

SAN 4 | 21

SWISS AIDS NEWS

HOPE: 40 JAHRE LEBEN MIT HIV



HOPE

Zeit

***Tage, wenn sie scheinbar uns entgleiten,
gleiten leise doch in uns hinein,
aber wir verwandeln alle Zeiten;
denn wir sehnen uns zu sein ...***

Rainer Maria Rilke

Liebe Leserin Lieber Leser



Wir leben in einer paradoxen Zeit. Es gilt, sie auszuhalten und die Hoffnung, eine Kraft von aussergewöhnlicher Stärke, nicht zu verlieren. Die Hoffnung und die Zeit sind ein Paar, das zusammengehört. Gestern und heute.

Eine neue Pandemie hat uns im Griff. Weltweit. Das Virus heisst Corona und erinnert an eine ältere Pandemie mit einem Virus namens HIV. Während wir uns mit dem Coronavirus in teilweise unerforschtem Gelände bewegen, wissen wir über HIV/Aids seit vierzig Jahren Bescheid. Zu unser aller Glück. Dazu haben unzählige Wissenschaftler:innen, Politiker:innen, Pfleger:innen und nicht zuletzt Menschen mit HIV beigetragen. Weil Letztere ihren Status kennen und umsichtig handeln, jeden Tag. Und wir in der Schweiz eine gute medizinische Vorsorge und Versorgung haben. Trotzdem bleiben irrationale Ängste vor einer Ansteckung mit HIV präsent. Obwohl HIV-positive Menschen unter erfolgreicher Therapie das Virus nicht mehr übertragen können, ist dieses Wissen in der breiten Bevölkerung noch nicht angekommen. Die Zahl der Neuinfektionen nimmt in der Schweiz ab, die Zahl der Diskriminierungen bleibt auf hohem Niveau bestehen. Leider. Genau hier kommt die Hoffnung zum Zug, der Leitgedanke unserer HOPE Kampagne 2021. Hoffnung geben uns alle, die sich unermüdlich dafür einsetzen, das Leben mit HIV zu verbessern, und nicht zuletzt auch Initiativen wie #positivarbeiten.

Wir wünschen Ihnen viel Zeit für sich und Ihre Liebsten und eine grosse Portion Hoffnung. Bleiben Sie wohlauf!

Brigitta Javurek

Redaktion der Aids-Hilfe Schweiz

Herausgeberin

Aids-Hilfe Schweiz (AHS)

Korrektorat

Die Orthografen, Zürich

Bildredaktion

Marilyn Manser

Gestaltung

Ritz & Häfliger, Basel

SAN Nr. 4, 2021

© Aids-Hilfe Schweiz, Zürich

Die SAN erscheinen in folgender

Auflage: D 1650 Expl. / F 700 Expl.

Abonnement

san@aids.ch, www.aids.ch

GESELLSCHAFT

HOPE – 40 Jahre Leben mit HIV **4**

«Die Pandemie hat einen enormen Schaden angerichtet» **9**

Sexuelle Befreiung und neue queere Sexualität durch PrEP **16**

IBM #positivarbeiten **20**

MEDIZIN

«HIV ist noch immer eine Krankheit ohnegleichen» **6**

LEBEN MIT HIV

Jenseits der Hoffnung **12**

RECHT

Invalidenversicherung: Die 7. IV-Revision **24**

SAMMELSURIMUM

Eine Ausstellung und eine Graphic Novel **23**

HOPE – 40 Jahre Leben mit HIV



Am 5. Juni 1981 berichtete das US-amerikanische Gesundheitsamt zum ersten Mal über Symptome einer Krankheit, die später als Aids zu einer Pandemie anwachsen und bis heute weltweit über 30 Millionen Leben fordern sollte. Andreas Lehner, Geschäftsführer der Aids-Hilfe Schweiz, blickt zurück und sagt, welche Herausforderungen als Nächstes anstehen.

ANDREAS LEHNER | Geschäftsführer Aids-Hilfe Schweiz

Im Sommer 1981 war ich 14 Jahre alt. Ich lag im Strandbad am Bodensee und las den «Tages-Anzeiger». Da war die Rede von einer mysteriösen Krankheit namens GRID (Gay-Related Immune Deficiency). Seit diesem Tag begleitet mich die Angst vor einer Ansteckung mit HIV.

Denn am 5. Juni 1981 hatte das US-amerikanische Gesundheitsamt CDC in seinem wöchentlichen Bulletin eine ungewöhnliche Beobachtung veröffentlicht: In den vorangegangenen neun Monaten war bei fünf jungen schwulen Männern in Los Angeles eine seltene Form der Lungenentzündung aufgetreten, normalerweise ein Symptom schwerer Immunschwäche. Beim Auftreten des Syndroms stand die Medizin vor einem Rätsel: Wie kommen junge, gesunde Männer zu einem so geschwächten Immunsystem? Die Virologin Françoise Barré-Sinoussi und der Virologe Luc Montagnier präsentierten 1983 die Lösung: Ein bis dato unbekanntes Virus verursachte die Immunschwäche. Für das Virus etablierte sich der Name HIV, humanes Immunschwäche-Virus. Aber bis eine wirksame Medikamenten-Kombination gegen das Virus gefunden wurde, sollten noch einmal 15 Jahre vergehen.

Wöchentlich standen wir damals an einem Sterbebett und mussten Abschied nehmen. Oft stand eine Kerze in den Büros der überall entstehenden Aids-Hilfen, im Gedenken an die Verstorbenen. Auch in unserer Arbeit ging es

damals viel um Trauerbewältigung. Später kam dann die Zeit, in der pro Tag oft um die 20 Tabletten zu genau definierten Zeiten eingenommen werden mussten. Gegen das Virus und vor allem gegen die Nebenwirkungen.

Mit der Erforschung des Virus hat sich also auch die Arbeit der Aids-Hilfe Schweiz und ihrer Partner verändert. In der Anfangszeit der Präventionsarbeit war Sexualität noch stark tabuisiert. Allmählich kristallisierte sich das Wissen heraus, dass vor allem Analverkehr ein wichtiger Übertragungsweg war. Ein Kondom schützte (und schützt) sehr gut vor einer HIV-Infektion. Daneben sind mit der Nichtübertragbarkeit durch Therapie und der PrEP weitere Präventionsinstrumente dazugekommen. Die PrEP ist ein Medikament, das richtig eingenommen sehr gut vor einer HIV-Infektion schützt. Wie schon beim Kondom waren auch bei der PrEP zuerst moralische Bedenken sehr stark. Öffnen wir damit einer promiskuen Sexualität Tür und Tor? Mittlerweile hat sich die Diskussion versachlicht, und die PrEP gehört zu den wichtigsten Standbeinen der HIV-Prävention.

Die Angst vor einer Ansteckung mit HIV hat sich bei mir im Laufe der Zeit relativiert, und ich habe in meiner Sexualität einen Umgang damit gefunden. Dennoch bleiben irrationale Ängste vor Ansteckung in der Gesellschaft präsent. Seit der Ausbreitung des Coronavirus erreichen uns wieder vermehrt Anfragen zu Ansteckungsrisiken in Alltagssituationen, beispielsweise im Tram oder beim Coiffeur.



© KEYSTONE/STR

Welt-Aids-Tag 1990, Solidaritätskundgebung in der Zürcher Innenstadt.

Auch wenn wir heute wissen, dass HIV-positive Menschen unter erfolgreicher Therapie das Virus nicht mehr übertragen können, ist dieses Wissen in der breiten Bevölkerung noch lange nicht angekommen. So nehmen zwar die HIV-Neuinfektionen in der Schweiz seit Jahren ab, doch die uns gemeldeten Diskriminierungen von Menschen mit HIV bleiben auf hohem Niveau stabil. Diese betreffen alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens: sei es die Arbeit, den Medizin- oder den Versicherungsbereich.

Gegen Diskriminierung im Arbeitsbereich haben wir mit Unterstützung von IBM Schweiz auf den diesjährigen 1. Dezember in der Schweiz das internationale Label #positivarbeiten lanciert. Arbeitgeber verpflichten sich mittels einer Deklaration dazu, ein diskriminierungsfreies Umfeld für Menschen mit HIV zu schaffen. Auf dass mehr Menschen mit HIV am Arbeitsplatz ihren Status offenlegen können, ohne Angst vor negativen Konsequenzen.

Heute ist eine wichtige Aufgabe der Aids-Hilfe Schweiz die Mitarbeit an der HIV-Eliminationsstrategie 2030. Zusammen mit wichtigen Stakeholdern wie der Schweizerischen Kohortenstudie, SwissPrEPared, den Checkpoints und vielen weiteren Partnern sind wir auf dem Weg hin zu einer Schweiz ohne neue HIV-Infektionen.

Auch wenn wir heute wissen, dass HIV-positive Menschen unter erfolgreicher Therapie das Virus nicht mehr übertragen können, ist dieses Wissen in der breiten Bevölkerung noch lange nicht angekommen.

Dabei hilft uns, dass wir als Verband unser Leitbild und unsere Strategie erneuert haben. Drei Ziele sind mir besonders wichtig:

1. Wir setzen uns dafür ein, dass jeder Mensch seine Sexualität in Würde, Freiheit und gleichberechtigt leben kann.
2. Wir verhindern durch wirksame Präventionsprogramme neue Infektionen in den Zielgruppen mit erhöhtem Expositionsrisiko und sensibilisieren die Bevölkerung für Safer Sex und Safer Use.
3. Wir fördern den niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung, auch für diejenigen, denen dies erschwert ist.

Viel Arbeit liegt also noch vor uns, packen wir sie an!



© Marilyn Manser

«HIV ist noch immer eine Krankheit ohne Gleichen»

Isabel Cobos Manuel ist Fachfrau Gesundheit in der Abteilung für Infektionskrankheiten am Universitätsspital Lausanne. Die auf sexuelle Gesundheit spezialisierte Lausannerin arbeitet in einer aufsuchenden Beratungsstelle für Menschen, die mit HIV leben. Die Begegnung mit ihr verdeutlicht, wie stark das HIV-Stigma trotz aller anhaltenden Fortschritte immer noch ist. Und wie unerlässlich eine individuelle Begleitung ist.

INTERVIEW: ANTOINE BAL

Isabel Cobos, wie gestaltet sich Ihr Beratungsangebot innerhalb der Abteilung für Infektionskrankheiten?

Wir sind drei Gesundheitsfachkräfte, die sich auf die Betreuung von Menschen mit HIV sowie auf den Bereich der Prävention spezialisiert haben. Wir bieten Einzelberatungen zur Begleitung von HIV-Betroffenen, mehrheitlich ambulant oder im Rahmen von Hospitalisierungen am Unispital Lausanne. Auch Personen, die eine Prä- und Postexpositionsprophylaxe (PrEP/PEP) erhalten, betreuen

wir. Zudem haben wir die Aufgabe, die uns Aufsuchenden entsprechend ihren Bedürfnissen an andere Spezialisten weiterzuleiten. In unserer Arbeit sind wir an ein umfassendes interdisziplinäres Betreuungsnetz angeschlossen. In der ambulanten Beratungsstelle für Infektionskrankheiten am Unispital Lausanne betreuen wir derzeit rund 1200 Patientinnen und Patienten aktiv.

Warum wurde dieses Fachberatungsangebot ins Leben gerufen?

Diese Beratung gibt es seit den ersten Jahren der HIV-Epidemie, aber die Rolle der Pflegeberatung hat sich im Lauf der Zeit weiterentwickelt, um sich den Bedürfnissen von Menschen mit HIV anzupassen. Leider stelle ich fest, dass die Erfahrungen von Menschen, die mit HIV leben, immer noch kaum bekannt sind, selbst im professionellen Gesundheitswesen. Nur die Wenigsten haben eine Ahnung davon, was es heisst, im Jahr 2021 mit dem Virus zu leben. Trotz der Fortschritte der letzten 35 Jahre sind HIV-Betroffene also immer noch mit zahlreichen Formen der Diskriminierung oder Selbstdiskriminierung konfrontiert – der Befürchtung, jemanden anzustecken, der Angst vor dem Publikmachen des HIV-Status oder vor Zurückweisung.

Worin zeichnet sich Ihr Betreuungsangebot zusätzlich aus?

Unser eigentlicher Mehrwert liegt in der Stabilität. Man darf nicht vergessen, dass wir an einem Unispital arbeiten, wo es bei den Assistenzärzt:innen zu regelmässigen Wechseln kommt. Im Gegensatz dazu ermöglicht es unsere Beratung, mit einer Person einen langfristigen, möglicherweise jahrelangen Weg zu gehen. Infektiolog:innen haben nicht unbedingt die Zeit, sich über rein therapeutische Fragen hinaus mit einem Menschen auseinanderzusetzen. Wir haben das Privileg, ein echtes Vertrauensverhältnis und Nähe aufbauen zu können. Diese Komplementarität ist entscheidend für eine qualitativ hochwertige und aktiv zuhörende Betreuung.

Welche konkreten Angebote bieten Sie Ihren Patient:innen?

Nebst einer gründlichen Evaluierung der individuellen Bedürfnisse bieten wir Gruppenprojekte an, zum Beispiel Therapieworkshops zu Themen, die sich im Rahmen eines Jahresprogramms abwechseln, aber auch monatliche informelle Kaffeetreffen. Ein Kurs in Achtsamkeitsmeditation zur Stressreduktion beginnt Anfang Januar 2022. Alle unsere Programme sind im Hinblick auf klare Ziele ko-konstruiert. Sie wurden

aufgrund einer vorherigen Erhebung der Bedürfnisse von Patient:innen, die in unserer Abteilung betreut werden, entwickelt. Wir sind ständig auf der Suche und entwickeln unseren Ansatz fortwährend weiter.

Seit Kurzem bieten Sie ein Peer-Mentoring-Programm an. Können Sie uns etwas darüber erzählen?

Nichts kommt an die Erfahrungen oder den Lebensbericht einer Person heran, die Ähnliches erlebt und durchgemacht hat. Dies kann von den Pflegekräften nicht geleistet werden. Aus dieser Erkenntnis heraus entstand das Mentoring-Projekt. Wir haben eine Gruppe von Peer-Mentor:innen rekrutiert und sie geschult. Derzeit bilden sich Zweiergruppen. Es erstaunt, dass selbst Gleichaltrige – die schon Erfahrung mit der Krankheit hatten – nicht unbedingt jemanden in ihrem Umfeld kannten, der oder die damit lebt. Ich persönlich kenne keine andere chronische Krankheit, bei der es derart schwerfällt, darüber zu sprechen. HIV ist noch immer eine Krankheit ohnegleichen.

Welche Ängste, welche damit verbundenen Stigmata sind heute für Menschen mit HIV die hartnäckigsten?

Das Bekanntmachen des eigenen Status bleibt eine enorme Herausforderung. Es kann das Sexual-, das Liebes- und manchmal sogar das Familienleben beeinträchtigen. Manche Menschen verzichten ganz darauf. Darüber hinaus wiegt – trotz der äusserst beruhigenden Botschaft «U=U» (undetactable = untransmittable, nicht nachweisbar = nicht ansteckend) – die Angst davor, jemanden anzustecken, noch immer schwer. Eine aktuelle britische Studie des National AIDS Trust hat ergeben, dass nur vier Prozent der Bevölkerung von der Botschaft «U=U» überzeugt sind. Dies spiegelt wider, wie schwierig es auch heute noch ist, mit HIV zu leben. Ängste sind stärker als theoretische Kampagnen.

Sie sprechen die psychosoziale Belastung an. Das Gefühl, für eine mögliche

Ansteckung verantwortlich zu sein, bleibt für Menschen mit HIV also stark?

Ja, diese mentale Belastung ist insbesondere mit erwarteten Diskriminierungen von aussen verbunden. Das Gesetz sollte diese Belastung tendenziell verringern, da eine Person mit nicht nachweisbarem HIV nicht mehr verpflichtet ist, ihre Diagnose bekannt zu geben. Aber ohnehin ist die Idee, dass jemand die alleinige Verantwortung trägt, an und für sich falsch. Schon immer hat dies Menschen mit HIV zu Unrecht unter Druck gesetzt. Beim Sex mit einer oder mehreren Personen tragen alle gemeinsam die Verantwortung.

Hat die PrEP nicht dazu beigetragen, diesen Druck zu mindern?

Die Verbreitung der PrEP trägt dazu bei, dass die Vorstellung, die Verantwortung liege bei der Person mit HIV, ins Wanken gerät. Da inzwischen alle potenzielle PrEP-er sind, fördert dies auf beiden Seiten einen Dialog auf Augenhöhe. Ein schwuler Mann erzählte mir, die PrEP habe für ihn den grossen Vorteil gehabt, dass dadurch im Austausch mit seinen Partnern die Prävention stärker in den Mittelpunkt gerückt sei. Andererseits verhilft sie den Menschen mit HIV nicht unbedingt zu echter Sichtbarkeit.

Wie sieht es mit der Diskriminierung aufseiten der Pflegekräfte aus?

Bedauerlicherweise lässt sich nicht leugnen, dass uns regelmässig von Diskriminierungsfällen in Pflegekreisen berichtet wird. Die Diskriminierung kann sich aus dem Nichtkennen oder Nichtbeachten von Standardmassnahmen ergeben. Manche Pflegekräfte treffen mehr Vorsichtsmassnahmen als nötig, indem sie etwa doppelte Handschuhe tragen oder diese schon anziehen, bevor sie die Wohnung einer Person mit HIV betreten. Es kommt auch vor, dass Menschen mit HIV einen Zahnarzttermin nur zu Randzeiten bekommen. Das ist ein Unsinn, der zu den unzähligen Diskriminierungen, die eine Person mit HIV schon erlebt hat, noch hinzukommt.

«Unsere Programme sind im Hinblick auf klare Ziele konstruiert. Sie wurden aufgrund einer vorherigen Erhebung der Bedürfnisse von Patient:innen, die in unserer Abteilung betreut werden, entwickelt. Wir sind ständig auf der Suche und entwickeln unseren Ansatz fortwährend weiter.»

Also eine Art hartnäckige Wissenslücke?

Ich falle immer wieder aus allen Wolken, wenn es um Fehleinschätzungen von Menschen mit HIV geht! Gewisse Vorurteile halten sich hartnäckig, insbesondere in Bezug darauf, wie HIV erworben wird. Auch wenn sich Pflegekräfte darüber wundern, dass gewisse Patient:innen den Partner oder die Partnerin nicht über ihren Status informiert haben, höre ich ein moralisches Urteil heraus. Diese Moralvorstellungen darüber, was Menschen mit HIV tun oder nicht tun sollten, schockieren mich am meisten. Umgekehrt können sich Mechanismen einer übermässigen Verharmlosung des Lebens mit HIV zeigen. Die Auswirkungen sind für HIV-Betroffene gleichermaßen schwierig. Wir müssen unbedingt mehr darüber sprechen und das Wissen aktualisieren. Andere Pflegekräfte schulen wir mithilfe von Quizfragen, damit sie sich selbst einschätzen können.

Das Gleichgewicht zwischen einer Verharmlosung und den greifbar realen Ängsten, die diese Krankheit noch immer umgeben, scheint schwierig zu sein.

Ja, ich würde gern in einer Zeit leben, in der es keine Rolle spielt, was man sagt. Aber es ist in der Tat noch immer so, dass das Bekanntgeben des HIV-Status selbst im Spital negative Folgen haben kann. Es liegt allein an der betroffenen Person zu entscheiden, wo und wem sie es sagt oder nicht. Ebenso dürfen wir Gesundheitsfachkräfte die Diagnose ohne die Zustimmung der oder des Betroffenen nicht einfach an eine andere Pflegekraft weitergeben. Die Auswirkungen auf

das Privat- und Gesellschaftsleben von Menschen mit HIV dürfen daher nicht bagatellisiert werden. Natürlich ist es von grundlegender Bedeutung, weiterhin gute Nachrichten über HIV zu verbreiten, aber ebenso wichtig ist es, der Person, die damit lebt oder davon erfährt, auch jetzt aufmerksam zuzuhören, um zu ermessen, welche Auswirkungen es auf ihr Leben haben kann.

Haben Sie den Eindruck, dass die Covid-19-Pandemie die Einstellungen gegenüber HIV beeinflusst hat?

Während dieser Krise habe ich von den Betroffenen manchmal vor allem ein Gefühl der Ungerechtigkeit gespürt. Der Ungerechtigkeit, zu erkennen, wie viel Geld in den globalen Kampf gegen Covid-19 gesteckt wurde. Es kam zu einer weltweiten Mobilisierung. In Rekordzeit wurde ein Impfstoff entwickelt. Das wirkt für Menschen mit HIV zwangsläufig die Frage auf, wo wir stehen würden, wenn sich die Gesellschaft als Ganzes in derselben Intensität mit HIV auseinandergesetzt hätte.

Die Pandemie hat jede und jeden mit Begriffen wie «ansteckend» oder «positiv» konfrontiert. Welches Gewicht haben Worte?

Folgende Analogie habe ich kürzlich in einer Schulung zum Thema Diskriminierung von Menschen mit HIV verwendet: Bei Covid-19 konnten wir alle nachfühlen, wie es ist, sich «infiziert» oder potenziell für eine Ansteckung «verantwortlich» zu fühlen, etwa für die Quarantäne von Personen, mit denen man sich getroffen hat. Ich wollte dem Publikum bewusst machen, dass es nie harmlos ist,

sich verantwortlich zu fühlen, und wie wichtig es ist, auf die Wortwahl zu achten und Wörter wie «infiziert» zu vermeiden. Das sind aber leider die Vorstellungen, die an HIV haften. Sie sind diskriminierend und wirken sich auf das Selbstwertgefühl aus. Ich bin mir jedoch nicht sicher, ob die Allgemeinheit wirklich eine bewusste Verbindung zwischen Covid und HIV gemacht hat.

Gibt es Beratungsstellen wie die Ihre auch anderswo?

In der Westschweiz sind wir meines Wissens die einzige Beratungsstelle dieser Art, mit engagierten Gesundheitsfachkräften, die auf die Betreuung von Menschen mit HIV spezialisiert sind. Bei der Umsetzung unseres Peer-Mentoring-Programms haben wir uns von britischen oder US-amerikanischen Initiativen inspirieren lassen, mussten unsere Konzepte jedoch an den hiesigen kulturellen Kontext anpassen. Daneben ist Kanada sehr weit fortgeschritten, was den Einbezug von Menschen mit HIV in die Pflegeeinrichtungen angeht. Und diese Peer-Mentor:innen arbeiten nicht ehrenamtlich. Dort wurde der Mehrwert der gelebten HIV-Erfahrung nicht nur sehr früh verstanden, sondern inzwischen auch professionalisiert. Das finde ich bewundernswert, auch wenn es hier bei uns noch nicht der Fall ist.



© KEYSTONE/Monika Flueckiger

«Die Pandemie hat enormen Schaden angerichtet»

Im Juni 1981 trat Aids zum ersten Mal auf und hat seitdem weltweit fast 30 Millionen Menschen das Leben gekostet. Der Arzt und Historiker Vincent Barras blickt auf diese Krankheit zurück, welche die Art und Weise, wie wir über Epidemien denken, grundlegend verändert hat.

INTERVIEW: JULIEN BURRI

Vincent Barras, in der Schweiz waren Sie einer der Ersten, der 1981 einen Aids-Patienten untersucht hat.

Ich hatte gerade mein Arztdiplom gemacht und war am Genfer Institut für Rechtsmedizin angestellt, das im Kantonsspital eine Abteilung für Gefängnismedizin hatte. Im Sommer 1981 erhielt ich einen Patienten, der als drogenabhängig galt und im Gefängnis Champ-Dollon in Untersuchungshaft sass. Er kam in einem sehr schlechten

Gesundheitszustand zu mir. Überall entdeckte ich Anhäufungen von Adenopathien, also Lymphknoten: in den Vertiefungen über dem Schlüsselbein, am Hals, in der Leiste. So etwas hatte ich noch nie gesehen. Ich meldete den Fall meinem Klinikchef, wir konnten uns das nicht erklären. Vierzig Jahre danach spüre ich diese Knoten immer noch unter meinen Fingern. Der Beginn meiner Karriere fiel mit dem Auftreten von Aids zusammen.

Wie reagierten damals die Fachleute auf den von Ihnen betreuten Patienten?

Wir riefen Francis Waldvogel, den Professor für Infektionskrankheiten am Kantonsspital, an, aber auch er wusste nicht, worum es sich handeln könnte. Ihm waren jedoch Gerüchte aus den USA zu Ohren gekommen, die in der wissenschaftlichen Gemeinschaft kursierten,

«Es dauerte zweieinhalb Jahre, bis man das verantwortliche Virus nachweisen konnte. Auch der Übertragungsmodus war ein grosses Rätsel, das erst gegen Ende der Achtzigerjahre gelöst wurde.»

über Fälle mit schweren Infektionen, ungewöhnlichen Krebserkrankungen und massiven Adenopathien. In weiser Voraussicht riet er uns, einen Lymphknoten zu entnehmen und einzufrieren. Es war noch zu früh, um zu verstehen, was hier los war, aber wir hofften, später etwas in diesem Lymphknoten zu finden. Was aus diesem Patienten wurde, weiss ich nicht.

Die von Ihnen beobachtete Krankheit hatte also noch keinen Namen?

Am 5. Juni 1981 berichtete der Morbidity and Mortality Weekly Report, eine US-Fachzeitschrift für Medizin, von fünf Verdachtsfällen von Lungenentzündung in der Gay-Community von Los Angeles. Dies gilt heute als erste Publikation über die Entstehung von HIV/Aids. Die Meldung war nur ganz kurz. Doch es war das erste Beben, das erste an der Oberfläche platzende Bläschen, das die Katastrophe ankündigte, zu der die Epidemie sich entwickeln würde. Die Krankheit bekam verschiedene Namen, und mehrere Viren standen unter Verdacht:

HTLV-3, LAV ... Etwa 1983, 1984 einigte man sich schliesslich auf das Akronym HIV, das bald untrennbar mit dem Begriff «erworbenes Immunschwächesyndrom» (acquired immunodeficiency syndrome) verknüpft war: HIV/Aids. Das war das Ergebnis eines Kompromisses zwischen den Fachleuten aus den USA und Frankreich, die damals in der Erforschung dieser Krankheit führend waren.

Haben Sie nicht auch eine Autopsie an einem Aids-Patienten durchgeführt?

Später arbeitete ich in der Pathologie, im damaligen Pathologischen Institut des Universitätsspitals Genf. Wir begannen mit der Autopsie von HIV/Aids-Patienten, die an einer Lungenentzündung oder an scheinbar generalisierten Krebserkrankungen (Kaposi-Sarkom) gestorben waren. Ich entnahm eine Probe aus der Lunge eines Patienten, dessen Todesursache nicht genau bekannt war, und entdeckte kleine Sporenknäuel des seltenen Infektionserregers Pneumocystis carinii (der inzwischen einen anderen Namen hat). Dieser Mikroorganismus fand sich in den Lungen von Patienten mit geschwächtem Immunsystem.

Warum hat es so lange gedauert, bis diese Krankheit identifiziert werden konnte?

Es musste erkannt werden, dass HIV/Aids keine Krankheit im eigentlichen Sinn ist, sondern einen Zustand der Immunschwäche hervorruft, der anderen Krankheiten Tür und Tor öffnet. Die Medizin musste ihr Konzept dessen, was eine Epidemie ist, neu überdenken. Es dauerte zweieinhalb Jahre, bis man das verantwortliche Virus nachweisen konnte. Auch der Übertragungsmodus war ein grosses Rätsel, das erst gegen Ende der Achtzigerjahre gelöst wurde. Und erst Mitte der Neunziger, mit den Mono-, Bi- und später

Trithérapien, wurde HIV/Aids sozusagen zu einer chronischen Krankheit.

Hatten Sie Angst, Aids-Patienten zu behandeln?

Wir hatten furchtbare Angst vor dieser Krankheit, die wir nicht verstanden. Das Pflegepersonal war sehr gestresst. Selbst für Autopsien mussten wir vier Schichten Handschuhe, dazu Maske und Schutzanzug tragen. Aber wir waren nicht gut ausgerüstet. Die Medizin, die oft ihre Vergangenheit vergisst, wurde von Aids völlig überrumpelt. Man glaubte, nicht ohne Arroganz, man habe mit den Infektionskrankheiten abgeschlossen, weshalb eine Disziplin wie die Infektiologie schon beinahe als veraltet galt.

Existierte Aids denn schon, bevor es offiziell entdeckt wurde?

Historiker, Virologen und Epidemiologen wie Jacques Pépin haben nachweisen können, dass Aids schon seit Jahrzehnten existierte. Die Spur führt bis in die 1920er-Jahre im kolonialen Afrika zurück. Das menschliche Virus, also HIV, entstand aus der Mutation eines tierischen Virus, das durch Blutkontamination vom Tier auf den Menschen übertragen wurde. Heute geht man davon aus, dass Aids aus dem Handel zwischen Menschen und Schimpansen resultierte, und zwar im Zusammenhang einer Störung des ökologischen Gleichgewichts sowie grosser demografischer, sozialer und politischer Veränderungen am Ende der Kolonialzeit im Afrika südlich der Sahara und der damit verbundenen Umwälzungen. Dies erinnert in mancher Hinsicht stark an das, was wir über die Entstehung der Covid-Pandemie wissen. HIV blieb jedoch lange Zeit ein unauffälliges Virus, bevor es im Zuge der Bevölkerungsexplosion in mehreren urbanen Ballungszentren in Äquatorialafrika zu

«In der Geschichte der Epidemien ist die Stigmatisierung einer bestimmten Gruppe ein Klassiker. Im Mittelalter gab man den Juden die Schuld an der Pest.»

lokalen Ausbrüchen kam und HIV sich dann Ende der Siebzigerjahre rasch über die ganze Welt ausbreitete. Eine Kombination lokaler Mikrokatastrophen führte zu einer globalen Katastrophe: ein Paradebeispiel für den sogenannten Schmetterlingseffekt.

Damals suchte man nach moralischen Ursachen für diese Krankheit. Der Schweizer Skifahrer Pirmin Zurbriggen glaubte, sie sei eine Strafe Gottes für die Schwulen.

Wie bei der aktuellen Pandemie wäre es für gewisse Leute wohl besser gewesen, wenn sie geschwiegen hätten. Im Falle von HIV/Aids dauerte es lange, bis man begriff, dass alle betroffen waren. Zu Beginn waren die betroffenen Communities, die ersten «sichtbaren» Opfer, sehr spezifisch: Homosexuelle und Drogenkonsumenten. Es war leicht, sie zu Sündenböcken zu machen, und die moralischen Vorurteile, denen auch die Wissenschaft unterlag, hatten ein leichtes Spiel. In der Geschichte der Epidemien ist die Stigmatisierung einer bestimmten Gruppe ein Klassiker. Im Mittelalter gab man den Juden die Schuld an der Pest. Im 19. Jahrhundert wurden muslimische Pilger aus Asien für die Übertragung der Cholera verantwortlich gemacht.

Wie hat HIV/Aids unsere Einstellungen verändert?

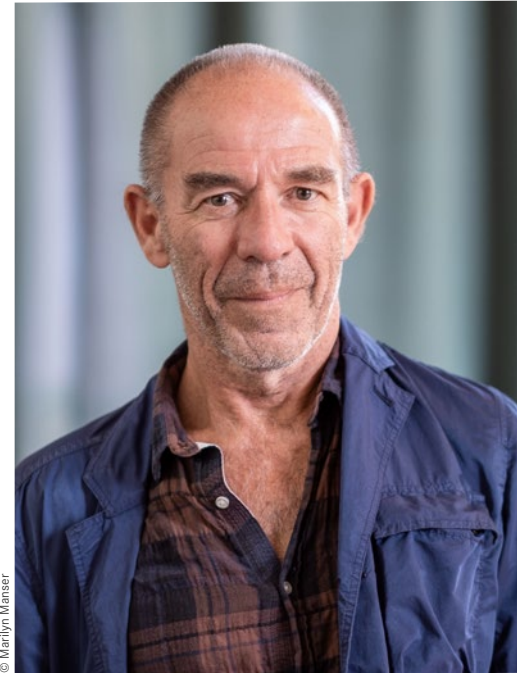
HIV/Aids hat einen enormen Schaden angerichtet: Es hat über 30 Millionen Menschen das Leben gekostet. Ohne zynisch zu sein, können wir aber auch versuchen zu sehen, was die Epidemie

bewirkt hat. Den Gay-Communitys hat sie beispielsweise ermöglicht, sich zu behaupten, sich zu outen, Solidarität zu zeigen, aktiv zu werden und die Gesundheitspolitik zu beeinflussen. HIV/Aids hat gezeigt, wie mächtig Interessenverbände für Patient:innen sind und wie wichtig es ist, dass das medizinische System ihnen Rechnung trägt. Denken Sie an Act Up, das den Zugang zu Therapien forderte. Dies hat auch dazu beigetragen, den sehr patriarchalischen und autoritären Status eines Teils der Ärzteschaft zu entlarven.

Heute ist HIV/Aids zwar bei Weitem nicht besiegt, aber es scheint, dass die Krankheit keine Angst mehr macht.

Sie wird verharmlost, obwohl sie weltweit noch immer zu fast 700 000 Todesfällen pro Jahr führt, und zwar aus Gründen, die nichts mit der Virulenz des Virus zu tun haben, sondern mit menschlicher Nachlässigkeit, mit sozialer und wirtschaftlicher Ungleichheit, mit Machtstrukturen. Es gibt weiterhin Politiker, die behaupten, Aids sei eine Strafe Gottes. HIV mutiert ständig, wie andere Viren auch, weshalb noch kein wirksamer Impfstoff existiert. Die Krankheit Aids mag unsichtbar geworden sein, ihre Toten mögen verstummt sein, aber es gibt sie noch immer.

> Dieser Artikel wurde den Swiss Aids News gratis zur Verfügung gestellt. Er erschien erstmals am 8. Juli 2021 in «Le Temps» (www.letemps.ch).



© Marilyn Manser

Vincent Barras

Vincent Barras ist Professor für Geschichte der Medizin und des Gesundheitswesens an der Universität Lausanne und Leiter des Instituts für Humanität in der Medizin am Universitätsspital Lausanne.

Jenseits der Hoffnung

*Wie gehe ich als Mensch mit HIV um, wenn ich in den sozialen Medien lesen muss, dass ich verantwortungslos, riskant und eine Schande bin?
Christoph Klettermayer über Hasskommentare im Netz.*

CHRISTOPHER KLETTERMAYER

Ob die sozialen Medien mit ihren Kommentarfunktionen die Welt demokratischer gemacht oder eher den niederen Gefühlen Tür und Tor geöffnet haben, darüber scheiden sich die Geister. Klar ist aber, dass es noch nie so einfach war, in der digitalen Öffentlichkeit seine Meinung kundzutun, auch mit gehässigen, verletzenden und oft auch mit bewusst falschen Informationen. Da werden auch Menschen mit HIV nicht verschont.

Ich weiss, ich soll es nicht machen. Ich weiss, es tut mir nicht gut, dass ich mich dann wieder aufregen muss, dass ich mich ärgern werde. Aber irgendwie muss ich es machen – so verstörend es auch ist, fasziniert es mich, Onlinekommentare zu Artikeln über HIV zu lesen. Nicht nur unter meinen Artikeln, auch im Boulevard sowie in sogenannten Qualitätszeitungen. Es kommt mir immer ein bisschen vor, als ob ich einem Unfall zusehen würde – fasziniert und entsetzt zugleich.

*Ein HIV Positiver soll also mit einem Gesunden Sex haben dürfen, ohne dass dieser vorab über seine HIV-Infektion informieren muss? Nein danke, das geht entschieden zu weit.

Sie mögen nicht repräsentativ sein, aber sie geben mir eine Möglichkeit, meine «Happy-go-lucky-HIV-Blase» zu verlassen. Meine Echokammer, wo alle von der Nachweisgrenze wissen, wo alle tolerant, sexpositiv und aufgeklärt sind. Es ist wie ein Blick in eine düstere Parallelwelt, wo Wut und Ärger das Leben bestimmen. Wo ich in Abgründe und Aggressionen eintauche und einem Schwall von Unwissen, von Halbwissen, von Ignoranz, Dummheit und insbe-

sondere Angst ausgesetzt bin. Aber auch diese Welt ist eine reale. Eine leider viel zu reale. Zu einem Artikel, in dem es einmal mehr ums Dating mit HIV geht, finde ich wieder einige Prachtexemplare an Kommentaren. Blinde Wut und Ignoranz. Ich finde es eigentlich erschreckend, wie normal es schon geworden ist, diese Sachen zu lesen. Wie normal diese hasserfüllten Rülpsen geworden sind. Wie selbstverständlich Menschen ihre wilden Theorien rausbrüllen können. Mich verstört, dass ich kein bisschen schockiert bin, wenn ich abstrusen Theorien über HIV und Aids (oder sonstigen Themen) ausgesetzt bin.

Aber es sind nicht die brutalen Hasskommentare, die mir auffallen, die offensichtlich in einem Wutanfall geschrieben wurden. Es sind die anderen, subtileren, denen ich Aufmerksamkeit schenke. Jene Kommentare, die einen unterdrückt aggressiven Grundtenor des Misstrauens gegenüber HIV-Positiven haben. Die ruhig und gelassen die Grundangst vor HIV in der Gesellschaft schüren.

*Man muss das Gegenüber sehr gut kennen, damit man mit dem Intimen einverstanden ist. Sie ist positiv und in Therapie, also unter der Nachweisgrenze! Nein, da werde ich nicht intim, erst dann, wenn ich weiss, dass sie die Therapie auch RICHTIG durchzieht und ihre Medis täglich nimmt. Vertrauen muss ich ihr können, in diesem Thema.

In dieser anderen, realen Welt sind wir Positiven unverantwortlich. Uns wird nicht zuge-

* Alle Kommentare stammen aus sozialen Medien in der Schweiz und in Österreich. Wer sie verfasst hat, ist unwichtig.

traut, jeden Tag eine Pille zu nehmen. Uns wird unterstellt, beim Sex unvorsichtig zu sein. Wir sind schmutzig und unmoralisch. Die anderen sind die Gesunden – wir die Kranken. Und vor allem ist uns Positiven egal, ob wir das Virus weitergeben. Ich glaube, ich kann für viele Positive sagen: Das ist doch unsere grösste Angst, dieses Virus weiterzugeben. Insbesondere jemandem, den wir lieben. Diese Angst, die tief sitzt und uns unserer Intimität beraubt.

*Wenn ich die Wahl habe, nehme ich lieber eine Gesunde. Ein Restrisiko bleibt in jedem Fall. Siehe Impfdurchbrüche.

Das Lesen dieser Kommentare hilft mir, diese andere Welt zu sehen. Und zu realisieren, dass es nicht so schön, so heil und so einfach ist, wie ich es gern hätte. Wie anders mein einfaches, positives Leben sein könnte, wenn ich dort drüben, in dieser anderen Blase leben würde. Und dass viele Positive noch in jener anderen Welt gefangen sind. In jener Welt, wo wir Positive gefürchtet, unerwünscht und ausgestossen sind. Dieser Angst ausgesetzt zu sein, lässt mich immer wieder erkennen, wie viel noch gemacht werden muss. Von mir, von uns, von den Aids-Hilfen, von der Aufklärung. Denn nur durch das Hinsehen und Benennen weiss ich, wogegen ich ankämpfen muss. Nur durch das Lesen der Kommentare weiss ich, welche Ängste vorherrschen. Welchen Ungehovern ich mich stellen muss.

Ich frage mich immer aufs Neue: Soll ich auf diese Kommentare antworten? Soll ich zurückschreiben? Ist ein Onlineforum ein Platz für so

einen Kampf? Instinktiv will ich es, will schimpfen und erklären und aufklären. Aber ich befürchte, so einfach ist es nicht. In dieser Onlinewelt der Angst kann ich wohl nur verlieren, es ist ein zu feindliches Terrain, wo ich in der Minderheit bin. Aber trotzdem müssen wir diese Menschen erreichen. Eine Toleranz gegenüber Intoleranz aufbauen. Immer wieder kommt mir die Erinnerung hoch, als in einem Gespräch eine gebildete junge Frau meinte: «Ich hätte lieber Krebs als HIV.» Und die Ohnmacht, die ich damals spürte: Wie soll das gehen, wenn selbst gebildete Menschen weiterhin dieses Unwissen über HIV haben – und das Misstrauen gegenüber Positiven?

*Wenn ohnehin alles ganz harmlos und unter Kontrolle ist, wo stecken sich dann die neu Erkrankten an? Wir brauchen keine Aids-Hilfe, sondern eine Plattform gegen Aids.

Ein Welt-Aids-Tag im Jahr ist da wohl nicht genug. Es ist gut, dass es ihn gibt, dass einmal jährlich auf HIV hingewiesen wird. Aber medial scheint er mir nicht mehr ernst genommen zu werden.

Jedes Jahr kommen die Anrufe, die Fragen nach dem obligatorischen Interview – für den einen Tag. Meistens ein paar Tage vor dem 1. Dezember. In Eile. Eine Last-minute-Erkenntnis der Redaktionen, dass man doch irgendwas zu diesem Tag machen sollte, «halt irgendeinen Aids-Menschen interviewen». Mittlerweile kommt es mir schon vor, als ob diverse Medien eine Art Aids-Äffchen suchen, das sie zum Welt-Aids-Tag



© Christopher Klettermayer

Christopher Klettermayer

Ich bin Autor, Fotograf und Künstler. Vor meiner HIV-Diagnose 2014 arbeitete ich als Fotograf in den Bereichen Reportage und Mode. Nach meiner Diagnose rückten für mich das Thema HIV und die gesellschaftlichen und soziologischen Aspekte des Virus in den Vordergrund. Bis vor Kurzem arbeitete ich unter dem Pseudonym Philipp Spiegel. Heute versuche ich meine künstlerischen Tätigkeiten mit dem Schreiben über mein Leben mit HIV und über Sexualität und Männlichkeitskonstrukte zu verbinden.

www.philipp-spiegel.com
www.cklettermayer.com

präsentieren können. Das Interview abtippen und fertig. Und das war's dann für die nächsten zwölf Monate.

Wie soll sich denn die Gesellschaft an neue Botschaften gewöhnen, wenn diese nur einmal im Jahr kommuniziert werden? So kann man nicht aufklären. So kann man nicht Wissen vermitteln. Wenn ich als Positiver schon Jahre gebraucht habe, um Dinge wie die Nachweisgrenze zu internalisieren - wie soll das ein Normalsterblicher jener anderen Welt je schaffen, der einmal im Jahr mit diesen Informationen in Kontakt kommt? Da lobe ich mir die Schweizer Aids-Hilfe und ihre Mitarbeitenden: Regelmässige Kampagnen und Aufklärung - nicht nur anlassbezogen im Dezember. Weiter so! Und ausbauen!

*Das ist schon seltsam. Bei jedem Kuchen muss mittlerweile dabei stehen, was drin ist. Jedes Restaurant muss anführen, was für allergierelevante Lebensmittel verkocht werden. Jede Fleisch- oder Milchpackung muss die Herkunft beweisen usw. Da geht's um die Gesundheit. Und bei einer Infektionskrankheit soll der Infizierte jetzt nicht mehr sagen müssen, dass er eben gesundheitsgefährdend sein kann?

Was wünsche ich mir? Wo liegt meine Hoffnung? Ich sehe es in so vielen Ländern: Es wird viel Aufklärung betrieben - die sich aber vorwiegend an die übliche Zielgruppe richtet. Die Zielgruppe meiner heilen HIV-Welt. Die bereits

das Wissen hat, die sexpositiv, tolerant und aufgeklärt ist. Jedoch müssen wir uns der Angst der anderen stellen. In jene Parallelwelt vordringen, um die Vorurteile zu bekämpfen. Immer wieder die Fakten kommunizieren. Wir müssen auf Langstrecke fliegen. Und wie wir einem Kind immer wieder das Zähneputzen nahelegen, müssen auch wir unsere Botschaften immer und immer wieder vermitteln. Und dabei stets neue, kreative Wege finden. Weil sonst niemand mehr zuhört.

Mit Freude und Zuversicht sehe ich aber auch, wie sich die Arbeit der letzten Jahrzehnte bezahlt macht. Obwohl es immer unbelehrbare Hasser und Kommentarschreiber geben wird, kann ich die Früchte der Aufklärung bei jungen Menschen schon erkennen. Menschen unter dreissig wissen oft von der Nachweisgrenze, haben tolerante und verständnisvolle Ansichten und leben offener, als ich mir das in dem Alter je hätte vorstellen können. Und je mehr ein «Normalsterblicher» von HIV weiss, desto leichter wird das Leben für die HIV-positiven Menschen. Ja, Fortschritt dauert. Und so frustrierend dieser ewige Kampf auch ist, geht es doch ganz, ganz langsam in die richtige Richtung. Und das dürfen wir nie aus den Augen verlieren. Das muss uns immer wieder bewusst gemacht werden.

Dazu ist auch unsere Echokammer da - um uns gegenseitig Mut zu machen. Zuversicht zu zeigen und auch zu sagen: Danke. Gut gemacht. Weiter so.

Danke. Gut gemacht. Weiter so.

POSITIVE LIFE PODCAST



**DER PODCAST
ÜBER DAS LEBEN MIT HIV.
JETZT REINHÖREN!**



Sexuelle Befreiung und neue queere Solidarität durch PrEP

Politikwissenschaftler und Sozialphilosoph Karsten Schubert beleuchtet den Zusammenhang von Sexualität und schwuler Politik und fragt, welche Art von Politik in welcher Situation der HIV-Pandemie begünstigt beziehungsweise verhindert wurde. Dazu erläutert er zwei Thesen.

KARSTEN SCHUBERT

Meine erste These ist historisch: Ich zeige, wie sich eine konservative, homonormative schwule Politik als Reaktion auf HIV-Stigma entwickelt hat und wie PrEP durch die Überwindung dieses Stigmas eine neue Ära radikaler queerer Politik ermöglicht. Meine zweite These ist, dass sich diese Wandlung mit dem Begriff der «sexuellen Befreiung» verstehen lässt. Ich entwickle dazu eine neue Theorie der sexuellen Befreiung, und zwar auf der Grundlage des Denkens von Michel Foucault – dem wichtigsten Kritiker früherer Theorien der sexuellen Befreiung. Im Mittelpunkt steht dabei die ethische und politische Neuaushandlung sexueller Normen, die auch zu neuer queerer Solidarität führen kann.

HIV und PrEP: Von Homonormativität zu Queerness

In der ersten Phase der Pandemie (ca. 1980–85) wurde Aids als Problem sozialer Aussenseiter, insbesondere als Schwulenkrankheit, und nicht als allgemeine Gesundheitskrise diskutiert. Eine moralistische, homophobe und sex-negative Rhetorik der Schuldzuweisung und Beschämung machte Schwule für Aids verantwortlich. Schwuler Sex wurde als inhärent gefährlich und moralisch schlecht dargestellt, im Gegensatz zu heteronormativem, gesundem, gutem Sex.

Die zweite Phase (ca. 1986–1995) wurde von Risikomanagement mit Kondomen dominiert. Im Kontext der aufkommenden neoliberalen Gouvernementalität und New Public Health führte die Ausdifferenzierung der Risikopraktiken zu einer Individualisierung der Verantwortung, die die moralisierenden Sha-

ming-Praktiken veränderte. Kondomgebrauch wurde mit verantwortungsbewusstem und rationalem Verhalten gleichgesetzt und nicht nur zur eigenen Sicherheit, sondern auch zum Schutz anderer moralisch gefordert. Stigmatisierung und Beschämung verschoben sich in diesem Paradigma weg von Schwulen als homogener Gruppe hin zu denjenigen, die sich nicht an Safer Sex halten wollten oder konnten, und die Infektion mit HIV wurde als Folge individueller Verantwortungslosigkeit verstanden. Die moralische Unterscheidung zwischen gutem, heteronormativem Sex und schlechtem, schwulem Sex wurde durch die Unterscheidung zwischen gutem, sicherem schwulem Sex und schlechtem, riskantem schwulem Sex ergänzt.

In der dritten Phase der Pandemie (ca. 1996–2012) war das Kondom zum Goldstandard der sexuellen Gesundheitsprävention geworden, gefördert von schwulen HIV/Aids-Organisationen und öffentlichen Gesundheitseinrichtungen. Zusammen mit dieser Normalisierung des Kondoms und der Stigmatisierung derjenigen, die es nicht benutzten, wurde die homonormative Unterscheidung zwischen guten und schlechten Schwulen gefestigt.

Eingliederung in die heteronormative Gesellschaft

Die Schwulenrechtsbewegung konzentrierte sich auf die rechtliche Gleichstellung und die vollständige Eingliederung von Schwulen in die bürgerliche, heteronormative Gesellschaft, insbesondere in Bezug auf die Ehe, die Arbeitswelt, das Militär und die Adoption. Die Forderung nach Integration wurde durch die Auf-



führung heteronormativer Lebensstile unterstrichen. Schwule, die zu provokant, tuntig oder queer waren, bedrohten die politische Botschaft «Wir sind genau wie ihr», die von den Schwulenrechtsaktivisten als notwendig erachtet wurde, um die rechtliche Gleichstellung zu erreichen.

Die Stigmatisierung und Homophobie, die mit der Aids-Krise einhergingen, führten zu Scham und zur Verstärkung des schwulen Wunsches, in die Mainstream-Gesellschaft integriert zu werden, und waren deshalb ein wichtiger Treiber der Anpassungsstrategie der Schwulenrechtsbewegung. Mit dem Fortschritt der rechtlichen Gleichstellung wurde ein homonormatives schwules Leben zunehmend möglich und lebbar, und da sich mehr Schwule dafür entschieden, breitete sich die Homonormativität weiter aus, denn es gab immer weniger Gelegenheit für schwule Subjektivierung in schwuler Kultur. Dieser Rückgang resultierte auch aus dem Verschwinden vieler städtischer schwuler Kulturräume wie Bars und Clubs im Kontext der Aids-Krise, einer Entwicklung, die durch die neoliberale Gentrifizierung und das Aufkommen des Onlinedatings weiter angeheizt wurde. Insgesamt führte Homonormativität dazu, dass viele schwule Männer die homophobe Sanktionierung von Pro-

Der vermehrte Einsatz von PrEP führt bereits zu einem messbar geringeren HIV- und PrEP-bezogenen Stigma beim schwulen Onlinedating. Dies unterstützt die These vieler Schwuler, dass PrEP eine befreiende Wirkung auf schwulen Sex haben kann.

miskuität und die Stigmatisierung von HIV fortführten. Das bedeutet, dass das Kondom auch in dieser Phase weiterhin eine ganz zentrale Rolle in der schwulen Sexualethik hatte – und zwar, obwohl medikamentöse Prävention wie Treatment as Prevention durch neue antiretrovirale Therapien schon vorhanden war. Das Kondom war untrennbar mit vernünftiger Entscheidung und individueller Verantwortung und damit – im Umkehrschluss – mit Schuld verbunden.

Revolutionäres Potenzial: PrEP

So gibt es ein selbstverstärkendes System: Die äussere homophobe HIV-Stigmatisierung führte zur Dominanz von homonormativer Anpassungspolitik und einer klaren Unterscheidung von gutem und schlechtem schwulem Sex. Und diese Stigmatisierung von schlechtem Sex und perversen Schwulen stabilisierte wiederum die Homonormativität. In dieser Kon-

stellation wurde schwule Politik eingeschränkt auf affirmative Interessenpolitik, also solche Politik, die sich darauf beschränkt, die eigene Position in den gegebenen gesellschaftlichen Verhältnissen zu verbessern, aber diese Verhältnisse ansonsten nicht zu verändern.

PrEP verändert diese Situation erheblich und konstituiert die vierte Phase der Pandemie (ca. seit 2013). Potenziell entkoppelt sie schwulen Sex vom HIV-Risiko. Die PrEP ist deshalb so revolutionär, weil sie die schwule

Angetrieben von den Fortschritten der antiretroviralen Therapie und der PrEP sowie Dating-Apps, haben sich in den westlichen Städten neue, sexuell befreite schwule Subkulturen entwickelt.

Sexualität vom Kondom als Gradmesser der individuellen Verantwortung und Schuld befreit. Dies führt zu einer sexuellen Befreiung durch eine Verringerung der Stigmatisierung und schränkt damit den Haupttreiber der Homonormativität ein. Und das eröffnet die Möglichkeit einer Erneuerung von queerer Politik. Doch natürlich wurde die homonormative Konstellation durch die Einführung von PrEP nicht einfach unmittelbar unterbrochen. Vielmehr führte sie zu krassem Widerstand gegen die PrEP. Die Einführung von PrEP ist also selbst sehr umkämpft gewesen, und sie ist es mancherorts immer noch. In diesen Kämpfen um PrEP blühten Homonormativität und Stigmatisierung noch einmal gewaltig auf.

Dies ist eine Erfahrung, die Nutzer von Dating-Apps machen, wo es oft zu Slut-Shaming und Hassrede kommt. Diese Community-interne Version der homophoben Schuld- und Schamökonomie trägt zur homonormativen Konstruktion von guten und schlechten Schwulen bei. Die Beleidigungen in Dating-Apps werden meist in der Sprache der Verantwortung und aufgrund von Fehlinformationen über die Medizintechnik, deren Effizienz und vorhandene Risiken konstruiert. Sie zeigen, wie wichtig es für Schwule ist, auf der «guten» Seite zu stehen – ein Wunsch, der leider oft dadurch ausgedrückt wird, andere wegen ihrer Sexualität und ihrer Präventionswahl zu stigmatisieren.

Doch der vermehrte Einsatz von PrEP führt bereits zu einem messbar geringeren HIV- und

PrEP-bezogenen Stigma beim schwulen Onlinedating. Dies unterstützt die These vieler Schwuler, dass PrEP eine befreiende Wirkung auf schwulen Sex haben kann. Angetrieben von den Fortschritten der antiretroviralen Therapie und der PrEP sowie Dating-Apps, haben sich in den westlichen Städten neue, sexuell befreite schwule Subkulturen entwickelt. Diese Entwicklungen können als ein zeitgenössischer queerer Anschluss ans Projekt der sexuellen Befreiung der Siebzigerjahre betrachtet werden. Diese Kulturen gehen mit einer sexuellen Subjektivierung einher, in der die HIV-Stigmatisierung keine Rolle mehr spielt und neue sexuelle Ethiken erprobt werden.

Da PrEP also dem zentralen Treiber der homonormativen Politik entgegenwirkt, besteht die Hoffnung, dass sie Möglichkeiten für eine Erneuerung eines radikalen queeren Projekts schwulen «worldmakings» eröffnet. Solche queeren Politiken zielen nicht darauf ab, sich dem gegebenen bürgerlichen Lebensstil anzupassen, sondern Hetero- und Homonormativität und damit einhergehende Systeme sexueller, rassistischer und ökonomischer Unterdrückung zu kritisieren. Die neue sexuelle Befreiung durch die PrEP kann somit zur Entwicklung neuer queerer Solidaritäten führen, die über den engen Rahmen schwuler Interessenpolitik hinausgehen.

Das Argument ist selbstredend nicht, dass diese strategische Verschiebung von homonormativer Politik zurück zu radikaler queerer Politik automatisch durch die Einführung der PrEP erfolgt. Dies wäre ein allzu simpler technologischer Determinismus, das Argument für die Möglichkeit einer Erneuerung von queerer Politik durch die PrEP ein negatives: Indem PrEP die sexuelle Subjektivierung und Ethik verändert, beseitigt sie Stigma als einen wichtigen Motor homonormativer Politik. PrEP führt also dazu, dass dieses eine zentrale Hindernis für queere Politik abgebaut wird.

Foucault'sche sexuelle Befreiung

Zur Systematisierung der historischen These zur befreienden Wirkung von PrEP schlage ich vor, vier Dimensionen der sexuellen Befreiung zu differenzieren: erstens, als negative Befreiung, die Überwindung der repressiven Normen der Homonormativität, die Stigma und Scham in das schwule Leben bringen; zweitens, als ethische Befreiung, den kreativen Aspekt der

> Diesem Text, der auf einem Vortrag basiert, liegen die beiden folgenden Studien zugrunde: Schubert, Karsten (2021): A New Era of Queer Politics? PrEP, Foucauldian Sexual Liberation, and the Overcoming of Homonormativity. In *Body Politics* 12(8); Schubert, Karsten (2019): The Democratic Biopolitics of PrEP. In Helene Gerhards, Kathrin Braun (eds.): *Biopolitiken – Regierungen des Lebens heute*. Wiesbaden: Springer. S. 121–153.

Die Stigmatisierung und Homophobie, die mit der Aids-Krise einhergingen, führten zu Scham und zur Verstärkung des schwulen Wunsches, in die Mainstream-Gesellschaft integriert zu werden, und waren deshalb ein wichtiger Treiber der Anpassungsstrategie der Schwulenrechtsbewegung.

Entwicklung neuer sexueller Kollektivitäten und Begehrensformen, und zwar auch im Kontext der medizinischen und technologischen Infrastruktur; innerhalb dieses nicht naturalistischen und konstruktivistischen Denkens von Sex ist als Drittes eine demokratische Dimension der sexuellen Befreiung von entscheidender Bedeutung, um Konflikte um Sexualität auszuhandeln. Denn die wandelnde Sexualkultur hin zu kondomlosem Sex wird von vielen als Druck empfunden, auch PrEP zu nehmen, selbst wenn sie das nicht wollen. Die gemeinsame und partizipative Diskussion und Einflussnahme auf die Rahmenbedingungen und Subjektivierungen der Sexualität, die zum Umgang mit solchen Konflikten nötig ist, nenne ich demokratische Biopolitik. Die vierte Dimension der sexuellen Befreiung ist die allgemeine politische Dimension, die ich bereits im ersten Teil erläutert habe. Dass sexuelle Befreiung auch Politik jenseits der Sexualität betrifft, zeigt der Zusammenhang zwischen sexueller Stigmatisierung, Homonormativität und konservativer Politik einerseits und der mögliche Zusammenhang zwischen sexueller Befreiung, queerer Sexualethik und kritischer queerer Solidarität andererseits. Das theoretisch Spannende an diesem Konzept der sexuellen Befreiung ist, dass es auf der Grundlage der Theorie Michel Foucaults argumentiert. Und sexuelle Befreiung mit Foucault – das ist eigentlich eine Quadratur des Kreises. Nach seiner berühmten Kritik an der freudomarxistischen «Repressionshypothese» neigen Foucault-Leser:innen dazu, zu glauben, dass sexuelle Befreiung nicht funktioniere, insbesondere nicht als Mittel zu einer breiteren politischen Emanzipation, und dass das Konzept mit Foucaults Denken grundsätzlich unverein-

bar sei. Die Analyse von PrEP sollte sie davon überzeugen, dass sexuelle Befreiung für eine Foucault'sche Analyse der zeitgenössischen Sexualität von zentraler Bedeutung ist. Der Fall der PrEP bestätigt Foucaults konstruktivistischen und ethischen Ansatz von Sexualität als Praxis und sein Konzept der Subjektivierung und zeigt, dass es darauf ankommt, wie wir Sexualkulturen gestalten. Zwar gibt es keine Essenz der Sexualität, die aufgedeckt und befreit werden könnte, aber unterschiedliche sexuelle Ethiken führen zu unterschiedlichen Subjektivitäten und unterschiedlichem Begehren. Sie können entweder unhinterfragten und repressiven Normen folgen oder sind eine aktive Kreation körperpolitischer Praxen in sexuellen Kollektiven. Sexuelle Befreiung in diesem konstruktivistischen Paradigma ist die queere Schaffung nicht normativer sexueller Gegenkulturen, wie die schwule Sexualkultur der Siebzigerjahre und die erneuerte zeitgenössische urbane schwule Sexkultur, die sich auf medizinische Technologien wie PrEP stützt.

Nachdem Generationen von Foucault-Forscher:innen sich von jedem positiven Konzept der sexuellen Befreiung ferngehalten haben, hoffe ich, dass ich zeigen konnte, dass wir genau eine solches Konzept für eine realistische Analyse des Verhältnisses von Sexualität und politischer Kritik brauchen. Damit lässt sich auch besser verstehen, wie wir die neue historische Möglichkeitssituation der schwulen Sexualpolitik nutzen können, um die Ära der Homonormativität zu überwinden, das Schwulsein als queere Lebensform zu repolitisieren und auf neue gesellschaftskritische Allianzen mit anderen identitätspolitischen Projekten hinzuarbeiten.



© Marilyn Manser

Karsten Schubert

Dr. Karsten Schubert ist wissenschaftlicher Assistent an der Professur für Politische Theorie, Philosophie und Ideengeschichte der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen in der zeitgenössischen kritischen politischen Theorie und Sozialphilosophie: radikale Demokratie, Rechtskritik, Michel Foucault, Biopolitik, queere und schwule Theorie und Intersektionalität. Gegenwärtig forscht er an der Schnittstelle von radikaler Demokratie und Theorien der Identitätspolitik. Zuvor promovierte er in Philosophie an der Universität Leipzig. Sein Buch «Freiheit als Kritik. Sozialphilosophie nach Foucault» ist 2018 bei Transcript erschienen.

Texte, Videos und aktuelle Informationen unter www.karstenschubert.net



Vor zwei Jahren wurde die Initiative von IBM Deutschland gemeinsam mit SAP Deutschland und der Deutschen Aidshilfe ins Leben gerufen und seither in weiteren Ländern lanciert. Wir wollten von Christian Keller und Axel Wedler wissen, was es mit diesem Projekt auf sich hat.

INTERVIEW: BRIGITTA JAVUREK | Aids-Hilfe Schweiz

Christian Keller, Sie sind Vorsitzender der Geschäftsleitung der IBM Schweiz AG. Weshalb lanciert IBM Schweiz diese Initiative?

Viele Menschen verbinden mit HIV oder Aids eine hochansteckende Krankheit und haben die Bilder schwerkranker Menschen im Kopf. Dass die Infektion dank moderner Medikation heute sehr gut therapierbar ist, wissen viele leider nicht und reagieren HIV-Betroffenen gegenüber immer noch mit Zurückhaltung oder gar Ablehnung. Traurige Beispiele sind Ausgrenzungen im privaten Umfeld, Abweisungen in Gesundheitspraxen oder gar Kündigungen von Arbeitsverhältnissen. Seit jeher wird Diversity & Inclusion bei IBM aktiv gelebt und konsequent umgesetzt. Wir stellen seit mehr als 100 Jahren ein sicheres Arbeitsumfeld, in dem weder Ausgrenzung noch Diskriminierung Platz haben. Auftrag der Initiative #positivarbeiten ist es, für einen diskriminierungsfreien Umgang mit HIV-positiven Mitarbeitenden zu sensibilisieren und aufzuklären. Daher unterstützen wir als IBM Schweiz sehr gerne die Initiative #positivarbeiten.

Was macht IBM konkret, damit HIV-positive Mitarbeitende nicht mit

negativen Reaktionen rechnen müssen, wenn sie offen mit ihrer Diagnose umgehen?

Wir klären proaktiv in internen Schulungen über das Krankheitsbild und die modernen Therapiemöglichkeiten auf und sensibilisieren alle Mitarbeitenden, um auch jede noch so kleine Angst vor einer Ansteckung zu nehmen. IBM lebt tagtäglich eine offene und diskriminierungsfreie Kultur mit allen Facetten von Sprache, Hautfarbe, Kultur, Orientierung oder eben auch unsichtbaren Krankheiten vor. Sollte es dennoch zu einer ungewollten Reaktion kommen, bieten wir verschiedene «offenen Türen», an die man sich im Falle einer Belästigung namentlich oder anonym wenden kann. Offene Türen sind beispielsweise ein Gespräch mit dem eigenen Manager, ein Hilferuf an die Personalabteilung oder unser interner Kommunikationskanal für Belästigung, Diskriminierung, Mobbing und andere unangemessene Verhaltensweisen.

Axel Wedler, Sie sind Business Program Manager bei IBM Deutschland. Wie ist die internationale Initiative #positivarbeiten entstanden?

#positivarbeiten ist durch den Drang entstanden, eine Veränderung zu

> Das Interview mit Christian Keller und Axel Wedler wurde via E-Mail geführt.

«Seit jeher wird Diversity & Inclusion bei IBM aktiv gelebt und konsequent umgesetzt. Wir stellen seit mehr als 100 Jahren ein sicheres Arbeitsumfeld, in dem weder Ausgrenzung noch Diskriminierung Platz haben. Auftrag der Initiative #positivarbeiten ist es, für einen diskriminierungsfreien Umgang mit HIV-positiven Mitarbeitenden zu sensibilisieren und aufzuklären.» Christian Keller

bewirken. Ich habe leider persönlich oft zu spüren bekommen, wie wenig Wissen einige Menschen nach wie vor über HIV haben, und sehr viele negative Erfahrungen dadurch erleben müssen. Viele Menschen, die mit HIV leben, haben tagtäglich damit zu kämpfen, sich verstecken zu müssen und nicht sie selbst sein zu dürfen. Aus diesem Grund haben wir gemeinsam mit SAP und der Deutschen Aidshilfe den Entschluss gefasst, dem gezielt entgegenzuwirken und zu versuchen, das Thema HIV von seinem Stigma zu befreien und ein inklusives und offenes Arbeitsumfeld innerhalb von SAP/IBM sicherzustellen.

Wie hat sich #positivarbeiten seither entwickelt, in welche Richtung geht es?

Angefangen hat #positivarbeiten 2018 und wurde 2019 offiziell in Deutschland ausgerollt. Wir haben niemals mit dem grossen Zuspruch gerechnet. Gleich zu Beginn haben 50 Unternehmen unsere Deklaration unterstützt. Daher ist schnell die Entscheidung gefallen, das Projekt in der DACH-Region auszurollen und wir haben 2020 in Österreich damit gestartet. Mittlerweile haben wir über 250 Unterzeichnende in Deutschland, Österreich und den USA. Ebenso haben wir IBM/SAP-intern das Projekt in mehreren

Ländern weltweit unseren Mitarbeitenden vorgestellt. Unter anderem sind wir in Lateinamerika, Australien und Europa (z. B. Schweiz, Italien, Tschechien) aktiv. Für Dezember 2021 ist geplant, dass das Projekt auch extern mit der Unterzeichnung von Unternehmen in der Schweiz, Tschechien und Italien ausgerollt wird. Der weitere Plan für 2022 sieht natürlich vor, global präsent zu sein und so viele Unterstützende wie möglich für unser Projekt zu begeistern. Unseren IBM Mitarbeitenden wollen wir weiterhin eine Plattform bieten, in der sie offen und sie selbst sein können, und ihnen zeigen, dass sie nicht alleine sind.

Was ist Ihre persönliche Motivation, sich bei #positivarbeiten zu engagieren?

Ich bin selbst HIV-positiv, und daher liegt mir das Thema sehr am Herzen. Nachdem ich mich meinen Mitmenschen und Arbeitskolleg:innen gegenüber geöffnet habe, habe ich grossen positiven Zuspruch und Support erhalten und lebe seitdem ein sehr viel glücklicheres Leben. Mir ist es wichtig, diese Initiative nach aussen zu tragen, und auch Unternehmen davon zu überzeugen, dass die Diskriminierung von Menschen mit HIV keinen Platz im Berufsumfeld und Alltag haben sollte.



Christian Keller

Dr. Christian Keller ist seit Januar 2018 Vorsitzender der Geschäftsleitung von IBM Schweiz. Er ist Mitglied des weltweiten Senior Leadership Teams der IBM. Er besitzt einen Master in Betriebswirtschaft der Universität St. Gallen (HSG) und promovierte an derselben Universität in Betriebswirtschaft.

«Viele Menschen, die mit HIV leben, haben tagtäglich damit zu kämpfen, sich verstecken zu müssen und nicht sie selbst sein zu dürfen.» Axel Wedler



© Axel Wedler

Axel Wedler

Axel Wedler ist Senior Manager bei IBM und verantwortet dort strategische Partnerschaften mit Organisationen wie der Deutschen Aidshilfe oder dem Deutschen Roten Kreuz. Seit 2021 ist er Global Lead für das Programm #positivarbeiten #workingpositively bei IBM. Axel Wedler ist Dipl.-Kfm. der Universität Münster.

Weshalb ist es für Sie wichtig, am Arbeitsplatz offen mit Ihrer Diagnose umgehen zu können?

Sich immer verstecken zu müssen und sich immer Lügen ausdenken zu müssen, warum man beispielsweise so oft durch Arzttermine verhindert ist oder so oft Tabletten schluckt, hat eine grosse psychische Belastung für mich bedeutet. Diese kann ebenso einen negativen Effekt auf die individuelle Performance haben. Daher ist es auch für die Arbeitgeber:innen von Interesse, dass sich ihre Mitarbeitenden wohlfühlen und frei sein können. Ich bin eine offene Person und fühle mich besser, wenn ich offen mit meinen Teammitgliedern umgehen kann.

Würden Sie HIV-positiven Arbeitnehmenden einen offenen Umgang mit ihrer Diagnose am Arbeitsplatz in jedem Fall empfehlen?

Ich glaube, es ist ganz wichtig, dass die Person sich wirklich sicher mit ihrer Entscheidung fühlt, da es eine grosse Tragweite für das persönliche Leben bedeutet. Mit #positivarbeiten war unsere Intention nie, die Arbeitnehmenden davon zu überzeugen, sich zu outen, sondern dass sie die Möglichkeit besitzen, das zu tun, wenn sie es selbst wollen, und ihnen eine Plattform zu bieten, sich auszutauschen und Support zu haben, falls benötigt. Es kommt auch auf das Umfeld an. Nicht jedes Land geht so frei wie die Schweiz und Deutschland mit HIV um, und wir sind uns durchaus bewusst, dass ein offener Umgang mit einer HIV-Diagnose womöglich weitreichende berufliche Folgen in manchen Ländern bedeutet.



IBM #positivarbeiten ist eine Initiative, ein Bekenntnis von Unternehmen gegen die Stigmatisierung und Ausgrenzung von Menschen mit HIV. Vor zwei Jahren wurde diese Initiative von IBM Deutschland gemeinsam mit SAP Deutschland und der Deutschen Aidshilfe ins Leben gerufen und seither in weiteren Ländern lanciert. Allein im deutschsprachigen Raum haben sich bereits über 200 Unternehmen zu dieser Initiative bekannt.

AUSSTELLUNG

Hunger: Eine Ausstellung über Mangel und Überfluss

Wir kennen den kleinen Hunger, den Heisshunger, die Völlerei. Wir wissen, wie es sich anfühlt, wenn der Magen knurrt und die Laune sich rapide verschlechtert. Wie sich Hunger als Mangel an Nahrung anfühlt, wissen wir in der Regel nicht. An anderen Orten auf dieser Welt erfahren dies Menschen von Kindesbeinen an. Seit 2015 nimmt der Hunger in der Welt wieder zu. Betroffen sind vor allem Kinder und Frauen – obwohl weltweit genügend Lebensmittel produziert werden. «Hunger», eine multiplex konzipierte Ausstellung über Mangel und Überfluss, kommt ohne drohenden Zeigefinger aus. Ob in der Gestalt von Energie, Lust oder Verweigerung, Satttheit oder Not: Dem täglichen Hunger entkommen wir alle nicht. Diese Ausstellung eignet sich auch für Familien, und sollten sich die Kids langweilen, dürfen sie auf Zürichs schönster Rutschbahn wieder auf den Boden kommen.

Bis 13. März 2022, Mühlerama, Zürich, hungerausstellung.ch



BUCH

Kusama: Obsession, Liebe und Kunst

Elisa Macellari hat der japanischen Künstlerin Yayoi Kusama eine Graphic Novel gewidmet. Aber wer ist Kusama, und was ist eine Graphic Novel? Kusama, geboren 1929 in Matsumoto, Japan, zog nach einer schwierigen Kindheit 1958 nach New York und etablierte sich dort in der Avantgarde neben Andy Warhol. Als Künstlerin arbeitet sie mit zahlreichen Kunstgattungen. Eines ihrer Stilmerkmale sind Wiederholungen und Punkte, die «polka dots», aber auch Phalli bevölkern ihr Werk immer und immer wieder. Diese und weitere Motive finden sich in ihrer Malerei, ihren Happenings, ihren Filmen und ihrer Bildhauerei. 1972 kehrte Kusama nach Japan zurück, wo sie seit 1977 selbst gewählt in einer psychiatrischen Klinik lebt. Gekonnt und mit viel Liebe illustriert Elisa Macellari das Werk und das Leben von Yayoi Kusama. Ein schönes Buch zum Verschenken oder für die eigene Bibliothek.

Elisa Macellari: Kusama – eine Graphic Novel. Laurence King Verlag, 2020.



Invalidenversicherung: Die 7. IV-Revision

Am 1. Januar 2022 tritt die Gesetzesrevision «Weiterentwicklung der IV» (7. IV-Revision) in Kraft, die im Juni 2020 vom Parlament verabschiedet wurde. Ziele dieser Revision sind unter anderem die Stärkung der Eingliederung, die bessere Unterstützung Jugendlicher beim Eintritt ins Berufsleben und der Ausbau von Beratungs- und Unterstützungsangeboten, insbesondere für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Des Weiteren wird ein neues stufenloses Rentensystem eingeführt. Die wichtigsten Neuerungen im Überblick.

CAROLINE SUTER | Aids-Hilfe Schweiz

In den letzten rund 15 Jahren hat sich die Invalidenversicherung immer mehr von einer Renten- zu einer Eingliederungsversicherung entwickelt, mit dem Ziel, gesundheitlich beeinträchtigte Menschen ins Erwerbsleben zurückzuführen. Die Anzahl der IV-Renten ist deutlich zurückgegangen, was nur zum Teil auf erfolgreiche Eingliederungen, zu einem grossen Teil jedoch auf eine restriktive Rentenpraxis mit Leistungskürzungen und Zugangsbeschränkungen zurückzuführen ist. Während die Stossrichtung der letzten beiden IV-Revisionen die Vermeidung neuer Renten sowie die Reduktion bestehender Renten war, zielt die aktuelle IV-Revision darauf ab, kostenneutral, also ohne einschneidende Sparmassnahmen, die Integration in den Arbeitsmarkt zu verbessern und die Prozesse, insbesondere im Bereich von medizinischen Begutachtungen, transparenter zu gestalten.

Intensivierung der Massnahmen zur beruflichen Eingliederung

Ist die berufliche Eingliederung einer versicherten Person aus gesundheitlichen Gründen gefährdet oder besteht die Gefahr, dass diese krankheitsbedingt an ihrem Arbeitsplatz nicht weiterbeschäftigt werden kann, gewährt ihr die IV neu bereits vor einer IV-Anmeldung eine sogenannte eingliederungsorientierte Beratung. Dieses Angebot steht ebenfalls Arbeitgeber:innen, Ärzt:innen und Fachpersonen des Bildungsbereichs offen.

Des Weiteren wird ein Personalverleih eingeführt. Mit einer vorerst temporären Ver-

mittlung via Anbieter («Personalverleih») soll die Festanstellung versicherter Personen im ersten Arbeitsmarkt verstärkt werden. Arbeitgeber:innen können so potenzielle Angestellte kennenlernen, versicherte Personen zusätzliche berufliche Erfahrungen sammeln und dadurch ihre Vermittlungschancen auf dem ersten Arbeitsmarkt verbessern. Der Betreiber des Personalverleihs arbeitet dabei für die IV und wird von dieser entschädigt. Er vermittelt die versicherte Person an einen Arbeitgeber, schliesst mit diesem einen Verleihvertrag ab und erhält von ihm eine Abgeltung für die Arbeitsleistung der vermittelten Person. Mit der versicherten Person schliesst der Vermittler einen Arbeitsvertrag ab und bezahlt sie für ihren Arbeitseinsatz.

Um die (Wieder-)Eingliederung von Menschen mit Beeinträchtigungen in den ersten Arbeitsmarkt oder deren Verbleib in diesem zu stärken, kann der Bundesrat zudem neu Zusammenarbeitsvereinbarungen mit den Dachverbänden der Arbeitswelt abschliessen. Dadurch sollen Unternehmen mehr Anreize erhalten, Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen einzugliedern und zu fördern.

Von den vier Rentenstufen zum stufenlosen Rentensystem

Bis anhin beruhte das IV-Rentensystem auf vier Rentenstufen: Viertelsrente (IV-Grad 40–49 %), halbe Rente (IV-Grad 50–59 %), Dreiviertelsrente (IV-Grad 60–69 %) und ganze Rente (IV-Grad ab 70 %). Um den Anreiz zu verstärken, die Erwerbstätigkeit zu erhöhen, hebt die IV

Während die Stossrichtung der letzten beiden IV-Revisionen die Vermeidung neuer Renten sowie die Reduktion bestehender Renten war, zielt die aktuelle IV-Revision darauf ab, kostenneutral, also ohne einschneidende Sparmassnahmen, die Integration in den Arbeitsmarkt zu verbessern und die Prozesse, insbesondere im Bereich von medizinischen Begutachtungen, transparenter zu gestalten.

diese Rentenstufen auf und führt ein stufenloses Rentensystem ein. Renten werden wie bisher ab einem IV-Grad von 40 Prozent ausgerichtet, und ab einem IV-Grad von 70 Prozent besteht weiterhin Anspruch auf eine ganze IV-Rente. Was ändert sich?

IV-Grad 40–49 Prozent

Bis zu einem IV-Grad von 40 % bekommt eine Person wie bisher eine 25-Prozent-Rente (Viertelsrente). Bei einem IV-Grad von 40 bis 49 % erhöht sich die Rente neu pro IV-Grad um 2.5 %. *Beispiel:* Eine Person mit einem IV-Grad von 45 Prozent, die bisher eine 25-Prozent-Rente bekommen hätte, erhält neu eine 37.5-Prozent-Rente (25 % plus $5 \times 2.5 \% = 37.5 \%$).

IV-Grad 50–59 Prozent

Die Renten entsprechen neu dem jeweiligen IV-Grad.

Beispiel: Eine Person mit einem IV-Grad von 54 % bekommt neu eine 54-Prozent-Rente. (Bisher hätte sie eine 50-Prozent-Rente erhalten.)

IV-Grad 60–69 Prozent

Die Renten entsprechen neu dem jeweiligen IV-Grad.

Beispiel: Eine Person mit einem IV-Grad von 63 % erhält neu eine 63-Prozent-Rente. (Bisher hätte sie eine 75-Prozent-Rente bekommen.)

IV-Grad 70–100 Prozent

Wie bisher wird eine 100-Prozent-Rente ausbezahlt.

Für Menschen mit einem IV-Grad von 60 bis 69 % bewirkt dieses Modell folglich eine Schlechterstellung, was stossend ist, da es gerade Personen mit schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf dem Arbeitsmarkt eh schon schwer haben. Bedauerlich ist auch, dass Menschen mit einem IV-Grad von weniger als 40 % nach wie vor keinerlei Rentenleistungen bekommen, obwohl ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt deutlich eingeschränkt sind. Selbst wenn eine Person mit einem 39-Prozent-Grad eine 60-Prozent-Stelle findet, wird sie kaum genug verdienen können, um ihren Lebensunterhalt bestreiten zu können, insbesondere, wenn sie Kinder hat.

Das neue Rentensystem gilt ab 1. Januar 2022 für alle Neurentner:innen. Bei Personen, die bereits eine IV-Rente beziehen, wird je nach Alter unterschieden:

IV-Rentner:innen, die am 1.1.2022 unter 30 Jahre alt sind:

Die IV-Renten werden innerhalb der nächsten zehn Jahre ins neue System überführt, sofern sie nicht bereits in einer ordentlichen Revision angepasst worden sind. Führt diese Anpassung zu einer Reduktion der IV-Rente, wird weiterhin die alte Rente bezahlt, bis sich der IV-Grad um 5 Prozent oder mehr ändert.

Im Sinne der Transparenz werden künftig die Gespräche zwischen Gutachter:in und versicherter Person mit Tonaufnahmen dokumentiert. Dies soll u. a. garantieren, dass sich die Gutachter:innen an die medizinischen Standards halten. Des Weiteren müssen die IV-Stellen mittels Listen darlegen, welche Gutachter:innen wie viele Gutachten verfassen und welche Arbeitsunfähigkeiten sie attestieren.

.....
IV-Rentner:innen, die am 1.1.2022 zwischen 30 und 54 Jahre alt sind:

Die IV-Renten werden so lange weiter ausbezahlt, bis sich der IV-Grad um 5 Prozent oder mehr ändert. Eine Rentenrevision erfolgt nach dem neuen Rentensystem. Die bisherige IV-Rente bleibt bestehen, wenn das neue System zu einer Reduktion der Rente trotz Erhöhung des IV-Grads oder zu einer Erhöhung der Rente trotz Verminderung des IV-Grads führt.

.....
Personen die am 1.1.2022 55 Jahre oder älter sind:

Die IV-Renten werden nicht ins neue System überführt. Rentenrevisionen erfolgen nach dem alten System (Besitzstand).

.....
Grössere Transparenz bei medizinischen Gutachten

Pro Jahr werden rund 15 000 medizinische Gutachten für die IV erstellt. Zu einem grossen Teil hängt der Entscheid, ob einer versicherten Person eine IV-Leistung zugesprochen wird, vom Inhalt dieser Gutachten ab. Trotzdem fehlten bisher klare gesetzliche Regelungen, was zu einer gewissen Willkür und einer grossen Rechtsunsicherheit geführt hat.

Im Sinne der Transparenz werden künftig die Gespräche zwischen Gutachter:in und versicherter Person mit Tonaufnahmen dokumentiert. Dies soll u. a. garantieren, dass sich die Gutachter:innen an die medizinischen Standards halten. Des Weiteren müssen die IV-Stellen mittels Listen darlegen, welche Gutachter:innen wie viele Gutachten verfas-

sen und welche Arbeitsunfähigkeiten sie attestieren. Zudem wird eine Kommission zur Qualitätssicherung geschaffen mit Vertreter:innen der verschiedenen Sozialversicherungen, der Gutachterstellen, der Ärzteschaft, der Wissenschaft und insbesondere der Patienten- und Behindertenorganisationen. Diese Kommission überwacht die Zulassung als Gutachterstelle, das Verfahren zur Gutachtenerstellung und die Ergebnisse der medizinischen Gutachten.

Fazit

Dass in der aktuellen Revision nicht Kürzungen, sondern der Ausbau von Instrumenten für eine verbesserte Eingliederung in den Arbeitsmarkt im Vordergrund steht, ist ein Schritt in die richtige Richtung. Bedauerlich ist jedoch, dass auch in dieser Revision die Arbeitgeber:innen kaum in die Pflicht genommen werden, obwohl schliesslich diese über eine Anstellung oder Nichtanstellung und somit über eine erfolgreiche Wiedereingliederung entscheiden. Umso wichtiger erscheint es, dass die materielle Existenz von Personen, die trotz Bemühungen nicht in der Lage sind, im ersten Arbeitsmarkt einen Arbeitsplatz zu finden, angemessen gesichert ist.

Tabellenlöhne in der Invaliden- versicherung

Frage von Frau B. H.

Ich habe mich vor längerer Zeit bei der IV angemeldet und nun den Entscheid erhalten, dass ich eine halbe IV-Rente erhalte (IV-Grad 50 %). Im Entscheid ist von Validen- und Invalideneinkommen sowie LSE-Tabellen die Rede. Können Sie mir diese Begriffe erläutern?

Dr. iur. CAROLINE SUTER

Für den Anspruch auf eine Invalidenrente ist der Invaliditätsgrad massgebend. Dieser entspricht der Höhe der invaliditätsbedingten Erwerbseinbusse in Prozenten. Um den Grad der Invalidität zu bestimmen, unterscheidet die IV zwischen Erwerbstätigen, Nichterwerbstätigen und teilweise Erwerbstätigen. Bei Erwerbstätigen legt die IV-Stelle den Invaliditätsgrad mittels Einkommensvergleich fest. Sie ermittelt das Einkommen, das Sie ohne den Gesundheitsschaden erzielen könnten (= Valideneinkommen). Davon zieht sie das Erwerbseinkommen ab, das Sie nach dem Gesundheitsschaden und nach der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen auf zumutbare Weise erreichen können (= Invalideneinkommen). Der Fehlbetrag ist die invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse. Drückt man diesen Fehlbetrag in Prozenten aus, erhält man den Invaliditätsgrad.

Beispiel:

Einkommen ohne gesundheitliche
Einschränkung: CHF 80 000.-

Einkommen mit gesundheitlicher
Einschränkung: CHF 40 000.-

Erwerbseinbusse (= 50 %): CHF 40 000.-

Invaliditätsgrad: 50 %

Invalidenrente bei 50 %: 50 %-IV-Rente

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens wird primär von der beruflich-erwerblichen Situation ausgegangen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Bei Personen, die keiner Erwerbstätigkeit nachgehen oder ihre Restarbeitsfähigkeit nicht voll

ausschöpfen, werden für die Berechnung des Invalideneinkommens Durchschnittslöhne herangezogen. Diese Löhne stützen sich auf die vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebene Lohnstrukturerhebung, die sogenannte LSE. Die LSE-Tabellen enthalten Medianbruttolöhne unterteilt nach verschiedenen Kriterien wie z. B. Ausbildung, Branche, Beruf, Kompetenzniveau, Alter, Geschlecht oder Beschäftigungsgrad. Nicht unterschieden wird jedoch zwischen gesunden und in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkten Personen, ebenso wenig zwischen körperlich schweren und körperlich leichten Tätigkeiten. Die LSE-Tabellen widerspiegeln weitgehend das Lohnniveau von gesunden Personen und werden der Situation von gesundheitlich beeinträchtigten Personen oft nicht gerecht, da diese im Vergleich zu voll leistungsfähigen Arbeitnehmer:innen lohnmassig meist benachteiligt sind und nur unterdurchschnittliche Löhne erzielen können. Daraus ergibt sich, dass der auf Tabellenlöhnen errechnete IV-Grad in der Regel zu tief ausfallen dürfte, was auch in einigen Studien bestätigt wird. Mit der Einführung des stufenlosen Rentensystems per 1. Januar 2022 (siehe S. 24–26) wird diese unfaire Situation noch zugespitzt, da es für die Rentenhöhe neu auf jedes Prozent IV-Grad ankommt. Eine realistische Bemessung des IV-Grads ist demzufolge entscheidend. Dass im Rahmen der aktuellen IV-Revision an dem von weiten Kreisen kritisierten System mit LSE-Tabellenlöhnen festgehalten wird, ist enttäuschend und schwer nachvollziehbar. Immerhin hat der Bundesrat das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) beauftragt zu prüfen, ob es möglich wäre, spezifisch auf die IV zugeschnittene Bemessungsgrundlagen zu entwickeln. ●

END AIDS NOW.

**WERDEN SIE GÖNNER:IN
DER AIDS-HILFE SCHWEIZ.**

**REJOIGNEZ LES GRANDS DONATEURS
DE L'AIDE SUISSE CONTRE LE SIDA.**



aids.ch/benefactor