungen der Herzkranzgefässe haben, also für die Vorstufen des Herzinfarkts.

Ist also die grosse Angst, dass HIV das Altern beschleunigt, unbegründet?

Ja, das zeigen unsere Daten. Zumindest was das Herz betrifft.

Vorgängige Studien ergaben ein gegenteiliges Bild. Wie erklären Sie sich die unterschiedlichen Resultate?

Die meisten dieser Studien wurden in den USA durchgeführt. Diese Resultate können nicht eins zu eins auf die Situation in der Schweiz übertragen werden. Die Anzahl Patienten mit unterdrückter Viruslast, die Therapien sowie die Gesundheitsversorgung insgesamt sind dort anders. Zudem gibt es Unterschiede bei den traditionellen Risikofaktoren wie Übergewicht, Cholesterinspiegel, Rauchen und so weiter.

Sie untersuchten gut behandelte Patienten. Wie verallgemeinerbar sind Ihre Resultate?

Praktisch alle unsere Studienteilnehmer sind unter Therapie und haben eine vollständig unterdrückte Viruslast. Das

entspricht dem Standard in der Schweiz, ist aber auch in vielen anderen Ländern so. Zudem nehmen an der M+A-Studie sowohl Männer als auch Frauen teil, Personen, die sich über homosexuellen oder heterosexuellen Geschlechtsverkehr angesteckt haben oder über Drogenkonsum. Die Resultate sind somit repräsentativ für den grössten Teil der HIV-positiven Bevölkerung in der Schweiz. Kürzlich publizierte Studienresultate aus anderen europäischen Ländern, etwa aus Dänemark, weisen in die gleiche Richtung.

Was genau haben Sie untersucht?

In der M+A-Studie untersuchen wir verschiedene Organe über mehrere Jahre und ermitteln, ob HIV und die antiretrovirale Therapie diese schädigen. Beim Herz untersuchen wir mittels Computertomografie die Herzkranzgefässe auf Ablagerungen von Kalk und Fett, sogenannte Plaques. Diese führen zur Verengung der Gefässe und schliesslich zum Herzinfarkt.

Sie haben entdeckt, dass in der HIV-positiven Gruppe bestimmte Arten von Plaques etwa gleich häufig auftreten, andere sogar seltener als in der HIV-negativen Kontrollgruppe.

Grundsätzlich gibt es zwei Arten von Plaques: verkalkte, stabile Plaques, die zu einer zunehmenden Verengung der Blutgefässe führen, sowie nicht verkalkte, entzündliche Plaques, die instabil sind und aufreissen können. Beide können

zu Herzinfarkten führen. Die nicht verkalkten Plaques können zu einem sofortigen Gefässverschluss führen und sind deshalb gefährlicher. Wir haben tatsächlich gesehen, dass die stabilen Kalkplaques bei HIV-positiven Personen weniger häufig vorkommen als in der Kontrollgruppe. Wichtiger ist jedoch die Erkenntnis, dass nicht verkalkte Plaques, also die gefährlichen Ablagerungen, bei HIV-Positiven nicht häufiger vorkamen.

Weshalb?

Bisher ging man davon aus, dass nicht verkalkte, instabile Plaques bei HIV-positiven Personen häufiger vorkommen als bei gleichaltrigen, HIV-negativen Personen. Man postulierte, dass die chronische Entzündung im Rahmen der HIV-Infektion zu diesen Veränderungen führt. Wir haben gezeigt, dass das in unserer gut behandelten HIV-positiven Population nicht zutrifft. HIV scheint keinen schädigenden Einfluss auf die Gefässe zu haben, sofern jemand unter erfolgreicher antiretroviraler Therapie ist.

Wie erklären Sie sich, dass die HIV-positiven Personen sogar weniger Kalkplaques aufwiesen als die negative Vergleichsgruppe?

Viele der HIV-positiven Teilnehmer leben sehr gesundheitsbewusst. Zudem sind sie in regelmässiger, meist vierteljährlicher, medizinischer Kontrolle. Dabei werden nicht nur die HIV-Werte kontrolliert, sondern unter anderem auch der Blutdruck, das Körpergewicht und das Cholesterin, und gegebenenfalls auch behandelt. In der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung ist das nicht die Regel.

Welches sind die Risikofaktoren für die Erkrankung der Herzkranzgefässe?

Wie in der Allgemeinbevölkerung sind es die klassischen Faktoren, die stark mit Verkalkungen und Verengungen der Herzkranzgefässe vergesellschaftet sind: allen voran Rauchen, aber auch hoher Blutdruck, hohe Cholesterinwerte und Diabetes mellitus. Betreffend HIV haben wir gefunden, dass Personen, die einmal eine sehr tiefe CD4-Zellzahl hatten, ein

grösseres Risiko für gefährliche Plaques haben. Wir ziehen daraus die Schlussfolgerung, dass ein früher Therapiestart auch für das Herz sinnvoll ist.

Sie haben sich auch mit sogenannten Zufallsbefunden beschäftigt, die bei einer Untersuchung gar nicht im Fokus stehen. Wieso?

Als wir mit der Studie begannen, wurden wir mit vielen unerwarteten Befunden in den Computertomografie-Bildern konfrontiert. Wir entdeckten Dinge, die weiter abgeklärt werden sollten, nach denen wir jedoch gar nicht gesucht hatten. Wir wollten klären, ob diese Zufallsbefunde bei HIV-positiven Personen häufiger auftreten als bei HIV-negativen Personen, möglicherweise durch die chronische Entzündung und Immunschwäche.

Was für Zufallsbefunde kommen oft vor?

Bei der Computertomografie der Herzkranzgefässe werden der ganze Brustkorb, also auch die Lunge, sowie die Oberbauchorgane dargestellt. Zufallsbefunde betreffen besonders häufig die Lunge sowie die Leber. Es finden sich häufig sogenannte Rundherde, die etwas Bösartiges, also ein Tumor, sein können. Diese Befunde ziehen weitere Abklärungen nach sich, manchmal sogar einen operativen Eingriff. Sie sind mit emotionalem Stress für die Patienten und mit hohen Kosten verbunden.

Gibt es Unterschiede zwischen der HIV-positiven und der HIV-negativen Vergleichsgruppe?

Wir konnten keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen feststellen. HIV ist also kein Risikofaktor für einen Zufallsbefund. Insgesamt gab es sehr viele Zufallsbefunde, nämlich bei rund der Hälfte aller untersuchten Personen. Bei zehn Prozent waren weitere Abklärungen notwendig. Aber nur bei zwei Studienteilnehmern von rund fünfhundert wurde ein bösartiger Tumor diagnostiziert.

Gab es andere Faktoren, unabhängig vom HIV-Status, die mit einem Zufallsbefund assoziiert waren?

Je älter jemand war, desto wahrscheinlicher waren Zufallsbefunde. Ebenfalls gehäuft traten sie bei Rauchern auf. Klassische Risikofaktoren sind also auch hier zentral, während HIV keine Rolle zu spielen scheint.

Und wie gross ist der Einfluss von Ernährung und Sport auf die Cholesterinwerte von HIV-positiven Personen?

Cholesterin ist ein wichtiger Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Viele HIV-Positive müssen cholesterinsenkende Medikamente einnehmen. Die HIV-Medikamente sowie HIV selber beeinflussen den Fettstoffwechsel stark. Doch zum Einfluss der Ernährung und der körperlichen Tätigkeit auf die Cholesterinwerte bei HIV-Positiven gab es praktisch keine Daten.

Hat die Studie auch dazu Erkenntnisse gebracht?

Ja. Auch bei HIV-Patienten haben Ernährungsmuster und körperliche Aktivität einen grossen Einfluss auf die Cholesterinspiegel, und zwar ganz unabhängig von den aktuellen HIV-Medikamenten oder dem Infektionsverlauf.

Es hängt also viel vom Lebensstil ab?

Ja, das ist sicher so. Bei HIV-positiven Personen sind die gleichen Faktoren entscheidend für ein erhöhtes Herz-Kreislauf-Risiko wie in der Allgemeinbevölkerung.

Was heisst das für die Praxis?

Unsere bisherigen Resultate weisen nicht auf notwendige Anpassungen der medizinischen Betreuung hin, zum Beispiel zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen. Im Gegenteil, sie bestätigen, dass sie gut ist. Die Resultate sind sehr wichtig für Menschen mit HIV. Aufgrund der bisher gewonnenen Erkenntnisse scheinen die teilweise von Angst geprägten Diskussionen um HIV und vorzeitiges Altern nicht berechtigt zu sein. sp

Über Sex reden

Heutzutage reden zwar alle ständig über Sex. Sogar das Schweizer Fernsehen reist durchs Land und befragt Herrn und Frau Schweizer über ihr Liebesleben. Es gibt aber auch eine andere Realität: In vielen Schweizer Schlafzimmern wird nicht oder kaum über Sexualität gesprochen. Oft werden sexuelle Bedürfnisse nicht thematisiert – insbesondere dann, wenn es um den Wunsch geht, Sexualität auch ausserhalb der festen Partnerschaft zu leben.

Liebe, Sexualität und Fortpflanzung in der Kernfamilie – dem verheirateten, heterosexuellen Paar mit Kindern – zu verkoppeln, ist eine Erfindung der bürgerlichen Moderne. Zumindest für heterosexuelle Männer scheint es jedoch immer gesellschaftlich mehr oder weniger akzeptierte Wege gegeben zu haben, ihre Sexualität ausserhalb der Beziehung zu leben. Jedenfalls solange die bürgerliche Fassade aufrechterhalten wurde. Die Folgen dieser Doppelmoral spüren wir bis heute: Der Wunsch nach Sex ausserhalb der Beziehung wird ausgelagert an den Bereich der Sexarbeit, der öffentlich geächtet wird und wo prekäre Arbeitsbedingungen herrschen. Ein Ausdruck dieser Doppelmoral sind auch Begriffe des alltäglichen Sprachgebrauchs wie «Schlampe», der die Abwertung von eigenständigem weiblichen sexuellen Begehren beinhaltet.

Liebe, Sexualität und Fortpflanzung in der Kernfamilie – dem verheirateten, heterosexuellen Paar mit Kindern – zu verkoppeln, ist eine Erfindung der bürgerlichen Moderne.

Ebenfalls ausserhalb des Modells der Kernfamilie stehen die Beziehungen von Schwulen und Lesben. Manche von ihnen haben diesen Aussenseiterstatus als Chance genutzt und offenere Beziehungsmodelle für sich definiert. In den letzten Jahren schwappen nun solche alternative Lebens- und Liebesmodelle – wie zum Beispiel Freundschaft plus – in den Mainstream über. Es hat sich eine eigentliche Polyamorie-Community gebildet, die für sich Regeln, Sprechweisen und Techniken entwickelt hat, um ihre Erfahrungen in Beziehungsformen abseits der monogamen Norm zu fassen.

Was hat das alles mit HIV zu tun? Selbstverständlich spricht nichts gegen eine bewusst monogame Beziehungsgestaltung. Oft entspringt diese aber bloss der gesellschaftlichen Konvention. Wenn sexuelle Wünsche und Sehnsüchte nicht ausgesprochen werden dürfen, birgt das die Gefahr, dass sexuelle Risiken eingegangen werden. Das Sich-bewusst-Machen und Offenlegen von sexuellen Bedürfnissen ermöglicht erst einen entspannten Umgang mit Sexualität und auch Schutzmöglichkeiten. Nur wer offen sexuelle Wünsche anspricht, redet auch wirklich über Safer Sex. nSCH



Deutschsprachige Literatur zum Thema:

«Polyamorie»

Manuela Aberger

Herausforderungen und Vorteile dieser Partnerschaftsform mit vielen Beispielen.
Verlag Ebozon

«Drei ist keiner zu viel»

Sabine und Wolf Deunan

Ein Einsteigerbuch eines selbst in einer offenen Beziehung lebenden Paares, das auf die verschiedenen Perspektiven aller Beteiligten eingeht. Verlag Lust & Liebe

«Schlampen mit Moral»

Dossie Easton/Janet W. Hardy

Das kalifornische Standardwerk, eine praktische Anleitung für Polyamorie, offene Beziehungen und andere Abenteuer.
mvgverlag

«Treue ist auch keine Lösung»

Holger Lentdt/Lisa Fischbach

Lösungen aus der Paartherapie für das Dilemma aus Treuwünschen und Untreue-sehnsüchten. Verlag Piper

«Offen lieben»

Axel Neustädter

Ein schwuler Wegweiser zu alternativen Beziehungsmodellen, der zugleich vor zu hochgesteckten Erwartungen und anderen Fallstricken warnt. Verlag Salzgeber

«Lob der offenen Beziehung»

Oliver Schott

Eine Kritik des monogamen Liebesmodells und seiner Alternativen aus ethischer Sicht.
Verlag Bertz + Fischer

«Abschied vom Mythos Monogamie»

Tim Wiesendanger

Die psychologischen Hintergründe des Mythos Monogamie. Querverlag



Hallo Dr. Gay

Hallo Dr. Gay

Ich habe regelmässig Sex mit einer Transe. Am Anfang nehmen wir kein Kondom, spielen nur etwas und drücken mit dem Penis am After rum. Richtigen Sex haben wir dann aber mit Kondom. Safer Sex ist für mich sehr wichtig, darum möchte ich Klarheit haben. Besteht hier ein HIV-Risiko? Roberto (24)

Lieber Roberto

Das Berühren des Penis am After ist bezüglich HIV unproblematisch. Solange kein Eindringen und kein Kontakt der Schleimhäute oder infektiöser Flüssigkeiten stattfinden, besteht kein HIV-Risiko. Mir ist allerdings nicht ganz klar, was du mit «richtigem Sex» meinst. Wichtig für dich zu wissen ist: Analverkehr ohne Kondom birgt für beide Partner ein hohes HIV-Risiko, auch ohne Abspritzen. Wenn du dies weisst und dich entsprechend schützt, musst du dir über HIV keine Sorgen machen. Ich möchte dich aber noch um etwas bitten: Das Wort «Transe» ist stark negativ behaftet. In der Alltagssprache wird es oft als Schimpfwort gebraucht. Verwende bitte zukünftig die Bezeichnungen trans Frau, trans Mann oder trans Mensch - falls es überhaupt nötig ist, dies extra zu betonen.

Alles Gute
Dr. Gay

Lieber Dr. Gay

In der letzten SAN schreibst du, dass bei HIV-positiven Menschen unter antiretroviraler Therapie, die eine Geschlechtskrankheit haben, das HIV-Risiko bloss «erheblich minimiert» sei. Ist also der Schutz durch die Therapie doch nicht sicher? Ich bin etwas verwirrt. Myshelle (39)



© Uwe Krejci / Getty Images

Liebe Myshelle

Vielen Dank für deinen Hinweis. Das ist in der Tat nicht ganz richtig und missverständlich. Nach heutigem Stand gilt ganz klar: undetectable = untransmittable, das heisst, nicht nachweisbar = nicht ansteckend - unabhängig von vorhandenen sexuell übertragbaren Infektionen (STI). Hier handelt es sich offenbar um eine ältere Anfrage. Zu Beginn des Statements der EKAF, die das Thema vor rund zehn Jahren kommunizierte, hatte man noch wenig Erfahrungswerte und wollte auf Nummer sicher gehen. Beide Fragen und Antworten stammen von unserem Dr.-Gay-Redaktor im Tessin (weil es eine SAN mit Tessiner Fokus war) und wurden vom Italienischen ins Deutsche und Französische übersetzt. Die Redaktoren werden regelmässig geschult und sollten auf dem neusten Stand der aktuellen Informationen sein. Bitte entschuldige die Verwirrung.

Alles Gute
Dr. Gay

Dr. Gay

Hier wird dir geholfen!
drgay.ch

Der Mann für alle Fälle

↳ Wer Fragen hat zu Beziehung, Sex, Drogen oder anderem, wendet sich an Dr. Gay. Das schwulenfreundliche Angebot richtet sich an Männer, die Sex mit Männern haben. Hinter dem Label Dr. Gay verbirgt sich ein fachkundiges Team, das alle Fragen rund um die Sexualität beantwortet. www.drgay.ch

SAMMELSURIUM

OPER

«Edgar»



© T+T Fotografie, Toni Suter + Tanja Dorendorf

Die St. Galler Festspiele setzen ihre Tradition von Wiederentdeckungen fort und zeigen vor prächtiger, klösterlicher Kulisse Giacomo Puccinis Oper «Edgar». Die Liebes- und Eifersuchtsgeschichte um den jungen Edgar, der zwischen der ihn treu liebenden Fidelia und der maurischen Waise Tigrana hin- und hergerissen ist, erinnert an Bizets «Carmen». Dazu gibt es Landarbeit, Kirchgang, Brandstiftung, Zweikampf, Flucht, Soldaten, ein Trauerzug mit falschem Mönch und leerem Sarg: Diese Oper geizt nicht mit effektvollen Momenten. *St. Galler Festspiele, 29. Juni bis 13. Juli 2018, «Edgar», Premiere: 29. Juni 2018, 21 Uhr im Klosterhof, www.stgaller-festspiele.ch*

MAP

«Queering the Map»

Wann haben Sie Ihren Liebsten das erste Mal wo geküsst? Oder sich gestritten? Oder sich gegenüber der Grossmutter als lesbisch geoutet? Das interaktive Onlineprojekt des 22-jährigen Designers und Studenten Lucas LaRoche aus Kanada ist so simpel wie bestechend und politisch. «Queering the Map» sammelt Orte, an welche queere Menschen eine Erinnerung haben. Eine gute, eine schlechte, eine böse, eine aussergewöhnliche – Hauptsache, eine Erinnerung, die geteilt werden will. LaRoche setzte vor gut einem Jahr seinen ersten Pin samt Statement auf eine virtuelle Weltkarte. Seither sind aus allen Ecken der Erde unzählige Pins und Meldungen hinzugekommen. Doch wo die LGBT-Community Präsenz markiert und Räume besetzt – und seien es virtuelle –, sind Hassler, Spammer und Homophobe oft nicht weit. Dies erfuhr auch LaRoche mit seinem Projekt. Seither hat er viel in die Sicherheit seiner Website investiert und lässt nun alle Einträge moderieren. www.queeringthemap.com

AUSFLUG

Schweizer Nationalgestüt

Wussten Sie, dass in der Schweiz 105 058 Equiden leben – im Stall, auf der Weide oder auf der Rennbahn? Mit Equiden sind Pferde, Ponys, Esel, Maultiere und Maulesel gemeint. Bestaunen kann man all die edlen Tiere – darunter auch die



© Agroscope / Schweizer Nationalgestüt

einzige heute noch existierende Pferderasse mit Ursprung in der Schweiz: das Freiburgerpferd – im Schweizerischen Nationalgestüt in Avenches. Das 1899 gegründete Nationalgestüt, heute das Kompetenzzentrum des Bundes für die Haltung und Zucht von Pferden, liegt neben dem Nationalen Reitsportzentrum und ist täglich geöffnet. An Wochentagen werden geführte, 90-minütige Besichtigungen für Gruppen und vieles mehr angeboten. Nix wie los, Gotten und Göttis, Grosseltern, Eltern und alle Pferdebegeisterte! *Schweizer Nationalgestüt, Les Longs-Prés, 1580 Avenches, www.agroscope.ch/avenches*



© Google Maps/queeringthemap.com

Die fatalen Auswirkungen der schwarzen Liste

RECHTSBERATUNG

Aids-Hilfe Schweiz

Wir beantworten kostenlos Rechtsfragen im Zusammenhang mit HIV in folgenden Gebieten:

- ↳ Sozialversicherungsrecht
- ↳ Sozialhilferecht
- ↳ Privatversicherungen
- ↳ Arbeitsrecht
- ↳ Datenschutzrecht
- ↳ Patientenrecht
- ↳ Einreise- und Aufenthaltsrecht

Öffnungszeiten

Di und Do, 9–12, 14–16 Uhr
Tel. 044 447 11 11
recht@aids.ch

Das schweizerische Krankenversicherungsgesetz erlaubt den Kantonen, eine Liste zu führen mit Personen, die bei ihrer Krankenkasse Schulden haben und erfolglos betrieben worden sind. Patient_innen, die auf einer solchen Liste stehen, erhalten von ihrer Krankenkasse nur noch Notfallbehandlungen vergütet. Was als Notfallbehandlung gilt, sagt das Gesetz jedoch nicht. Ebenso wenig, wem es obliegt zu bestimmen, dass eine konkrete Behandlung oder Medikation eine Notfallbehandlung darstellt. In mehreren Fällen verweigerten Krankenkassen die Vergütung der antiretroviralen Therapie, obwohl die behandelnden Ärzte diese ganz klar als Notfallbehandlungen deklariert hatten. Dies führte zu Therapieunterbrüchen und war in einem Fall gar mitverantwortlich für den Tod eines Patienten.

■ **Hintergrund** 2006 wurde im Krankenversicherungsgesetz eine Regelung eingefügt, nach welcher Personen, die ihre Prämien nicht bezahlt hatten, von Gesetzes wegen mit einem Leistungsaufschub sanktioniert wurden. Dies bedeutete, dass sie keine adäquate Gesundheitsversorgung mehr erhielten, wenn sie Prämien- oder Kostenbeteiligungsschulden bei ihrer Krankenkasse hatten. Schon bald nach Einführung dieser Bestimmung zeigte sich, dass diese Regelung insbesondere bei Personen mit akuten oder chronischen Erkrankungen zu unhaltbaren Zuständen führte und dadurch das Prinzip der Sozialversicherung als obligatorische Versicherung untergraben wurde. Vor diesem Hintergrund unterbreitete die Bundesverwaltung 2009 einen Revisionsentwurf, der vorsah, die Leistungssistierung aufzuheben. Aufgrund einer parlamentarischen Initiative wurde die geplante Aufhebung jedoch insofern abgeschwächt, als den Kantonen die Möglichkeit eingeräumt wurde, eine Liste der säumigen Prämienzahler_innen einzurichten und die darauf Erfassten mit einem Leistungsaufschub zu versehen (bekannt als «schwarze Liste»).

Die am 1. Januar 2012 in Kraft getretene Bestimmung (Art. 64a Abs. 7 KVG) sieht vor: «Die Kantone können versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen [...]. Die Versicherer schieben für diese Versicherten auf Meldung des Kantons die Übernahme der

Kosten für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen auf [...]»

■ **Kantone mit schwarzer Liste** Aufgrund der negativen Erfahrungen unter der altrechtlichen Regelung sah der Grossteil der Kantone von einer solchen Liste ab. Neun Kantone entschieden sich dennoch für die Einführung der Liste, nämlich Aargau, Graubünden, Luzern, Schaffhausen, Solothurn, St. Gallen, Tessin, Thurgau und Zug. Einzig Kinder bis 18 Jahre sowie Bezüger_innen von Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe sind von einer Listenerfassung ausgenommen. Der Grund für die Einführung der schwarzen Liste in den genannten Kantonen dürfte vor allem finanzieller Natur gewesen sein: Da das Gesetz die Kantone neu verpflichtete, 85 Prozent der Zahlungsausstände zu übernehmen, sollten mit dieser Regelung Mehrkosten für die Kantone verhindert werden.

■ **Notfallbehandlungen** Innerhalb der letzten zwei Jahre hat die Aids-Hilfe Schweiz von mehreren Fällen erfahren, in denen Menschen mit HIV die Kostenübernahme der antiretroviralen Therapie verweigert wurde, weil sie auf der schwarzen Liste standen. Es handelt sich dabei um Fälle aus den Kantonen Aargau und Graubünden. Die Krankenkassen lehnten die Leistungen selbst dann ab, wenn die behandelnden Ärzt_innen explizit darauf

hingewiesen hatten, dass es sich bei der antiretroviralen Therapie um eine Notfallbehandlung handelte. Die Krankenkassen bzw. deren Vertrauensärzte argumentierten, dass es sich in den vorliegenden Fällen nicht um einen akuten, lebensbedrohlichen Zustand handle und deshalb kein Notfall gegeben sei. Mittels Interventionen des Rechtsdiensts und der regionalen Aids-Hilfen konnte mit den jeweiligen Krankenkassen nach einer allfälligen Überbrückungsleistung durch den Solidaritätsfonds doch noch eine Kostenübernahme ausgehandelt werden. Bei einem Patienten kam die Hilfe jedoch zu spät. Das behandelnde Spital hatte bei ihm bereits 2016 ein Gesuch um Kostenübernahme der antiretroviralen Therapie gestellt, das von der Krankenkasse abgelehnt wurde. Ein Jahr später brachen beim Patienten zahlreiche aidsdefinierende Krankheiten aus, worauf die Ärzte erneut ein Gesuch um Kostenübernahme stellten. Selbst in diesem Stadium wurde von der Krankenkasse der Notfallcharakter verneint, weshalb das Spital in der Folge den Rechtsdienst und die regionale Aids-Hilfe einschaltete. Obwohl

ihn die Ärzte trotz Leistungsablehnung behandelten, verstarb der Mann, kurz nachdem der Rechtsdienst und die regionale Aids-Hilfe mit der Krankenkasse in Kontakt getreten waren.

■ **Die Haltung von Kantonen und Bund** Eine Kontaktaufnahme der Aids-Hilfe Schweiz mit den Gesundheitsdirektionen derjenigen Kantone, die eine schwarze Liste führen, zeigt, dass der Grossteil keine angemessene Lösung dieser schwerwiegenden Problematik vorsieht. Zwar beurteilen die meisten Kantone eine antiretrovirale Therapie als Notfallbehandlung. Ebenfalls wird grösstenteils die Meinung vertreten, dass es primär dem behandelnden Arzt obliegen sollte zu bestimmen, ob eine bestimmte Behandlung oder Therapie eine Notfallbehandlung darstellt. Ein Kanton hat dies sogar in einer Verordnung explizit festgehalten. Für den Fall, dass eine Krankenkasse dennoch den Notfallcharakter verneinen sollte, weisen die meisten Kantone aber lediglich darauf hin, dass der versicherten Person der Rechtsweg offensteht. Da der Rechtsweg (Einsprache an die Krankenkasse mit anschliessender Beschwerde ans

Neun Kantone entschieden sich für die Einführung der schwarzen Liste, nämlich Aargau, Graubünden, Luzern, Schaffhausen, Solothurn, St. Gallen, Tessin, Thurgau und Zug.

Latexfrei oder Naturkautschuk oder extrastark oder Erdbeere oder mit Reservoir oder Easy Glide oder Spezialgrösse: Wir haben sie alle.

Unschlagbar günstig!

Präservativ. Femidom. Dental Dam.



www.shop.aids.ch

Online bestellt, in neutraler Verpackung per Post geliefert.

Bislang haben zwei der neun Kantone (GR, SO) entschieden, die schwarze Liste wieder abzuschaffen. Einerseits, weil damit die medizinische Grundversorgung einer wirtschaftlich und sozial schwachen Bevölkerungsgruppe gefährdet wird. Andererseits, weil die Liste die erhofften Wirkungen nicht erzielt hat, indem sie mehr administrative Kosten verursacht als Prämienausstände eingebracht hat.

Gericht) sehr lange dauert, die Behandlung aber dringend indiziert ist, bietet er in den meisten Fällen keine praktikable Lösung. Auch wurde von den angeschriebenen Kantonen mehrfach darauf hingewiesen, dass Personen, die Sozialhilfe beziehen, nicht auf die Liste kommen. Hier wiederum besteht das Problem, dass die Sozialhilfen keine Schulden übernehmen und, solange solche vorhanden sind, der Leistungsaufschub bestehen bleibt. Das Bundesamt für Gesundheit, das die Aufsicht über das Krankenversicherungsgesetz und die Krankenversicherer ausübt, verneinte eine Interventionsmöglichkeit auf nationaler Ebene und verwies lediglich auf die Möglichkeit der versicherten Personen, den Rechtsweg zu beschreiten.

■ Schwierige Situation auch für Ärzt_innen Die schwarze Liste stellt auch die behandelnden Ärzt_innen vor Herausforderungen. Das Medizinalberufegesetz sowie die Standesordnung der FMH verpflichten sie zu einer Beistandspflicht in Notfällen. Diese Beistandspflicht gilt gemäss Rechtsprechung auch in Fällen, in denen zwar keine akute Lebensgefahr besteht, die betroffene Person aber umgehend Hilfe braucht, weil ihre Gesundheit ansonsten ernsthaft beeinträchtigt werden könnte. Geben die Ärzt_innen antiretrovirale Therapie nicht ab, verletzen sie ihre Beistandspflicht. Geben sie ab, bleiben sie auf ihren Rechnungen sitzen, da sie die Kosten von der Krankenkasse nicht rückerstattet erhalten. Zu beachten gilt, dass diese Problematik auch Personen mit anderen chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Epilepsie oder Krebs betrifft.

■ Wie weiter? Die Einführung der schwarzen Liste hat darauf abgezielt, den Druck auf versicherte Personen, die zahlungsunwillig, aber zahlungsfähig sind, zu erhöhen. Von der Regelung sind aber ebenfalls zahlungsunfähige Personen betroffen, die auch unter Druckausübung nicht in der Lage sind, ihre Schulden zu begleichen.

Bislang haben zwei der neun Kantone (Graubünden und Solothurn) entschieden, die schwarze Liste wieder abzuschaffen. Einerseits, weil damit die medizinische Grundversorgung einer wirtschaftlich und sozial schwachen Bevölkerungsgruppe gefährdet wird. Andererseits, weil die Liste die erhofften Wirkungen nicht erzielt hat, indem sie mehr administrative Kosten verursacht als Prämienausstände eingebracht hat. Gegenüber Kantonen ohne Liste konnte kein Nutzen nachgewiesen werden. Vielleicht werden weitere Kantone folgen, längerfristiges Ziel sollte jedoch unbedingt sein, die Möglichkeit der Führung einer schwarzen Liste durch ersatzlose Streichung von Art. 64a Abs. 7 KVG zu unterbinden, damit das Obligatorium des KVG nicht mehr unterwandert und Menschen das Recht auf Gesundheit nicht mehr verwehrt werden kann. Die Aids-Hilfe Schweiz und der Positivrat sind im Gespräch mit Politiker_innen, damit dieses sehr wichtige Anliegen zeitnah ins Parlament getragen wird. cs

☐ SIE FRAGEN – WIR ANTWORTEN

Welche Auswirkungen hat eine Erbschaft auf IV-Rente und Ergänzungsleistungen?

FRAGE

Herr T. E.

Ich beziehe seit vielen Jahren eine ganze Invalidenrente und Ergänzungsleistungen zur IV. Da mein Vater verstorben ist, werde ich demnächst einen grösseren Betrag erben. Muss ich nun mit einer Kürzung oder gar Einstellung der IV-Rente und der Ergänzungsleistungen rechnen? Und was wäre, wenn ich die Erbschaft ausschlagen würde?

ANTWORT

Dr. iur. Caroline Suter

Auf Ihre Invalidenrente hat die Erbschaft keinerlei Auswirkungen, da diese unabhängig vom Vermögen ausbezahlt wird. Das Gleiche gilt für eine allfällige IV-Rente der Pensionskasse. Anders sieht dies – je nach Höhe der Erbschaft – bei den Ergänzungsleistungen aus.

Die Ergänzungsleistungen werden individuell ermittelt und ergeben sich aus einer Gegenüberstellung von Ausgaben und Einnahmen. Sind die anerkannten Ausgaben höher als die anrechenbaren Einnahmen, besteht ein Anspruch auf Ergänzungsleistungen. Eine Erbschaft würde bei den Einnahmen angerechnet. Jedoch besteht bei der Anrechnung von Bruttovermögen ein Freibetrag von CHF 37 500.– bei Alleinstehenden (hierzu zählen auch Personen, die im Konkubinat leben) sowie CHF 60 000.– bei Ehepaaren oder eingetragenen Partnern. Ist Ihre Erbschaft zusammen mit Ihrem übrigen Vermögen tiefer als CHF 37 500.–, hat diese keine Auswirkungen auf Ihre Ergänzungsleistungen (EL). Wenn Ihre Erbschaft zusammen mit Ihrem übrigen Vermögen diesen Betrag übersteigen sollte, wird ein Fünftel ($\frac{1}{5}$) davon als Vermögen angerechnet.

Beispiel:

Sie sind alleinstehend, haben keinerlei Vermögen und erben CHF 100 000.–. Von diesem Betrag werden CHF 37 500.– abgezogen, da diese als Freibetrag nicht angerechnet werden. Von den über dem Freibetrag liegenden CHF 62 500.– wird Ihnen bei den jährlichen Ergänzungsleistungen $\frac{1}{5}$ als Vermögen im Rahmen der anrechenbaren Einnahmen hinzugerechnet, im vorliegenden Fall wären dies also CHF 4166.–. Sind Ihre



© Marilyn Manser

Dr. iur. Caroline Suter

kostenloser Rechtsdienst
der Aids-Hilfe Schweiz

Einnahmen (IV-Rente, allfällige BVG-Rente und Vermögen) auch mit dem angerechneten $\frac{1}{5}$ der Erbschaft tiefer als Ihre Ausgaben (Lebensbedarfskosten, Mietzins), haben Sie weiterhin Anspruch auf EL.

Sollten Sie die Erbschaft ausschlagen, wird dies von der EL-Stelle als Vermögensverzicht bewertet. Vermögensverzichte werden bei den Einnahmen berücksichtigt, als wäre dieses Vermögen tatsächlich vorhanden. Jedoch wird das angerechnete Verzichtsvermögen jährlich um CHF 10 000.– reduziert.

Da es sich bei einer Erbschaft um eine wesentliche Veränderung der wirtschaftlichen Verhältnisse handelt, besteht gegenüber der EL-Stelle eine Meldepflicht. Auch wenn die Erbschaft noch nicht verteilt ist, rechnen die EL-Stellen den Anteil an einer unverteilter Erbschaft bereits ab dem Todeszeitpunkt des Erblassers beim Vermögen an, sofern über dessen Höhe hinreichende Klarheit besteht. Wichtig ist deshalb, dass Sie die Erbschaft der EL-Stelle bereits jetzt melden und nicht erst, wenn sie tatsächlich zur Auszahlung gelangt. Wird die Erbschaft erst später gemeldet, führt dies zu einer Rückforderung. ●



Proud to

protect your summer

Denk daran: Ein Kondom schützt dich vor HIV. #undetactable – Menschen mit HIV unter erfolgreicher Therapie stecken niemanden an. Und: PrEP schützt dich genauso gut vor einer HIV-Infektion wie ein Kondom.

Also: Geniess den Sommer und behalte einen kühlen Kopf.
Alle Infos auf drgay.ch und myprep.ch.

CHECKPOINT



Dr. Gay