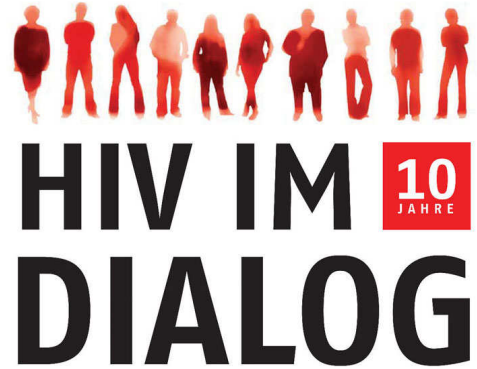


HIV und Alter

bei *HIV im Dialog* 2008

Sa. 13.09.08 ab 11:15 Uhr
Rotes Rathaus Raum 319



HIV und AIDS werden alt.

Der folgende Text ist eine Zusammenstellung vorhandener zugänglicher Veröffentlichungen ergänzt mit beruflichen Beobachtungen und persönlichen Gedanken und Erfahrungen zum Thema HIV und Alter.
Ich wünsche mir, dass der Beitrag anregt und neugierig macht, sich intensiver für die Lebenssituation von älteren Menschen mit HIV zu interessieren.

Michael Jähme
Dipl.-Soz.-Päd.
Köln, 10.9.2008

Wenn wir über „HIV und Alter“ reden, worüber reden wir dann eigentlich?

Grundsätzlich müssen zwei Perspektiven deutlich unterschieden werden:

- A. In jungen Jahren HIV-diagnostiziert, mit HIV lange überlebt und alt geworden**
- B. In späteren Lebensjahren/Alter mit HIV diagnostiziert**

Dies sind 2 Lebenssituationen, die sich bezüglich der damit verbundenen Fragen und Herausforderungen und der Suche nach individuellen Bewältigungsstrategien deutlich unterscheiden.

Generell bedarf es spezifischer Forschung, um die besonderen Herausforderung der Lebenssituation – mit HIV alt zu sein/werden – und die daraus sich ergebenden spezifischen Bedarfe zu erkennen, die gewonnenen Erkenntnisse in die bestehenden Arbeitskonzepte zu integrieren bzw. neue Angebote zu konzipieren.

„Alter“ – sowohl das Lebensalter als auch das „Diagnose-Alter“ - ist etwas Relatives und sehr subjektives. Ende der 80er- Jahre galten diejenigen HIV-Positiven, die mehr als 5 Jahre mit der Diagnose überlebten, als Langzeitpositive, für die eigene Workshops angeboten wurden. Für viele, die es bis Mitte der 90er Jahre in die Zeit der wirksamen HAART „geschafft“ hatten zu überleben, stellen sich Zukunftsperspektiven wieder ganz neu. Heute leben Menschen schon 23 Jahre mit einer HIV-Diagnose. (der HIV-Test kam 1985 in Deutschland erstmals zur Anwendung)

Viele, die in den frühen 80er bis Mitte der 90er Jahre ihre HIV-Diagnose bekamen, glauben, dass sie nur noch 18 Monate zu leben hätten, vor allem, weil man um sich herum sah, dass Freunde, Nachbarn und Familienmitglieder starben. Mitte der 90er Jahre änderte sich die Lage: Mit der zusätzlichen Anwendung der Proteaseinhibitoren (Kombitherapie) stabilisierte und erholte sich das Immunsystem, die Virusaktivität im Körper konnte immer besser zurückgedrängt werden und bereits todkranke AIDS-Patienten zurück ins Leben. Seitdem steigt die Zahl der Menschen, die mit HIV auch ein höheres Lebensalter erreichen.

Andere haben es geschafft, älter zu werden, ohne sich mit HIV zu infizieren, und stehen dann irgendwann doch mit einer HIV-Diagnose da. Fachleute sprechen vom „kumulierten Risiko“ und weisen darauf hin, dass „Safer Sex“ eine Risikominimierungsstrategie ist, keine Risikoausschluss-Strategie.

Das „alt-sein /älter-werden“ auf sich selber zu beziehen, ist eine individuelle Entscheidung, die das Identitätsbewusstsein berührt. Älter werden wird meist ambivalent erlebt, da in der modernen Welt, in der sich Neuerungen ständig und immer schneller überholen, „altes“ schnell abgewertet wird.

Im Kontext von HIV wird jemand der Gruppe der „Älteren“ zugerechnet, wenn jemand älter als 50 Jahre ist.

HIV und Alter beinhaltet somit den Aspekt der Freude, mit – oder trotz HIV in der Welt / und mit oder trotz eigener HIV-Infektion alt geworden zu sein. Aber es bleibt auch die Herausforderung, die jeder Menschen – auch ohne HIV - mit dem alt werden bewältigen muss. Die allseits bekannten Faktoren der Alters-Diskriminierung („ageism“) werden durch HIV besonders verstärkt.

Unter „ageism“ wird eine Diskriminierung verstanden, die auf einer negativen Haltung gegenüber dem älter-werden und gegenüber älteren Menschen beruht. Dies kann sich auch in der Vorannahme widerspiegeln, ältere Menschen hätten, ja keinen Sex mehr, wären nicht mehr sexuell aktiv und man empfindet Ekel, sich vorzustellen, ältere Menschen hätten Sex miteinander.

Erste Studie zu HIV und Alter: „ROAH“ und Daten aus den USA:

Die „AIDS-community research initiative of America“ (acria) hat eine erste Studie mit 1000 Teilnehmern im Alter über 50 Jahre aus New York City durchgeführt. Sie trug die Bezeichnung „Research on older adults with HIV“ (ROAH).

Als Ergebnis wurde 2006 u.a. vorgestellt:

91,4% litten unter mindestens einer Begleiterkrankung,

77% litten unter zwei oder mehreren zusätzlichen Krankheiten:

- 52% Depressionen
- 31% Gelenkbeschwerden
- 31% Lebererkrankungen
- 30% Neuropathien
- 27% Bluthochdruck

Im April 2007 wurde gemeldet, dass in New York

32% der HIV-Positiven über 50 Jahre alt waren

70% der HIV-Positiven über 40 Jahre alt waren.

Psychosoziale Aspekte im Kontext HIV und Alter

Alters-Lebenskompetenz

Die im Laufe der Biografie gemachten Erlebnisse und die daraus gewonnenen und erworbenen Fähigkeiten sind ein Erfahrungsschatz, erneute Krisen gelassener und handlungskompetenter hinzunehmen und zu bewältigen. Auch eine eigene HIV-Diagnose in höherem Lebensalter kann dann besser bewältigt werden.

Ältere Menschen kennen ihre Stärken und Schwächen oft besser und lassen sich von anderen weniger stark beeinflussen/fremdbestimmen. Ältere Menschen sind bereiter, Grenzen und Begrenzungen zu akzeptieren und in ihr Leben zu integrieren. Sie wissen, was sie leisten können und geleistet haben und können oft mit einer gewissen Zufriedenheit darauf zurückblicken. Das macht es leichter, mit einer Krankheitsdiagnose wie HIV zu leben.

Ältere Menschen haben eine andere „Lust am Risiko“ als jüngere, gehen bewusster und bedächtiger mit Lebensrisiken um und achten stärker auf ihre Gesundheit. Sie sind bereiter, nach einer HIV-Diagnose Verhaltensänderungen zur Verminderung weiterer gesundheitsbelastender Faktoren zu vollziehen.

Mit einem gefestigten Selbstbild und starkem Selbstbewusstsein ist es leichter, sich in der Gesellschaft zu behaupten und sich in Notlagen Unterstützung zu organisieren.

Arbeit und Einkommen

Genug Geld zum Leben zur Verfügung zu haben, ist für viele ältere HIV-Positive ein großes und drückendes Problem.

Ein großer Teil derer, die heute mit HIV älter als 50 Jahre sind und schon länger mit HIV leben, sind auf Grund von HIV-bedingten gesundheitlichen Einschränkungen vorzeitig berentet und nicht mehr erwerbstätig, leben mit Behinderungen oder sind bereits in Altersrente. Für viele reichen die Finanzen nur, um den unmittelbaren Lebensunterhalt zu decken, und manche schaffen selbst dies nicht. Die Sätze von Grundsicherung und Hartz IV sind unrealistisch und in sich unlogisch, wenn vom angeblichen „Existenzminimum“ immer weitere zusätzliche Kosten beglichen werden sollen. Schon seit Jahren wird das vom Gesetzgeber zugemutete Existenzminimum stetig abgesenkt, indem Leistungssätze gleich bleiben, Lebenshaltungskosten aber deutlich steigen. Was die HIV-Forschung durch Therapierbarkeit an Lebensqualität zurückerobert, wird durch die politisch gewollte Entsolidarisierung der Sozialsysteme und des Gesundheitssystems für HIV-Positive und andere chronisch Kranke wieder zunichte gemacht. Wahrscheinlich sind von diesen Entwicklungen ältere HIV+ in stärkerem Maße betroffen als jüngere HIV+.

Für viele ist es ein Leben mit permanenten Schulden geworden. Wofür lohnt es zu leben, wenn man bis ans Lebensende auf Grundsicherungsniveau (Sozialhilfe) in der „Armutsfalle“ lebt und keine Perspektive hat, dies mit eigenen Aktivitäten zu verändern? Zusatzverdienstmöglichkeiten sind nur eng begrenzt möglich (Rente) oder ineffektiv, weil sie verrechnet werden (Grundsicherung, Hartz IV).

Für die Lebensqualität im Leben mit HIV gilt nämlich: „Es gibt mehr im Leben als eine nicht nachweisbare Viruslast und eine hohe Zahl der T4-Helferzellen.“ (“There is more to life than undetectable viral load and high CD4 counts“/“it is more than just taking pills.”)

Zukünftig können HIV+ meistens wieder länger erwerbstätig bleiben, haben damit bessere finanzielle Grundlagen für ihre Lebensgestaltung und höhere Lebensqualität (soz. Einbindung).

Das Bekannt werden der HIV-Infektion am Arbeitsplatz führt aber immer noch zu – aus irrationalen Ängsten gespeisten – Kündigungen.

Es bedarf entschiedener Entdiskriminierung und Entstigmatisierungsoffensiven, um ein Klima in der Gesellschaft zu schaffen, das es HIV-Positiven ermöglicht, ihre HIV-Infektion am Arbeitsplatz nicht verstecken zu müssen.

Depression, Angst und Stress

Depression, Angst und Stress bei HIV-Positiven sind oft eng verknüpft mit finanzieller Not, sozialer Isoliertheit, Mangel an HIV-bezogenem Wissen, Single-Dasein, Selbstmordgedanken, eigenen Stigmatisierungserfahrungen aufgrund von HIV und Alter. Eine Langzeit-Studie in den USA fand heraus, dass, verglichen mit jüngeren HIV+, ältere HIV+ weniger zufrieden waren mit der ihnen entgegengebrachten Unterstützung, dass sie mehr Vermeidungsstrategien entwickelten und über einen längeren Zeitraum einen stärkeren Verlust an Lebensqualität erfuhren.

HIV+ ältere Menschen leiden signifikant häufiger an Depressionen als gleichalte HIV-Personen.

Depression beeinflusst die Adherence zur HIV-Therapie und zu Arztbesuchen negativ. Depression beeinflusst die Teilhabe am sozialen Leben und das Aufrechterhalten persönlicher Freundschaften und Lebensbeziehungen negativ.

Eine klinische Depression bei HIV+ ist schwer zu erkennen, da ihre Symptome wie Nebenwirkungen der HIV-Medikamente und der Symptome von HIV selber aussehen können.

Private Risiko-Vorsorge

HIV+ sind nach wie vor ausgeschlossen von Verträgen der privaten Versicherungswirtschaft. Je mehr die Politik umsteuert vom Solidarprinzip auf eigene Vorsorge, desto stärker werden Menschen mit (chronischen) Erkrankungen ausgegrenzt und bleiben ohne Risikoabsicherung, wenn sie nicht VOR dem HIV-Test entsprechende Verträge geschlossen haben.

Menschen mit höherem Bildungsgrad bzw. besserem Einkommen haben eher Zusatzverträge abgeschlossen als Sozialhilfeempfänger oder working-poor Menschen. Die schlechteren Lebenschancen werden durch die Richtung der aktuellen Sozialpolitik deutlich verschärft.

Soziale Einbindung und Beratungsstrukturen

Soziale Unterstützung ist die emotionale und praktische Begleitung, die Familienmitglieder und Freunde an Menschen mit HIV geben können. Soziale Unterstützung ist eine wichtige Kraftquelle für jeden Menschen, aber sie wird besonders bedeutsam für Menschen im Alter. Soziale Unterstützung „boostert“ psychologische Gesundheit und kann die Anzahl und Intensität körperlicher Symptome für HIV+ günstig beeinflussen.

Wer innerhalb seiner Herkunftsfamilie oder innerhalb seines Freundeskreises wenig Unterstützung erfährt, tut sich auch schwerer, bei Organisationen und Selbsthilfeprojekten sich Unterstützung zu suchen.

Das Verschweigen bzw. der Wunsch nach Geheimhaltung der eigenen HIV-Infektion im nahen persönlichen Umfeld kann eine Barriere sein, benötigte Unterstützung zu erhalten. Ältere HIV+ gehen diskreter mit ihrem HIV-Status um als jüngere. Sie können sich „verletzlicher“ fühlen gegenüber befürchteter Moral und Verurteilung.

Soziale Einbindung fördert körperliche Aktivität, also ein „bewegtes“ Leben. Körperliche Aktivität (z.B. Sport oder regelmäßige forcierte Spaziergänge) wirken dem normal-alterungsbedingten Verlust von Muskelmasse entgegen und wirkt sich stärkend auf das Immunsystem aus.

HIV+, die schon lange mit HIV leben, speziell hier schwule Männer, haben in ihrer Biografie Verlussterfahrungen, die teils große Lücken in ihr Netz des sozialen Eingebunden-Seins gerissen haben. Es fehlen die Weggefährten, die an AIDS gestorben sind und mit denen gleiche Erlebnisse geteilt werden können. (Schmerz und Trauer) Teilweise sind diese Traumatisierungen auch heute noch lebensbestimmend, wenn es nicht gelungen ist, neue Freundschaften und neue Wahlfamilien sich zu suchen.

Durch lange Krankheit oder in Folge von Krankheit dauerhaft in ihrer Mobilität oder körperlichen Kraft eingeschränkten HIV+ fehlt oft die Energie, eigene Unterstützungssysteme aufrecht zu erhalten. Innerhalb der Communities und bei den AIDS-Hilfen fehlen angemessene Unterstützungsangebote für ältere Menschen mit HIV. Hier müssen neue Konzepte entwickelt werden. Denn nicht nur die HIV-Positiven, die nun schon viel länger mit HIV leben, als sie selber zum Zeitpunkt der Diagnose glaubten, staunen und wundern sich, dass sie noch am Leben sind, auch Ärzte und BeraterInnen in den AIDS-Hilfen und anderen Projekten sind von dieser Entwicklung überrascht. In der kollektiven Vorstellung war es nicht vorgesehen, dass Menschen mit HIV alt werden würden. Die Vorstellung war, mit HIV wird man kränker und kränker und irgendwann stirbt man. Weil diese Prägungen auf Vorstellungsbilder sehr nachhaltig sind, vollzieht sich die Entwicklung spezieller Beratungs- und Unterstützungsmodellen nur langsam.

Müde, stets und immer wieder Pionier und Kämpfer in der „Ersten Reihe“ der neuen Herausforderungen zu HIV zu sein

In San Francisco berieten 2005 eine Gruppe engagierter – meist schwuler - Positiver darüber, welche Bedürfnisse die älter werdenden HIV-Positiven haben. Unter anderem benannten diejenigen, zu den Ersten HIV-Positiven zählten und bis in die Gegenwart überlebt haben, dass sie es müde sind, immer und stets wieder die „Ersten“ zu sein. Sie waren die Ersten HIV-positiv getesteten überhaupt und konfrontiert mit Angst und Unwissenheit im Medizin- und Sozialsystem. Sie waren die Ersten, die HIV-Medikamente einnahmen. Sie waren die Ersten, die mit HIV länger lebten.

Ihre Lebensplanung wurde erst durch die HIV-Diagnose und dann durch die folgenden Therapiefortschritte immer wieder auf den Kopf gestellt. Sie haben mehrfach große Anpassungsleistungen vollbringen müssen. Sie waren oft politisch, kämpferisch, streitbar und in ihren Communities oder auch gesellschaftlich engagiert.

Sie werden die Ersten sein, die die Langzeitnebenwirkungen der HIV-Therapie erfahren werden. Und bald könnten sie als SeniorInnen nun wiederum in Altenpflegeheimen die Ersten sein, die diesen neuen Lebensraum erschließen.

Sie sind frustriert und erschöpft, immer und bei allem Neuen, was sich bei HIV tut, dabei zu sein. Vielen hilft Galgenhumor und Selbstwitz, um sich diesen Anstrengungen immer wieder zu stellen.

Für diese HIV-Senioren als ehemalige Pioniere ist es schwer auszuhalten, dass sie in Arztpraxen und Beratungsstellen mit jüngeren Fachleuten zu tun haben, die keine großen Erfahrungen im Umgang mit älteren Menschen haben. Zu Beginn der AIDS-Krise waren Ärzte und BeraterInnen meistens gleich alt wie die Menschen mit HIV, sie begegneten sich als „Peers“. Aber dies hat sich geändert. HIV-Senioren, die stets in der vordersten Reihe gestanden haben, Versorgung und Hilfestrukturen zu HIV mit aufzubauen, stehen nun Fachleuten gegenüber, die über HIV und AIDS an den Hochschulen gelernt haben.

Das Unbehagen über diesen Generationenunterschied kann zu Kommunikationsstörungen führen, weil beide zum gleichen Thema einen unterschiedlichen Bezugsrahmen im Denken haben. Auch kann zum Tragen kommen, dass junge Menschen sich ältere Menschen meist nicht in einem sexuellen Kontext vorstellen mögen. Aus Sicht der Allgemeinbevölkerung und besonders der schwulen Community ist ein 50-jähriger weniger sexy als ein 25-jähriger, und dies wird sich auch auf die Bereitschaft auswirken, Hilfe und Unterstützung anzubieten.

Und besonders das Personal in Altenpflegeheimen ist auf den Kontakt mit HIV-Positiven nicht eingestellt und auch allgemein nicht auf den Kontakt mit Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transgender, die andere Lebensentwürfe und Lebenswege haben als der Durchschnittsbürger.

Stigmatisierung und Selbststigmatisierung

HIV+ erleben oft Unverständnis und irrationale Ängste im Kontakt mit ihnen als HIV-Infizierten. Vor allem die nachwachsende Generation kann kaum nachvollziehen, wie tiefgreifend prägend das Leben mit HIV und das Erleben des Sterbens von Partnern und Freunden in den 80er Jahren war. An ihren Erfahrungen wird wenig Interesse gezeigt. Menschen, die in den 80er Jahren ihre HIV-Diagnose bekamen, sind durch die hysterische Reaktion der damaligen Gesellschaft - mit auch heute immer noch vorhandenen irrational übersteigerten Ansteckungsängsten - nachhaltig verunsichert und teilen auch in ihrem nahen persönlichen Umfeld ihre HIV-Infektion aus Angst vor Ausgrenzung nicht mit. Durch Rückzug und Isolation stehen ihnen dann benötigte Unterstützungssysteme (Freunde und Familie etc.) oft nicht zur Verfügung.

Diese frühen Stigmatisierungserfahrungen führten bei vielen zu Selbststigmatisierung und nachhaltiger Verunsicherung und latenter Aggression, die ins heutige Leben stark hineinspielen kann.

Nach der HIV-Diagnose waren (und zum Teil sind immer noch) viele so „beschämt“ und geschockt, nun als Virusträger eine Gefahr für andere zu sein, dass weder neue Partnerschaften, oft auch keine neuen Freundschaften gesucht und eingegangen wurden als Bewältigungsstrategie, sich nicht an einer HIV-Übertragung an andere schuldig fühlen zu müssen. Diese älter gewordenen HIV-Positiven leben isoliert und einsam. Depression und psychosomatische Symptombilder sind die Folge.

Dass eine wirksame HIV-Therapie die Infektiosität sogar auf ein zu vernachlässigendes kleines Restrisiko senkt, ist eine wichtige Information, diesen HIV-Positiven wieder Mut zum Leben zu geben und sie ins Leben einzuladen. HIV-Positive, die derartig traumatisiert sind, benötigen aktive und engagierte Unterstützung und Beratung, sich wieder neue soziale Netze zu schaffen, soziale Netze, die gerade für ältere Menschen mit abnehmender Mobilität an Bedeutung gewinnen werden.

Es kann den Dialog zwischen den Generationen sehr erschweren, wenn ältere HIV-Positive den jüngeren HIV-Positiven vorwerfen, wie sie sich denn „heute noch“ infizieren konnten. Die auf die anderen gerichteten Schuldvorwürfe deuten immer auch darauf hin, dass man sich selber immer noch schuldig fühlt, sich selber mit HIV angesteckt zu haben. Das „sich selber im Schicksal nicht annehmen können“ wird auf andere projiziert. Als Folge wiederum erleben sich jüngere HIV+ von älteren HIV+ stigmatisiert und diskriminiert und meiden den Kontakt.

Die Gesellschaft hat in der Breite der Bevölkerung noch nicht wahrgenommen, dass Menschen mit HIV heute dank wirksamer Therapien ein langes Leben haben und mit HIV alt werden können.

Institutionen wie die das BMG oder die BZgA transportieren bis in jüngste Zeit die Botschaft vom „Schrecken vor HIV“, sie wollen das seit Beginn der HAART schwindende Bedrohungspotenzial des HIV-Virus reanimieren. Dieses überkommene alte Bild, dass in den 80er und 90er Jahre angesichts massenhaften Sterbens an AIDS realitätsgerecht war, steht den Bedürfnissen von HIV-Positiven entgegen und verfestigt sogar Stigmatisierung. Aktive Entdiskriminierungskampagnen und Anti-Stigmatisierungskonzepte fehlen, bzw. werden nur als Lippenbekenntnisse ohne effektive Handlung geäußert. Entstigmatisierung und HIV-Prävention scheinen in deren Denken unvereinbar zu sein.

Ältere HIV-positive schwule Männer berichten, dass sie auf einem großen Internetportal von jungen Schwulen (25 – 35 Jahre alt) angeschrieben werden, mit dem Verlangen, beim Sex „gepozzt“ zu werden. Auf Männer, die schon viele Jahre mit HIV leben und den großen Schrecken vor HIV noch kennen, wirkt das Begehren der jüngeren, sich bewusst mir HIV anstecken zu wollen, verstörend, deren Motivation ist ihnen nicht nachvollziehbar und löst großes Unverständnis aus. Denn als Positive würden sie HIV lieber heute als morgen „los“ sein. Deutlich wird an diesem Phänomen des „poz-Wunsches“ der jüngeren Schwulen aber, dass bei denjenigen, welche die Schreckenszeiten von HIV nicht selber erlebt haben, recycelte Botschaften des „Schreckens vor HIV“ wirkungslos bleiben werden.

Heute schon gilt und in Zukunft noch mehr: Nicht mehr „sterben **AN** Aids“ sondern „sterben **MIT** Aids“

Freundeskreis/Partnerschaft

Viele ältere Menschen erleben es als schwer, in höherem Lebensalter nach dem Ende einer Beziehung (durch Trennung oder Tod des Partners) neue Lebenspartner zu finden. Der Faktor der eigenen HIV-Infektion erschwert diesen Neubeginn.

Wer bis zum höheren Lebensalter keinen lebendigen Freundeskreis gefunden hat, der hat es meist schwer, sich diesen aufzubauen.

Viele Alte sind „junge“ Singles, wenn durch Trennung/Scheidung oder Tod eine neue Partnersuche erforderlich wird und Sexualität gelebt werden will. Sie sind unerfahren auf dem „Heiratsmarkt“ und daher vulnerabel bzgl. HIV und anderer STI's.

Risikominimierungsstrategien bzgl. STI's müssen erst neu gelernt werden.

Wohnformen

Ältere HIV+ setzen sich mit der Frage auseinander, wie sie denn im Alter leben möchten. Besonders, wenn sie nicht in einer festen langjährigen Partnerschaft leben.

Die mögliche Pflegebedürftigkeit durch HIV wird mitgedacht und Sorge geäußert, in einem regulären Altenheim als schwuler HIV+ Mann erneut in eine isolierte Sonderstellung zu geraten.

Sexualität und die Last der Einschränkungen durch HIV

Wer heute 50 Jahre und älter ist, blickt auf viele Lebensjahre zurück, in denen die Angst vor einer Ansteckung mit HIV oder die Angst, die eigene HIV-Infektion beim Sex an andere zu übertragen, das Leben von Sexualität deutlich beeinflusst hat. In höherem Alter kann der Wunsch durchbrechen, Sexualität auch doch anders/freier leben zu wollen mit der Folge, sich oder andere stärker zu riskieren.

Ältere Menschen werden in der HIV-Prävention zu wenig als Zielgruppe wahrgenommen, dabei gibt es ältere, die sich neu mit HIV infizieren. Der Anteil der über 50-jährigen an den Neudiagnosen steigt (in New York 25%)

Neuorientierungen / neue Lebensziele finden

Neue Lebensperspektiven dank wirksamer HIV-Therapien erfordern eine Neuorientierung und Überprüfung der eigenen Lebensziele.

HIV-Positive können dies ambivalent erleben: wieder aus der Freude heraus mehr Zukunft wagen wollen und von der Angst beherrscht Enttäuschungen vermeiden wollen.

Wie weiter wenn man keinen Plan und keine Vorstellung über die eigene Zukunft kennt, weil man sich als Todgeweihten erkannt, auf das Sterben eingestellt hat und nun doch wieder ein vitales Leben führen kann?

Mediziner bezeichnen dies als „Lazarus-Phänomen“: Für Tot gehaltene werden wieder lebendig. Auf der körperlich-medizinischen Seite ist dies heute oft machbar, für die Seele ist es aber auch eine große Anstrengung, aus der Erwartung von Krankheit und Sterben herkommend, nun wieder Leben lernen zu müssen, Kraft zu finden, das Leben aktiv zu gestalten zu genießen, und persönliche lebenswerte Ziele zu finden.

Nach der Diagnose und in Zeiten der Todesbedrohung war HIV für viele der zentrale Dreh- und Angelpunkt im Leben. In Zeiten wirksamer HAART müssen HIV-Positive sich fragen, ob dies immer noch so sein muss: Welchen Stellenwert, welche Bedeutung, welchen Ort hat HIV in eigenen Leben? Welche verinnerlichten Glaubenssätze und Selbstabwertungen denke ich über mein Leben mit HIV? z.B.:

- „Ich werde früher sterben als die anderen.“
- „Ich werde nicht bis zur Altersrente in der vollen Arbeitstätigkeit bleiben“
- „Wegen HIV wird dies meine letzte Wohnung, mein letzter Urlaub in ... sein“
- „Wenn mein Partner mich verlässt.... Mit HIV werde ich keinen neuen mehr finden“
- „Mit HIV bin ich gefährlich für andere.“
- „Mit HIV kann ich keine Kinder bekommen.“
- etc.

Früher war dies vielleicht der Realität angemessen.
Ist das aber heute wirklich immer noch zutreffend?

Warum stecken sich ältere Menschen mit HIV an?

Eine Antwort auf diese Frage kann in einem oder einer Kombination folgender Aspekte liegen:

- Ältere Menschen stecken sich über die gleichen Übertragungswege mit HIV an wie jüngere Menschen. Aber ihnen kann das Risiko einer HIV-Ansteckung weniger bewusst sein.
- Ärzte bieten älteren Menschen weniger oft einen HIV-Test an.
- Ärzte vermeiden mit älteren Menschen Gespräche über Sexualverhalten und Drogenkonsum (Substanzgebrauch)
- Ältere Menschen vermeiden ein Gespräch über Risikoverhalten weil sie noch stark beeinflusst sind von der Stigmatisierung, die seitens der Gesellschaft gegenüber Homosexualität, Promiskuität, Sex-Dienstleistungen, Drogenkonsum besteht.
- Ältere Menschen verdrängen die Möglichkeit einer Ansteckung mit HIV eher (das kriegen doch eher die jungen in der Sturm- und Drang-Zeit)
- Ältere Menschen verlassen sich auf die Monogamie ihres Partners, während dieser ohne ihr Wissen in Nebenbeziehungen HIV-Risiken eingeht.

- Ältere Menschen sind oft „junge Singles“ geworden. Während der Zeit ihrer Partnerschaft fühlten sie sich womöglich von HIV-Präventionsbotschaften nicht angesprochen. Nadeltausch bei älteren Drogengebern mit HIV+.
- Viagra & Co ermöglichen vielen älteren Männern wieder, Erektionsvermögen zu erhalten. In der Folge steigt die sexuelle Aktivität und STI's (incl. HIV) finden sich auch mehr bei älteren Männern.
- HIV-Präventionsprogramme gehen zu oft von der Vorstellung aus, dass nur jüngere Menschen besonders von HIV bedroht sind.
- Jüngere Präventionsmitarbeiter können eine Scheu haben, mit älteren Menschen über Sex und Safer Sex zu sprechen.

Späte Diagnosstellung bei älteren Menschen

Der Mangel an Kommunikation über persönliche Lebensbereiche (Sexualität und Drogenkonsum) macht es für den Arzt schwierig, die HIV-bedingten Symptome von altersgemäßen Gesundheitsproblemen zu unterscheiden und begünstigt Fehldiagnosen oder erst eine Diagnose der HIV-Infektion im fortgeschrittenen Stadium.

Medizinische Aspekte im Kontext HIV und Alter

- Ältere Menschen leben oft neben HIV mit anderen Gesundheitsstörungen.
- Ältere Menschen haben häufiger andere chronische Erkrankungen.
- Im Alter kommt es zu einem natürlichen Abbau der Immunkompetenz des Körpers.
- Ältere Menschen nehmen häufiger ihre Medikamente nach Plan ein = bessere Adhärenz (außer sie sind Drogengebern oder haben psychische Erkrankungen)
- Neue Medikamente werden nicht gezielt auf ihre Wirkung bei älteren Patienten untersucht. Studienteilnehmer sind meist jüngere Menschen. Ältere Menschen haben oft medizinische Probleme (hohes Cholesterin, Blutfettwerte, Blutzuckerspiegel oder Leber- und Nierenschäden), die sie von einer Teilnahme an Medikamentenstudien ausschließen.
- Es gibt spezielle Therapieleitlinien für die Behandlung von Kindern, Schwangeren und anderen Patientengruppen, aber es fehlen Therapieleitlinien für die Behandlung älterer Menschen mit HIV
- HAART wirkt bei älteren HIV+ genauso wie bei jüngeren HIV+
- Älter werden bewirkt „normale“ körperliche Veränderungen und Risiken (Herzkrankungen, Osteoporose, Bluthochdruck, Diabetes, Brustkrebs, Prostatakrebs, Alzheimer,...Verlust von Unterhautfettgewebe)
- Einige HIV-Medikamente begünstigen das Auftreten von Diabetes, Bluthochdruck, Osteoporose. Das macht die Medikamentenauswahl für den HIV-Arzt bei älteren HIV+ schwieriger.
- Wechselwirkungen zwischen Medikamenten zur Behandlung weiterer Erkrankungen mit der HAART
- Welches sind die spezifischen neuropsychiatrischen Auswirkungen der HIV-Infektion in Bezug zum höheren Lebensalter?

Das Kompetenznetz HIV berichtet in der Ausgabe von Kompl@t 1/2008, dass eine Studie zum Thema „Altern mit HIV“ in den Startlöchern ist. Das Kompetenznetz HIV konzentriert sich auf rein medizinische Fragestellungen und klammert psychosoziale Aspekte aus. (Dazu wird dazu kein Datenmaterial erhoben)

Fazit:

„Unsichtbarkeit macht die anderen blind.“

Neben der vom Kompetenznetz HIV geplanten medizinischen Studie zum „Altern mit HIV“ muss eine parallele sozialwissenschaftliche Forschung (analog der ROAH-Studie in den USA) begonnen werden.

Älter werden mit HIV muss stärker Thema in der Positiven-Selbsthilfe und Thema von Seminaren der DAH werden. Es braucht eine kollektive Bestärkung darin, selbstbewusst als älterer Mensch mit HIV aufzutreten. Ältere HIV-Positive müssen sich als Gruppe zusammenfinden, um ihre spezifischen Anliegen selber zu formulieren und sich als Gemeinschaft zu erleben.

Besonders HIV-Ärzte, haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter von Beratungsstellen müssen sich fortbilden zur speziellen Lebenssituation und den besonderen Lebenshintergründen älterer Menschen mit HIV, insbesondere derer von Langzeit-Positiven.

AIDS-Hilfen und andere Hilfesysteme sind auf die Begegnung mit älteren HIV-Positiven nicht vorbereitet. Mitarbeiter in AIDS-Hilfen benötigen künftig auch ein Wissen über normale altersbedingte Krankheitsbilder, um ältere HIV-Positive empathisch und fachlich kompetent zu begleiten. Mitarbeiter der Beratungsstellen sollen verschiedene Lebensalter haben und ein Teil soll auch der älteren Generation angehören.

Leben mit HIV muss als Thema an die gesellschaftlichen Gremien/Gruppen der Politik und Interessensvertretung der Senioren herangetragen werden.

HIV-Präventionskampagnen müssen die HIV-Risiken älterer Erwachsener aufgreifen und ansprechen.

Die Sicht und Haltung gegenüber älteren Menschen und ihren Lebensstilen in der Gesellschaft gilt es zu verändern, insbesondere das gesellschaftliche Tabu von gelebtem Sex und Lust bei älteren Menschen.

Links zu „AIDS und Alter“

Deutschsprachige links:

„HIV und Alter“ - ondamaris-Blog, 5.9.2007
<http://www.ondamaris.de/?p=404>

„Auch mit 50plus auf Nummer sicher gehen!“ - Der 50plus-Blog: Zum Welt-Aids-Tag:
<http://www.blog50plus.de/?p=66>

"Die Zukunft ist grau". Alte Menschen in der HIV/Aids-Krise: Opfer und HoffnungsträgerInnen 23.10.2007
<http://www.aidsfocus.ch/platform/conference/Symposium.2007-06-14.3442>

Abschnitt 5: Senioren im Kampf gegen HIV/AIDS stärken
Der Weltaltenplan fordert die Einbeziehung der Bedürfnisse alter Menschen in Strategien des Kampfes gegen HIV/AIDS.
<http://www.caritas-international.de/34301.html>

„Mit HIV ins Rentenalter“
HIV-Infizierte leben länger als früher, aber nicht immer gut / Portrait, 01.12.2005
http://www.rosafunken.de/pressearchiv/20051201_wdr.pdf

22 Jahre leben mit HIV: Portrait einer Langzeitüberlebenden 1.12.2007 Portrait einer Langzeitüberlebenden
http://www.wdr.de/themen/gesundheit/krankheit/aids/weltaidstag_2007/index.jhtml

„Wer ist schuld: HIV oder das Alter?“ 4/2005
Da Menschen mit HIV/AIDS heute länger leben, erleben sie auch mehr von gewöhnlichen Altersproblemen.
Mit Tabelle von BodyPositive
<http://www.rainbow.at/article/1112954846>

Englischsprachige links:

Ergebnisse der ROAH-Studie:
http://www.acria.org/clinical/roah_final_sept06.pdf

„Surviving AIDS in the golden years“, 2006
“...a general fatigue about constantly being on the front edge of the frontier of AIDS.”
http://www.ebar.com/common/inc/article_print.php?sec=news&article=1465

Stephen Karpiak, „Reality demands Change“, April-June 2007
www.thebody.com/content/art44596.html?mtrk=4949513

Babara Hesselgrave: “Challenges of a New Frontier: Aging with HIV” - 01.04.2008
<http://www.miller-mccune.com/article/271>

Forum: Aging with HIV
Interaktives Forum mit stets neuen aktuellen Anfragen zum Thema.
<http://www.thebody.com/Forums/AIDS/Aging/index.html>

Abstract / 1.09.2008 JAIDS: Increasing Age at HIV Seroconversion From 18 to 40 Years Is Associated With Favorable Virologic and Immunologic Responses to HAART.
<http://www.jaids.com/pt/re/jaids/abstract.00126334-200809010-00006.htm;jsessionid=L9sZrv11vrTMJfS35wM3qrTyb4L21DnvpjFrLQhYGpGQGHJGqtgG!353761397!181195628!8091!-1>



HIV IM 
DIALOG