

MED-INFO

Medizinische Informationen zu HIV und Aids

Nr. 80

HIV und Partnerschaft

Eine Broschüre für diskordante Paare

Der Begriff „diskordante Partnerschaft“ beschreibt die Paarbeziehung zwischen einer HIV-positiven und einer HIV-negativen Person. Wenn in einer Beziehung einer der beiden Partner HIV-positiv ist, kann das vor allem zu Beginn ihrer Partnerschaft viele Fragen aufwerfen. In dieser Broschüre wird geklärt, ob Übertragungsrisiken beim Sex oder im Alltag einer diskordanten Beziehung bestehen und wie man damit umgehen kann.

 Deutsche
AIDS-Hilfe



Diskordante Beziehungen: HIV, Partnerschaft und Sexualität

Der Begriff „diskordant“ kommt aus dem Lateinischen und bedeutet in etwa „nicht übereinstimmend“. Hier ist gemeint, dass sich die Beziehungspartner in Bezug auf ihren HIV-Status unterscheiden: Der eine Partner ist HIV-positiv, der andere HIV-negativ. Heute wird auch manchmal der Begriff „serodifferent“ verwendet.

Ob nun Serodifferenz oder Diskordanz – im alltäglichen Zusammenleben besteht kein Risiko, das HIV-Virus zu übertragen. Wer sich für oder gegen eine Partnerschaft entscheidet, sollte dies also nicht unbedingt davon abhängig machen, ob sich der eigene Serostatus von dem des anderen unterscheidet. Eine (bestehende) Beziehung kann auch ein positives Testergebnis „vertragen“.

In einer Partnerschaft geht es nicht zuletzt um gemeinsame Möglichkeiten, Entfaltung und Ergänzung, um die Chance eines Zusammenlebens – und vor allem um die Gestaltung der gemeinsamen Beziehung. Je offener und vertrauensvoller der Umgang miteinander, desto leichter wird es beiden Partnern fallen, sich darüber auszutauschen. Dazu gehört dann natürlich auch der Umgang mit Sexualität.

Wenn einer der beiden Partner HIV-positiv ist, kann das die Beziehung vor einige Herausforderungen stellen. Die nicht seltene Angst, dass der/die HIV-negative Beziehungspartner/in sich anstecken könnte, kann die Sexualität, aber auch den alltäglichen Umgang miteinander, stark beeinflussen. Gegen solche Infektionsängste helfen sachliche Informationen darüber, welche Risiken einer HIV-Übertragung beim Sex bestehen, wie man sich schützen kann und in welchen Fällen die Sorge unbegründet ist.

Wenn darüber hinaus jedoch Unsicherheiten bleiben, kann es zu (unausgesprochenen) Vorwürfen und Schuldzuweisungen kommen. Es kommt vor, dass HIV-negative Menschen ihre Partner plötzlich mit Samthandschuhen anfassen und mit ihnen umgehen, als wären sie krank, obwohl diese am liebsten ganz normal behandelt werden möchten. Andererseits erleben HIV-positive Menschen manchmal eine Verringerung ihres „sexuellen Appetits“ (Libidoverlust) oder Männer klagen über Phasen mit Erektionsproblemen (erektiler Dysfunktion). Ob es sich um Nebenwirkungen von HIV-Medikamenten handelt oder um seelische Probleme, sollte genauso ärztlich abgeklärt werden wie der Einsatz von Potenzmitteln (wie beispielsweise Viagra® oder andere so genannte PDE-5-Hemmer), da es hier zu Wechselwirkungen mit der HIV-Therapie kommen kann.

Wichtig ist es, diese Ängste zu thematisieren, gerade auch wenn man meint, den/die Partner/in nicht noch zusätzlich belasten zu wollen. Nur so haben beide Partner die Möglichkeit nachzuvollziehen, was den anderen gerade beschäftigt und verrennen sich nicht in Mutmaßungen darüber.

Die nachfolgenden Informationen sind auch dafür gedacht, dass diese in der Partnerschaft angesprochen und diskutiert werden. Wer darüber hinaus Rat oder einer Unterstützung bedarf, für den kann eine persönliche Beratung zum Beispiel in einer Aidshilfe oder eine professionelle Begleitung hilfreich sein.

HIV- Übertragungswege

HIV ist im Vergleich zu anderen Krankheitserregern relativ schwer übertragbar. Ein Ansteckungsrisiko besteht nur, wenn infektiöse Körperflüssigkeiten auf eine „**Eintrittspforte**“ treffen und die Viren so in die Schleimhaut gelangen. Solche Eintrittspforten

können beispielsweise Verletzungen oder großflächige Entzündungsherde sein, aber auch ungeschädigte Schleimhäute. Besonders empfänglich für HIV sind die Schleimhäute des Enddarms, der Gebärmuttermund und die Scheide der Frau sowie die Harnröhrenöffnung und die Innenseite der Vorhaut des männlichen Gliedes. Zu den **infektiösen Körperflüssigkeiten** (Flüssigkeiten, die HIV in so hoher Konzentration enthalten, die für eine Ansteckung ausreichend ist) zählen Blut, Sperma, Scheidenflüssigkeit und der Flüssigkeitsfilm auf der Schleimhaut des Enddarms.

Bei allen Übertragungswegen hängt das Risiko einer Ansteckung vor allem von der Viruslast im Blut (und folglich auch in den anderen Körperflüssigkeiten) ab. Mit der Höhe der Viruslast sinkt und steigt die Infektiosität. Bis zu drei Monate nach einer Ansteckung zum Beispiel besteht ein hohes Übertragungsrisiko, da der Körper von den Viren „überschwemmt“ wird. Erst danach kann HIV vom Immunsystem des Körpers besser in Schach gehalten werden und die Viruslast sinkt ab. Bei einer Grippe oder einer Syphilis kann diese jedoch wieder stark ansteigen – allerdings nur, wenn der/die HIV-Positive noch keine HIV-Medikamente einnimmt. Bei erfolgreicher medikamentöser Behandlung sinkt die Viruslast bis unter die Nachweisgrenze und das Übertragungsrisiko ist dementsprechend sehr gering.

Wie wird HIV übertragen?

Am häufigsten wird HIV beim ungeschützten **Vaginal-** oder **Analverkehr** übertragen. Daher gilt die Regel, sich beim Anal- und Vaginalverkehr mit Kondomen zu schützen.

Oralverkehr („Blasen“ beim Mann, „Lecken“ bei der Frau) ist sicherer Sex, so lange kein Sperma oder Menstruationsblut in den Mund gelangt. Daher gilt beim Blasen „Raus bevor’s kommt“. Grundsätzlich ist der Oralverkehr aber sehr viel risikoärmer als der Vaginal- und Analverkehr - auch wenn aus Versehen Sperma oder Menstruationsblut in den Mund aufgenommen wurde. Die Mundschleimhaut ist widerstandsfähiger als die Schleimhaut von Scheide (Vagina), Darm oder die Vorhaut/Eichel. Sie muss schließlich bei der Nahrungsaufnahme auch einiges aushalten (zum Beispiel heiße und scharfe Speisen oder harte Brotkrusten).

HIV kann auch von der werdenden Mutter auf das Kind übertragen werden (**Mutter-Kind-Übertragung**). Kinder von HIV-positiven Frauen können während der Schwangerschaft und beim Stillen, vor allem aber während der Geburt angesteckt werden. Das Übertragungsrisiko hängt dabei wesentlich von vorbeugenden Maßnahmen ab. Unter optimalen Bedingungen kann die Übertragungswahrscheinlichkeit auf unter zwei Prozent gesenkt werden.

Wie wird HIV nicht übertragen?

Im Alltag kann HIV nicht übertragen werden. Das enge Zusammenleben mit einem HIV-positiven Menschen birgt demnach kein Ansteckungsrisiko. Das Bad und die Toilette teilen, das gleiche Glas benutzen oder Streicheln und Schmusen sind – was HIV anbelangt – völlig risikolos. Selbst (Zungen-)Küsse sind kein Problem – auch bei leichtem Zahnfleischbluten. Im Mund werden wenige winzige Bluttröpfchen durch den Speichel verdünnt und gleichzeitig kann HIV kaum in die Schleimhaut der Mundhöhle eindringen.

Auch Blutkontakte im Rahmen der Ersten Hilfe, zum Beispiel wenn sich der/die HIV-positive Partner/in geschnitten hat, sind in der Regel unproblematisch. Die Haut bildet eine perfekte Barriere gegen die im Blut enthaltenen Viren. Es ist völlig ausreichend, wenn die hilfeleistende Person verbleibende Blutspritzer unter fließendem Wasser entfernt. Lediglich bei großflächigen Schädigungen an den „helfenden Händen“ (etwa bei Entzündungen oder Verletzungen) ist Vorsicht geboten. Hier bieten Einweghandschuhe einen sicheren Schutz. Vermeiden sollte man auch, dass bei solchen Hilfeleistungen Blut in die Augen gelangt, denn die Bindehaut des Auges kann von HIV leicht passiert werden.

Kein HIV-Übertragungsrisiko besteht beim gemeinsamen Gebrauch von Nagelscheren und -feilen, Zahn- und Nagelbürsten, beim Herumtollen und Umarmen, Anhusten und Anniesen oder beim Kontakt mit Urin oder Stuhl.

Was tun, wenn's doch passiert? Die Postexpositions-Prophylaxe (PEP)

Die Verwendung von Kondomen beim Vaginal- oder Analverkehr schützt den/die HIV-negative/n Partner/in zuverlässig vor einer HIV-Infektion, unabhängig von der Viruslast des HIV-positiven Partners. Falls das Präservativ abrutscht, reißt oder vergessen wurde und es deshalb doch zu ungeschütztem Sex kommt, kann der/die HIV-negative Partner/in eine so genannte Postexpositions-Prophylaxe (PEP) durchführen.

Die HIV-PEP ist eine vorsorgliche HIV-Behandlung mit dem Ziel, nach einem HIV-Übertragungsrisiko das „Angehen“ einer Infektion zu verhindern. Die HIV-PEP besteht aus einer Kombination von drei antiretroviralen Medikamenten, die für eine Dauer von mindestens vier Wochen eingenommen wird. Sie entspricht also einer kompletten antiretroviralen Therapie (ART). Die HIV-PEP ist eine Notfallmaßnahme. Sie kann eine Infektion nicht immer sicher verhindern, ihr Schutzeffekt wird aber auf 80 Prozent geschätzt. Wenn mit der PEP zeitnah nach dem Risikokontakt begonnen wird und die HIV-Medikamente konsequent eingenommen werden, ist der Schutzeffekt höher.

Wann sollte mit einer HIV-PEP begonnen werden?

Je früher, desto besser! Eine PEP sollte im optimalen Fall innerhalb von zwei Stunden, möglichst innerhalb von 24 Stunden nach einem Risikokontakt begonnen werden. Theoretisch möglich ist der Start einer PEP bis zu 72 Stunden nach einem Ansteckungsrisiko. Einige Kliniken halten den Beginn einer PEP nach über 48 Stunden aber nicht mehr für sinnvoll.

Wann wird zu einer HIV-PEP geraten?

Die Leitlinien der Deutschen AIDS-Gesellschaft raten zu einer PEP, wenn eine HIV-negative Person ungeschützten Vaginal- oder Analverkehr mit einem/einer HIV-positiven Sexualpartner/in hatte und deren Viruslast über der Nachweisgrenze von 50 Kopien/ml liegt oder unbekannt ist. Liegt die Viruslast des positiven Partners/der positiven Partnerin unter einer Nachweisgrenze von 50 Kopien/ml, rät man in der Regel **nicht** zu einer PEP.

Bei Oralverkehr mit Aufnahme von Sperma in den Mund wird eine PEP im Allgemeinen nicht empfohlen – auch nicht, wenn die Viruslast über der Nachweisgrenze liegt – da das HIV-Risiko bei Oralverkehr sehr viel niedriger ist als bei Anal- oder Vaginalverkehr.

Der Arzt/die Ärztin kann vorab den/die HIV-negative/n Partner/in untersuchen und entscheiden, welche PEP-Notfallmedikamente geeignet sind oder welche gegebenenfalls gemieden werden sollten.

Der Arzt/die Ärztin kennt den/die HIV-positive/n Patienten/in und weiß, ob ein oder mehrere HIV-Medikamente bereits unwirksam geworden sind. Anhand dieser Resistenzen kann der Arzt/die Ärztin dann die noch wirksamen Medikamente für eine PEP bei dem/der negativen Partner/in zusammenstellen.

In diskordanten Beziehungen ist es sinnvoll und für beide Partner beruhigend, die HIV-Medikamente in der Dosis für die ersten ein bis zwei Tage zu Hause zu haben.

Alternativ kann der Arzt/die Ärztin überprüfen, ob in einer Notsituation die HIV-Medikamentenkombination des HIV-positiven Partners/der HIV-positiven Partnerin eingenommen werden kann. So besteht die Möglichkeit, schon wenige Minuten nach einem Sex-Unfall mit der Einnahme der Medikamente zu beginnen – eine optimale Situation, wenn es gilt, eine HIV-Infektion zu verhindern. Je frühzeitiger mit der PEP begonnen wird, umso wirksamer ist sie! Beim Arztbesuch am darauf folgenden Tag kann man dann gemeinsam entscheiden, ob und wie die PEP weitergeführt werden muss.

Wer entscheidet, ob eine HIV-PEP sinnvoll ist?

Die Einschätzung, ob wirklich ein bedeutendes HIV-Infektionsrisiko vorgelegen hat und ob eine HIV-PEP sinnvoll und notwendig ist, muss von ärztlicher Seite erfolgen. Da bei diskordanten Paaren die Viruslast des positiven Partners/der positiven Partnerin in der Regel bekannt ist, kann diese Entscheidung für einen PEP-Notfall aber auch vorab getroffen werden. Bei nachweisbarer Viruslast sollte das Thema PEP daher unbedingt mit dem behandelnden Arzt besprochen werden.

Da sich ein PEP-Notfall meist außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten ereignet, ist es günstig, mit dem Arzt/der Ärztin vorsichtshalber schon vorab zu vereinbaren, ob und in welcher Situation mit einer PEP begonnen werden sollte.

Wer trägt die Kosten für eine PEP?

Die Übernahme der Kosten für den Einsatz einer PEP regelt die Schutzimpfungsrichtlinie. Die Kosten für die Behandlung werden nur in engen Grenzen von den Krankenkassen übernommen und zwar dann, wenn ein klares, beziehungsweise erhebliches Risiko einer HIV-Übertragung vorliegt. Beim ungeschützten Anal- oder Vaginalverkehr mit einem/einer HIV-positiven Partner/in mit einer nachweisbaren Viruslast von mehr als 50 Kopien/ml ist dies der Fall.

Wo kann ich mich noch zur PEP informieren?

Die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) informiert auf ihrer Webseite www.aidshilfe.de über die PEP. Dort findet man auch eine Liste von Kliniken, die 24 Stunden am Tag eine PEP anbieten. Über die PEP informiert außerdem die bundesweite Hotline der DAH unter der Telefonnummer 0180 33 19411 (9 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz, abweichende Tarife der Mobilanbieter). Erreichbarkeit: Montag bis Freitag von 9.00 bis 21.00 Uhr, am Samstag und Sonntag von 12.00 bis 14.00 Uhr.

Sicherer Sex ohne Kondom – geht das?

Eine erfolgreiche, stabile HIV-Therapie senkt die Viruslast im Blut unter die Nachweisgrenze, wodurch auch das Risiko einer Ansteckung gesenkt wird. Für die sexuelle Übertragung ist allerdings die Viruslast in den genitalen und rektalen Sekreten entscheidend, also die

Viruslast im Sperma, dem Scheidensekret und dem Flüssigkeitsfilm auf der Darmschleimhaut. Manchmal weicht die Viruslast in diesen Sekreten von der Viruslast im Blut ab. Heute weiß man aber, dass sich nach einigen Monaten erfolgreicher Therapie die Viruslast in den genitalen und rektalen Sekreten im Allgemeinen derjenigen im Blut angleicht.

Wenn die Viruslast im Blut mehrere Monate stabil unter der Nachweisgrenze liegt, bedeutet das also in der Regel, dass die Virusmenge auch in den genitalen und rektalen Sekreten gering ist. Steigt die Viruslast im Blut dagegen während der Therapie wieder an – beispielsweise weil die HIV-Medikamente nicht gut wirken – dann steigt auch die Viruslast in den genitalen und rektalen Sekreten: Man wird für die Sexualpartner/innen wieder ansteckender.

Zur Frage der sexuellen Übertragbarkeit von HIV unter erfolgreicher, stabiler Therapie gibt es unter Ärzten unterschiedliche Haltungen. Die Deutsche AIDS-Hilfe hat dazu folgende Position: Bei sexuellen Kontakten ohne Kondom mit einem HIV-positiven Partner/einer HIV-positiven Partnerin ist eine HIV-Übertragung unwahrscheinlich, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Viruslast des HIV-positiven Partners/der HIV-positiven Partnerin ist seit mindestens sechs Monaten unter der Nachweisgrenze (von 50 Viruskopien/ml).
- Die antiretroviralen Medikamente werden konsequent eingenommen.
- Bei den Sexualpartner(inne)n liegen keine Schleimhautdefekte vor, zum Beispiel als Folge sexuell übertragbarer Infektionen.

Bei zusätzlicher Anwendung von Kondomen nähert sich das Restrisiko gegen Null.

Empfehlung für diskordante Partnerschaften

Wenn in diskordanten Partnerschaften, bei denen der/die HIV-positive Partner/in gut behandelt ist (Viruslast unter der Nachweisgrenze), die Frage aufkommt, ob auf das Kondom verzichtet werden kann, empfiehlt die DAH folgendes Vorgehen:

- Die Beschäftigung mit den dazu vorliegenden Informationen. Unterstützung und Beratung bieten zum Beispiel die Aidshilfen und die behandelnden Ärzte, so dass die Grundlagen für eine informierte Entscheidung für beide Partner gegeben sind.
- Die Kommunikation über diese Informationen.
- Eine gemeinsame Entscheidung, mit der beide Partner sich wohl fühlen sowie in Folge die regelmäßige Einnahme der HIV-Medikamente und den regelmäßigen (mindestens dreimonatigen) Besuch beim Arzt/bei der Ärztin, um die Wirksamkeit der HIV-Medikamente (Viruslastmessung) zu überprüfen.

Therapietreue (Compliance) ist wichtig

Die Verhinderung einer Infektion mit Hilfe dieser Viruslastmethode erfordert mehr Vertrauen als die Verwendung von Kondomen. Die Viruslastmessung alle drei Monate ist wichtig, reicht aber allein nicht aus. Entscheidend ist die zuverlässige und regelmäßige Einnahme der HIV-Medikamente entsprechend dem Behandlungsplan. Denn wenn der/die HIV-positive Partner/in zum Beispiel kurz nach der letzten Viruslastmessung aus den unterschiedlichsten Gründen die Medikamente für ein oder zwei Wochen nicht mehr einnimmt, steigt die Viruslast stark an und die HIV-positive Person ist dann sehr ansteckend. Werden daraufhin die Medikamente

wieder zuverlässig eingenommen (und haben sich in der Zwischenzeit keine Resistenzen gebildet – siehe dazu MED - INFO Nr. 72), dann ist bei der nächsten Messung die Viruslast wahrscheinlich wieder unterhalb der Nachweisgrenze. Im Zeitraum zwischen den beiden Messungen aber besteht für den/die HIV-negative/n Partner/in ein möglicherweise sogar sehr hohes Ansteckungsrisiko.

Keine anderen sexuell übertragbaren Krankheiten

Voraussetzung für die Viruslastmethode ist die Abwesenheit von anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI). Dabei sind besonders die Infektionen bedeutsam, die in der Schleimhaut einen Defekt und/oder eine starke Entzündungsreaktion verursachen, allen voran Syphilis und Herpes.

Aus Untersuchungen von unbehandelten Menschen mit HIV weiß man, dass sich um die Schleimhautdefekte und Entzündungen herum Immunzellen anreichern, auch Immunzellen, die mit HIV infiziert sind. HIV ist also in der entzündeten Schleimhaut angereichert und kann so leichter übertragen werden: Die Gefahr, den/die HIV-negative/n Partner/in anzustecken, steigt um ein Mehrfaches an. Ob dieser Effekt auch bei gut behandelten Menschen mit HIV so stark auftritt, ist noch nicht abschließend untersucht. Sicherheitshalber sollten deshalb auch bei behandelten Personen Schleimhautdefekte oder schwere Entzündungen ausgeschlossen werden.

Beim HIV-negativen Partner/bei der HIV-negativen Partnerin stellt ein Schleimhautgeschwür oder eine schwere Entzündung der Schleimhaut eine zusätzliche Eintrittspforte dar. HIV kann diese Schleimhaut dann leichter passieren und das Risiko für eine HIV-Übertragung steigt. Daher sollen bei **beiden Partnern in einer diskordanten Beziehung** keine anderen sexuell übertragbaren Krankheiten oder andere schwere Schleimhautdefekte (beispielsweise eine Fistel) vorliegen, wenn die Viruslastmethode funktionieren soll.

Es ist wichtig zu wissen, dass die Verwendung von Kondomen bei Anal- oder Vaginalverkehr zuverlässig vor HIV schützt und dass sie das Risiko einer Ansteckung mit einer anderen STI deutlich verringern. Allerdings werden die meisten sexuell übertragbaren Infektionen leichter übertragen als HIV. Syphilis und Herpes zum Beispiel, aber auch ein Tripper und Chlamydien können bei Safer Sex (etwa beim Oralverkehr ohne Samenerguss im Mund) übertragen werden. Safer Sex reduziert das Risiko für eine Ansteckung mit einer STI, kann sie aber nicht völlig ausschließen. Eine STI im Mund oder Rachen kann dann beim (oralen) Sex auch auf die Schleimhäute der Genitalien des Partners/der Partnerin übertragen werden und ist damit für eine mögliche HIV-Übertragung von Bedeutung.

Offene Partnerschaften

Wenn es in der Beziehung sexuelle Kontakte mit weiteren Personen gibt („offene Partnerschaft“), empfiehlt sich – zum eigenen Schutz und zum Schutz des Sexualpartners/der Sexualpartnerin – **grundsätzlich die Verwendung von Kondomen**. Zum einen sind bei Gelegenheitskontakten die Bedingungen der dauerhaften Viruslastsenkung nicht kontrollierbar, zum anderen kann eine STI nie vollständig ausgeschlossen werden, da diese nicht immer mit deutlichen Krankheitszeichen verbunden sein müssen und so häufig gar nicht bemerkt werden.

Außerdem empfiehlt es sich nach einem so genannten Außenkontakt, mit dem/der festen Partner/in vorübergehend wieder Kondome zu verwenden, bis man sicher ausschließen kann, sich bei den Außenkontakten mit einer STI angesteckt zu haben. Das allerdings setzt voraus, sich offen über mögliche Außenkontakte austauschen zu können – mit dem/der Partner/in, aber auch mit dem behandelnden Arzt.

Die Viruslastmethode ist nicht nur im Umgang mit der Sexualität von Bedeutung. Das Wissen, dass man bei nicht mehr nachweisbarer Viruslast praktisch nicht mehr ansteckend ist, erleichtert auch den Umgang im Alltag, zum Beispiel bei zufälligem Hautkontakt mit Blut nach einer Verletzung.

Wie hoch darf die Viruslast sein?

Die meisten Studien, die der Viruslastmethode zugrunde lagen, wurden durchgeführt, als die technische Nachweisbarkeit von HIV im Blut bei 50 Kopien/ml oder sogar noch bei 400 Kopien/ml lag. Inzwischen gibt es genauere Tests und die Nachweisgrenze ist auf 20 Kopien/ml gesunken. Für die Viruslastmethode gilt aber nach wie vor die Nachweisgrenze von 50 Kopien/ml. Wenn die Viruslast des behandelten Partners/der behandelten Partnerin trotz Therapie nicht oder noch keine sechs Monate unter der Nachweisgrenze von 50 Viruskopien/ml liegt, sollten Kondome verwendet werden.

Kondom und Viruslastmethode

Die Viruslastmethode bietet – richtig angewandt – mindestens die gleiche Sicherheit wie die Verwendung von Kondomen bei nicht gesenkter Viruslast. Beide Methoden bieten somit ein sehr hohes Maß an Sicherheit. Kleine Sicherheitsrisiken bleiben aber immer. Ein Kondom kann reißen oder abrutschen und die Viruslastmethode kann beispielsweise versagen, wenn die Medikamente nicht richtig eingesetzt und eingenommen werden. Bei beiden Methoden sind die Restrisiken allerdings sehr gering. Wenn man sie kombiniert, also auch bei gesenkter Viruslast Kondome verwendet, erreicht man einen praktisch doppelten Schutz: Man trägt bildhaft gesprochen gleichzeitig „Gürtel und Hosenträger“.

Die Viruslastmethode deckt zudem auch noch die kleinen Risiken ab, die das Kondom übrig lässt, etwa beim Oralverkehr. Dieser birgt zwar nur ein sehr geringes Risiko. Wenn aber die Viruslast seit sechs Monaten nicht mehr nachweisbar ist, wird der Oralverkehr in Bezug auf eine Ansteckung mit HIV – egal ob mit oder ohne Aufnahme von Spermia oder Vaginalsekret/ Menstruationsblut – völlig unproblematisch.

Kinderwunsch

Viele Menschen mit HIV wünschen sich Kinder. Dieser Wunsch muss nicht unerfüllt bleiben: Zeugung, Schwangerschaft und Geburt sind trotz der HIV-Infektion möglich.

Wenn der **Mann HIV-positiv** ist und die Bedingungen für die Viruslastmethode erfüllt sind, ist eine natürliche Zeugung möglich. Das Kind kann nur über die Mutter – nie aber über den Vater – mit HIV infiziert werden. Bei einem HIV-positiven Mann geht es also ausschließlich um den Schutz der Frau.

Wenn die **Frau HIV-positiv** ist, geht es um den Schutz des Mannes und des zukünftigen Kindes. Wenn die Bedingungen für die Viruslastmethode erfüllt sind, ist eine natürliche Empfängnis möglich.

Zur optimalen Vorbereitung der Schwangerschaft wird der behandelnde Arzt klären, ob die Medikamentenkombination umgestellt werden sollte. Die meisten HIV-Medikamente (d.h. aber nicht alle und nicht alle Kombinationen!) sind während der Schwangerschaft für die Schwangere und das Kind unproblematisch. Bei optimaler medizinischer Betreuung vor und während der Schwangerschaft ist das Risiko, dass sich das Kind infiziert, sehr gering (unter zwei Prozent). HIV-positive Frauen werden also in der Regel gesunde Kinder zur Welt bringen.

Wenn die Frau trotz Wunsch nicht schwanger wird, ist seit 2010 auch für HIV-betroffene Paare eine „künstliche Befruchtung“ (assistierte Reproduktion) zu den gleichen Bedingungen wie für Paare ohne HIV möglich.

Um das Risiko einer HIV-Übertragung auf das Kind während der Geburt zu minimieren, werden Kinder HIV-infizierter Mütter meist durch Kaiserschnitt zur Welt gebracht. Liegt die Viruslast der Mutter jedoch stabil unter der Nachweisgrenze, kann das Kind auch durch eine natürliche (vaginale) Geburt zur Welt gebracht werden. Wichtig ist in jedem Fall eine medizinische Betreuung durch erfahrene HIV-Spezialisten.

Weitere Informationen rund um das Thema Kinderwunsch und Schwangerschaft bietet die DAH-Broschüre „Positiv schwanger“, kostenlos erhältlich bei der Deutschen AIDS-Hilfe unter www.aidshilfe.de.

Schwangerschaftsverhütung

Wenn keine Kondome verwendet werden, stellt sich die Frage nach einer sicheren alternativen Verhütungsmethode. Wenn der **Mann HIV-positiv** ist, kann die Frau alle Methoden der Schwangerschaftsverhütung anwenden.

Ist die **Frau HIV-positiv**, dann ist die Auswahl eingeschränkt. Die antiretrovirale Therapie (ART) wird, wie auch die „Antibabypille“ von der Leber abgebaut. Das führt zu Wechselwirkungen: Es kommt durch die ART zu einem beschleunigten Abbau der „Pille“, das heißt, sie wirkt oftmals nicht mehr oder nicht mehr so gut.

HIV-positive Frauen verhüten daher in solchen Situationen eher mit einer Spirale (die zwar auch Hormone enthält, aber trotz möglicher Wechselwirkungen zuverlässiger wirkt).

Impfen – (nicht nur) für Menschen mit HIV!

Mit Impfungen kann man einige Infektionskrankheiten wirkungsvoll verhindern. Dazu zählen zum Beispiel die Hepatitis A und B und die „Kinderkrankheiten“ Masern, Mumps, Windpocken und Röteln sowie die Kinderlähmung und die saisonale Grippe. Auch wenn

die Liste der zur Verfügung stehenden Impfungen lang erscheint, noch länger ist die Liste der Krankheiten, gegen die es noch keine Impfung gibt. Hierzu gehören praktisch alle sexuell übertragbaren Krankheiten wie etwa Syphilis, Tripper, Herpes, Chlamydien-Infektionen, Trichomonaden, Pilzkrankungen und bekanntermaßen HIV. Aber auch gegen Malaria, Hepatitis C und Hepatitis E sowie gegen fast alle bakteriellen Krankheiten und viele Tropenkrankheiten gibt es noch keine Impfungen.

Für Menschen mit HIV und Aids sind Impfungen besonders wichtig. Deshalb ist es ratsam, die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) ernst zu nehmen.

Zu den besonders empfohlenen Impfungen gehören die Hepatitis A und B sowie die jährliche Gripeschutzimpfung und die alle fünf Jahre empfohlene Impfung gegen die bakterielle Lungenentzündung (Pneumokokken-Impfung). Diese Erkrankungen gilt es bei einer HIV-Infektion zu vermeiden, denn sie können schwerer verlaufen als bei Menschen, die nicht HIV-infiziert sind. Bei den virusbedingten Leberentzündungen (Hepatitis) kommt hinzu, dass sie bei Menschen mit HIV eher einen chronischen Verlauf nehmen und so auch häufiger zu einer Leberzirrhose führen können als bei HIV-negativen Personen.

Ob geimpft werden kann, hängt aber auch vom Zustand des Immunsystems ab. Damit die Impfung anschlagen kann, muss das Immunsystem gut funktionieren und reagieren können. Die Helferzellzahl sollte deshalb 200/ μ l nicht unterschreiten. Bei unter 100 Helferzellen/ μ l ist kein Impferfolg zu erwarten. Bei stark geschädigtem Immunsystem kann zudem ein bereits vorhandener Impfschutz auch wieder verloren gehen. In diesem Fall sollte das Immunsystem erst durch eine ART stabilisiert werden bevor (erneut) geimpft wird.

Es gibt aber auch Impfungen, die bei einer HIV-Infektion nicht oder nur unter bestimmten Umständen verabreicht werden dürfen. Es handelt sich dabei um Impfungen mit abgeschwächten, aber noch „lebenden“ Erregern (Lebendimpfungen). Diese können bei schlechter Immunlage selbst eine Krankheit auslösen. Dazu gehören die Gelbfieberimpfung, aber auch die Impfungen gegen Windpocken (Varizellen), Masern, Mumps und Röteln (MMR).

Partner/innen und Angehörige von Menschen mit HIV und Aids sollten bei den Überlegungen, ob sie sich impfen lassen, bedenken, dass sie durch ihre eigene Impfung zum Schutz der HIV-positiven Person beitragen und diese weniger oft mit Grippe-, Masern- oder Röteln-Viren „anhusten“ können.

Denn je nach Immunstatus kann die HIV-positive Person nicht gegen alle diese Krankheiten geimpft werden. Und die Impfungen schlagen (in Abhängigkeit vom Immunstatus) auch bei Menschen mit HIV und Aids manchmal nicht so gut an wie bei HIV-Negativen. Besonders wichtig ist die Impfung von HIV-negativen Partnern, wenn sie beispielsweise in Kindergärten oder Schulen arbeiten und häufig Infektionskrankheiten ausgesetzt sind. Eine Impfung schützt davor, dass im direkten sozialen Umfeld HIV-positive Partner/innen angesteckt werden.

Deswegen gilt: Die Impfung bei Menschen mit HIV ist gut – die zusätzliche Impfung von möglichst Vielen aus dem persönlichen Umfeld ist besser!

In der Tabelle sind – basierend auf den Empfehlungen der STIKO – die wichtigsten Impfungen für HIV-positive Menschen und ihre Partner/innen zusammengestellt. Die Empfehlungen der STIKO sind stark gekürzt und vereinfacht dargestellt und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Wichtige Impfungen im Überblick

	Menschen mit HIV	Partner/innen und Angehörige von HIV-Positiven	Erwachseneallgemein
Influenza(Grippe)	empfohlen,jährlich	Zum Eigenschutz und zum Schutz des HIV-positiven Partners/der HIV-positiven Partnerin	alle über 60 Jahre und Chronisch Kranke
Pneumokokken	empfohlen,alle fünf Jahre	alle über 60 Jahre (einmalig) und chronisch Kranke (alle fünf Jahre)	
Masern Mumps Röteln	Lebendimpfung. Empfohlen bei guter Immunlage (>200 CD4-Zellen), besonders bei Kontakt mit Kindern	Zum Eigenschutz (besonders bei Kontakt mit Kindern) und zum Schutz des HIV-positiven Partners/der HIV-positiven Partnerin	Kombinationsimpfstoff alle nach 1970 Geborenen sollten zwei Masern-Impfungen erhalten haben Mädchen und junge Frauen sollten mind. zwei Rötelnimpfungen erhalten haben
Hepatitis A	empfohlen	zum Schutz des HIV-positiven Partners/der HIV-positiven Partnerin	bei Sexualverhalten mit erhöhtem Risiko bei Arbeit mit Kontakt zu Ausscheidungen, zum Beispiel Stuhl (Kindergarten)
Hepatitis B	empfohlen	zum Schutz des HIV-positiven Partners/der HIV-positiven Partnerin	bei Sexualverhalten mit erhöhtem Risiko; bei i.v.-Drogengebrauch; bei Kontakt mit Blut (Gesundheitswesen)
Diphtherie Tetanus	Für alle: nach zehn Jahren Auffrischimpfung		
Keuchhusten (= Pertussis)	Für alle: Bei der nächsten Tetanus-Impfung sollte einmalig eine zusätzlich Pertussis-Impfung erfolgen. Besonders wichtig bei Frauen im gebärfähigen Alter, vor engem Kontakt mit Neugeborenen (Haushaltsangehörige) und für Berufe im Kindergarten und in der Schule		
Poliomyelitis (Kinderlähmung)	Für alle: Auffrischimpfung bei unvollständigem Impfstatus, Besonders wichtig für Berufe, die Kontakt mit Erkrankten haben können.		
Varizellen (Windpocken)	Lebendimpfung. Möglich bei guter Immunlage (>200 CD4-Zellen). Kontraindiziert bei schlechter Immunlage	Zum Schutz des HIV-positiven Partners.	Beruflich zum Eigenschutz v.a. bei Kontakt mit Kindern. Bislang ungeimpfte Jugendliche Seronegative Frauen mit Kinderwunsch

Chancen und Konflikte in diskordanten Partnerschaften

Diskordante Partnerschaften bieten Chancen und schaffen für beide Partner Ressourcen, wenn sie bereit sind, voneinander zu lernen und miteinander neue Erfahrungen des Zusammenlebens zu machen. Aber sie bergen auch Konfliktpotential. Zusätzlich zu der Beschäftigung mit der Viruslastmethode muss man sich mit Gelegenheitskontakten außerhalb der Beziehung auseinandersetzen. Die Herausforderung für beide Partner in diesem Zusammenhang ist, sich über Wünsche, Belastungen und Sorgen vorbehaltlos auszusprechen, nicht zuletzt um gemeinsam einvernehmliche Vereinbarungen aushandeln zu können.

Dies gilt auch für die Auseinandersetzung mit der HIV-Infektion an sich. Wenn sich der HIV-negative Partner durch den engen, persönlichen Kontakt damit erstmals (intensiver) beschäftigt, kann sich der HIV-positive Partner, der dieses Thema eventuell für sich schon abgehandelt glaubte, damit neu konfrontiert sehen. Diese (neue) Lebenssituation - welche Rolle HIV im alltäglichen Leben einer Partnerschaft spielen soll oder kann - sollten beide Partner gemeinsam für ihre gemeinsame Beziehung klären.

Es nicht immer einfach eine diskordante Partnerschaft zu führen. Zum einen für den HIV-negativen Partner und vielleicht sogar dessen Familienangehörige, die sich ängstigen. Zum anderen für den HIV-positiven Partner, sich diesen Ängsten zu stellen. Dies kann die Partner strapazieren und eventuell auch entzweien. Aber es kann auch genau das Gegenteil bewirken. Zugehörigkeitsgefühl sowie Vertrauen wachsen und die emotionale Bindung wird gestärkt. In Beziehungen geht es auch immer um Moral und das Gewissen. In diesem Zusammenhang spielt die Eigenverantwortung des HIV-negativen Partners eine wichtige Rolle. Bei diskordanten Paaren gilt, dass auf jeden Fall beide Partner die gleiche Verantwortung tragen.

Grundsätzlich sind juristische Aspekte bei diskordanten Partnerschaften nur dann strafrechtlich relevant, wenn der HIV-positive Partner über seinen Infektionsstatus Bescheid weiß und den mutmaßlich HIV-negativen Partner nicht vor dem ersten sexuellen Kontakt, der eine HIV-Übertragung mit sich bringen kann, über seine HIV-Infektion informiert. In Deutschland können HIV-Infizierte bei einer tatsächlichen Virusübertragung wegen gefährlicher Körperverletzung (§ 224 StGB) verurteilt werden. Auch der Versuch kann strafbar sein. Man kann sich also auch strafbar machen, wenn keine Infektion stattgefunden hat.

Weiß der Sexualpartner um die HIV-Infektion und lässt sich trotzdem auf den ungeschützten Geschlechtsverkehr ein, willigt er/sie in die Gefahr der HIV-Übertragung ein und derjenige, der ihn/sie möglicherweise anstecken kann, macht sich nicht strafbar. Die in dieser Broschüre beschriebene Viruslastmethode erfordert eine vertrauensvolle Beziehung, in der offen über die jeweilig anderweitige und auch gemeinsam gelebte Sexualität gesprochen wird. Wenn man den Aussagen zur Viruslast seines Partners nicht sicher vertrauen kann, dann ist zu empfehlen, auf jeden Fall für den eigenen Schutz zu sorgen. Bei Gelegenheitskontakten wird auf jeden Fall empfohlen, Kondome zu benutzen, da eventuelle Aussagen des Sexualpartners in der Regel nicht überprüfbar sind.

Eine pauschale Beantwortung, ob eine potentielle Strafbarkeit (nach § 224 des Strafgesetzbuches) auch bei Menschen mit HIV und Aids und unter HIV-Therapie stehenden Menschen mit einem negativen oder unbekanntem Serostatus in Betracht kommt, ist derzeit nicht möglich.

Notizen:

MED-INFO

Medizinische Informationen zu HIV und Aids

Impressum

Nr. 80

Erscheinungsjahr 2010

Herausgegeben von der

Aidshilfe Köln e.V.
aidshilfe-koeln.de
in Zusammenarbeit mit der
Deutschen AIDS-Hilfe e.V.
Armin Schafberger; MPH,
Referent für Medizin und
Gesundheitspolitik
aidshilfe.de

Text

Dr. Kai Schumacher, Berlin,
Rainer Rybak, Köln

Redaktion

Marlon Berkigt, Heidi Eichenbrenner,
Julia Rhiel, Armin Schafberger,
Katja Schraml, Uli Sporleder,
Michael Sturmberg

V.i.S.d.P.

Heidi Eichenbrenner

Gestaltung

neue maas 11 GmbH
Neue Weyerstr.9
50676 Köln

Druck

Prima Print GmbH
Brüsseler Platz 22
50674 Köln

Auflage

6.000

**MED-INFO dient der
persönlichen Information und
ersetzt nicht das Gespräch
mit einem Arzt des Vertrauens.**

Bestellnummer dieser Ausgabe: 140080

MED-INFO ist bei der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. zu bestellen
Tel: 030-69 00 87-0
Fax: 030-69 00 87-42
aidshilfe.de

Aktuelle Ausgaben mit Bestellnummer:

Sonderausgaben zur 12. Europäischen Aids-Konferenz
HIV-Therapie (140001) und HIV-Prävention (140002)
Nr. 67: HIV und Hepatitis C (140067)
Nr. 68: HIV und Hepatitis B (140068)
Nr. 69: HIV und Lymphome (140069)
Nr. 70: Sexuelle Funktionsstörungen bei Männern mit HIV (140070)
Nr. 71: HIV und Herz-Kreislaufkrankungen (140071)
aktualisierte Auflage 2010
Nr. 72: Resistenzen (140072)
Nr. 73: Magen-Darm- und Leberbeschwerden – Nebenwirkungen der
HIV-Therapie (140073)
Nr. 74: Opportunistische Infektion (140074)
Nr. 75: HIV und Knochen (140075)
Nr. 76: Neurologische Erkrankungen bei HIV und Aids (140076)
aktualisierte Auflage 2010
Nr. 77: Laborwerte – und was sie bedeuten (140077)
aktualisierte Auflage 2010
Nr. 78: Müdigkeit – Fatigue – Burnout bei HIV und Aids (140078)
aktualisierte Auflage 2010
Nr. 79: Länger leben – älter werden mit HIV (140079)
Nr. 80: Diskordante Partnerschaften (140080)

**Diese und weitere MED-INFO-Broschüren sind auf
der Homepage www.aidshilfe-koeln.de
einzusehen und als PDF-Datei herunterzuladen.**

Geschützte Warennamen, Warenzeichen sind aus Gründen der
besseren Lesbarkeit nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem
Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden,
dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Alle Angaben in
dieser Ausgabe entsprechen dem Wissensstand bei Fertigstellung
der Broschüre.