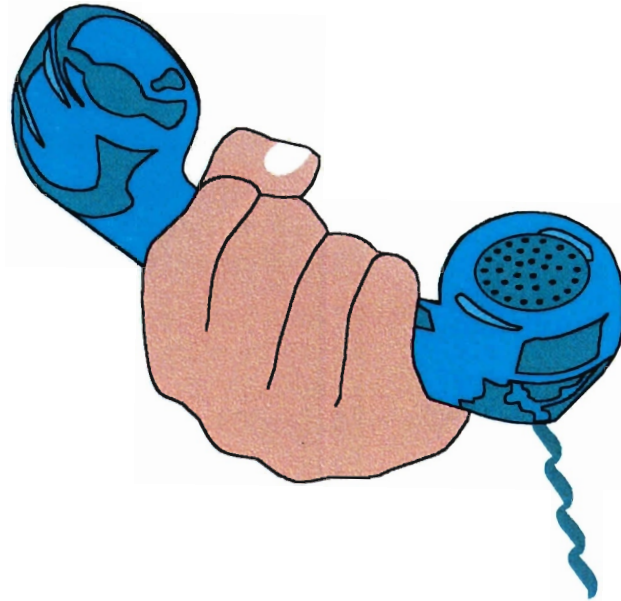


Infomappe









für die Telefonberatung in AIDS-Hilfen

An der Erstellung dieser Infomappe haben folgende Kollegen der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. mitgewirkt:

Manuskript:

Matthias Gradinger  Check Up Köln
 Rego Schnabel  Check Up Köln
 Carlos Stemmerich  AIDS-Hilfe Köln e.V.

Konzept und redaktionelle Bearbeitung:

Georg Backenecker  AIDS-Hilfe Frankfurt/Main e.V.
 Anton Karch  AIDS-Hilfe Duisburg/Kreis Wesel e.V.
 Fredi Lang  Berliner Aidshilfe e.V.
 Karl Lemmen  Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
 Jörg Lühmann  Göttinger AIDS-Hilfe e.V.
 Carlos Stemmerich  AIDS-Hilfe Köln e.V.

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
 Dieffenbachstraße 33
 10967 Berlin
 Internet: <http://www.aidshilfe.de>
 E-Mail: dah@aidshilfe.de

Lektorat: Klaus-Dieter Beißwenger, Christine Höpfner
 Layout: Karl Lemmen
 Berlin, Juni 1999, 2. Nachdruck November 1999

Danksagung

Danken möchten wir an erster Stelle Frau Nitschke-Özbay vom Gesundheitsamt der Stadt Köln für ihre hervorragenden Vorlagen und ihre fachliche Beratung bei der Erstellung der Kapitel „Risikoeinschätzungen“ und „Sexuell übertragbare Krankheiten (STD)“

Ein herzlicher Dank gilt Herrn Guido Roth, der in Zusammenarbeit mit Herrn Carlos Stemmerich (AIDS-Hilfe-Köln e.V) die Grundlagen für die Erstellung des Kapitels „Hintergrundwissen AIDS-Phobie“ lieferte.

Außerdem danken wir den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Firma Condomi in Köln für die umfassende fachliche Beratung zum Thema Kondome und Gleitmittel.

Unser Dank gilt ebenso Frau Pedi Klinkenborg, die bei der Erledigung der notwendigen Schreivarbeiten eine große Hilfe war und Frau Annette Fink, die die Redaktionsgruppe mit unermüdlicher Geduld als Protokollantin begleitete.

Ein herzlicher Dank gilt ebenso allen ehrenamtlichen Beraterinnen und Beratern, die mit ihren kritischen und konstruktiven Anregungen zum Gelingen dieses Projektes beitrugen.

Die AG Qualitätsentwicklung in der Telefonberatung von AIDS-Hilfen

INHALT

Vorwort und Hinweise zur Handhabung	4		
Kapitel 1 Allgemeines zu HIV und AIDS	6		
<i>Wie verläuft eine HIV-Infektion; Unmittelbar nach der Infektion; die asymptomatische Phase; Auftreten allgemeiner Symptome; Schwerer Immundefekt</i>			
Kapitel 2 Übertragungswege und Schutzmöglichkeiten	8		
<i>Bedingungen für eine HIV-Übertragung; Faktoren, die das Risiko erhöhen; Wie wird HIV nicht übertragen; Wie kann man sich vor einer Infektion schützen; Ergänzende Informationen zum Weiterlesen</i>			
Kapitel 3 Risikoeinschätzung	14		
<i>Analverkehr; Vaginalverkehr; Oralverkehr; Rimming; Fisten; Küssen; „Golden Shower“; „Dirty“; Needle Sharing; Nadelstichverletzungen; Mückenstiche; Hautkontakte; Bluttransfusion; Blutprodukte; Ergänzende Informationen zum Thema Risikoeinschätzungen</i>			
Kapitel 4 Safer-Sex-Utensilien	26		
<i>Woran ist ein hochwertiges Kondom zu erkennen; Welches Kondom/Utensil wird wofür benutzt; Was tun, wenn Allergien bestehen; Welche Gleitmittel sollten verwendet werden; Kondome benutzen, aber wie; Ergänzende Informationen zu Safer Sex Utensilien</i>			
Kapitel 5 Sexuell übertragbare Krankheiten, STD	34		
<i>Umgang mit sexuell übertragbaren Krankheiten; Risikominimierung; Hepatitis A; Hepatitis B; Hepatitis C; Tripper (Gonorrhoe); Chlamydien; Feigwarzen (Kondylome); Syphilis (Lues); Herpes;</i>			
		Kapitel 6 Der HIV-Antikörpertest	43
		<i>Grundsätzliches zum HIV-Test; Rahmenbedingungen für die Durchführung des HIV-Testes; Die Testberatung; Wo kann man sich zu welchen Bedingungen testen lassen; Ergänzende Informationen zum HIV-Antikörpertest;</i>	
		Kapitel 7 Therapiemöglichkeiten	52
		<i>Hinweise für die Beratungssituation; Therapiemöglichkeiten im Überblick; Antiretrovirale Therapien (ART); „Compliance“; Gegen opportunistische Infektionen und HIV-Bedingte Tumoren gerichtete Behandlungen; Ergänzende Informationen zu den Therapiemöglichkeiten</i>	
		Kapitel 8 Post-Expositions-Prophylaxe, PEP	62
		<i>Indikationen zur PEP; Sofortmaßnahmen nach einer riskanten Situation; Durchführung der PEP; Risiken und Nebenwirkungen der PEP; Wiederholbarkeit der PEP; Ergänzende Informationen zur PEP;</i>	
		Kapitel 9 Safer Use bei i.v. Drogengebrauch	64
		<i>Risikoeinschätzungen; Schutzmöglichkeiten und Zugänglichkeit von Spritzen; Notfalldesinfektion; Ergänzende Informationen zu Safer Use bei i.v. Drogengebrauch</i>	
		Kapitel 10 Hintergrundwissen AIDS-Phobie	66
		<i>Hilfen zur Unterscheidung: Merkmale von PhobikerInnen; Verhaltensvorschläge und Beratungsstrategien; Weitere wichtige Aspekte der Beratungssituation; Ergänzende Informationen zur AIDS-Phobie und zum Umgang mit PhobikerInnen;</i>	
		Dokumentationshilfe Sexanrufe	71
		Rückmeldebogen	72

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser

Ihr haltet die erste Auflage der „*Infomappe für die Telefonberatung in AIDS-Hilfen*“ in Euren Händen, die in Zusammenarbeit vieler Kollegen aus Mitgliedsorganisationen der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. erstellt wurde. Das Projekt befindet sich zur Zeit noch in der weiteren Entwicklung. Der vorliegende Text stellt eine vorläufige Fassung dar, die auf der Basis der Rückmeldungen von TelefonberaterInnen aus AIDS-Hilfen an die Bedürfnisse der täglichen Arbeit angepaßt werden soll.

Zur Entstehung dieser Infomappe

Im Mai 1998 hat sich in der Deutschen AIDS-Hilfe eine Arbeitsgruppe aus VertreterInnen regionaler AIDS-Hilfen gebildet, die einen Qualitätsentwicklungsprozeß für die Telefonberatung in AIDS-Hilfen eingeleitet hat. Die Kritik von innen und außen, daß AIDS-Hilfen nach sehr unterschiedlichen Maßgaben unter der bundeseinheitlichen Rufnummer 19411 beraten, haben wir zum Anlaß genommen, Projekte zu entwickeln, die eine vergleichbare Qualität der Beratung in allen AIDS-Hilfen sichern helfen.

Im Jahr 1998 haben wir mit drei Projekten begonnen:

1. Einem ausbildungsbegleitendem „*Handbuch für BeraterInnen*“, welches das wichtigste Wissen in gut verständlicher Form zusammenfaßt, und welches im August/September 1999 ausgeliefert wird.
2. Der hier vorliegenden „*Infomappe für die Telefonberatung in AIDS-Hilfen*“ mit vielen Tabellen für die unmittelbare Arbeit am Telefon, welche das Nachschlagen von Informationen zu beratungsrelevanten Fragen erleichtern soll.
3. Einem „*Adressverwaltungsprogramm für die Beratungs- und Betreuungsarbeit*“, in welchem alle beratungsrelevanten Anschriften eingegeben werden können. Es soll helfen, die Verweisungskompetenz der BeraterInnen zu stärken, da erfahrungsgemäß bei 50% aller Anrufe eine Weiterverweisung an andere Personen und Einrichtungen erfolgt. Dieses Programm wurde bereits vor einigen Wochen ausgeliefert.

Intention und Handhabung dieser Infomappe

Diese Infomappe soll die unmittelbare Beratungsarbeit am Telefon unterstützen und begleiten. Voraussetzung für ihre Handhabung ist eine solide Beraterausbildung, wie sie zur Zeit von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., dem Waldschlößchen und vielen regionalen AIDS-Hilfen angeboten wird. Die Infomappe kann auf keinen Fall eine solche Ausbildung ersetzen!!!

Voraussetzung ist auch eine Einführung in das medizinische Grundwissen zu HIV und AIDS, wie sie z.T. innerhalb der Schulungen und durch die „*Medizinische Rundreise*“ der Deutschen AIDS-Hilfe e.v. angeboten wird. Grundlagen für die Nutzung schafft in Zukunft das in Vorbereitung befindliche „*Handbuch für BeraterInnen*“, welches stärker die Zusammenhänge hinter den in der Infomappe dargestellten Detailinformationen herstellt.

Diese Infomappe hingegen soll das schnelle Nachlesen von wichtigen Informationen erleichtern, die Euch im Grunde weitgehend bekannt,

aber in der Beratungssituation aktuell nicht abrufbar sind. Sie soll ein schnelles Nachschlagen – evtl. auch während der Beratung - ermöglichen.

Hinweise zur Handhabung

Die Infomappe gliedert sich in zwei unterschiedliche Textarten: in **normaler Schrift** findet Ihr zu Beginn jedes Kapitels die wichtigsten Informationen im schnellen Überblick. Hier werden die wichtigsten Aspekte der oft sehr komplexen Themenbereiche zusammengefaßt und in übersichtlicher Form dargestellt werden. Die nutzerfreundliche Gestaltung soll den Beratenden auch während des Beratungsgesprächs den Zugriff auf die jeweiligen Informationen ermöglichen. Ergänzende Informationen findet Ihr im Anhang des jeweiligen Kapitels *kursiv* gedruckt. Diese *kursiv* gedruckten Passagen eignen sich weniger zum direkten Nachschlagen, sondern sie sind zum Weiterlesen nach einem Beratungsgespräch gedacht. Hier werden die einzelnen Themenbereiche ausführlicher dargestellt. Sie enthalten das erforderliche Grundwissen für die Telefonberatung. Ihr Studium sollte die Grundlage für das spätere Arbeiten mit den Vorderseiten sein. Sie bieten aber auch die Möglichkeit, das Wissen zu speziellen Fragen immer wieder gezielt zu erweitern oder aufzufrischen.

Unsere Bitte um Mitarbeit

Die vorliegende Erstauflage der Infomappe soll im nächsten Jahr umfassend weiterbearbeitet werden. Dafür sind wir auf Eure Rückmeldungen als NutzerInnen angewiesen. Im Anhang findet Ihr einen Rückmeldebogen, der eine allgemeine Einschätzung des Nutzens und der Handhabbarkeit ermöglicht. Für konkrete Rückmeldungen zu unklaren bzw. unverständlichen Textpassagen bitten wir, die Euch unverständlich erscheinenden Passagen zu kopieren, mit Anmerkungen und Anregungen

zu versehen und sie uns zusammen mit dem Rückmeldebogen zuzusenden.

Wir freuen uns über Eure Rückmeldungen und danken Euch herzlich für Eure Bereitschaft zur Mitarbeit.

Die AG „Qualitätssicherung in der Telefonberatung der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.“

Georg Backenecker, AIDS-Hilfe Frankfurt e.V.

Anton Karch, AIDS-Hilfe Duisburg/Kreis Wesel e.V.

Fredi Lang, Berliner Aidshilfe e.V.

Karl Lemmen, Bundesgeschäftsstelle der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Jörg Lühmann, Göttinger AIDS-Hilfe e.V.

Heiko Schorcht, Bundesgeschäftsstelle der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Carlos Stemmerich, AIDS-Hilfe Köln e.V.

Kapitel 1

Allgemeines zu HIV und AIDS

Das Wort AIDS steht für die englische Bezeichnung „Acquired Immune Deficiency Syndrome“, zu deutsch „Erworbener Immundefekt“. Bei einem Immundefekt ist die Abwehrfähigkeit des Körpers gegenüber Krankheitserregern vermindert.

Als Ursache für AIDS gilt die Infektion mit HIV („Human Immune Deficiency Virus“, = „menschliches Immundefekt Virus“. Das Virus wurde 1983/84 entdeckt.

Die Wissenschaft teilt die HIV-Infektion in verschiedene Stadien ein. Mit AIDS wird das Stadium bezeichnet, bei dem das Immunsystem stark beeinträchtigt ist und sich bestimmte Infektionskrankheiten und Tumoren entwickeln können. Der Verlauf einer HIV-Infektion ist individuell sehr verschieden und läßt sich nur schwer als eine festgelegte Abfolge von Stadien beschreiben.

Eine Infektion mit HIV kann durch den HIV-Antikörpertest nachgewiesen werden. Wie und wann sich eine HIV-Infektion zu einem Immundefekt entwickelt, hängt von zusätzlichen Umständen ab, die im einzelnen noch nicht bekannt sind. Eine wichtige Rolle spielt sicher auch die psychosoziale Situation des/der Infizierten.

Die Immunschwäche ist noch nicht heilbar. Aber dank verbesserter Therapien hat die HIV-Infektion heute eine viel günstigere Prognose als noch vor einigen Jahren. Viele Anzeichen sprechen dafür, daß der medizinische Fortschritt zu einer immer höheren Lebenserwartung bei Menschen mit HIV führt.

AIDS ist nach wie vor eine lebensbedrohliche Krankheit. AIDS steht auch immer wieder für Angst, Diskriminierung und Ausgrenzung.

Wie verläuft eine HIV-Infektion?

Der gesamte Verlauf einer HIV-Infektion ist in der Regel starken Schwankungen unterworfen. HIV-bedingte Krankheiten können, müssen aber nicht auftreten. Und zwischen einzelnen Erkrankungen liegen oft lange Zeiten, in denen sich der einzelne völlig beschwerdefrei fühlt. Selbst ein voll entwickelter Immundefekt kann bis zum Auftreten schwerster Erkrankungen zunächst symptomlos verlaufen.

Wie stark sich HIV vermehrt und dadurch das Immunsystem schädigt, kann durch Blutuntersuchungen gemessen werden: je stärker die HIV-Vermehrung, desto höher die Zahl freier Viren im Blut („Viruslast“). Um den Zustand des Immunsystems festzustellen, wird die Zahl der sogenannten T-Helferzellen (auch CD 4-Zellen genannt) im Blut gemessen. Diese Zellen koordinieren die Abwehraktivitäten des Immunsystems. HIV befällt die T-Helferzellen, vermehrt sich in ihnen und zerstört sie dadurch. Mit dem Fortschreiten der HIV-Infektion sinkt ihre Zahl.

Unmittelbar nach der Infektion

Bereits kurz nach der Ansteckung mit HIV beginnt das Virus, sich vorübergehend sehr stark zu vermehren. Bei den meisten Menschen treten in den ersten Wochen keine Symptome (Krankheitszeichen) auf. Bei einigen jedoch entwickeln sich etwa zwei Wochen nach der Ansteckung grippeähnliche Symptome („Primärinfekt“), die nach ein bis zwei Wochen wieder abklingen.

Bei nahezu allen Infizierten kommt es zu einer Reaktion im Blut, bei der Antikörper gebildet werden. Diese können mit heutigen Testverfahren etwa 12 Wochen nach der Ansteckung mit HIV zuverlässig nachgewiesen werden.

Die asymptomatische Phase

Die HIV-Infektion verläuft dann zunächst unauffällig, d.h., es treten keine Symptome auf. Diese „asymptomatische Phase“ kann einige Monate oder viele Jahre andauern. Das Virus vermehrt sich jedoch weiter und schädigt dadurch das Immunsystem.

Auftreten allgemeiner Symptome

Irgendwann können Symptome auftreten. Diese sind meist allgemeiner Art, z.B. lang andauernde Lymphknotenschwellungen an verschiedenen Stellen gleichzeitig (unter den Achseln, in der Leistengegend), starker Nachtschweiß und lang anhaltende Durchfälle. Zur Abklärung solcher Symptome sollte in jedem Fall ein/e erfahrene/r Arzt/Ärztin aufgesucht werden.

Schwerer Immundefekt

Treten bei einem schweren, durch HIV verursachten Immundefekt bestimmte Krankheiten auf (sogenannte opportunistische Infektionen), spricht man von „AIDS“.

„Opportunistischen Infektionen“ werden durch Erreger – z.B. Viren, Bakterien oder Pilze - ausgelöst, die normalerweise dem menschlichen Organismus keine Schwierigkeiten bereiten (manche von ihnen besiedeln ihn sogar ständig und erfüllen zum Teil sehr nützliche Aufgaben). Bei einem stark geschwächten Immunsystems können sie sich jedoch ungehindert ausbreiten und dadurch Krankheiten verursachen. Zu diesen Erkrankungen zählen z.B. die Pneumocystis carinii Pneumonie (PcP), eine Form der Lungenentzündung, oder infektiöse Erkrankungen anderer Organe, z.B. Befall der Speiseröhre mit dem Hefepilz Candida albicans. Auch andere Viren, z.B. verschiedene Herpesviren, können zu schweren Erkrankungen führen. Die häufigsten

Tumorformen im Zusammenhang mit AIDS sind das Kaposi-Sarkom (ein ansonsten seltener Hautkrebs), Lymphome (Krebs der Lymphzellen) und Gebärmutterhalskrebs.

Weil HIV die Blut-Hirn-Schranke überwindet, kann es auch die Zellen des Zentralnervensystems schädigen. Im Verlauf der HIV-Infektion können daher auch Nervenentzündungen und Hirnleistungsausfälle auftreten, die meist langsam und unauffällig beginnen.

Die Krankheitszeichen, die im Verlauf der HIV-Infektion auftreten können, sind im einzelnen betrachtet unspezifisch, d.h., sie entstehen auch bei vielen anderen Krankheiten. Ob ein Immundefekt vorliegt oder nicht, kann deshalb nur ein/e Arzt/Ärztin feststellen, der/die auf diesem Gebiet spezialisiert ist.

Kapitel 2

Übertragungswege und Schutzmöglichkeiten

Bedingungen für eine HIV-Übertragung sind

1. eine genügend große Menge ausreichend-infektiöser Körperflüssigkeit

Infektiöse Körperflüssigkeiten	Viruslast (Infektiosität)
Blut (auch Menstruationsblut)	sehr hoch
Sperma	hoch
Vaginalsekret	weniger hoch, für eine Ansteckung aber ausreichend
Muttermilch	weniger hoch, für eine Ansteckung aber ausreichend

Nicht infektiöse Körperflüssigkeiten	Viruslast (Infektiosität)
Speichel	keine oder sehr geringe
Schweiß	keine oder sehr geringe
Tränenflüssigkeit	keine oder sehr geringe
Kot	sehr geringe
Urin	sehr geringe

und

2. das Vorhandensein einer Eintrittspforte in den Körper

Eintrittspforten für das HI-Virus können sein:

- offene Wunden (Verletzungen)
- entzündete (eitrige) Hautflächen
- aufgekratzte/wundgeriebene Hautflächen
- wundgeriebene/verletzte Schleimhäute
- Wirtszellen von HIV (besonders empfängliche Zellen) an der Oberfläche der Schleimhaut von Darm und Vagina sowie im vorderen Teil der männlichen Harnröhre

Faktoren, die das Risiko einer Infektion erhöhen

- Drücken und Reiben infektiöser Körperflüssigkeiten in eine aufnahmebereite Schleimhaut (z.B. bei eindringendem Geschlechtsverkehr) oder in offene Wunden
- lange Verweildauer infektiöser Körperflüssigkeiten auf oder in aufnahmebereiten Körperregionen
- die Monatsblutung bei Frauen
- das gleichzeitige Vorhandensein von STD (sexuell übertragbaren Krankheiten), z.B. Tripper, Syphilis, Chlamydien, Herpes, und allen Erkrankungen, die mit Geschwüren und eitrigem Ausfluß einhergehen

Wie wird HIV nicht übertragen?

HIV gehört zu den schwer übertragbaren Krankheitserregern. Das Virus ist sehr empfindlich und außerhalb des menschlichen Körpers unter Alltagsbedingungen nicht lebensfähig. Die üblichen Hygienemaßnahmen im Haushalt und im Krankenhaus reichen aus, um das Virus unschädlich zu machen.

Deshalb kann das Virus auch nicht übertragen werden

- durch das Benutzen von Toiletten
- bei der Pflege von Menschen mit AIDS (wenn die entsprechenden Hygieneregeln eingehalten werden)
- durch den gemeinsamen Gebrauch von Geschirr, Besteck, Gläsern, Wäsche usw.
- durch den gemeinsamen Genuß von Lebensmitteln

- durch Händeschütteln, Umarmen, Streicheln, Massieren und Küssen
- durch Zärtlichkeiten und Schmusen, beim Spielen und Toben mit Kindern
- durch Tränen
- durch Husten und Niesen
- durch Insektenstiche und Haustiere
- beim Anfassen von Türgriffen, Telefonhörern u.ä.
- beim gemeinsamen Sport, im Schwimmbad, beim gemeinsamen Saunieren oder beim Duschen

Wie kann man sich vor einer HIV-Infektion schützen?

1. durch Safe Sex (sicherer Sex)

= den Kontakt mit infektiösen Körperflüssigkeiten völlig ausschließen

- z.B. Telefon-Sex, Küssen, Streicheln, Massage, Selbstbefriedigung

2. durch Safer Sex („sichererer“ Sex)

= das Aufnehmen von infektiösen Körperflüssigkeiten (Blut, Sperma, Vaginalsekret, Muttermilch) in den Körper vermeiden

= Risikofaktoren minimieren

- ➔ Analverkehr und vaginalverkehr immer mit Kondom. Kondome schützen, wenn sie sachgemäß benutzt und vor dem ersten Eindringen übergerollt werden. Beim vaginalverkehr kann, beim

Analverkehr sollte immer zusätzlich ein wasserlösliches Gleitmittel verwendet werden

- kein Sperma in den Mund des Partners oder der Partnerin
- Sextoys (Dildos, Peitschen, Piercing-Zubehör usw.) nicht weitergeben ohne vorherige Reinigung (z.B. mit Seifenwasser, bei Bedarf mit einem Desinfektionsmittel)
- beim Cunnilingus (Lecken der Scheide) eventuell ein Dental Dam (Latex-Vorlage) verwenden (oder ein aufgeschnittenes Kondom)
- beim „Fisten“ Latex-Handschuhe und reichlich Gleitcreme verwenden. Auf kurze Fingernägel achten!
- Sperma, Blut, Urin und Kot nicht auf offene Wunden!

Safer Sex = „sichererer“ Sex

Das heißt: Safer Sex ist nicht 100 % sicher. Denn es kann unvorhergesehene „Pannen“ geben, und es bleibt ein geringes Restrisiko.

Ergänzende Informationen zum Weiterlesen zu Übertragungswegen und Schutzmöglichkeiten

Das HI-Virus kann über verschiedene Wege in den menschlichen Körper gelangen und dort zu einer Infektion führen, die das Immunsystem allmählich schwächt und letztlich zerstört.

Wie kann HIV übertragen werden?

▪ **Sexuelle Übertragung**

Am häufigsten wird HIV beim penetrierenden (eindringenden) Sex ohne Kondom übertragen. Vor allem die Darmschleimhaut ist äußerst empfindlich und kann HIV direkt aufnehmen. Deshalb ist der Analverkehr sehr risikoreich. Örtliche Verletzungen und Entzündungen erhöhen hierbei noch das Risiko.

Die Schleimhaut der Scheide ist zwar widerstandsfähiger als die des Darms. Bei der Penetration entstehen aber häufig kleine Verletzungen, die dem Virus ebenfalls eine Eintrittspforte bieten. Auch bei Entzündungen und Reizungen der Scheide und des Gebärmuttermundes (z.B. durch andere sexuell übertragbare Erreger), besonders aber während der Menstruation erhöht sich das Infektionsrisiko der Frau.

Das Infektionsrisiko ist für die empfangende Person höher als für die eindringende. Das Virus kann aber auch von der empfangenden Person auf die eindringende übertragen werden. Zum Beispiel von der Frau auf den Mann: Infektiöses Scheidensekret oder Menstruationsblut kann durch winzige Hautrisse am Penis oder durch die Wirtszellen, die sich im vorderen Teil der männlichen Harnröhre befinden, zur Ansteckung des Partners führen.

Beim Oralverkehr konnte eine Übertragung von HI-Viren bisher nur dort nachgewiesen werden, wo Ejakulat aufgenommen wurde oder andere STD vorhanden waren (eitriger Ausfluß).

Mehr dazu im Kapitel → Risikoeinschätzung

▪ Mutter-Kind-Übertragung

HIV-positive Frauen können das Virus in der Schwangerschaft, bei der Geburt und durch Stillen auf das Kind übertragen. Die Übertragungsrate hängt dabei wesentlich vom Gesundheitszustand der Mutter ab. In Deutschland erwiesen sich bisher ca. 13 bis 20 % der Kinder HIV-positiver Frauen als tatsächlich infiziert. Durch eine Kaiserschnitt-Entbindung vor Einsetzen der Wehen und die gezielte Einnahme von Medikamenten gegen HIV kann die Übertragungsrate jedoch inzwischen unter 2 % gesenkt werden.

▪ Blut und Blutprodukte

Menschen mit Hämophile (Bluterkrankheit) sind heute nicht mehr durch das für sie lebenswichtige Blutplasmakonzentrat HIV-gefährdet. Durch besondere Verfahren, z.B. durch Erhitzen, und durch gentechnische Herstellung wird sichergestellt, daß derartige Blutprodukte kein HIV enthalten. Um zu verhindern, daß bei Bluttransfusionen HIV übertragen wird, werden in der Bundesrepublik alle Blutspenden in einem Routine-Test auf HIV-Antikörper untersucht. Ein minimales Restrisiko bleibt bestehen durch die „diagnostische Lücke“ (das ist der Zeitraum, der zwischen der eventuellen Ansteckung des Spenders/der Spenderin und der Bildung zuverlässig nachweisbarer Antikörper liegt: in der Regel 12 Wochen). Bei geplanten Operationen ist auch eine Eigenblutspende möglich.

▪ i.v. Drogenkonsum

Das Virus HIV kann sehr leicht übertragen werden, wenn beim intravenösen Drogenkonsum („Fixen“) Spritzbestecke (Kanüle und Spritze) gemeinsam benutzt oder nach deren Gebrauch weitergegeben werden.

Eine Infektion mit dem HI-Virus ist nur unter bestimmten Bedingungen möglich:

Es muß eine genügend große Menge ausreichend infektiöser Körperflüssigkeit über eine Eintrittspforte in den menschlichen Körper gelangen.

Infektiöse Körperflüssigkeiten sind

- Blut
- Sperma (Ejakulat)
- Vaginalsekret (Scheidenflüssigkeit)
- Muttermilch

Das Virus wurde zwar auch in Speichel, Schweiß und Tränenflüssigkeit nachgewiesen, jedoch in so geringer Menge, daß es für eine Ansteckung nicht ausreicht. Gleichzeitig enthält der Speichel virushemmende Enzyme. Weltweit ist kein Fall bekannt, bei dem eine Infektion über diese Körperflüssigkeiten zuverlässig nachgewiesen werden konnte.

Das gleiche gilt auch für Urin und Kot, vorausgesetzt, sie enthalten keine Beimengungen von Blut oder Blutbestandteilen. Zu diesen Beimengungen kommt es allerdings bei einer Vielzahl von Erkrankungen

(z.B. bei entzündlichen Darmerkrankungen, Hämorrhoiden, Harnwegs- und Blaseninfektionen).

Schon durch geringe Mengen Kot können aber andere Erkrankungen (z.B. Hepatitis) sehr leicht übertragen werden. (siehe Kapitel Sexuell übertragbare Krankheiten)

Um das Infektionsrisiko differenziert einschätzen zu können, müssen die verschiedenen Körperflüssigkeiten nach ihrer Infektiosität unterschieden werden. Die Viruslast, d.h. die Konzentration der in ihnen enthaltenen Viren, variiert je nach Körperflüssigkeit. Allgemein gilt, daß die Infektiosität einer Körperflüssigkeit von der in ihr enthaltenen Virusmenge abhängt.

- **Blut: sehr hohe Viruslast**
- **Sperma: hohe Viruslast**
- **Vaginalsekret und Muttermilch: weniger hohe Viruslast, die für eine Ansteckung aber immer noch ausreicht**

Allerdings kann die Infektiosität der Körperflüssigkeiten bei verschiedenen Menschen unterschiedlich hoch sein.

Das kann verschiedene Ursachen haben, z.B. in welchem Stadium der Infektion sich der/die Infizierte befindet, ob eine medikamentöse Behandlung erfolgreich angewendet wird, die zu einer Senkung der Viruslast führt. Bei unbehandelten HIV-Positiven ist besonders im Anfangsstadium der Infektion, d.h. bis zum sechsten Monat, und nach Eintritt in das AIDS-definierende Stadium eine hohe Viruslast nachweisbar.

Bei Menschen, die mit antiviralen Medikamenten behandelt werden, bedeutet eine stark gesenkte oder sogar nicht mehr nachweisbare Vi-

ruslast lediglich, daß die Zahl der Viren im Blut gering ist (weniger als 50 - 200 Viruskopien/ml Blut). Selbst bei geringer Viruslast im Blut können Sperma oder Scheidensekret (vorübergehend) eine höhere Viruslast aufweisen. Die Infektiosität kann also aufgrund der genannten Faktoren unterschiedlich hoch sein, bleibt aber in jedem Fall bestehen.

Eine weitere Voraussetzung für eine Infektion mit dem HI-Virus ist der Kontakt mit einer ausreichenden Menge infektiöser Körperflüssigkeit.

„Ausreichend“ bedeutet nicht, daß die Menge klar bestimmbar oder zählbar ist. Wieviel im Einzelfall ausreicht, damit es zu einer Infektion kommt, hängt von weiteren Faktoren ab. Neben der Höhe der Viruslast sind hier vor allem zu nennen:

- die Art der Eintrittspforte
- die Verweildauer der infektiösen Flüssigkeit im Körper/auf aufnahmebereiter Haut oder Schleimhaut
- der Zustand des körpereigenen Abwehrsystems

Generell gilt:

Je geringer die Menge der infektiösen Körperflüssigkeit, je geringer ihre Viruslast, je kleiner und oberflächlicher die Eintrittspforte, je kürzer die Verweildauer der infektiösen Flüssigkeit im Körper/auf aufnahmebereiter Haut oder Schleimhaut und je besser der Zustand des Immunsystems, desto geringer ist das Risiko einer HIV-Infektion.

Um in den menschlichen Organismus eindringen zu können, benötigt das Virus eine Eintrittspforte.

Eintrittspforten für das HI-Virus können sein:

- *offene Wunden, d.h. frische Verletzungen oder eitrige Wunden. Dies gilt sowohl für die Haut als auch für die Schleimhäute. Ältere, bereits geschlossene oder verkrustete Wunden bieten dem HI-Virus keine Eintrittsmöglichkeit. Kleinere Verletzungen des Zahnfleisches, wie sie bei jedem Zähneputzen vorkommen, schließen sich innerhalb weniger Minuten wieder - hier besteht also kaum ein Risiko. Im Vergleich dazu ist die Schleimhaut von Darm und Vagina weit- aus empfindlicher. Hier kommt es beim sexuellen Verkehr häufig zu kleinen, nicht spürbaren Verletzungen an ihrer Oberfläche; entsprechend hoch ist das Infektionsrisiko.*
- *entzündlich veränderte Schleimhäute*
- *die Schleimhaut von Darm, Scheide und Muttermund sowie die Schleimhaut im vorderen Teil der männlichen Harnröhre, auch wenn keine Verletzungen oder Entzündungen vorliegen. Das Virus kann über Wirtszellen von HIV (die sogenannten Langerhans-Zellen) in den Körper eindringen. Diese Zellen befinden sich an der Oberfläche der genannten Schleimhäute; an sie kann das Virus direkt „andocken“.*

Daraus ergibt sich ein weiterer, nicht zu unterschätzender Risikofaktor: Eine akute oder chronische Erkrankung kann zum einen das Immunsystem angreifen, zum anderen durch ihre Symptome (z.B. entzündete Schleimhäute) die Gefahr einer HIV-Infektion erhöhen. Dies gilt vor allem für viele sexuell übertragbare Krankheiten (Sexually Transmitted Diseases = STD), die auf gleichem Wege wie HIV übertragen werden, teilweise aber leichter als HIV. Hierzu zählen u.a. Tripper, Syphilis, Hepatitis-Infektionen, Feigwarzen (siehe Kapitel → Sexuell übertragbare Krankheiten)

Außerdem erhöht sich während der Monatsblutung das Infektionsrisiko für die Frau und auch den Mann.

Kapitel 3

Risikoeinschätzungen

Analverkehr *ohne* Kondom *mit* Abspritzen (Ejakulation) - aufnehmend

<p>Risikoeinschätzung</p> <p>sehr hohes HIV-Risiko</p> <p>noch höheres Risiko im Hinblick auf andere STD</p> <ul style="list-style-type: none">• sehr hohe Anzahl von Wirtszellen an der Oberfläche der Darmschleimhaut• Darmschleimhaut wird bei Analverkehr fast immer verletzt• infektiöse Flüssigkeit (Ejakulat) ist <i>im</i> Körper, hat also viel Zeit, an Wirtszellen anzudocken oder in verletzte Schleimhaut einzudringen	<p>Schutzmöglichkeit</p> <p>extra starke Kondome und reichlich wasserlösliches Gleitmittel verwenden</p>
--	---

Analverkehr *ohne* Kondom, *ohne* Abspritzen (Coitus interruptus) - aufnehmend

<p>Risikoeinschätzung</p> <p>hohes HIV-Risiko</p> <p>noch höheres Risiko im Hinblick auf andere STD</p> <ul style="list-style-type: none">• sehr hohe Anzahl von Wirtszellen an der Oberfläche der Darmschleimhaut• die Darmschleimhaut wird bei Analverkehr fast immer verletzt• daher können Viren aus dem „Lusttropfen“ (beim Oralsex risikoarm) sehr leicht in den Körper eindringen• möglicher Kontrollverlust (zu spätes Rausziehen)	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>extra starke Kondome zusammen mit reichlich wasserlöslichem Gleitmittel verwenden</p>
--	--

Analverkehr *ohne* Kondom - eindringend

<p>Risikoeinschätzung</p> <p>hohes HIV-Risiko</p> <p>noch höheres Risiko im Hinblick auf andere STD</p> <ul style="list-style-type: none">• meist kommt es zu Blut-Penis-Kontakt• möglicherweise erhöhte Viruslast im Darm durch AIDS-assoziierte Erkrankung• Übertragung möglich über die Wirtszellen am Eingang der Harnröhre oder über Verletzung am Penis (Eichel)	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>extra starke Kondome zusammen mit reichlich wasserlöslichem Gleitmittel verwenden</p>
---	--

Vaginalverkehr *ohne* Kondom *mit* Abspritzen (Ejakulation) – aufnehmend

<p>Risikoeinschätzung</p> <p>sehr hohes Risiko im Hinblick auf HIV und andere STD</p> <ul style="list-style-type: none">• viele Wirtszellen im Vaginalgewölbe• Vaginalschleimhaut wird bei Penetration häufig verletzt (kleine Risse)• infektiöse Flüssigkeit (Ejakulat) ist <i>im</i> Körper, hat also viel Zeit, an Wirtszellen anzudocken• Risiko erhöht sich während der Menstruation: Gebärmuttermund ist leicht geöffnet. Die Schleimhaut der Gebärmutter ist sehr empfindlich.• Risiko erhöht sich bei gleichzeitigen STD	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>Kondome, bei Bedarf zusätzlich Gleitmittel verwenden</p>
--	---

Vaginalverkehr *ohne* Kondom, *ohne* Abspritzen (Coitus interruptus) – aufnehmend

<p>Risikoeinschätzung</p> <p>hohes Risiko im Hinblick auf HIV und andere STD</p> <ul style="list-style-type: none"> • viele Wirtszellen im Vaginalbereich • Vaginalschleimhaut wird bei Penetration häufig verletzt (kleine Risse) • daher können Viren aus dem Lusttropfen (beim Oralsex risikoarm) sehr leicht in den Körper eindringen • Risiko erhöht sich während der Menstruation: Der Gebärmuttermund ist leicht geöffnet. Die Schleimhaut der Gebärmutter ist sehr empfindlich. • Risiko erhöht sich bei gleichzeitigen STD • möglicher Kontrollverlust (zu spätes Rausziehen) 	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>Kondome, bei Bedarf zusätzlich Gleitmittel verwenden</p>
--	---

Vaginalverkehr *ohne* Kondom – eindringend

<p>Risikoeinschätzung</p> <p>mittleres HIV-Risiko</p> <p>hohes Risiko im Hinblick auf andere STD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaginalsekret ist weniger infektiös als Sperma und Blut (Ausnahme: bei gleichzeitiger Infektion mit anderen STD) • Kontakt mit einer verhältnismäßig geringen Menge Vaginalsekret • Vaginalsekret ist nur <i>am</i> Körper (nicht <i>im</i> Körper) des Mannes und hat nur eine kleine Angriffsfläche (vorderer Teil der Harnröhre) • das Risiko erhöht sich um ein Vielfaches während der Menstruation (hohe Infektiosität, hohe Blutmenge) 	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>Kondome, bei Bedarf zusätzlich Gleitmittel verwenden</p>
---	---

orale Stimulation des Mannes (Fellatio, „Blasen“, „Französisch“) *ohne* Abspritzen - aufnehmend

<p>Risikoeinschätzung</p> <p>sehr geringes HIV-Risiko</p> <p>hohes Risiko im Hinblick auf andere STD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mundschleimhaut ist robuster als Vaginal- und Darmschleimhaut • nur geringe Anzahl von Viren im Lusttropfen • keine Wirtszellen in der Mundschleimhaut • „Verdünnungseffekt“ durch Speichel • virushemmende Enzyme (organische Verbindung zur Steuerung des Stoffwechsels) im Speichel • bei Verletzungen in der Mundschleimhaut erhöht sich das Risiko <p>mittleres HIV-Risiko</p> <ul style="list-style-type: none"> • wenn der Schwanz hart und tief in den Rachen stößt und es dort evtl. zu Verletzungen kommt. Die Schleimhaut in der Rachenhöhle ist weniger strapazierfähig, außerdem sondert der Rachen keinen Speichel ab, der den Lusttropfen verdünnen kann. 	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>Lusttropfen abwischen oder den Partner vorher urinieren lassen. Wer ganz sichergehen will, verwendet ein Kondom (z.B. ein dünnes ohne Reservoir)</p>
---	---

orale Befriedigung des Mannes (Fellatio, „Blasen“, „Französisch“) *mit* Abspritzen - aufnehmend

<p>Risikoeinschätzung</p> <p>hohes Risiko im Hinblick auf HIV und andere STD</p> <ul style="list-style-type: none"> • erhöhtes Risiko, wenn der Samen geschluckt wird. Das Risiko ist noch höher bei Entzündungen in Hals, Rachen oder Speiseröhre 	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>Wenn im Mund abgespritzt werden soll, sollte ein Kondom verwendet werden</p>
---	---

orale Stimulation des Mannes (Fellatio, „Blasen, „Französisch“) - eindringend

<p>Risikoeinschätzung</p> <p>a) kein Risiko im Hinblick auf HIV, aber auf andere STD</p> <ul style="list-style-type: none"> • lediglich Kontakt mit Speichel <p>b) mittleres Risiko im Hinblick auf HIV und andere STD</p> <ul style="list-style-type: none"> • wenn der Partner/die Partnerin im Mund stark blutende Wunden (z.B. durch frisch gezogenen Backenzahn) oder eine AIDS-assoziierte Erkrankung hat 	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>Wer ganz sichergehen will, verwendet ein Kondom (z.B. ein dünnes ohne Reservoir)</p>
--	---

orale Stimulation der Frau (Cunnilingus, „französisch“, „lecken“) - der/die oral Befriedigende

<p>Risikoeinschätzung</p> <p>a) geringes Risiko im Hinblick auf HIV und andere STD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaginalsekret ist weniger infektiös • nur geringe Menge Scheidensekret (wird nach und nach gebildet) • Scheidensekret vermischt sich im Mund mit Speichel = Verdünnungseffekt <p>b) mittleres bis hohes Risiko während der Menstruation (Blutkontakt) und bei Eintrittspforte (Wunde) im Mund</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blut hat eine sehr hohe Viruskonzentration 	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>Verwendung von Dental Dams oder aufgeschnittenen Kondomen</p>
--	--

orale Stimulation der Frau (Cunnilingus, „französisch“, „geleckt werden“) - die oral Befriedigte

<p>Risikoeinschätzung</p> <p>kein HIV-Risiko, aber Risiko im Hinblick auf andere STD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Speichel nicht infektiös (hinsichtlich HIV) • Ausnahme: der/die Leckende hat stark blutende Wunde im Mund 	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>eventuell Verwendung von Dental Dams oder aufgeschnittenen Kondomen</p>
---	--

orale Stimulation des Anus (Anilingus, auch „Arschlecken, Rimming“) – der/die oral Stimulierte

<p>Risikoeinschätzung</p> <p>kein Risiko im Hinblick auf HIV aber geringes Risiko auf andere STD</p> <ul style="list-style-type: none"> • kein Austausch von infektiösen Körperflüssigkeiten • Ausnahme: der/die oral Stimulierende hat stark blutende Wunde im Mund 	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>eventuell Verwendung von Dental Dams oder aufgeschnittenen Kondomen</p>
--	--

orale Stimulation des Anus (Anilingus, „Arschlecken, Rimming“) – der/die oral Stimulierende

<p>Risikoeinschätzung</p> <p>a) kein HIV-Risiko bei entsprechender Hygiene</p> <ul style="list-style-type: none"> • kein Austausch infektiöser Körperflüssigkeiten <p>b) Risiko im Hinblick auf HIV sowie Hepatitis B und C bei blutenden Verletzungen des Anus oder des Darms</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risiko im Hinblick auf andere STD, besonders Hepatitis A, sowie Feigwarzen und andere Darmerkrankungen 	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>Verwendung von Dental Dams oder aufgeschnittenen Kondomen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schutzimpfung gegen Hepatitis A und B
---	--

Fisten (Eindringen mit der Hand/Faust in den Darm) - aufnehmend

<p>Risikoeinschätzung</p> <p>geringes HIV-Risiko bei intakter Haut der eindringenden Hand</p> <ul style="list-style-type: none"> • kein Kontakt mit infektiöser Körperflüssigkeit 	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>Verwendung von Latex-Handschuhen und ausreichend Gleitmittel</p>
--	---

Fisten (Eindringen mit der Hand/Faust in den Darm) - eindringend

<p>Risikoeinschätzung</p> <p>mittleres (bis hohes) HIV-Risiko</p> <p>Hepatitis-A-Risiko bei anschließendem Hand-Mund-Kontakt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Darmschleimhaut ist extrem leicht verletzbar • hohe mechanische Beanspruchung des Schließmuskels (große Wahrscheinlichkeit von Hautrisen) • Blutkontakt ist sehr wahrscheinlich • das Risiko erhöht sich bei Verletzungen oder Entzündungen der Hand (z.B. Nagelbettentzündung) 	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>Verwendung von Latex-Handschuhen und ausreichend Gleitmittel</p>
--	---

Küssen

<p>Risikoeinschätzung</p> <p>kein HIV-Risiko (außer bei stark blutenden Wunden, z.B. durch frisch gezogenen Backenzahn)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Speichel ist nicht infektiös. Ausnahme: bei AIDS-assoziierten oralen Infektionen (sehr hohe Virusbelastung) • bei Zahnfleischbluten (beider Personen) wird infektiöse Flüssigkeit (Blut) durch Speichel verdünnt, außerdem kommen virushemmende Enzyme (Stoffe) im Speichel zum Tragen 	
---	--

Urin („Anpissen“, „Naturesekt“, „Golden Shower“) und Kot (Kotspiele, „Scat“, „Dirty“, „Kaviar“)

<p>Risikoeinschätzung</p> <p>kein HIV-Risiko, wenn Kot oder Urin kein Blut enthalten</p> <p>Risiko im Hinblick auf Hepatitis A und B sowie andere Infektionskrankheiten ist bei Schleimhautkontakt und Verzehr sehr hoch</p>	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>kein Urin oder Kot auf die verletzte Haut oder auf die Schleimhäute</p> <p>Schutzimpfung gegen Hepatitis A und B</p>
---	---

gemeinsames Benutzen desselben Spritzbestecks bei i.v. Drogengebrauch (Needle-sharing)

<p>Risikoeinschätzung</p> <p>sehr hohes HIV-Risiko</p> <p>sehr hohes Hepatitis-B- und -C-Risiko</p> <p>hohes Syphilis-Risiko</p> <ul style="list-style-type: none"> durch Blutreste in Kanüle und Pumpe kann infiziertes Blut in den eigenen Körper/in den Körper eines anderen Menschen gelangen 	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>Nadeln und Spritzen sowie sonstige Utensilien (z.B. Löffel, Filter) nicht mit anderen teilen</p> <p>Schutzimpfung gegen Hepatitis A und B</p>
---	--

Nadelstichverletzungen bei Medizin und Pflege, Verletzungen mit infiziertem Injektionsbesteck

<p>Risikoeinschätzung</p> <p>sehr unterschiedliches HIV-Risiko</p> <p>sehr hohes Hepatitis-B- und -C-Risiko</p> <ul style="list-style-type: none"> die Höhe des Risikos hängt ab von Stichtiefe und Blutmenge das Blut an der Nadel ist sehr frisch und gelangt direkt in die Blutbahn Blutmenge ist in der Regel sehr gering 	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>Latex-Handschuhe tragen</p> <p>Aufmerksamkeit bei der Arbeit</p> <p>Schutzimpfung gegen Hepatitis A und B</p> <p>HIV-PEP nach erfolgter Exposition (siehe Kap. PEP)</p>
---	--

Nadelstichverletzungen durch herumliegende gebrauchte Spritzen (z.B. Spritzen von Drogengebrauchenden auf Spielplätzen)

<p>Risikoeinschätzung</p> <p>a) kein HIV-Risiko</p> <ul style="list-style-type: none">• an der Nadel anhaftendes Blut ist in der Regel schon alt (mindestens einige Minuten) und mit Sauerstoff (Luft) in Kontakt gekommen = Virus ist „inaktiv“• Kontakt mit dem (besser geschützten) Blut in der Kanüle ist sehr unwahrscheinlich <p>b) mittleres Risiko für Hepatitis B und C</p> <ul style="list-style-type: none">• Hepatitis-Viren sind an der Luft lange haltbar und leichter übertragbar als HIV. Das Hepatitis-C-Risiko ist bisher noch unklar, aber eher als gering einzustufen	
---	--

Mückenstiche

<p>Risikoeinschätzung</p> <p>kein HIV-Risiko</p> <ul style="list-style-type: none">• Mücken saugen, sie pumpen nicht• die Mücke ist kein „Zwischenwirt“ von HIV (wie z.B. bei Malaria)• HIV ist in der Mücke nicht überlebensfähig	
--	--

Hautkontakt mit infektiösen Körperflüssigkeiten

<p>Risikoeinschätzung</p> <p>kein HIV-Risiko bei intakter Haut und wenn das Virus nicht auf Schleimhäute gelangt</p> <p>geringes HIV-Risiko bei entzündlich veränderter Haut</p> <ul style="list-style-type: none"> • intakte Haut kann HIV nicht aufnehmen • nur entzündete oder verletzte Haut kann eine Eintrittspforte bieten 	
--	--

Bluttransfusion

<p>Risikoeinschätzung</p> <p>fast kein HIV-Risiko in Deutschland</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blut wird getestet • wer Blut spenden will, wird vorher befragt, ob er/sie ein HIV-Infektionsrisiko hat; wer dies bejaht, schließt sich selbst von der Spende aus • das „diagnostische Fenster“ (auch: „diagnostische Lücke“) – die Zeit zwischen möglicher Ansteckung und Nachweisbarkeit von HIV-Antikörpern - birgt ein Risiko von 1:1.000.000 	
--	--

Blutprodukte, Gerinnungspräparate

<p>Risikoeinschätzung</p> <p>kein HIV-Risiko in Deutschland</p> <ul style="list-style-type: none"> • synthetische bzw. sterile Herstellung 	
---	--

Ergänzende Informationen zum Thema Risikoeinschätzung

Analverkehr

Analverkehr („Ficken“, „Bumsen“, „Griechisch“) ist für viele schwule Männer eine wichtige Sexpraktik. Aber auch unter heterosexuellen Paaren ist sie durchaus verbreitet. Für den/die aufnehmende/n PartnerIn besteht bei ungeschütztem Analverkehr ein sehr hohes HIV-Infektionsrisiko und ein noch höheres STD-Risiko. Die hochempfindliche Darmschleimhaut wird beim Analverkehr fast immer verletzt, und an ihrer Oberfläche befindet sich eine sehr hohe Zahl von Wirtszellen, über die das Virus in den Körper gelangen kann. Wenn im Darm des Partners/der Partnerin abgespritzt (ejakuliert) wird, erhöht sich das Risiko noch einmal um ein Vielfaches, da sich nun eine große Menge infektiöser Flüssigkeit im Körper befindet und das Virus viel Zeit hat, an den Wirtszellen anzudocken oder in die verletzte Schleimhaut einzudringen.

Für den eindringenden Partner ist Analverkehr ohne Kondom keineswegs risikolos. Durch kleine Verletzungen der stark durchbluteten Darmschleimhaut kommt es fast immer zu einem Blut-Penis-Kontakt, wobei das Virus über den vorderen Teil der männlichen Harnröhre (Wirtszellen) oder durch kleine Verletzungen am Penis (Eichel) in den Organismus eindringen kann. Das Risiko kann sich durch einen erkrankungsbedingten Anstieg der Viruslast im Darm zusätzlich erhöhen.

Vaginalverkehr

Der ungeschützte Vaginalverkehr gilt als Hauptübertragungsweg bei heterosexuellen Kontakten. Hier ist vor allem die Frau stark gefährdet. Neben der Schleimhaut der Vagina ist auch die des Gebärmutterhalses sehr empfindlich, und während des Geschlechtsaktes kommt es häufig zu kleinen Verletzungen.

Für den Mann ist ungeschützter Vaginalverkehr ebenfalls riskant. Zum einen ist eine Ansteckung über das infektiöse Vaginalsekret möglich, zum andern erhöht sich während der Monatsblutung das Risiko durch den Blut-Penis-Kontakt sehr stark. Auch für die Frau steigt das Infektionsrisiko während der Menstruation, weil dann der Gebärmutterhals weit geöffnet und die Oberfläche der Gebärmutter-schleimhaut noch weitaus empfindlicher ist.

Das Risiko für die Partnerin und den Partner ist deutlich höher bei Entzündungen von Scheide, Muttermund und Harnröhre durch STD und andere Infektionen.

Oralverkehr (Blasen, Lecken)

Wer sich einen blasen/sich lecken läßt, trägt das geringere Risiko, vorausgesetzt, der Partner/die Partnerin hat keine blutenden Verletzungen im Mund. Ansonsten kommt er/sie ja nur mit dem Speichel des/der anderen in Berührung (geringe Viruslast).

Wer bläst und dabei kein Sperma in den Mund bekommt, hat ein etwas höheres Risiko, das im allgemeinen jedoch als gering bewertet wird. Die Schleimhaut des Mundes ist viel robuster als die des Darms und der Vagina, und der Speichel hat zusätzlich schützende Wirkung. Der Lusttropfen beim Mann enthält eine wesentlich geringere Viruskonzentration als Sperma. Sicher spielen hier noch andere Faktoren, wie Menge der Vorflüssigkeit und individuelle Viruskonzentration, eine Rolle.

Wenn Sperma in den Mund gelangen sollte, sofort ausspucken und ausspülen (eventuell mit hochprozentigem Alkohol). Sperma nicht schlucken! Auch Spermareste in der Harnröhre (von einem vorherigen Orgasmus) können das Risiko erhöhen. Man kann den Sexpartner fragen, ob er vorher gerade „gekommen“ ist, oder ihn bitten zu pin-

keln, damit das restliche Sperma aus der Harnröhre gespült wird. Wer ganz sichergehen will, benutzt auch beim Blasen ein Kondom.

Beim Lecken der Vagina (Cunnilingus) kann Vaginalsekret an die Mundschleimhaut gelangen. Vaginalsekret ist im allgemeinen jedoch weniger infektiös als Sperma und wird beim Lecken durch Speichel verdünnt. Zudem bietet die unverletzte Mundschleimhaut einen gewissen Schutz. Daher ist auch hier das Ansteckungsrisiko eher gering. Voraussetzung: keine Monatsblutung! Wer beim Lecken ganz sichergehen will, benutzt ein Dental Dam. Das Dental Dam schützt zugleich vor anderen auf diesem Weg übertragbaren Krankheiten (STD).

Hinweise für die Beratungssituation

Risikoeinschätzung und Risikomanagement

Die obigen differenzierten Betrachtungen sollen vor allem deutlich machen, daß es viele Faktoren gibt, die das Risiko einer Infektion mit dem HI-Virus erhöhen oder abschwächen können.

Das heißt einerseits: Je nach Anzahl der zusätzlichen Risikofaktoren muß es - bei einmaligem wie auch mehrfachem Kontakt mit dem Virus - nicht zwangsläufig zu einer Infektion kommen. Andererseits kann das Zusammentreffen mehrerer ungünstiger Bedingungen selbst in Situationen, die ansonsten als „gering riskant“ eingeschätzt werden, bereits zu einer Infektion führen.

Dies zu wissen, ist für die Beratenden sehr wichtig: Sie müssen sich bewußt werden, daß sich das Ansteckungsrisiko eben immer nur schätzen und nie bestimmen läßt (in den meisten Fällen sind einige Faktoren ohnehin nicht bekannt!) Selbst statistische Berechnungen und Angaben lassen sich nur begrenzt auf einzelne Personen und Situationen übertragen. Deshalb ist es enorm wichtig, den Kontext und die Bedingungen der Risikosituation zu erfragen. Dies erfordert gelegentlich auch den Mut, nach Details zu fragen: Die Beratenden müssen sich ein genaues Bild davon machen können, was „ passiert“ ist

Die Ratsuchenden wiederum können lediglich dabei unterstützt werden, ihr persönliches Risikomanagement zu entwickeln, indem sie entsprechende Informationen erhalten. Allgemeingültige Handlungsanweisungen können ihnen nicht gegeben werden.

Jede Risikoeinschätzung ist nur in diesem Kontext zu verstehen und zu vermitteln.

Kapitel 4

Safer-Sex-Utensilien

Der wirksamste Schutz vor einer sexuellen Übertragung des HI-Virus ist die sachgemäße Verwendung geeigneter Kondome, und zwar beim Vaginal- und Analverkehr (und eventuell beim Oralverkehr).

Kondome gibt es inzwischen in großer Vielfalt. Sie unterscheiden sich in Größe, Farbe, Form, Geschmack, Dicke, Befeuchtung und Materialbeschaffenheit.

→ **Wichtig: Kondom ist nicht gleich Kondom!**

Woran ist ein hochwertiges Kondom zu erkennen?

- Kondome garantieren Sicherheit, wenn sie den Aufdruck „geprüft nach EN 600“ aufweisen, unabhängig von Farbe, Oberfläche, Geschmack, Geruch und Größe, ob feucht oder trocken. Sicherheit garantieren sie allerdings nur bei sachgemäßer Handhabung.
- Andere Prüfsiegel sind unwichtig, unsinnig oder nur eine Verkaufsstrategie des Herstellers.

Welches Kondom/Utensil wird wofür benutzt?

Analverkehr - hohe mechanische Beanspruchung

- dickere Kondome, z.B. ER², Condomi professional, London Extra Stark, HT-Spezial
- ausreichend Gleitmittel verwenden!

Vaginalverkehr

- normale Kondome, z.B. Ritex RR 1, Condomis, RFSU, Mondos, ES², Hot Rubber
- oder, bei Verwendung eines Gleitmittels, auch dünnere Kondome, z.B. Manix
- dickere Kondome, z.B. ER² - Extra Reißfest, Condomi professional, London Extra Stark, HT-Spezial, sollten benutzt werden, wenn ein erhöhtes Risiko besteht (z.B. bei bekannter HIV-Infektion)
- Gleitmittel sollten immer dann verwendet werden, wenn nicht ausreichend Vaginalsekret produziert wird

Oralverkehr

- jede Art von Kondom ist geeignet. Dünnere sind sensibler, reichen aber aus. Viele bevorzugen hierbei Kondome ohne Reservoir. Wer Kondome verwendet, kann auch im Mund „kommen“ (ejakulieren).

Cunnilingus (lecken) und Rimming

- wahlweise Dental Dams (Latextücher) oder aufgeschnittene Kondome (vor allem zum Schutz vor STD)

Sex mit Gegenständen, Spielzeugen, z.B. Dildos (Kunstpenissen und Vibratoren)

- nur nötig bei gemeinsamer Verwendung (Weitergabe) durch zwei oder mehrere Personen, oder wenn sie nacheinander in After und Vagina benutzt werden. In diesem Falle entweder ein Kondom über die Gegenstände abrollen (und das Kondom bei Weitergabe oder Weiterbenutzung der Gegenständen)

de auswechseln), oder die Gegenstände vor der Weitergabe/Weiterbenutzung gründlich in heißer Seifenlauge reinigen, besser noch desinfizieren

Fingern und Fisten

- Latex-Handschuhe benutzen beim Eindringen mit Finger(n) oder Hand/Faust in After oder Vagina
- unbedingt kurze Fingernägel!
- Latex-Fingerlinge benutzen beim Eindringen mit Finger(n) in After oder Vagina (nur in Situationen mit erhöhtem Risiko nötig: z.B. bei Verletzungen des Anus oder bei Nagelproblemen)
- Handschuhe (oder Latex-Fingerlinge) immer mit reichlich Gleitmittel verwenden!

L, XL, XXL - Kondomgrößen

- extra große Kondome nur benutzen, wenn sie wirklich benötigt werden (sonst Gefahr des Abrutschens)!

Leuchtkondome und andere Scherzartikel

- ungeeignete Kondome sind nicht mit „EN 600“ gekennzeichnet, sondern tragen den Aufdruck „Scherzartikel (oder Stimulationsartikel) - nicht zur Verhütung geeignet!“

Bio-Kondome

- keine Kondome aus Schafsdarm verwenden (durchlässig für Bakterien und Viren)

Was tun, wenn Allergien bestehen ?

Vom Facharzt abklären lassen, wogegen sich die Allergie richtet:	Bei geklärter Ursache entsprechende Produkte meiden
gegen Latex	Kondome aus Polyurethan benutzen, z.B. Durex Avanti, eZON
gegen Inhaltsstoffe und Produktionsrückstände von Kondomen	hypo-allergene Kondome benutzen (weitestgehend frei von allergieauslösenden Bestandteilen)
gegen Inhaltsstoffe von Gleitmitteln	Gleitmittelmarke wechseln

Wo bekomme ich Kondome, Dental Dams, Handschuhe, Gleitmittel usw.?

- Die größte Auswahl an Kondomen bieten Kondomfachgeschäfte (z.B. Condomi) und gut sortierte Sex-Shops. Aber auch Apotheken, Kaufhäuser und Drogerien führen Kondome.
- Kondome können auch über den Versandhandel bezogen werden.
- Dental Dams und Fingerlinge sind meist nur in Apotheken erhältlich, Latexhandschuhe oft auch in Drogerien.
- Gleitmittel sind bisher leider nur über Kondomfachgeschäfte, gut sortierte Sex-Shops, den Versandhandel und, in eingeschränktem Maße, über Apotheken erhältlich.

Welche Gleitmittel sollten verwendet werden?

- nur wasserlösliche, für diesen Zweck bestimmte Substanzen
- auf keinen Fall öl- oder fetthaltige Substanzen wie Nivea, Vaseline, Speiseöl und Bratfette
- Gleitgels auf Wasser- oder Glycerin-Basis sind preiswerter, aber trocknen schneller aus, z.B. I-D, Condomi Wet & Glide, K.Y. (inhaltsgleich mit dem teureren Femilind), Bioglide, WET, Flutschischi oder London Gleitgel
- Gleitmittel auf Silikonöl-Basis behalten ihre Gleitfähigkeit länger, sind ergiebiger, aber dafür teurer, z.B. EROS und EROTIKUM

Kondome benutzen - wie?

- Wichtig ist, das Kondom bereits vor dem ersten Eindringen zu verwenden.
- Vorhaut zurückziehen und das Kondom gleichmäßig über den *steifen* Penis abrollen. Dabei das Kondom an der Spitze etwa 1-2 cm mit den Fingern zusammendrücken, um genügend Platz für das Sperma zu lassen. Darauf achten, daß das Kondom nicht mit den Fingernägeln beschädigt wird.
- Niemals zwei Kondome übereinander verwenden! Sie scheuern gegeneinander und rutschen leichter ab.
- Vor jedem erneuten Eindringen kurz mit der Hand überprüfen, ob das Kondom noch richtig sitzt.
- Nach dem Samenerguß Penis und Kondom zusammen aus Vagina oder Anus herausziehen. Dabei das Kondom am Gummiring festhalten.

Ergänzende Informationen zum Weiterlesen zu Safer-Sex-Utensilien

Die Voraussetzung für wirkungsvollen Schutz beim Sex ist die sachgemäße Anwendung geeigneter Safer-Sex-Utensilien. Dazu gehören: Kondome, Gleitmittel, Dental Dams und Latexhandschuhe.

Das Angebot an unterschiedlichen Produkten ist inzwischen kaum mehr überschaubar, und leider hat die Erfahrung gezeigt, daß die Anbieter - seien es Apotheken, Drogerien oder Kaufhäuser - selten in der Lage sind, eine fachkundige Beratung durchzuführen.

Die verwirrende Menge unterschiedlichster Gütesiegel hat die VerbraucherInnen zusätzlich verunsichert. Fehlinformationen, was die unterschiedliche Eignung von Kondomen betrifft, haben sogar Einzug in die Aufklärungsbroschüren der DAH gehalten (Hot Rubber).

Basisinformationen über Kondome

Herstellung

*Fast alle derzeit erhältlichen Kondome sind aus Naturlatexkautschuk hergestellt. Die Latexmilch aus dem Gummibaum (*Hevea brasiliensis*) wird mit verschiedenen Substanzen vermischt, u.a. mit Schwefel (zur Vulkanisation), Zinkoxid und verschiedenen Emulgatoren (Weichmachern).*

Glaskolben der entsprechenden Größen (s.u.) werden durch dieses Gemisch gezogen und danach bei ca. 110 ° C im Ofen vulkanisiert. Die fertigen Kondome werden mit einem Lycopodium-Puder versehen (trockene Kondome) und maschinell aufgerollt. Einige Produkte wer-

den mit Silikonöl (Dimeticon) befeuchtet (feuchte Kondome), gesiegelt und kartoniert.

Qualitätsvorschrift „EN 600“ als NORM

Alle Kondome unterliegen in Deutschland bzw. in der EU strengen Qualitätskontrollen. Lange Zeit wurden Kondome nach DIN (Deutsche Industrie Norm) hergestellt, die in die Norm ISO (International Standardization Organization) übernommen wurde. Diese Normen haben für uns eigentlich keine Bedeutung mehr. Heute, im Zuge der europäischen Vereinigung, gibt es eine für ganz Europa gültige Norm, die EN 600 (Euro Norm).

Kontrolliert wird die Qualität der Kondome in verschiedenen Materialprüfungsanstalten. Die Kondomqualität wird durch verschiedene Gütesiegel garantiert.

1. Die EN 600 schreibt nicht nur vor, wie Kondome herzustellen sind, sondern auch, wie sie zu prüfen sind. Daher ist der Aufdruck „geprüft nach EN 600“ das wichtigste Qualitätssiegel.

2. Die Hersteller MAPA, RITEX, LONDON (DUREX), FROMMS, BLAUSIEGEL haben zusammen die „Deutsche Latex-Forschung- und Entwicklungsgemeinschaft e.V.“ gegründet. Sie verleihen ausschließlich ihren eigenen Produkten das „Gütezeichen RAL der Deutschen Latex-Forschung und Entwicklungsgemeinschaft e.V.“, was eher unsinnig ist und zudem die VerbraucherInnen verwirrt. Produkte ohne dieses Gütezeichen sind keineswegs automatisch minderwertiger.

3. Noch verwirrender ist das für den Verkauf innerhalb der EU erforderliche CE-Zertifikat (Conformit European). Produkte, die dieses Zertifikat tragen, dürfen in der ganzen EU verkauft werden, egal nach welchen regionalen Prüfkriterien diese getestet wurden. **ACHTUNG: Produkte mit dem CE-Zertifikat müssen nicht unbedingt nach EN 600 geprüft worden sein!**

„Gewöhnliche“ Kondome

- Länge: mindestens 170 mm
- Durchmesser: ca. 28 - 35,5 mm. Die meisten normalen Kondome haben einen Durchmesser von 33 - 34 mm
- Dicke: 0,04 - 0,08 mm. Die meisten normalen Kondome haben eine Dicke von 0,07 mm

„Gewöhnliche“ Kondome sind vor allem für den vaginalen Verkehr geeignet. Häufig erhältliche Marken sind z.B. Condomis, Ritex RR 1, RFSU, Mondos, ES² Extra Sensitiv, Hot Rubber*

Extra starke Kondome

- Vorschriften für Länge und Durchmesser wie bei „gewöhnlichen“ Kondomen (s.o.)
- Dicke: 0,08 - 0,11 mm. Die meisten extra starken Kondome haben eine Dicke von 0,09 - 0,10 mm

Dickere Kondome bieten bei starker mechanischer Beanspruchung größere Sicherheit im Hinblick auf „Unfälle“ (Reißen des Kondoms). Sie eignen sich daher besonders für den Analverkehr. Ihre wichtigsten Vertreter sind ER² - Extra Reißfest, Condomi professional, London Extra Stark, HT-Spezial (sehr kurz).

*In vielen Veröffentlichungen wird der „Hot Rubber“ als dickeres Kondom mit Eignung für den Analverkehr angegeben. Das ist falsch! „Gewöhnliche“ Kondome können, bei Verwendung einer ausreichenden Menge Gleitmittel, zwar generell auch für sanften Analverkehr verwendet werden. Um größtmögliche Sicherheit zu gewährleisten, empfiehlt sich hier aber eher die Verwendung extra starker Kondome.

Extra dünne Kondome

- Vorschriften für Länge und Durchmesser wie bei normalen Kondomen
- Dicke: 0,04 - 0,06 mm

Extra dünne Kondome erhöhen die Sensitivität und sind für Vaginalverkehr (in Verbindung mit einem Gleitmittel) durchaus geeignet. Sie können auch beim Oralverkehr, sollten aber nicht beim Analverkehr verwendet werden. Hier ist z.B. die Marke Manix zu nennen, die als einziges dünnes Kondom sowohl in „normal“ als auch in „extra groß“ erhältlich ist.

Extra große Kondome

- Länge: mindestens 195 mm
- Durchmesser: ca. 33,1 - 35,5 mm. Die meisten größeren Kondome haben einen Durchmesser von 35 mm
- Dicke: 0,04 - 0,08 mm. Die meisten größeren Kondome haben eine Dicke von 0,07 mm

Extra große Kondome sollten nur verwendet werden, wenn die anatomischen Voraussetzungen dafür wirklich erfüllt werden. Bei einem kleineren Penis ein extra großes Kondom zu benutzen, erhöht die Gefahr des Abrutschens während des Verkehrs.

Andere Arten von Kondomen

Neben diesen durch die Euro Norm festgelegten Qualitätskriterien gibt es noch ein breites Angebot an

- Geschmacksrichtungen

- Geruchsvariationen
- Farbvarianten
- Oberflächen (z.B. Noppen)

Kondome aller Größen und Dicken gibt es in der Regel in einer oder in mehreren der genannten Variationen. Auf die Verhütungs- und Schutzfunktionen der Kondome haben diese Spielarten keinen Einfluß – vorausgesetzt, sie sind nach EN 600 produziert und geprüft.

Nicht verwendbare Kondome

Kondome, die aufgrund ihrer Oberfläche (Scherzkondome) und Materialzusammensetzung (Leuchtkondome) diese Schutzfunktion nicht erfüllen, sind nicht mit „EN 600“ gekennzeichnet. Sie müssen den Aufdruck „Scherzartikel/Stimulationsartikel - nicht zur Verhütung geeignet“ tragen.

Kondome aus Schafsdarm

Diese Kondome werden aus dem Blinddarm von Schafen hergestellt. ACHTUNG: Sie können lediglich zur Empfängnisverhütung eingesetzt werden, schützen aber nicht vor HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten, da Viren und Bakterien diese Membranhülle durchdringen können! Marken: z.B. KLING TITE naturalamb

Kondome zur Benutzung mit Öl

Die seit einiger Zeit erhältlichen Kondome aus Polyurethan (Durex Avanti, eZON) werden von ölhaltigen Substanzen nicht angegriffen. Sie stellen daher nicht nur für Latex-Allergiker eine Alternative dar, sondern auch für diejenigen, die auf die Verwendung von Öl beim Sex

nicht verzichten möchten. Leider sind sie derzeit erheblich teurer als Kondome aus Latex.

Ansonsten ist die Wahl des Kondoms im wahrsten Sinne des Wortes „reine Geschmacks- bzw. Geruchssache“. Wer unterschiedliche Kondome benutzt, wird schnell feststellen, daß sie sich erheblich unterscheiden, z.B. im Geruch, selbst wenn unparfümiert oder nicht aromatisiert.

Dental Dams

Dental Dams sind Tücher aus Latex (ursprünglich in der Zahnmedizin verwendet, daher „Dental“), die über die Vagina bzw. den Anus (After) gelegt werden, um das Ansteckungsrisiko beim oral-vaginalen Verkehr (Lecken) bzw. beim oral-analen Verkehr (rimming) zu minimieren. Auch sie sind in Apotheken und Kondomhandlungen, seltener in Sex-Shops erhältlich. Ist gerade kein Dental Dam zur Hand, kann man sich auch mit einem längs aufgeschnittenen Kondom behelfen. Frischhaltefolie garantiert keinen vergleichbaren Schutz.

Latex-Fingerlinge, Latex-Handschuhe

Latex-Fingerlinge bzw. Latex-Handschuhe bieten Schutz beim Eindringen mit dem/den Finger(n) bzw. mit der Hand/Faust in die Vagina oder den After (Fingern, Fisten) sowie im medizinischen Bereich (z.B. beim Zahnarzt, bei der Unfallhilfe).

Sie sind in Apotheken, Drogerien und Kaufhäusern erhältlich. Es sollten möglichst nur solche Produkte verwendet werden, die durch Umverpackungen geschützt sind.

Auch Latex-Handschuhe und -Fingerlinge immer nur mit wasserlöslichen Gleitmitteln verwenden!

Latexallergien

In den letzten Jahren ist die Zahl der Latexallergiker stark angestiegen. Hier ist zunächst zu klären, welche Allergieart vorliegt. Bei einer vermeintlichen „Kondom-Allergie“ könnte es sich unter Umständen auch um eine Allergie gegen Gleitmittelbestandteile handeln. Unterschieden wird in folgende zwei Allergietypen:

TYP I Allergie: Eine Reaktion auf Proteine (Eiweiße), die als natürlicher Stabilisator im Latex selbst enthalten sind. Menschen mit diesem Allergietyp sind meist auch gegen Fisch-, Fleisch- oder Milcheiweiße allergisch und müssen in aller Regel ganz auf die Verwendung von Latexprodukten verzichten.

Hier bieten sich derzeit nur zwei Produkte zum Gebrauch an: AVANTI von Durex/eZON. Sie sind aus Polyurethan hergestellt (Handelsname DURON) und somit völlig latexfrei. Da das Material zweimal so belastbar ist wie Latex, sind diese Kondome nur halb so dick.

Sie sind (zusammen mit einem Gleitmittel) für den Vaginal- und Analverkehr geeignet. Leider liegt der Preis dieser Kondome um ein Vielfaches höher als der von Latexprodukten.

TYP IV Allergie: Eine Reaktion auf verschiedene Chemikalien (z.B. Weichmacher, Beschleuniger), die bei der Vulkanisation eingesetzt werden. Menschen mit diesem Allergietyp können möglicherweise Kondome verwenden, die nach der Produktion ausgewaschen werden, um die allergieauslösenden Stoffe zu reduzieren. Nachforschungen darüber, welche Kondome dieses Kriterium erfüllen, sind im Gang.

Seit einiger Zeit gibt es außerdem sogenannte hypo-allergene Kondome, z.B. DUREX/LONDON - oder MANIX Crystal (extra groß).

Sie werden nach dem sogenannten Kligmann-Allergen-Test getestet und sollen weniger häufig Allergien auslösen.

Sicherheitshinweise zur Benutzung von Kondomen, Dental Dams und Latexhandschuhen:

- Kondome müssen so aufbewahrt werden, daß sie vor starken Einwirkungen von außen - z.B. Reibung, Druck, Hitze, scharfe und spitze Gegenstände - geschützt sind.
- Kondom-Folierungen niemals mit Messern, Scheren oder anderen scharfkantigen Gegenständen öffnen.
- Kondome kühl und trocken lagern, niemals lange ins Sonnenlicht legen oder an Orten starker Hitzeentwicklung lagern (z.B. Handschuhfach im Auto).
- Achtung bei brüchigen und rissigen Fingernägeln!
- Kondome vertragen sich auch nicht mit einigen Vaginalzäpfchen und Salben! Unbedingt auf die Packungsbeilage achten, Unverträglichkeit ist bei Vaginalzäpfchen deklarationspflichtig!
- Starke Haarstoppeln nach Intimrasuren können das Kondom ebenso zerstören.
- Sollte nicht genug Vaginalsekret produziert werden und somit der Verkehr „zu trocken“ ablaufen, besteht die Gefahr, daß das Kondom „heißläuft“.
- Auf jeden Fall sollten Qualitätskondome (mit dem Aufdruck „geprüft nach EN 600“) verwendet werden.
- Für Analverkehr sollten grundsätzlich dickere Kondome benutzt werden, da hier die mechanische Beanspruchung in der Regel höher ist als beim Vaginalverkehr.
- Beim Analverkehr (eventuell auch beim Vaginalverkehr) sollte das Kondom immer zusammen mit einem fettfreien Gleitmittel verwendet werden. Gleitmittel helfen, Hautrisse zu verhindern, und senken

die mechanische Beanspruchung des Kondoms. Das gilt übrigens auch für andere Verhütungs- oder Schutzmittel aus Gummi oder Latex wie z.B. Fingerlinge, Handschuhe und Dental Dams. Wenn Kondome beim Sex „heißlaufen“, werden sie porös oder reißen und bieten keinen Schutz mehr.

- Kondome vertragen keine öl- oder fetthaltigen Gleitmittel, z.B. Babyöl, Cremes, Speiseöle, Bratfette (Crisco), Haargele und Haarwaxse. Daher sollten nur kondomverträgliche Gleitgele auf Wasser- oder Silikonöl-Basis (Dimeticon) verwendet werden.
- Beim Kondomkauf ist immer auf eine unbeschädigte Verpackung zu achten. Die Packungen sind mit einem Haltbarkeitsdatum versehen, nach dessen Ablauf die Kondome keinesfalls mehr benutzt werden sollten.
- Das gleiche gilt für Latex-Handschuhe, -Fingerlinge und Dental Dams.
- Bei Fernreisen empfiehlt sich die Mitnahme eines Kondomvorrats. In manchen Ländern entsprechen die dort erhältlichen Kondome nicht immer den EU-Qualitätsstandards.

Gleitmittel

Das Scheidensekret der Frau, das im Zustand der sexuellen Erregung abgesondert wird, dient beim Geschlechtsverkehr als natürliches Gleitmittel. Frauen produzieren dieses Sekret in sehr unterschiedlicher Menge, die zudem von der Situation und dem Grad der Erregung abhängt. Wenn die produzierte Flüssigkeit nicht ausreicht, die Scheide also „zu trocken“ ist, sollte ein Gleitmittel eingesetzt werden. Es schont die Haut der Vagina wie auch das Kondom vor allzu starker mechanischer Beanspruchung.

Da der Anus von Natur aus keine Gleitsubstanz produziert, ist beim Analverkehr in jedem Fall die Verwendung eines Gleitgels angeraten.

Nicht verwendet werden dürfen Produkte, die Fett oder Öl enthalten (Ausnahme: Silikonöl), also keine Cremes, Babyöle, Speiseöle und Bratfette (Crisco), Haargele und Haarwaxse!

Für Safer Sex kommen nur wasserlösliche Substanzen in Frage.

Gleitgels auf Wasser/Glyzerinbasis

Die vielen erhältlichen Produkte wie z.B. I-D, Condomi Wet & Glide, K.Y. (inhaltsgleich mit dem teureren Femilind), Bioglide, WET, Flutschischi oder London Gleitgel unterscheiden sich vor allem in ihrer Konsistenz (etwas fester oder flüssiger) und im Preis. Wer es ganz preiswert haben will, kann sich in der Apotheke Hydroxyethylcellulosegel („Ultraschallgel“) kaufen. Es erfüllt den gleichen Zweck, ist aber erheblich billiger. Im Gebrauch dieser Mittel sollte nicht gespart werden. Es empfiehlt sich, zwischendurch „nachzuschmieren“, da Gleitgele während der Verwendung eintrocknen, wodurch die Gleitfähigkeit nachläßt.

Gleitmittel auf Silikonöl-Basis (Dimeticon)

Von der Bezeichnung „Öl“ sollte man sich hier nicht verwirren lassen. Bei Silikonöl handelt es sich um kein herkömmliches Öl. Es greift Latex deshalb auch nicht an. Der Vorteil von Gleitmitteln auf Silikonöl-Basis liegt eindeutig in ihrer wesentlich längeren Schmierfähigkeit (sie trocknen nicht ein) und in der fühlbar angenehmen ölartigen Beschaffenheit. Der Nachteil ist der wesentlich höhere Preis, der aber durch die höhere Ergiebigkeit etwas ausgeglichen wird. Produkte dieser Gruppe sind EROS und EROTIKUM (in der Gleitfähigkeit etwas zäher).

Wo gibt's Kondome und Gleitmittel?

Die größte Auswahl an Kondomen und Gleitmitteln gibt es in größeren Städten in Kondomfachgeschäften (z.B. Condomi). Aber auch Sex-Shops bieten oft ein befriedigendes Sortiment an. Über den Versandhandel kann ebenfalls ein Großteil der auf dem Markt befindlichen Produkte bezogen werden. Anzeigen verschiedener Versandhäuser finden sich in vielen Zeitungen. Auch der DEAHÄ-Vertrieb der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. in Berlin ist hier zu nennen. Erfreulich ist die Entwicklung in Drogerien und Kaufhäusern, die ihre Sortimente in den letzten Jahren erheblich vergrößert haben. Leider sind hier jedoch nur im seltensten Fall Gleitmittel erhältlich. Schwul-lesbische Infoläden in größeren Städten bieten häufig zumindest die wichtigsten Produkte an. Leider belegen die Apotheken - bis auf einige löbliche Ausnahmen - in puncto Produktpalette und sachkundige Beratung erfahrungsgemäß die letzten Plätze.

Dental Dams sind in Apotheken und Kondomhandlungen, seltener in Sex-Shops erhältlich. Latex-Fingerlinge und -Handschuhe gibt es in Apotheken, Drogerien und Kaufhäusern.

Kapitel 5

Sexuell übertragbare Krankheiten

(sexually transmitted diseases, STD)

Umgang mit sexuell übertragbaren Krankheiten

STD sind Infektionskrankheiten, die beim Sex übertragen werden können.

Eine sexuell übertragbare Krankheit zu haben, ist für viele Menschen mit Ekel, oft auch mit Scham- und Schuldgefühlen verbunden. Neben den psychischen Begleiterscheinungen treten mitunter sehr ernste körperliche Probleme auf (siehe Liste unten).

Generell gilt für den Umgang mit sexuell übertragbaren Krankheiten:

- Keine moralischen Wertungen oder Vorhaltungen
- Fast alle sind gut behandelbar, wenn ihre Anzeichen erkannt und beachtet werden.
- Sie sollten rasch durch einen Arzt/eine Ärztin behandelt werden (keine Selbstbehandlung mit Antibiotika o.ä.).
- Die SexualpartnerInnen sollten über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten informiert werden. Auch ein Hinweis auf kompetente Ärztinnen und Ärzte kann angebracht sein.

Wann ein sexueller Kontakt wieder ohne Risiko möglich ist, muß mit der Ärztin/dem Arzt je nach Infektion und Situation geklärt werden. Neben dem Ansteckungsrisiko für den/die SexualpartnerIn ist außerdem zu berücksichtigen, daß der/die Infizierte empfänglicher ist für andere Krankheitserreger. Außerdem sollten erkrankte Organe grundsätzlich geschont werden.

Risikominimierung

Die Regeln des Safer Sex verringern zwar sehr stark das Risiko, sich mit HIV anzustecken, sie schützen aber nicht immer vor anderen Infektionen. Zusätzlichen Schutz bieten bei oralem Sex Kondome oder Dental Dams (Latex-Tücher; ersatzweise kann auch ein der Länge nach aufgeschnittenes Kondom verwendet werden). Durch sie kann das Risiko, sich z.B. mit Tripper, Syphilis oder Hepatitis A und B zu infizieren, deutlich reduziert werden.

Es ist wichtig, daß solche Infektionen schnell erkannt und behandelt werden:

- weil sich viele Erreger unbemerkt im Körper verstecken können und die Erkrankung damit chronisch werden kann
- weil jede sexuell übertragbare Krankheit das Risiko einer weiteren Infektion beim Sex, vor allem mit HIV, erhöht
- zum Schutz der SexualpartnerInnen

Auf jeden Fall sollte ein Arzt/eine Ärztin aufgesucht werden, wenn folgende Krankheitszeichen (Symptome) bemerkt werden und der letzte Sexualkontakt nicht länger als 14 Tage zurückliegt:

- Ausfluß aus Harnröhre, Scheide oder After
- auffällige Rötungen oder weiße Beläge im Mund-, Genital- oder Analbereich
- Brennen beim Wasserlassen
- starker Juckreiz, vor allem im Genital- und/oder Analbereich
- schmerzhaft geschwollene Lymphknoten in der Leisten- und/oder Halsgegend

- ungewöhnliche Hautausschläge
- Gelbfärbung der Augen und/oder der Haut

Dies sind nur einige der möglichen Symptome; ihr Auftreten muß jedoch kein Anzeichen einer sexuell übertragbaren Infektion sein. Ob dem so ist oder nicht, kann nur durch eine medizinische Untersuchung festgestellt werden.

Ergänzende Informationen zu sexuell übertragbaren Krankheiten

(sexually transmitted diseases, STD)

Liegt eine sexuell übertragene Infektion vor, kann der Hinweis des Beraters/der Beraterin helfen, daß eine solche Krankheit kein Zeichen für ein exzessives Sexuelleben sein muß. Treueversprechen in Beziehungen schützen nicht davor, sich mit einer sexuell übertragbaren Krankheit zu infizieren.

Wenn eine solche Infektion in einer Beziehung auftritt, die bislang als monogam vereinbart war, läßt die Infektion den Verdacht aufkommen, daß eine/r der PartnerInnen sich nicht an die Vereinbarung gehalten hat. Daher bietet diese Situation immer wieder Anlaß zu Beziehungskonflikten.

Gerade in solchen Fällen verheimlichen die PartnerInnen ihre Infektion. Da sich meist auch nur eine/r behandeln läßt, kann es leicht zu einer sogenannten Ping-Pong-Infektion kommen: Der/die unwissentlich Infizierte gibt die Infektion an die/den gerade Behandelte/n wieder zurück und so weiter.

Über die Infektion zu sprechen und sie behandeln zu lassen, sind Möglichkeiten, andere vor Ansteckung zu schützen. Das Infektionsrisiko kann außerdem verringert werden

- *durch Achten auf Anzeichen am eigenen Körper bzw. am Körper der Sexualpartnerin/des Sexualpartners. Solche Anzeichen sind Geschwüre oder andere Hautveränderungen an Scheide, Penis, After oder Mund*
- *durch Vermeiden von direktem Kontakt mit solchen Stellen, bis sicher ist, daß es sich dabei um keine Infektionskrankheit handelt*

Wenn eine Infektion vorliegt, steigt das Risiko einer Ansteckung mit anderen Erregern, auch mit HIV. Das Einhalten der Safer-Sex-Regeln schützt dann nicht mehr so zuverlässig. Das hat verschiedene Gründe:

- *Offene Haut- und Schleimhautstellen sind Eintrittspforten für Krankheitserreger. Gerade in Verbindung mit Reibung entstehen oft kleine, nicht wahrnehmbare Blutungen.*
- *Viele sexuell übertragbare Infektionen verursachen eitriges Sekret und/oder Geschwüre. An den betroffenen Körperstellen befinden sich häufig und in großer Zahl Zellen, die Krankheitserreger enthalten und aufnehmen. Geschwüre sind außerdem direkte Eintrittspforten für Krankheitserreger.*

Hepatitis A

<u>Symptome</u>	<u>Übertragungsweg</u>	<u>Therapie</u>	<u>Schutzmöglichkeiten</u>
<p>häufig ohne typische Symptome, daher oft unwissentlich weitergegeben</p> <p>nach ca. 2 Wochen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - grippeähnliches Gefühl - Appetitlosigkeit, Übelkeit - leichtes Fieber - Abneigung gegen bestimmte Lebensmittel wie Fett oder Alkohol - Urin verfärbt sich dunkel, der Stuhl hell - das Augenweiß und die Haut können gelb werden 	<p>über Kot in den Mund, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - durch verunreinigte Lebensmittel und Trinkwasser - bei bestimmten Sexualpraktiken, besonders „Rimming“ (Arschlecken) oder „Kaviar“ (Verzehr von Kot) 	<ul style="list-style-type: none"> - keine ursächliche Therapie möglich - empfohlen werden Bettruhe, Diät, kein Alkohol - heilt meist von selbst aus 	<ul style="list-style-type: none"> - für Personen, die entsprechende Sexualpraktiken ausüben, und für i.v. Drogengebrauchende empfiehlt sich eine Schutzimpfung - beim i.v. Drogengebrauch verringert Safer Use das Infektionsrisiko - Händewaschen nach Kontakt mit Stuhl und Urin - bei anal-oralen Kontakten (Arschlecken) Abdecken des Afters mit Dental Dam oder aufgeschnittenem Kondom

Hepatitis B

<u>Symptome</u>	<u>Übertragungswege</u>	<u>Therapie</u>	<u>Schutzmöglichkeiten</u>
<p>häufig ohne typische Symptome, daher oft unwissentlich weitergegeben</p> <p>die bei Hepatitis A genannten Symptome treten nach 6 Wochen bis 6 Monaten auf</p>	<p>Die Übertragungswege sind sehr ähnlich wie bei HIV. Allerdings ist das Risiko einer Übertragung viel höher: Das Hepatitis-B-Virus (HBV) ist wesentlich robuster und infektiöser als das HI-Virus; die Viruskonzentration in Körperflüssigkeiten ist wesentlich höher als bei HIV. Daher reicht Safer Sex als Schutz nicht aus, auch wenn dadurch das Risiko verringert werden kann.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontakt mit infektiösen Körperflüssigkeiten: Blut, Sperma, Vaginalsekret, Speichel, Kot, Urin, Lusttropfen - alle Sexualpraktiken, bei denen infektiöse Körperflüssigkeiten auf Schleimhäute gelangen - gemeinsamer Gebrauch von Spritzbestecken 	<p><u>Therapie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - bisher keine ursächliche Behandlung möglich; einige sehr erfolgversprechende Therapien befinden sich zur Zeit in Erprobung - empfohlen werden Bettruhe, Diät, kein Alkohol - heilt in ca. 90% der Fälle von selbst aus - ca. 10 % bleiben lebenslang Virusträger und können andere anstecken, ohne sich selbst krank zu fühlen - bei ca. 10% wird die Hepatitis B chronisch, d.h. die Leber wird in ihrer Funktion beeinträchtigt 	<p><u>Schutzmöglichkeiten</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - für Schwule, GebraucherInnen von Spritzdrogen und sexuell aktive Menschen ist die Schutzimpfung sehr empfehlenswert - regelmäßige Überprüfung des Impfschutzes - bei eindringendem Geschlechtsverkehr schützen Kondome, bei anderen Sexualpraktiken gibt es nur begrenzte Schutzmöglichkeiten - beim i.v. Drogengebrauch Benutzung steriler Spritzbestecke und Spritzutensilien, und zwar immer nur die eigenen

Hepatitis C

<u>Symptome</u>	<u>Übertragungswege</u>	<u>Therapie</u>	<u>Schutzmöglichkeiten</u>
<p>häufig ohne typische Symptome, daher oft unwissentlich weitergegeben</p> <p>die bei Hepatitis A genannten Symptome treten nach mehreren Wochen bis mehreren Monaten auf</p>	<p>Die Übertragungswege sind nicht völlig geklärt. Angenommen wird, daß das Übertragungsrisiko und die Übertragungswege ähnlich sind wie bei HIV.</p> <p>Übertragung meist über Blut-Blut-Kontakt, d.h.</p> <ul style="list-style-type: none"> - beim gemeinsamen Gebrauch von Spritzbestecken - möglicherweise bei Sexualpraktiken, bei denen infektiöse Körperflüssigkeiten (Blut, Sperma, Scheidenflüssigkeit) in Wunden eindringen können 	<p><u>Therapie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - keine ursächliche Therapie möglich - Behandlung mit Interferon ist in Erprobung - empfohlen werden Bettruhe, Diät, kein Alkohol - wird in 80-90 % der Fälle chronisch; die Leber wird meist schneller funktionsunfähig als bei Hepatitis B 	<p><u>Schutzmöglichkeiten</u></p> <ul style="list-style-type: none"> bisher keine Impfung möglich - Vermeidung von Blutkontakten - beim i.v. Drogengebrauch Benutzung steriler Spritzbestecke und Spritzutensilien, und zwar immer nur die eigenen - durch Safer Sex und Kondomgebrauch kann das Risiko einer sexuellen Übertragung stark verringert werden

Ergänzende Informationen zu den Hepatitiden

Es gibt verschiedene Virusarten (Hepatitis A, B, C, D, E und G), die unterschiedlich übertragen werden und unterschiedlich gefährliche Erkrankungen der Leber auslösen können.

Sehr oft verläuft die Virushepatitis ohne oder mit nur schwachen Symptomen und bleibt deshalb unbemerkt. Nicht jede Hepatitis-Erkrankung verursacht eine Gelbsucht (Ikterus). „Gelbsucht“ ist die umgangssprachliche Zusammenfassung einiger Symptome (Gelbfärbung von Haut und Augenweiß, farbliche Veränderungen von Stuhl und Urin).

Gegen Hepatitis A und B gibt es wirkungsvolle Impfungen, die bei allen Ärztinnen/Ärzten gemacht werden können.

Tabelle: Vergleich zwischen Hepatitis B und HIV

	HIV	Hepatitis B
Zahl der weltweit Infizierten (WHO-Schätzung)	10 – 12 Millionen	2.000 Millionen
Zahl der AIDS-Fälle und HBV-Träger weltweit	Ca 2 Millionen	Ca 350 Millionen
Mindestblutvolumen für die Übertragung der Infektion	0,1 ml	0,00004 ml
Infektionsrisiko bei Nadelstichverletzungen bei positivem Patienten	0,5 %	7 – 30 %
Durch Impfung zu verhüten	nein	ja

Nach: Czeschinski: Die Virushepatiden; DVU 1998

Die Hepatitis-B-Impfung ist besonders für Schwule, GebraucherInnen von Spritzdrogen und sexuell aktive Menschen ratsam. Die Ständige Impfkommission des Robert Koch-Instituts (STIKO), in Deutschland die entscheidende Institution für die geltenden Impfregele, empfiehlt die

Impfung für „Personen mit Kontakt zu Hepatitis-B-Trägern in Familie und Gemeinschaft“ und für „homosexuell aktive Männer“. Die Kostenübernahme gemäß der Impfvereinbarung zwischen den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung basiert auf diesen Empfehlungen. Ob die privaten Krankenversicherungen die Kosten übernehmen, hängt von dem Leistungsangebot und dem Vertragsabschluss ab.

Die Kosten für die Hepatitis-A-Impfung müssen in der Regel selbst getragen werden. Für Reisefreudige sollte auch diese Impfung selbstverständlich sein. Mittlerweile gibt es einen Kombinationsimpfstoff, mit dem gleichzeitig gegen Hepatitis A und B geimpft werden kann. Für die Kombinationsimpfung ist die Kostenfrage vorher mit der Krankenkasse zu klären.

Safer Sex und Kondomgebrauch verringern das Risiko einer Infektion mit Hepatitis B und C. Gegen Hepatitis A und B bietet die Impfung einen sicheren Schutz.

Hepatitis D tritt nur in Verbindung mit einer Hepatitis B-Infektion auf. Wer also gegen Hepatitis B durch eine entsprechende Impfung geschützt ist, ist zugleich gegen Hepatitis D geschützt.

Die Hepatitis E ist in Übertragung und Verlauf meist ähnlich wie die Hepatitis A. Bei Schwangeren ist der Verlauf allerdings oft sehr schwer, in ca. 20 % kommt es zu einem Leberversagen.

Das Virus, das Hepatitis G auslöst, scheint genauso wie das Hepatitis-C-Virus übertragen zu werden. Schutzmöglichkeiten sind dementsprechend Safer Sex und Safer Use. Die durch Hepatitis G verursachte Infektion ist bisher allerdings kaum erforscht.

Trippler (Gonorrhoe)

<u>Symptome</u>	<u>Übertragungswege</u>	<u>Therapie</u>	<u>Schutzmöglichkeiten</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Brennen beim Wasserlassen - eitriger Ausfluß aus der Scheide/Harnröhre - eitriger, eventuell blutiger Ausfluß aus dem Darm - eitrige Bindehautentzündung - unspezifische Symptome im Hals/Rachen (Halsschmerzen, übler Geschmack) <p>beim Fortschreiten der Erkrankung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - starke Unterbauchschmerzen und Fieber als Zeichen einer Eileiter- bzw. Nebenhodenentzündung - Gelenkentzündung 	<p>Gonorrhoe ist eine bakterielle Infektion. Die Bakterien brauchen eine Schleimhaut, um zu überleben, und sind empfindlich gegenüber Austrocknung und Kälte.</p> <p>Zur Übertragung ist daher nötig:</p> <ul style="list-style-type: none"> - direkter Kontakt mit infektiöser Schleimhaut (Harnröhre, Muttermund, Augenbindehaut, After, Mund/Rachen) - oder Kontakt mit infektiösen Körperflüssigkeiten - eine Ansteckung über Waschlapen und WC-Brille ist praktisch unmöglich 	<ul style="list-style-type: none"> - bei rechtzeitiger Diagnose gut behandelbar - spezielle Antibiotika in ausreichender Menge und Dauer, keine Selbstbehandlung! <p>bei Nichtbehandlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entzündung und Verkleben der Eileiter/Samenleiter; Folge: Unfruchtbarkeit bzw. Zeugungsunfähigkeit - Früh- und Fehlgeburten - Gelenkentzündungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Gebrauch von Kondomen bei jeder Art von eindringendem Geschlechtsverkehr - Urin und Ejakulat nicht auf die Schleimhäute

Chlamydien

<u>Symptome bei Frauen</u>	<u>Symptome bei Männern</u>	<u>Übertragungswege</u>	<u>Therapie</u>	<u>Schutzmöglichkeiten</u>
<p>oft ohne typische Symptome</p> <ul style="list-style-type: none"> - unklare Unterbauchschmerzen - Schmerzen beim Geschlechtsverkehr - Unregelmäßigkeiten bei der Menstruation- eitriger Ausfluß - Brennen beim Wasserlassen 	<ul style="list-style-type: none"> - eitrige Harnröhrenentzündung - Brennen beim Wasserlassen 	<p>Chlamydien leben in Schleimhautzellen, daher ist zur Übertragung nötig:</p> <ul style="list-style-type: none"> - direkter Kontakt mit infektiöser Schleimhaut (Harnröhre, Muttermund, Augenbindehaut, After, Mund/Rachen) - oder Kontakt mit Körperflüssigkeiten, die solche Zellen enthalten 	<ul style="list-style-type: none"> - spezielle Antibiotika in ausreichender Menge und Dauer, keine Selbstbehandlung! <p>bei Nichtbehandlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entzündung und Verkleben der Eileiter/Samenleiter; Folge: Unfruchtbarkeit bzw. Zeugungsunfähigkeit - Früh- und Fehlgeburten - Gelenkentzündungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Gebrauch von Kondomen bei jeder Art von eindringendem Geschlechtsverkehr

Feigwarzen (Kondylome)

<u>Symptome</u>	<u>Übertragungswege</u>	<u>Therapie</u>	<u>Schutzmöglichkeiten</u>
<p>verursacht durch sehr widerstandsfähige Viren (humanes Papilloma-Virus, HPV)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hautveränderungen (von hornhautartigen Flecken bis zu Wucherungen) - sichtbar: Wochen bis Monate nach Kontakt mit einer infizierten Person - oftmals bleiben die Viren in der Haut, ohne dort Veränderungen zu verursachen 	<ul style="list-style-type: none"> - vaginale, orale, anale Sexualkontakte mit infizierten Personen - Schmierinfektionen sind selten, aber möglich 	<p>Mit den üblichen, durchaus bewährten Verfahren wird nur die sichtbare Hautveränderung behandelt, das Virus bleibt in der Haut. Das körpereigene Immunsystem kann die restlichen Viren unschädlich machen. Andererseits treten häufig neue Hautveränderungen auf, ohne daß eine erneute Infektion von außen stattgefunden haben muß. Die Behandlung von Kondylomen kann daher oft langwierig und lästig sein.</p> <p>Möglich ist auch eine Therapie, die das Immunsystem stärkt, z.B. Akupunktur oder Homöopathie, und das Auftreten von HPV-bedingten Hautveränderungen verhindert.</p> <p>Behandlung durch Verätzen, Vereisen oder Verschorfen der betroffenen Stellen, entfernen der Hautveränderungen mit Laser</p> <p>Einige Papillom-Virustypen sind Auslöser bei der Entstehung von Krebserkrankungen (u.a. Gebärmutterhalskrebs und Analkrebs).</p>	<p>Kondome und Dental Dams bieten einen gewissen Schutz, schützen also nicht absolut sicher.</p>

Syphilis (Lues)

<u>Symptome</u>	<u>Übertragungswege</u>	<u>Therapie</u>	<u>Schutzmöglichkeiten</u>
<p>Eine durch spezielle Bakterien verursachte sexuelle Erkrankung, die den gesamten Körper betrifft. Von der Eintrittsstelle aus werden die Bakterien über das Blut im gesamten Körper verstreut.</p> <p>Verlauf in 3 Stadien:</p> <p>1. Stadium (15-20 Tage bis 4-5 Wochen nach der Infektion)</p> <ul style="list-style-type: none"> - nicht schmerzendes Geschwür an der Eintrittsstelle des Erregers (bleibt eventuell unbemerkt) - oft Lymphknotenschwellungen in der Umgebung des Geschwürs <p>2. Stadium (4-8 Wochen nach der Infektion)</p> <ul style="list-style-type: none"> - wechselnde, unspezifisch erscheinende Hautveränderungen - Lymphknotenschwellungen - spezielle Warzen - Haarausfall - Fieber <p>3. Stadium (nach mehreren Jahren)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schäden an großen Blutgefäßen, am Herzen und am Nervensystem - Bei HIV-positiven Infizierten ist ein wesentlich schnellerer und heftigerer Verlauf möglich. 	<p>Zum Eintritt des Erregers (Bakterium) genügt ein mikroskopisch kleiner Hautriß. Daher sind die Übertragungswege:</p> <ul style="list-style-type: none"> - direkter Kontakt mit einem Syphilis-Geschwür oder einer anderen syphilisbedingten Hautveränderung - alle Sexpraktiken, bei denen es <u>auch nur zu kleinsten</u> Verletzungen kommt - gemeinsamer Gebrauch von Spritzbestecken - Sexspielzeuge, an denen sich Körpersekrete befinden 	<p>In den ersten beiden Stadien ist die Syphilis heilbar durch gezielten Einsatz von Antibiotika.</p> <p>Bei HIV-positiven Infizierten muß intensiver behandelt werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gebrauch von Kondomen - Handschuhe bei jeder Sexpraktik, bei denen es zu Verletzungen kommt - kein Kontakt mit offenen Wunden jeder Art - nur eigene Spritzen und Kanülen benutzen - kein Sexspielzeug weitergeben

Herpes

<u>Symptome</u>	<u>Übertragungswege</u>	<u>Therapie</u>	<u>Schutzmöglichkeiten</u>
<p>Es gibt zwei Typen von Herpesviren: Typ 1 kommt vor allem am Mund, Typ 2 vor allem im Genitalbereich vor. Da in ca. 30% der Fälle der Genitalherpes durch Typ 1 verursacht wird, scheint auch eine Übertragung von Typ 2 auf den Mund möglich zu sein (= Kreuzinfektion).</p> <p>Bei erstmaliger Infektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jucken, Kribbeln an der infizierten Körperstelle - brennende Schmerzen - schmerzhafte Bläschen, die zu Geschwüren aufplatzen - Lymphknotenschwellung - Fieber - grippeähnliche Symptome <p>Bläschen und Geschwüre heilen von selbst ab, aber das Virus bleibt lebenslang am Infektionsort und kann bei geschwächter Abwehr, z.B. bei Streß oder während der Menstruation, erneute Symptome zeigen.</p> <p>Bei HIV-Infizierten breiten sich die Bläschen oft über größere Körperbereiche aus.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - eine Ansteckung ist an jeder Körperstelle möglich; mikroskopisch kleine Hautverletzungen können Eintrittspforten sein - Bläschen können auch an nicht sichtbarer Stelle sein (z.B. am Muttermund) - Bläschen und Geschwüre sind hochinfektiös, bis sie abgeheilt sind <p>Ob ein Ansteckungsrisiko auch bei nicht sichtbaren Hautveränderungen besteht, wird diskutiert.</p>	<p>Die Behandlung lindert die Schmerzen und fördert die Heilung der Bläschen/Geschwüre.</p> <ul style="list-style-type: none"> - je nach Schwere des Krankheitsbildes virushemmende Medikamente als Salbe oder Tabletten - austrocknende Salbe auf die Bläschen <p>Eine ursächliche Behandlung ist nicht möglich.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kondome und Dental Dams bieten einen gewissen Schutz, schützen also nicht absolut sicher - Vermeiden von direktem Kontakt mit sichtbaren Bläschen und Geschwüren

Hinweis auf Materialien der Deutschen AIDS-Hilfe:

- Schwuler Sex, Lust und Risiken – Tips für Sexualität und Gesundheit Broschüre
- Unter Männern. Eine Broschüre zu sexuell übertragbaren Krankheiten (Broschüre)
- Wer lutscht schon gern ein Dental Dam? Informationen für Frauen, die Sex mit Frauen haben (Broschüre)
- Hepatitis B muß kein Problem sein (Faltblatt)
- HIV 'n' HEP oder Geiles Feeling mit Konsequenzen. Infos für User (Broschüre)
- Hepatitis. Eine Orientierungshilfe für Beraterinnen und Berater sowie interessierte Laien (Broschüre)

Kapitel 6

Der HIV-Antikörpertest

Grundsätzliches zum HIV-Test

Die heute üblichen Testverfahren suchen nach HIV-Antikörpern im Blut. Das Virus selbst wird damit nicht nachgewiesen.

Nach der Infektion mit dem HI-Virus findet im Organismus eine Immunreaktion statt, bei der HIV-Antikörper gebildet werden. Zudem können unspezifische grippeähnliche Symptome auftreten.

Dieser Prozeß beginnt etwa 2 bis 3 Wochen nach dem Eindringen des Virus in den Organismus und ist in der Regel nach 12 Wochen abgeschlossen. Erst dann lassen sich die Antikörper in der Regel zuverlässig nachweisen. Werden durch den Test HIV-Antikörper festgestellt, lautet sein Ergebnis „reaktiv“ oder „positiv“. Anders als bei anderen Infektionen zeigt hier die Antikörperbildung allerdings nicht an, daß der Erreger erfolgreich bekämpft worden ist, sondern nur, daß nachweislich eine Infektion stattgefunden hat.

In seltenen Fällen kann die Immunreaktion verzögert eintreten. Das heißt: unspezifische Symptome treten erst nach mehr als 3 Monaten auf, und Antikörper lassen sich erst nach diesem Zeitraum nachweisen.

Aus diesem Grund wird empfohlen, *bei hoher Ansteckungswahrscheinlichkeit* einen zunächst negativ ausgefallenen Antikörpertest sicherheitshalber zu wiederholen, und zwar 6 Monate nach der Exposition oder innerhalb dieses Zeitraums 3 Wochen nach dem Auftreten unspezifischer Symptome, die eventuell auf eine frische HIV-Infektion hinweisen könnten.

Hinweise für die Beratungssituation Der HIV-Antikörpertest

Bei der grundsätzlichen Aussage, daß der Antikörpertest im Regelfall 3 Monate nach dem letzten mutmaßlichen Ansteckungsrisiko ein zuverlässiges Ergebnis liefert, haben wir uns mit dem Robert-Koch-Institut in Berlin (vorm. Bundesgesundheitsamt) abgestimmt. Wie bei allen statistischen Mittelwerten, muß dies allerdings nicht auf jeden Einzelfall zutreffen. Weder sind biologische Reaktionen mit hundertprozentiger Zuverlässigkeit vorhersagbar, noch kann irgendein Testverfahren absolute Zuverlässigkeit bieten. Einerseits kann in sehr seltenen Fällen die Zeit der Antikörperbildung länger als drei Monate dauern.

Andererseits reagiert bei der Mehrzahl der HIV-Infizierten der Antikörpertest bereits 6 bis 8 Wochen nach der Infektion positiv. D.h. man hätte in so einem Fall bereits nach sechs bis acht Wochen ein zuverlässiges HIV-positives Testergebnis. Da selbst die Sicherheit um ein HIV-positives Testergebnis weniger quälend sein kann als das lange Warten auf das Ergebnis, kann es in solchen Situationen sinnvoll sein, den Test früher anzubieten. Weniger sicher ist zu diesem Zeitpunkt ein HIV-negatives Testergebnis. Unklar ist dann, ob evtl. noch zu einem späteren Zeitpunkt eine Serokonversion erfolgen könnte.

Bei sehr ängstlichen Patienten wird der HIV-Test von Ärzten deshalb häufig schon früher angeboten und – je nach Ergebnis – evtl. zu einem späteren Zeitpunkt wiederholt.

Dies ändert nichts an der Richtigkeit der grundsätzlichen o.g. Aussage. Dennoch kann es in bestimmten Fällen sinnvoll sein, ängstlichen Ratsuchenden vorzuschlagen, schon zu einem früheren Termin die erforderliche persönliche Beratung aufzusuchen. Innerhalb der Beratung kann dann geklärt werden, wie im jeweiligen Einzelfall sinnvoll verfahren werden kann.

Bei der Testdurchführung wird als erstes Verfahren ein hochempfindlicher Suchtest (der ELISA-Test) angewendet. Werden hierbei keine Antikörper nachgewiesen, kann das Ergebnis mitgeteilt werden. Reagiert der Suchtest jedoch positiv, besteht der Verdacht auf eine Infektion. Dieses Ergebnis muß durch einen noch genaueren Bestätigungstest (in der Regel der Western Blot) überprüft werden.

Wenn durch diese Testverfahren HIV-Antikörper festgestellt werden, lautet das Ergebnis „HIV-positiv“, werden keine Antikörper nachgewiesen, lautet das Ergebnis „HIV-negativ“.

Erst nach der Bestätigung durch den Western Blot sollte ein positives HIV-Testergebnis mitgeteilt werden.

Ein positives Testergebnis sollte zusätzlich mit einer zweiten Blutentnahme überprüft werden, um seltene, aber immerhin mögliche falsche Ergebnisse auszuschließen.

Rahmenbedingungen für die Durchführung des HIV-Tests

- Vor dem Test sollte ein Beratungsgespräch stattfinden. Erst danach sollte die Blutabnahme erfolgen.
- Niemand darf ohne sein ausdrückliches Einverständnis getestet werden. Zwangstests oder stillschweigend durchgeführte Tests (z.B. bei Untersuchungen im Krankenhaus) sind rechtlich unzulässig und können als Verletzung des Persönlichkeitsrechts geahndet werden.
- Die Testergebnisse sollten immer nur persönlich, nicht schriftlich oder telefonisch mitgeteilt werden.
- Die Mitteilung des Testergebnisses sollte ebenfalls mit einem ausführlichen Beratungsgespräch verbunden sein.

Die Testberatung

Es gibt viele Gründe, weshalb sich Menschen testen lassen: Bilanzierung des Lebensstils, Gewißheit angesichts einer befürchteten Ansteckung, Kinderwunsch, Wunsch nach ungeschütztem Sex in der Partnerschaft, frühe Nutzung der Therapiemöglichkeiten, Abklärung von Symptomen.

Im Vorfeld des Test sollten folgende Fragen geklärt werden:

- Hat tatsächlich ein Ansteckungsrisiko bestanden ?
- Belastet mich die Ungewißheit mehr als ein positives Testergebnis ?
- Wäre ich in der Lage, ein positives Testergebnis psychisch zu verkraften?
- Welche Unterstützung würde ich mir wünschen, welche wäre für mich verfügbar ?
- Welche medizinischen Behandlungsmöglichkeiten gibt es für Menschen mit HIV und AIDS ?

Bei Frauen mit Kinderwunsch oder schwangeren Frauen sind diese Aspekte besonders zu berücksichtigen.

Thema der Beratung sollten auch die rechtlichen und gesellschaftlichen Folgen eines möglicherweise positiven Testergebnisses sein (z.B. arbeits- und versicherungsrechtliche Probleme, Ablehnung durch Mitmenschen).

Wo kann man sich zu welchen Bedingungen testen lassen?

- Anonym (ohne Angabe des Namens oder anderer persönlicher Daten) und zum Teil kostenlos oder gegen eine geringe Gebühr wird

der Test nur bei den Gesundheitsämtern durchgeführt. Hinzu kommt hier das Angebot einer Beratung sowohl vor als auch nach dem Test. Ein positives Ergebnis wird zudem nur mitgeteilt, wenn bereits ein Bestätigungstest gemacht wurde.

- Auch bei einem privaten Labor ist es unter Umständen möglich, sich anonym testen zu lassen. Hier muß der Test allerdings selbst bezahlt werden. Auch wird keine Beratung angeboten. Falls der Suchtest positiv ausfällt, muß ein in der Regel wesentlich teurerer Bestätigungstest angeschlossen werden.
- Beim Arzt/bei der Ärztin kann der Test entweder offiziell gemacht werden, d.h. unter Angabe der persönlichen Daten, oder pseudonym, d.h., der Arzt/die Ärztin schickt die Blutproben unter einem anderen Namen ins Labor. Bei einem offiziellen Test ist sein Ergebnis offengelegt, und zwar für die Krankenkasse wie auch bei eventuellen Rückfragen (z.B. von Versicherungen). Bei einem pseudonymen Test (der selbst zu bezahlen ist) ist nur der Arzt/die Ärztin von seinem Ergebnis informiert. Er/sie muß aber in speziellen Fällen von der Schweigepflicht entbunden werden, z.B. bei Abschluß einer neuen Versicherung.
- Von sogenannten Heimtests (in Deutschland nicht zugelassen) sollte in jedem Fall abgesehen werden, u.a. aus Gründen ihrer Unzuverlässigkeit.

Wer die 100%ige Kontrolle über das Wissen um sein HIV-positives Testergebnis behalten möchte, sollte die Form des anonymen Tests (z.B. beim Gesundheitsamt) wählen.

Ergänzende Informationen zum HIV-Antikörpertest

Der HIV-Test ist kein „AIDS-Test“!

Der häufig fälschlicherweise als „AIDS-Test“ bezeichnete Nachweis der Abwehrstoffe, die der Körper nach einer Ansteckung mit HIV bildet, heißt korrekt HIV-Antikörpertest oder kurz HIV-Test.

Die Bezeichnung „AIDS-Test“ ist falsch, weil dieser Test keine AIDS-Erkrankung nachweist, sondern nur eine vor Monaten oder Jahren erfolgte Ansteckung mit HIV. Im Test wird die mit einer Ansteckung ausgelöste Reaktion im Blut (die Bildung von Antikörpern) sichtbar gemacht. Da die Antikörperbildung verzögert erfolgt, gilt der Test erst 12 Wochen nach dem vermuteten Infektionszeitpunkt als aussagekräftig.

In seltenen Fällen kann die Immunreaktion später stattfinden, d.h., die unspezifischen Symptome treten erst nach mehr als 3 Monaten auf, und Antikörper sind erst nach diesem Zeitraum nachweisbar.

Bereits kurz nach der Ansteckung können sich jedoch schon viele Viren im Blut der/des HIV-Infizierten befinden (Virämie). Der/die Betroffene ist dann bereits ansteckend.

Das positive Testergebnis

Das Testergebnis wird als „positiv“ bezeichnet, wenn Antikörper gegen HIV nachweisbar sind. Diese „Laborsprache“ hat sich auch in der Umgangssprache durchgesetzt, obwohl die Bezeichnung „positiv“ immer wieder zu Mißverständnissen führt. Die Tatsache, daß eine Ansteckung stattgefunden hat, ist für die betroffene Person oft alles andere als „positiv“.

Das negatives Testergebnis

Dementsprechend wird das Testergebnis als „negativ“ bezeichnet, wenn keine Antikörper nachweisbar sind. Der Körper braucht eine gewisse Zeit, um Antikörper zu bilden. Deshalb kann ein Test trotz einer Ansteckung negativ ausfallen, wenn sie erst kurze Zeit zurückliegt. Der Test kann also keine Aussage über eine frische Infektion machen, die in den letzten Wochen oder gar Tagen erfolgte.

„Diagnostische Lücke“ (auch „diagnostisches Fenster“)

Antikörper sind erst einige Zeit nach der Ansteckung nachweisbar, so daß es einen Zeitraum gibt, in dem eine Person bereits infiziert ist, das Ergebnis eines HIV-Tests aber noch negativ ausfällt, da im Blut keine Antikörper gefunden wurden. Dieser Zeitraum wird als „diagnostische Lücke“ bezeichnet.

Über die Länge dieses Zeitraums gibt es immer wieder unterschiedliche Untersuchungsergebnisse und Meldungen, die zu Verunsicherung führen. Als gesichert gilt die Erkenntnis, daß sich Antikörper zwar häufig schon nach 6 Wochen bilden, daß aber ein negatives Testergebnis erst etwa 3 Monate nach einem Infektionsrisiko eine Infektion wirklich ausschließt.

Keine Blutentnahme ohne vorheriges Einverständnis!

Blutentnahmen und deren Untersuchung auf HIV-Antikörper ohne Einverständnis der betreffenden Person sind gemäß der gegenwärtigen Gesetzeslage verboten: Bei der Blutabnahme handelt es sich um einen Eingriff, welcher der ausdrücklichen Zustimmung des Patienten/der Patientin bedarf. Es darf auch nicht davon ausgegangen werden, daß ein/e PatientIn, dem/der im Rahmen allgemeiner Untersu-

chungen Blut abgenommen wird, von vornherein damit einverstanden ist, daß dieses Blut auch auf HIV-Antikörper untersucht wird.

Darüber hinaus gibt es auch ethische Gründe, die „heimliche“ Tests verbieten: Das Wissen um die eigene Infektion ist eine große psychische Belastung, die krank machen kann. Deswegen müssen Menschen, bei denen ärztlicherseits der Verdacht auf eine Infektion besteht, wissen, worauf sie sich einlassen, wenn sie getestet werden. Sie ungefragt mit einem positiven Ergebnis zu konfrontieren hieße, den ärztlichen Ermessensspielraum massiv zu übertreten.

Blutspenden ist kein Ersatz für den Test

In diesem Zusammenhang sei dringend vor der immer wieder zu beobachtenden Praxis gewarnt, den Gang zum Blutspenden mit einem HIV-Test zu verwechseln: Wer sich dem HIV-Test unterzieht, ist sich bewußt (bzw. wird sich in der Beratung bewußt), ein Infektionsrisiko eingegangen zu sein, und will sich deswegen testen lassen. Wer aber zur Blutspende geht, muß sicher sein, sich in der Vergangenheit nicht infiziert zu haben - sei es, daß sie/er sich aufgrund ihres/seines Verhaltens nicht infiziert haben kann, sei es, daß sie/er einen HIV-Test gemacht hat.

Außerdem hätte sich der/die SpenderIn im Falle eines positiven Testergebnisses der Möglichkeit des - und sei es nur vorläufigen - anonymen Umgangs mit seiner/ihrer Infektion beraubt, da er/sie als BlutspenderIn namentlich registriert ist.

Entscheidung für den Test

Viele Menschen lassen sich auf HIV-Antikörper testen, weil sie wissen wollen, ob sie sich mit HIV infiziert haben. Sie sind beispielsweise durch Berichte in den Medien oder Gespräche mit Freun-

den/Freundinnen und Bekannten auf das Thema aufmerksam gemacht oder durch Erfahrungen im sexuellen Bereich dafür sensibilisiert worden.

Die Frage nach dem Test kann sich für Menschen stellen, die eine Ansteckung mit HIV befürchten, weil

- sie ein Infektionsrisiko eingegangen sind
- sie den Wunsch nach ungeschütztem Sex haben
- sie frühere Infektionsrisiken abklären wollen
- bestimmte Krankheitserscheinungen auftreten, die bei einer HIV-Infektion auftreten können und deren Ursache ärztlich abgeklärt werden soll

Ein zusätzliches Kriterium kann sein, daß jemand die Möglichkeiten einer antiretroviralen Therapie frühzeitig nutzen will.

Der Test muß streng an der individuellen Situation orientiert sein und setzt die freiwillige Entscheidung des/der einzelnen voraus. Um aber entscheiden zu können, bedarf es zahlreicher Informationen. Wichtig ist, daß den Ratsuchenden Hilfestellung gegeben wird, eine eigene, unabhängige Entscheidung für oder gegen den Test zu treffen. Eine Entscheidung gegen den Test oder ein Aufschub der Entscheidung kann ebenso verantwortungsbewußt sein wie eine Entscheidung für den Test. Jede wohlüberlegte Entscheidung der/des Ratsuchenden sollte der/die BeraterIn wertfrei akzeptieren!

Folgende Umstände können Hinweise auf erhöhte Infektionsrisiken geben:

- ungeschützter eindringender Geschlechtsverkehr mit (wechselnden) Partnerinnen oder Partnern, über deren Infektionsstatus nichts bekannt ist

- ungeschützter Analverkehr
- ungeschützte sexuelle Kontakte mit Menschen aus Gruppen, die von HIV besonders betroffen sind - z.B. homo-/bisexuelle Männer, i.v. Drogengebrauchende - oder aus geographischen Gebieten mit einem besonders hohen Anteil HIV-infizierter Menschen, wie z.B. Zentral-, Ost- und Westafrika, Karibik, Thailand und die Philippinen (Sextourismus!)
- ungeschützter Sexualverkehr mit Sexualpartnerinnen und -partnern von HIV-Infizierten
- eigener i.v. Drogenkonsum bei gemeinsamer Benutzung derselben Spritzbestecke oder Sexualverkehr mit Menschen, die Drogen auf diese Weise konsumieren
- wenn HIV-infiziertes Blut in eigene Wunden oder auf die eigene Schleimhaut gelangt ist
- EmpfängerInnen von Bluttransfusionen oder Plasmapräparaten (z.B. Prothrombinkomplex-Präparate) insbesondere zwischen 1980 und 1985 (in Europa und USA!) und deren SexualpartnerInnen
- Bluterkrankte (Hämophile), die bis 1985 Gerinnungsfaktoren-Konzentrate erhalten haben, und ihre SexualpartnerInnen

Testmethoden

Suchtest und Bestätigungstest

Wenn der Test durchgeführt wird, sind zwei Testschritte üblich: Nach ausführlicher Beratung wird zunächst ein „Suchtest“ (ELISA) auf die im Blut vorhandenen Antikörper durchgeführt, der bei einem positiven Ergebnis (= es sind möglicherweise HIV-Antikörper vorhanden) in jedem Fall sehr genau mit mindestens einem der aufwendigeren „Be-

stätigungstests" (heute meist Western Blot und/oder Immunfluoreszenz) kontrolliert werden muß, bevor er wirklich aussagefähig ist.

1. Suchtest = ELISA (HIV-1 und HIV-2)

Der ELISA (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay) eignet sich besonders als Suchtest, weil mit ihm relativ wenig Zeit- und Personenaufwand viele Blutseren getestet werden können. Die modernen ELISA-Tests sind hochempfindlich (sensitiv) und sehr genau (spezifisch). Idealerweise soll kein Test falsch-negativ ausfallen; d.h., die Tests sollen immer reagieren, wenn Antikörper im (Blut-)Serum vorhanden sind. Der Preis einer hohen Empfindlichkeit sind (heute relativ selten vorkommende) Fehler, nämlich falsch positive Reaktionen.

Im Blut ist eine Vielzahl anderer Antikörper (z.B. Rheumafaktoren) und chemischer Stoffe vorhanden, die den Suchtest positiv ausfallen lassen können, obwohl keine HIV-Antikörper vorhanden sind. Es besteht daher die Möglichkeit eines irrtümlich reaktiven (positiven) Testergebnisses, also der „Vortäuschung“ einer Ansteckung („falsch positiv“). Deswegen wird ein positives Ergebnis des Suchtests mit dem aufwendigen Bestätigungstest (der für diese Fehlerquelle unempfindlicher ist) kontrolliert.

Achtung: Diese zeitaufwendige Verfahrenskombination ist bei Schnelltestverfahren nicht gegeben!

2. Bestätigungstest (HIV-1 und HIV-2)

- Immunoblot = Western Blot
- Immunfluoreszenztest (IFT, wird nur noch selten angewandt)

Beide Tests zeichnen sich durch eine noch höhere Spezifität und hohe Sensitivität aus.

Die Kombination des Suchtests mit mindestens einem Bestätigungstest sowie eine äußerst sorgfältige Durchführung (Beratung, Sicherung vor Verwechslungen usw.) machen den HIV-Test sehr zuverlässig.

3. Direkter Nachweis des HI-Virus im Blut

Polymerase-Ketten-Reaktion (PCR, = polymerase chain reaction)

Die PCR ist eine Weiterentwicklung der sogenannten Gensonden-Technik, die es erlaubt, die Nukleinsäuren des Virus-Erbmaterials (Gene) direkt nachzuweisen. Das Nachweisverfahren ist sehr teuer, aber extrem empfindlich. Dieser Vorteil ist zugleich sein Nachteil: Es gibt falsch positive Ergebnisse. Die PCR gehört daher in erfahrene Hände und ist vorerst nur für wissenschaftliche Anwendungsgebiete mit sehr kritischer Reflexion geeignet.

Außerdem wird die PCR bei der Kontrolle des Verlaufs einer bereits bestehenden HIV-Infektion eingesetzt.

Zuverlässigkeit

Die modernen HIV-Antikörpertests sind extrem zuverlässig, d.h., ihre Ergebnisse sind sehr sicher. Es gibt in der Medizin kaum andere Untersuchungsverfahren mit vergleichbarer Zuverlässigkeit. Dennoch bleiben Fehlermöglichkeiten, die in der Methode selbst (Testgüte) oder beim Labor liegen können.

Wo kann man sich testen lassen?

Schnell- und Heimtests

Neuerdings gibt es Schnelltests, die nach dem ELISA-Prinzip entwickelt wurden. Sie sind so einfach zu handhaben, daß sie auch von medizinischen Laien als „Heimtest“ angewendet werden können. Mit der als mißbräuchlich einzustufenden Anwendung dieser Verfahren als Heimtest sind erhebliche Probleme verbunden:

- die richtige technische Durchführung kann nicht kontrolliert werden
- positive Ergebnisse von Heimtests sind unbestätigte Ergebnisse und daher nicht interpretierbar; dennoch können sie Panikreaktionen mit unabsehbaren Folgen auslösen, noch bevor ein Bestätigungstest vorliegt
- die entscheidend wichtige enge Verknüpfung des HIV-Tests mit einer fachlichen Beratung ist nicht gegeben, so daß einerseits die diagnostische Lücke zu falscher Sicherheit führen kann und andererseits bei einem positiven Ergebnis keine Auffangmöglichkeit besteht
- der Heimtest könnte zu heimlichen Tests, z.B. im Bereich Prostitution, mißbraucht werden, und zwar zur schnellen – unter Umständen fälschlicherweise erfolgenden - Aussonderung Infizierter

Aus diesen Gründen sind Heimtestverfahren vom Gesetzgeber für den deutschen Markt nicht zugelassen worden.

Der Test direkt im Labor

Man kann sich auch direkt an private Labore wenden, muß dort aber für die Untersuchung bezahlen und darüber hinaus zwei Nachteile in Kauf nehmen: Zum einen erfolgt keine Beratung, zum anderen wird lediglich das unter Umständen positive ELISA-Ergebnis mitgeteilt. Dies hat wiederum Konsequenzen: Abgesehen davon, daß der Bestätigungstest deutlich teurer ist, muß eine quälend lange Zeit des Wartens auf sich genommen werden, bis das Bestätigungsergebnis vorliegt. Der Test im privaten Labor bietet aber auch häufig die Möglichkeit der Anonymität.

Der Test beim Hausarzt

Grundsätzlich kann jede/r Hausärztin/Hausarzt den HIV-Test durchführen. Sie/er kann ihn über die Krankenkasse wie andere Leistungen abrechnen, wenn es sich um eine Untersuchung im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge handelt oder wenn bei einer vorliegenden Erkrankung bzw. bei Symptomen ausgeschlossen werden soll, daß es sich um AIDS handelt. Dann ist das Testergebnis aber der Krankenkasse und z.B. anfragenden Versicherungen zugänglich. Sollte die Ärztin/der Arzt den Test pseudonym durchführen (hierbei wird der Name der betreffenden Person durch ein Kennwort oder eine Kennziffer ersetzt), muß der/die PatientIn den Test selbst bezahlen, wobei bereits im Vorgespräch darauf hingewiesen werden muß, daß unter Umständen ein (teurer) Bestätigungstest nötig ist.

Viele Menschen fürchten die Folgen, wenn andere Personen oder Institutionen von einem positiven Testergebnis erfahren, und ziehen deswegen den anonymen Test (es werden keine persönlichen Daten, wie z.B. der Name, erhoben) beim Gesundheitsamt, im Testlabor oder beim Hausarzt/bei der Hausärztin vor.

Der Test im Gesundheitsamt

Bei den in vielen Fällen kostenlosen und anonymen Tests im öffentlichen Gesundheitswesen ist sichergestellt, daß positive Ergebnisse immer bereits bestätigte Ergebnisse sind. Darüber hinaus kommen manche in die Testberatung der Gesundheitsämter, um zunächst auf anonymem Wege zu erfahren, ob sie infiziert sind, um sich im Falle eines negativen Ergebnisses beruhigt einer offiziellen (= unter Angabe des Namens erfolgenden) HIV-Diagnostik zu unterziehen (Einstellungsuntersuchung, berufsbedingte Verletzung, Einreisebedingung bestimmter Länder). Sie gehen ins Gesundheitsamt, weil sie sich im Fall eines positiven Ergebnisses nicht namentlich testen lassen wollen.

Der Test bei Einstellungsuntersuchungen

HIV-Tests dürfen nur mit Einwilligung der BewerberInnen vorgenommen werden. HIV-Tests bei Einstellungsuntersuchungen sind gesetzlich nicht vorgesehen. Auch wenn bei der ärztlichen Untersuchung HIV-verdächtige Symptome festgestellt werden, kann der HIV-Test nur mit Einwilligung der BewerberInnen durchgeführt werden. Diese befinden sich allerdings wegen ihres Einstellungsinteresses meist in einer abhängigen Entscheidungssituation.

Auch Betriebsärzte/-ärztinnen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Dem/der ArbeitgeberIn darf ohne Einwilligung der sich bewerbenden Person nur mitgeteilt werden, ob gesundheitliche Bedenken gegen deren Einstellung bestehen. Eine HIV-Infektion ohne Krankheitserscheinungen ist grundsätzlich kein Einstellungshindernis.

Der Test vor Operationen

Generell gilt zuerst einmal, was auch für den Arzt/die Ärztin gilt. Ein HIV-Antikörpertest ohne die Einverständniserklärung des Patienten/der Patientin ist nicht zulässig. Wenn es sich nicht um einen möglicherweise lebensrettenden Eingriff in einer lebensbedrohlichen Situation handelt, kann der Arzt/die Ärztin die Behandlung eines Patienten/einer Patientin jedoch ablehnen bzw. diese von der Durchführung eines Tests abhängig machen. Leider befindet sich der Patient/die Patientin auch hier wieder in einer abhängigen Entscheidungssituation.

Unter Umständen besteht an anderer Stelle (bei einem/einer anderen Arzt/Ärztin oder in einer anderen Klinik) die Möglichkeit, eine entsprechende Operation ohne einen vorangegangenen HIV-Antikörpertest durchzuführen. Es wurde auch schon mehrfach berichtet, daß in verschiedenen Kliniken und Krankenhäusern der Test heimlich durchgeführt, das Ergebnis jedoch nicht mitgeteilt wurde.

In solchen Fällen sollte man sich zuerst einmal an die Rechtsberatung einer AIDS-Hilfe wenden.

Ähnlich stellt sich die Situation für HIV-infizierte Menschen dar. Sie sind verpflichtet, auf Nachfrage eine bestehende HIV-Infektion den behandelnden Ärztinnen/Ärzten mitzuteilen. Sollte in diesem Fall ein Eingriff abgelehnt werden, empfiehlt es sich, zuerst kompetente Informationen (bei HIV-Schwerpunktmediziner/-medizinerinnen und AIDS-Hilfen) über die rechtlichen Möglichkeiten und die Alternativen einzuholen. Dazu gehören sowohl Informationen über das Verhältnis von Nutzen und Risiken einer Operation für den HIV-positiven Menschen als auch über die Möglichkeiten zur Durchführung der Operation.

Test und Reisen

Der Umgang mit HIV und AIDS in den verschiedenen Ländern dieser Erde unterscheidet sich zum Teil ganz erheblich voneinander. In diesem Zusammenhang spielen häufig die religiösen Traditionen eines Landes sowie die politische Situation eine wesentliche Rolle. Es gibt zwar kein Land, in dem der HIV-Antikörpertest als Einreisevoraussetzung für Touristen und Touristinnen verlangt wird, aber für den Fall einer geplanten Einwanderung sieht das schon ganz anders aus.

Außerdem gibt es Länder, die - entgegen den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) - Menschen mit HIV und AIDS generell nicht einreisen lassen. Speziell für Menschen, die eine medikamentöse Therapie gegen HIV einnehmen, stellt sich hier ein nicht unerhebliches Problem, da die entsprechenden Medikamente mitgeführt werden müssen. Es empfiehlt sich hier vor allem das Umpacken der Medikamente in andere Verpackungen und das Mitführen einer Bescheinigung des Arztes/der Ärztin (in englischer Sprache), aus der hervorgeht, daß die betreffende Person auf die Einnahme dieser Medikamente angewiesen ist und die Medikamente verordnet sind. Auch ein Hinweis auf die Dosierungsmenge kann im Falle von Schwierigkeiten bei einer Grenzkontrolle von Nutzen sein.

Da die Bestimmungen einem ständigen Wandel unterliegen, haben wir an dieser Stelle darauf verzichtet, spezielle Angaben zu einzelnen Ländern zu machen.

Über die ICASO, die internationale Organisation der AIDS-Hilfe-Einrichtungen (c/o Canadian AIDS-Society, Ottawa) kann aber eine entsprechende Liste mit einer Übersicht über die unterschiedlichen Einreisebedingungen und den jeweiligen Umgang damit angefordert werden.

Ein weiterer Aspekt sind die für einige Länder vorgeschriebenen Schutzimpfungen.

Für Menschen mit HIV und AIDS sind einige dieser Impfungen nicht ohne gesundheitliches Risiko durchführbar (z.B. die Gelbfieber-Impfung). Bei erhöhtem Infektionsrisiko (infektionsrelevante Kontakte in der Vergangenheit), aber ungeklärtem HIV-Status empfiehlt es sich, diesen zuvor klären zu lassen. Diese Fragen sollten in jedem Fall mit dem Arzt/der Ärztin oder einer Impfberatungsstelle (z.B. einem Tropeninstitut) besprochen werden.

Hinweise für die Beratungssituation Testberatung

Aussagekraft und Bedeutung des Tests sowie die Konsequenzen eines Testergebnisses werden in der Öffentlichkeit oder von wenig informierten Personen häufig unangemessen dargestellt. Dies hat zur Folge, daß viele Menschen sich testen lassen möchten, um bestätigt zu bekommen, daß sie negativ sind bzw. ein bestimmtes sexuelles Erlebnis ohne weitreichende Folgen für sie geblieben ist. Sie gehen oft fälschlich davon aus, daß es nur bei einem positiven Testergebnis notwendig sei, das Verhalten zu ändern. Das kann aber nur bedeuten, daß sie dies von Positiven erwarten, damit sie selbst ihr Verhalten nicht zu ändern brauchen. Diese für die gesamte AIDS-Prävention fatale Fehleinschätzung kann nur in intensiven, gezielten Beratungsgesprächen vor und nach dem Test korrigiert werden.

Im Rahmen einer ausführlichen individuellen Beratung müssen in der Regel Sachinformationen über die Infektion und die Schutzmöglichkeiten, besonders aber über Wesen, Bedeutung und Tragweite des HIV-Tests (dies keineswegs nur im Falle eines positiven Ergebnisses) vermittelt werden. In jedem Fall ist also anzuraten, sich nur dort testen zu lassen, wo diese Voraussetzungen erfüllt werden.

Kapitel 7

Therapiemöglichkeiten

Hinweise für die Beratungssituation

Therapeutische Möglichkeiten bei HIV und AIDS

Es ist grundsätzlich nicht Aufgabe der Telefonberatung, Wissen über komplexe medizinische Zusammenhänge zu vermitteln.

Gerade bei der Frage, wann mit einer antiretroviralen Therapie begonnen werden sollte, sind nicht nur Telefonberater/innen überfordert, sondern inzwischen auch jede/r Hausärztin/Hausarzt, die/der in Sachen HIV/AIDS nicht erfahren ist. Zu schnell verändert sich das Wissen über die HIV-Infektion und die Möglichkeiten zu ihrer Behandlung, so daß nur Experten und Expertinnen, die sich kontinuierlich und intensiv mit der Materie befassen, in der Lage sind, den Überblick zu behalten und kompetent zum Thema „optimaler Zeitpunkt eines Therapiebeginns“ zu beraten. Ansprechpartner/innen sind in jedem Fall die Ärzte/Ärztinnen von HIV-Schwerpunktpraxen und medizinisch besonders geschulte Mitarbeiter/innen in AIDS-Hilfen.

Falsche oder unzureichende Informationen können hier fatale Folgen haben. Deshalb ist es besser, wenn Telefonberater/innen dazu stehen, daß sie nicht über das erforderliche Wissen verfügen.

In der Beratung sollte zunächst versucht werden, den aktuellen Konflikt des/der Ratsuchenden zu ergründen, um dann gegebenenfalls Vorschläge zur Konfliktklärung zu unterbreiten:

- Zwischen welchen Entscheidungsmöglichkeiten fühlt er/sie sich hin- und hergerissen?
- Ist er/sie ausreichend über die Möglichkeiten und Bedingungen der Therapie informiert?

- Braucht er/sie zusätzliche Informationen von entsprechend qualifizierten AIDS-Hilfe-Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen oder durch den Austausch mit anderen Positiven? Oder kann er/sie eine „unabhängige Expertise“ von einem/einer zweiten erfahrenen Arzt/Ärztin einholen? Ist es ihm/ihr möglich, das Internet als Informationsquelle zu nutzen?
- Falls er/sie mit Informationen bereits „überfüttert“ ist, was sehr häufig der Fall ist: Wird das Beratungsgespräch lediglich gesucht, um die verwirrende Informationsflut zu verdauen und zu einer Entscheidung zu finden?
- Ist das Verhältnis zum Arzt/zur Ärztin von Vertrauen geprägt? Oder fühlt er/sie sich dort unter Druck gesetzt und braucht Ermunterung, sich Zeit für eine eigene Entscheidung zu nehmen?

→Fazit:

Die Entscheidung für oder gegen eine antiretrovirale Therapie ist eine existentielle Entscheidung mit weitreichenden Konsequenzen. Sie kann daher nicht auf der Grundlage eines telefonischen Beratungsgesprächs getroffen werden. Sie muß reifen, und das braucht manchmal Zeit. Ratsuchende darin zu unterstützen, sich diese Zeit zu nehmen, kann eine der wichtigsten Aufgaben eines Gesprächs am Telefon sein.

→Achtung:

Die nachfolgenden Informationen in diesem Kapitel sind nur für die Aneignung von Hintergrundwissen gedacht. Auf keinen Fall sollten die dort genannten Zahlen und Fakten am Telefon zitiert werden, da sie bis zur Drucklegung schon wieder überholt sein können.

Therapiemöglichkeiten im Überblick

In der medizinischen Behandlung der HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung sind in den letzten Jahren beträchtliche Fortschritte gemacht worden. Intensive Forschung hat zu wesentlich größerem Wissen über das HI-Virus und die Funktion des menschlichen Immunsystems geführt und dadurch die Entwicklung immer wirkungsvollerer Therapien ermöglicht.

Grundsätzlich gibt es drei medizinische Ansatzpunkte, den Verlauf der HIV-Erkrankung zu beeinflussen:

- I. Einsatz von Medikamenten, die direkt gegen die Vermehrung des HI-Virus im Körper wirken. Da es sich bei HIV um ein sogenanntes Retrovirus handelt, werden diese Therapien als „AntiRetrovirale Therapien“ – kurz: ART - bezeichnet. Zum Einsatz kommen dabei drei Wirkstoffgruppen:
 - ◆ nukleosidale Reverse-Transkriptase-Hemmer, kurz NRTI genannt (z.B. AZT = Zidovudin = Retrovir¹; 3TC = Lamivudin = Epivir; ddI = Didanosin = Videx; ddC = Zalcitabin = Hivid; d4T = Stavudin = Zerit; ABC = Abacavir = Ziagen; mit Combivir liegt ein Kombinationspräparat aus AZT/3TC vor.)
 - ◆ nicht-nukleosidale Reverse-Transkriptase-Hemmer, kurz NNRTI genannt (z.B. NVP = Nevirapin = Viramune; DLV = Delavirdin = Rescriptor; EFV = Efavirenz = Sustiva)

◆ ¹ Zusammenstellung nach „KIS – HIV Drug Finder“. Die Reihenfolge der Bezeichnungen: Kurzbezeichnung = Freiname = Handelsname. Die Aufzählung beansprucht keine Vollständigkeit, da sich zahlreiche neue Substanzen der oben genannten Gruppen in der Entwicklung befinden.

- ◆ Protease-Hemmer, kurz PI genannt (z.B. FTV = Saquinavir = Fortovase; INV = Saquinavir = Invirase; IDV = Indinavir = Crixivan; NFV = Nelfinavir = Viracept; APV = Amprenavir = Agenerase; RTV = Ritonavir = Norvir)
- II. vorbeugende Behandlung (Prophylaxe) zur Verhinderung von Folgeerkrankungen der HIV-Infektion (opportunistische Infektionen) sowie zur Behandlung dieser Erkrankungen
- III. Daneben findet die Immuntherapie zunehmende Beachtung. Sie soll das Abwehrsystem des menschlichen Körpers bei der Auseinandersetzung mit HIV unterstützen.

Antiretrovirale Therapien (ART) – direkt gegen die Vermehrung des Virus gerichtete Behandlungsmöglichkeiten

Die antiretroviralen Therapien werden oft auch kurz als „Kombitherapien“ bezeichnet, weil die entsprechenden Medikamente in verschiedenen Kombinationen gleichzeitig eingesetzt werden. Je nach Anzahl der eingesetzten Medikamente wird von 2er-, 3er- oder 4er-Kombi gesprochen. In Studien werden zum Teil sogar bis zu sieben oder neun Medikamente kombiniert.

Mit der ART kann die Vermehrung des HI-Virus im menschlichen Körper deutlich reduziert und über einen unterschiedlich langen Zeitraum gehemmt werden. Allerdings kann mit diesen Medikamenten eine HIV-Infektion nicht geheilt werden kann. Mit der ART können aber durch HIV ausgelöste Symptome (sog. HIV-assoziierte Symptome), z.B. Fieber, Müdigkeit, Nachtschweiß, Durchfall, Gewichtsverlust und einige andere, häufig gemildert oder zum Verschwinden gebracht werden.

Mehr noch: Bei bereits an AIDS erkrankten Personen kommt es in vielen Fällen zu einer Gewichtszunahme und zu gesteigertem Wohl-

befinden. Daneben wird der Abbau der Abwehrfähigkeit des menschlichen Immunsystems gestoppt, und die Immunkräfte werden - wenn auch oft nur langsam - wieder gestärkt. Heute ist eindeutig erwiesen, daß die ART die Lebensqualität vieler erkrankter Menschen verbessern und die Lebensspanne verlängern kann.

Allerdings kann es bei der Einnahme antiretroviraler Medikamente – wie bei anderen Medikamenten auch – zu unerwünschten Nebenwirkungen kommen. Bei manchen Menschen kann dies zu einer subjektiv erlebten Verschlechterung des Wohlbefindens und der Lebensqualität führen – ein Umstand, der bei Menschen im asymptomatischen Stadium der HIV-Infektion besonders schwer wiegt.

Jedes Medikament hat ein bestimmtes „Nebenwirkungsprofil“ und zum Teil schwer überschaubare Wechselwirkungen mit anderen Substanzen. Wer sich für eine ART entscheidet, sollte sich daher vom Arzt/von der Ärztin in einem ausführlichen Beratungsgespräch über die möglichen Neben- und Wechselwirkungen aufklären lassen.

Über den richtigen Zeitpunkt für den Beginn einer ART gibt es zwar ärztlicherseits vereinbarte Richtlinien, die sich an den Blutwerten orientieren. Diese werden aber unter Ärzten/Ärztinnen immer wieder heftig diskutiert. Der Zeitpunkt des Therapiebeginns wird daher gemeinsam mit den Patienten/Patientinnen individuell auf diese abgestimmt.

Dabei muß auch die Tatsache berücksichtigt werden, daß es für viele Menschen eine große Anstrengung bedeutet, über lange Zeit nach strikten Regeln Medikamente einzunehmen. Diese Disziplin kann nicht unbedingt von jedem Patient/jeder Patientin und auch nicht in jeder Lebenssituation aufgebracht werden, spielt aber gerade bei der ART eine wichtige Rolle für ihre Wirksamkeit!

Das heißt, letztlich muß der Patient/die Patientin selber - im Idealfall in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren kompetenten Fachärzten/-ärztinnen - die Entscheidung für den Beginn einer ART treffen.

Die wichtigsten Grundlagen hierfür sind umfassende Information, die persönliche Auseinandersetzung mit dem Für und Wider einer ART und die Klärung der eigenen Wünsche, Bedürfnisse und Ziele.

Information betrifft

- die Wahl des Arztes/der Ärztin
- die verschiedenen Strategien einer ART (sehr früher, früher oder späterer Einsatz) sowie die dafür und dagegen sprechenden Argumente
- die möglichen Nebenwirkungen
- den Therapieaufwand, das sog. Therapieregime: wann, wie oft wie viele Medikamente unter welchen Bedingungen einzunehmen sind
- die Möglichkeiten und Grenzen der ART sowie die mögliche Resistenzentwicklung und die damit verbundenen Probleme

Als eine (weitere) Schwierigkeit in der Behandlung mit einer ART hat sich die extreme Wandlungsfähigkeit des HI-Virus erwiesen, die es unempfindlich gegenüber den eingesetzten Substanzen machen kann (Resistenzen). Manchmal wird HIV auch nicht nur gegen ein Medikament unempfindlich, sondern gleich gegen mehrere einer Substanzgruppe. Dann sind die Möglichkeiten, auf eine andere Medikamentenkombination auszuweichen, erheblich eingeschränkt.

Das Problem der Resistenzen ist selbst bei optimaler Behandlung nicht ganz zu vermeiden, es wird aber durch verschiedene Faktoren verstärkt:

- Bei einem zu späten Beginn der Therapie gelingt es eventuell nicht, die Virusvermehrung stark genug zu unterdrücken; das begünstigt die Entstehung von Resistenzen
- eine zu lange Vorbehandlung mit einer ungenügenden („suboptimalen“) Therapie, z.B. mit nur einer Substanz (Monotherapie)
- Unterdosierung infolge Nichteinhaltung der Einnahmerhythmen

Bei einer Therapiepause bilden sich wieder mehr Wildtypvarianten und resistente Viren werden weniger. Eine Therapiepause kann daher günstig für die folgende Therapie und deren Wirksamkeit sein.

„Compliance“

Wichtig bei jeder Therapie ist die „Compliance“, was freundlich übersetzt soviel wie „Therapietreue“ bedeutet. Bei einer antiretroviralen Behandlung kommt der „Compliance“ sogar eine außergewöhnlich große Bedeutung zu.

Damit eine ART gut „funktioniert“, muß der Medikamentenspiegel im Blut ständig auf einer bestimmten Höhe gehalten werden. Unpünktliche Einnahme oder das Auslassen ganzer Dosen kann die Entwicklung von Resistenzen fördern.

Der Patient/die Patientin muß aber nicht nur ein Medikament, sondern eine Vielzahl verschiedener Substanzen in unterschiedlichen Einnahmezyklen und mit zum Teil sehr speziellen Ernährungsvorschriften einnehmen! Es ist also ein hohes Maß an Disziplin erforderlich.

Die bewußt und freiwillig getroffene Entscheidung für eine ART auf der Basis einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung, die Anpassung der Therapie an die Lebensgewohnheiten und den Alltagsrhythmus des Patienten sowie ein unterstützendes soziales Umfeld bestimmen die „Compliance“ sehr stark mit.

Jeder Patient/jede Patientin wird im Verlauf der Behandlung seinen/ihren individuellen Weg bezogen auf die Medikamenteneinnahme finden. Als grober Anhaltspunkt gilt: Die Einhaltung von 90% und mehr der Einnahmen und Zeitpunkte geht mit geringer Resistenzentwicklung einher. Im Laufe einer sehr langen Behandlung kann mit dem Arzt auch eine kurzfristige Medikamentenpause (sogenannte „Drug-Holidays“) bei besonderen Gelegenheiten vereinbart werden.

Gegen opportunistische Infektionen (OI) und HIV-bedingte Tumoren gerichtete Behandlungen

Opportunistische Infektionen sind durch Viren, Pilze, Parasiten oder Bakterien verursachte Infektionen, die ein intaktes Immunsystem unter Kontrolle hält und abwehrt. Versagt dieses aber, verlaufen diese Infektionen oft sehr schwer.

Schon vor Einführung der neuen antiretroviralen Therapien gegen HIV gab es gezielte und wirksame Behandlungsmöglichkeiten gegen opportunistische Infektionen. Entscheidend für einen Therapieerfolg sind nach wie vor die rechtzeitige Diagnose und ein frühzeitiger Beginn der Prophylaxe oder Therapie.

Unterhalb einer T-Helferzellenzahl von 200 ist die Einnahme von Prophylaxen sehr wichtig. Auch bei plötzlich auftretenden Veränderungen in der Wahrnehmung (Schleier sehen, Gesichtsfeldausfälle, Schwindel) und in der Orientierung (zeitlich oder räumlich) und bei starker Atemnot (erst beim Treppensteigen, dann auch im Sitzen) ist eine schnellstmögliche Untersuchung angezeigt.

Im Stadium AIDS treten gehäuft Tumore auf, die alle Organe betreffen können. Unter einer gut eingestellten ART kommen diese Krebserkrankungen jedoch wesentlich seltener vor.

Ergänzende Informationen zu den Therapiemöglichkeiten

Exkurs: „Helferzellzahl“ und „Viruslast“

Diesen beiden Begriffen begegnet man überall dort, wo HIV-Positive über ihre Infektion und den Zustand ihres Immunsystems sprechen, über die Erfolge oder Schwierigkeiten ihrer Therapien diskutieren oder sich mit der Frage „Wann fange ich eine ART an?“ herumschlagen. Die Werte „Helferzellzahl“ und „Viruslast“ – häufig als „Marker“ bezeichnet – geben Auskunft über den momentanen Zustand des Immunsystems und den Verlauf der HIV-Infektion und liefern auch den Ärzten/Ärztinnen wichtige Informationen, wann sinnvollerweise mit einer antiretroviralen Behandlung oder mit vorbeugenden Behandlungen gegen AIDS-definierende Erkrankungen begonnen werden sollte.

Um verstehen zu können, was sich hinter diesen beiden Werten verbirgt und was sie im Zusammenhang der HIV-Infektion bedeuten können, sind folgende Grundkenntnisse erforderlich:

Um die Helferzellzahl und die Viruslast zu ermitteln, wird Blut abgenommen und im Labor untersucht (Helferzellzahl: angegeben in Zellen pro Mikroliter Blut; Viruslast: Zahl der Viren, angegeben in Vorkopien pro Milliliter Blut).

Für beide Werte gilt, daß sie durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden können. Akute Infektionen (z.B. grippale Infekte) können die Viruslast innerhalb weniger Tage massiv erhöhen. Die allgemeine Lebenssituation, Streß, das psychische Wohlbefinden: alles kann sich in den Laborwerten niederschlagen. Außerdem sind diese Tests nicht immer hundertprozentig genau, d.h., daß sich aufgrund von Meßtoleranzschwankungen bemerkbar machen können. Deshalb gilt grundsätzlich, daß ein einzelner, einmal erhobener Wert keine ausreichende Aussagekraft hat. Zu groß ist die Gefahr einer zufälligen Verfälschung. Erst die wiederholte Bestimmung der Blutwerte mit dem

gleichen Verfahren und der Vergleich der verschiedenen Meßwerte erlauben genauere Aussagen darüber, wie sich die HIV-Infektion entwickelt.

Helferzellen

Die T-Helferzellen (auch T4-Zellen oder CD4-Zellen genannt) sind die „Leitzentrale“ des Abwehrsystems. Sie fördern die Immunreaktion, indem sie mit Hilfe von Botenstoffen andere Abwehrzellen aktivieren. Genau diese Zellen benutzt das HI-Virus bevorzugt als Wirtszellen, um sich in ihnen zu vermehren. Im Laufe der Infektion werden immer mehr dieser Zellen zerstört. Dadurch nimmt die Immunkompetenz – die Funktionsfähigkeit des Immunsystems – immer weiter ab. Die T-Helferzellzahl liefert Anhaltspunkte dafür, in welchem Stadium der HIV-Infektion sich die betreffende Person befindet und wie weit die Schädigung des Immunsystems bereits vorangeschritten ist.

Wissenschaftliche Untersuchungen belegen, daß die Helferzellen z.B. im Anschluß an sportliche Aktivitäten um etwa ein Drittel nach oben und unten schwanken. Aufgrund dieser Schwankungsbreite nach körperlicher Belastung ist ein einzelner schlechter Wert kein Grund, sich große Sorgen zu machen.

Viruslast

Die Viruslast gibt dagegen eher Auskunft über die Bedrohung, die das Virus für das Immunsystem aktuell darstellt: Je höher die Viruslast im Blut, desto größer die Belastung des Immunsystems (das ja ständig in gleichem Maße gegen das Virus kämpft) und desto größer die Wahrscheinlichkeit, daß die Schädigung voranschreitet. Das bedeutet, daß sich mit steigender Viruslast die Prognose für die/den Infizierte/n verschlechtert. Daher spielt die Viruslast eine sehr wichtige Rolle bei der Entscheidung, wann mit einer Therapie begonnen werden sollte.

Bei einer Therapie mit Proteasehemmern müssen die Werte der Viruslast gesondert interpretiert werden, da häufig nur ein Teil der gemessenen Viren vollständig ausgereift und damit infektiös ist.

So wichtig diese beiden Werte für die Bestimmung des optimalen Behandlungszeitpunkts auch sein mögen: Eine zu starke Fixierung auf einzelne Meßwerte führt immer wieder zu übertrieben starken Ängsten oder Hoffnungen. Sinnvoller scheint es daher, diese Werte - genauso wie das psychische Wohlbefinden - als wichtige „Marker“ für den Verlauf der HIV-Infektion anzusehen, die erst durch wiederholte Messungen Anhaltspunkte für medizinische Entscheidungen liefern.

Aktueller Stand der antiretroviralen Kombinationstherapien²

Wann der optimale Zeitpunkt für den Beginn einer antiretroviralen Therapie (ART) vorliegt, ist für eine große Zahl von Patienten/Patientinnen bis heute nicht eindeutig geklärt. In der „Behandlungseuphorie“ Mitte der 90er Jahre herrschte die Meinung vor, möglichst frühzeitig mit einer Kombinationstherapie zu beginnen („hit hard and early“), um eine vollständige Entfernung des Virus aus dem Körper zu erreichen und damit vielleicht eine Heilung zu ermöglichen.

Diese Euphorie ist inzwischen einer vorsichtigeren Einschätzung gewichen; denn neue wissenschaftliche Erkenntnisse haben in den letzten beiden Jahren gezeigt, daß selbst unter frühzeitiger maximaler ART weiterhin eine Virusvermehrung stattfindet. Selbst eine Senkung der Viruslast im Serum unter die Nachweisgrenze der heute verfügbaren Meßverfahren (< 20 Kopien/ml Plasma) ist nicht

² Dieser Abschnitt wurde weitgehend in Anlehnung an einen Vortrag von Anja Masuhr, Ärztin in der Immunologischen Tagesklinik des Auguste-Viktoria-Krankenhauses Berlin, anlässlich des 7. Deutschen AIDS-Kongresses formuliert.

gleichbedeutend mit einer vollständigen Entfernung des Virus aus dem Körper, da auch im idealen Behandlungsfall davon ausgegangen werden muß, daß eine - wenn auch kleine - virale Restaktivität vorhanden ist. Dies gilt um so mehr, als die Vermehrung des HI-Virus in anderen Körperflüssigkeiten (z.B. Samen-, Rückenmark- oder Hirnflüssigkeit) nur unzureichend bekannt ist. Gemessen wird in der ärztlichen Praxis nur die Konzentration des Virus im Blut.

Da selbst bei einer frühzeitigen maximalen ART eine „Heilung“ im Sinne einer vollständigen Unterdrückung der Virusvermehrung nicht möglich erscheint, dürfen die Probleme und Gefahren eines solchen schnellen Therapiebeginns nicht vernachlässigt werden: Es können sich frühzeitig Virusstämme entwickeln, die gegen die eingesetzten Medikamente resistent sind, und es kann zu Kreuzresistenzen (= Resistenzen gegen noch nicht eingesetzte Medikamente und unter Umständen gegen eine ganze Wirkstoffgruppe) kommen. Bei fortgeschrittener Erkrankung bzw. bei AIDS haben die dann so dringend benötigten Medikamente an Wirkung verloren oder sind unwirksam geworden – eine entscheidende Behandlungsmöglichkeit steht dann nicht mehr zur Verfügung.

Das Auftreten von Resistenzen wird besonders durch unregelmäßige Einnahme der Medikamente begünstigt. Erfahrungsgemäß und verständlicherweise ist bei HIV-Positiven, die sich gesund fühlen und keine HIV-bedingten Symptome haben, die Bereitschaft zur konsequenten Durchführung des strikt einzuhaltenden Therapieschemas oft eingeschränkt. Dies ist besonders dann der Fall, wenn Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen auftreten oder die Regeln der Medikamenteneinnahme mit dem Alltagsrhythmus schwer vereinbar sind. Zudem kann die regelmäßige Einnahme von Medikamenten bewirken, daß (vor allem den ansonsten gesunden) HIV-Positiven ihre Infektion mehrmals täglich vor Augen geführt

wird. Dadurch werden ihnen notwendige Verdrängungsmöglichkeiten genommen, was ebenfalls die „Compliance“ reduzieren und für die Patienten/Patientinnen eine nicht zu unterschätzende seelische Belastung darstellen kann.

Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse und Erfahrungen besteht derzeit ein sicherer Anlaß für eine Behandlung

- bei Patienten/Patientinnen mit AIDS. Hier konnten durch die neuen Kombinationstherapien unter Einschluß der Protease-Inhibitoren zum Teil sehr große Erfolge erzielt werden. Der sichtbare Rückgang von Todesfällen und die gestiegene Lebenserwartung bei AIDS-Patienten und -Patientinnen ist der deutlichste Ausdruck hierfür.
- bei Patienten/Patientinnen mit andauernden HIV-assoziierten Symptomen. In der Regel kann eine erhebliche Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erreicht werden, da sich die Symptome häufig zurückbilden, wodurch die Lebensqualität steigt. Außerdem sinkt das Risiko, daß eine schwerwiegende AIDS-definierende Erkrankung (opportunistische Infektion) auftritt. Menschen mit HIV profitieren von einer ART häufig unmittelbar durch den Zugewinn körperlicher Gesundheit, so daß eventuelle Unannehmlichkeiten in Form von Nebenwirkungen eher in Kauf genommen werden können. In der individuellen Kosten-Nutzen-Rechnung der Behandlung überwiegt dann der offensichtliche Nutzen.
- bei Patientinnen/Patienten mit hoher Viruslast und/oder fortgeschrittenem Immundefizit. Eine ART kann bei ihnen die Wahrscheinlichkeit, in absehbarer Zeit an AIDS zu erkranken, erheblich senken. Das Immunsystem kann über einen längeren

Zeitraum stabilisiert, möglicherweise sogar gestärkt werden. Allerdings gehen die Meinungen darüber, was als hohe oder sehr hohe Viruslast anzusehen ist, noch immer etwas auseinander. Für manche Behandelnde sind 10.000 Kopien/ml schon zuviel, andere akzeptieren bei ausreichender Helferzellzahl vorübergehend auch Werte bis zu 40.000 Kopien/ml. Außerdem ändern sich solche Einschätzungen im Laufe der Zeit. Wesentlich wichtiger als ein einzelner Wert, der niemals Grundlage für eine Therapieentscheidung sein sollte, ist eine Reihe von Werten: Welche Schwankungen gibt es, steigt die Viruslast fortlaufend rasant an bei gleichzeitigem Rückgang der Helferzellzahl?

Weniger eindeutig stellt sich die Situation dar

- bei Patienten/Patientinnen, deren Viruslast und Helferzellzahl in einem Grenzbereich liegen (auch hier besteht keine Einigkeit hinsichtlich der Werte). In diesen Fällen muß die Indikation zu einer ART individuell gestellt werden. Dabei spielen der Behandlungswunsch bzw. die Behandlungsbereitschaft, die berufliche und soziale Situation des Patienten/der Patientin sowie das Vorliegen zusätzlicher Erkrankungen (er/sie nimmt bereits verschiedene Medikamente) eine wichtige Rolle.

Keine aktuelle Therapieempfehlung wird ausgesprochen

- bei Patienten/Patientinnen mit einer sehr guten Helferzellenzahl und einer sehr niedrigen Viruslast. Nur bei sehr starkem Behandlungswunsch wird eine ART angeboten. In allen anderen Fällen wird die weitere Entwicklung der Werte regelmäßig beobachtet.

Menschen mit HIV und AIDS müssen von ärztlicher Seite in einfachen, aber klaren Worten über den zu erwartenden Nutzen und die möglichen Risiken der Behandlung aufgeklärt werden. Zu verdeutlichen gilt es vor allem, daß nach heutigem Wissensstand eine begonnene Therapie voraussichtlich lebenslang und konsequent durchgeführt werden muß, da eine inkonsequente Einnahme der Medikamente schaden kann. Der Arzt/die Ärztin sollte ebenso die Motivation und die Fähigkeit des Patienten/der Patientin zu einer solch „lückenlosen“ Medikamenteneinnahme auf unbegrenzte Zeit richtig einschätzen können und nicht zu einer Behandlung überreden. Wenn Zweifel vorliegen, sollte zunächst abgewartet und dem Patienten/der Patientin die Möglichkeit gegeben werden, sich weitere Informationen, z.B. bei der AIDS-Hilfe oder anderen Beratungseinrichtungen, zu besorgen. Bei dem in diesem Fall sehr frühzeitigen Therapiebeginn darf auch nicht verschwiegen werden, daß zur Langzeitwirkung und zu den Langzeit-Nebenwirkungen einer über viele Jahre durchgeführten Behandlung noch weitere Erfahrungen gesammelt werden müssen. Hinzu kommt, daß nicht alle Patienten/Patientinnen gleichermaßen von den Medikamenten profitieren.

Deutlich wird, wie schwierig gerade in letztgenannten Fall die Entscheidung eines Menschen mit HIV für oder gegen eine ART sein kann, und daß er/sie sich für eine so weitreichende Entscheidung Zeit lassen sollte. In der Beratung geht es deshalb zunächst darum, „den Druck herauszunehmen“. Auf keinen Fall sollte er/sie sich dazu gedrängt fühlen, unmittelbar eine Behandlung zu beginnen. Der Arzt/die Ärztin sollte ebenso in der Lage sein, die Ablehnung einer frühzeitigen Therapie zu akzeptieren. Nur so kann eine partnerschaftliche Arzt-Patient-Beziehung erreicht werden. Sie gibt dem Arzt/der Ärztin auch die notwendige Autorität, in einem gemeinsamen Abwägungsprozeß den richtigen Zeitpunkt des

Therapiebeginns zu erkennen und zu erreichen, daß die Therapie aufrechterhalten wird.

Die Erstbehandlung muß immer eine Kombinationstherapie sein, deren Ziel die Unterdrückung der Viruslast unter die Nachweisgrenze empfindlicher Methoden (< 20-50 Kopien/ml Plasma) innerhalb von wenigen Monaten ist, da der Grad der Blockierung der Virusvermehrung mit der Wirkdauer der Medikamente und damit mit der langfristigen Wirksamkeit einer Behandlung einhergeht.

Die Basis einer Kombinationstherapie bilden heute in der Regel drei bis vier Substanzen aus den verschiedenen Wirkstoffgruppen. Häufig kombiniert werden zwei der o.g. nukleosidalen Inhibitoren der Reversen Transkriptase (NRTI). Es gibt dann mehrere Möglichkeiten, die Kombination durch die Hinzugabe eines oder zweier Protease-Inhibitoren oder durch einen nicht-nukleosidalen Inhibitor der Reversen Transkriptase (NNRTI) zu vervollständigen. Die guten Ergebnisse unter Abacavir, einem neuen NRTI, erlauben möglicherweise eine Initialtherapie mit drei NRTI, so daß die NNRTI- und PI-Option für Folgetherapien offen bleibt.

Aufgrund der Erfahrung, daß jedes Medikament bzw. jede Wirkstoffgruppe nur einen begrenzten optimalen Wirkungszeitraum hat, ist es besonders wichtig, schon bei der Planung der Behandlung Möglichkeiten für zukünftige Therapieschemata zu bedenken.

Die Aufklärung des Patienten/der Patientin über mögliche unerwünschte Wirkungen und über Risiken der Behandlung hat die entscheidende Funktion, Therapieabbrüche ohne Einschaltung des Arztes/der Ärztin zu vermeiden. Wichtig ist auch, eine komplette Übersicht über alle Medikamente zu haben, die der Patient/die

Patientin zusätzlich einnimmt, um mögliche Unverträglichkeiten und Wechselwirkungen vor Therapiebeginn zu erfassen.

Weitergabe resistenter Virenstämme

Es gibt inzwischen erste wissenschaftliche Belege dafür, daß resistente Viren an andere Personen weitergegeben werden können. Dies betrifft insbesondere (HIV-negative) Menschen, die sich mit einem bereits resistenten Virus neu infizieren. Bei ihnen sind dann möglicherweise die Behandlungsoptionen für eine ART erheblich eingeschränkt. Bei HIV-Positiven, die mit anderen HIV-Positiven ungeschützten Sex praktizieren, gibt es unterschiedliche Bewertungen. Einige Experten/Expertinnen gehen davon aus, daß sich HIV-Positive nicht mit einem resistenten Virus neu infizieren können. Andere hingegen vertreten nach wie vor die These von der „Superinfektion“, für die es bisher allerdings noch keine sicheren Belege gibt.

Komplementäre oder alternative Behandlungsmöglichkeiten

Immuntherapie, Stärkung des Immunsystems

Neben den beiden oben beschriebenen Strategien zur Behandlung von HIV und AIDS hat sich ein dritter Ansatz etabliert, der in Zukunft sicher noch größere Bedeutung gewinnen wird. Sowohl in der schulmedizinischen Forschung als auch bei vielen Methoden der sogenannten Alternativmedizin richtet sich die Aufmerksamkeit vor allem auf die Stärkung des körpereigenen Immunsystems mit dem Ziel, den Organismus in die Lage zu versetzen, das HI-Virus zumindest so weit „in Schach zu halten“, daß die Erkrankung nicht fortschreitet (progrediert).

Auch die Entwicklung von Impfstoffen, die den Menschen vor einer Infektion mit dem Virus schützen sollen, gehört zu diesem Komplex.

Zwar ist auch hier die Forschung ein enormes Stück vorangekommen; in der Praxis stellt das „mutationsfreudige“ HI-Virus die Wissenschaftler/innen jedoch noch vor gewaltige Probleme. Es gibt auch hier verschiedene Forschungsansätze, von denen aber keiner in den nächsten Jahren den großen Durchbruch verspricht.

Menschen, die bereits HIV-infiziert sind, beobachten hingegen mit großer Aufmerksamkeit die Entwicklungen auf dem Gebiet der Immunmodulation. Der Versuch, das Immunsystem anzuregen, hat neue Bedeutung gewonnen. Auch durch die immer deutlicher werdenden Schwierigkeiten, welche die Kombinationstherapien mit sich bringen, suchen viele nach Wegen, den Einsatz der ART zumindest eine gewisse Zeit hinauszuzögern.

Immuntherapien stellen allerdings ein derart umfassendes Feld dar, daß im folgenden nur stichwortartig verschiedene Ansätze aufgelistet werden können.

Interleukin-Therapie: Interleukin ist ein körpereigener Botenstoff (wie Interferon), der für die Informationsübermittlung zur Erkennung eingedrungener Viren eine Rolle spielt.

Mikronährstoffe: In ihrer Bedeutung lange Zeit völlig unterschätzte Stoffe wie Vitamine und Spurenelemente (z.B. Selen, Zink), über deren hochdosierte Einnahme eine Stärkung des Immunsystems erreicht werden kann. Leider steht hier das deutsche Arzneimittelrecht einer ausreichenden Versorgung der Patienten/Patientinnen mit solchen Stoffen im Wege, so daß viele HIV-Positive sich die Präparate in europäischen Nachbarländern (Holland, Großbritannien) besorgen müssen, in denen sie frei verkäuflich sind - und zudem um ein Vielfaches billiger.

Proteine/Glutamin: Da das Immunsystem seine Zellen - wie das Virus - aus Proteinen (Eiweißen) zusammensetzt, wird ohne antiretrovirale Therapie in einem infizierten Körper bei fortgeschrittenem Immun-

defekt mehr Eiweiß gebraucht. Glutamin ist eine wichtige Aminosäure, die ebenfalls vom Immunsystem benötigt wird.

Thymustherapie: Die Thymusdrüse des Menschen spielt ebenfalls eine Rolle in der Immunabwehr. Sie wird allerdings mit zunehmendem Alter inaktiv. Mit der Thymustherapie wird die Funktion dieser Drüse angeregt.

Misteltherapie (Iscador): Ein aus der alternativen Krebsforschung übernommener Versuch der anthroposophischen Medizin, mit einem aus der Mistel gewonnenen Präparat eine Immunmodulation zu erreichen.

Chinesische Medizin: Chinesische Kräuter, Akupunktur und die chinesische Ernährungslehre gewinnen derzeit in den USA immer mehr Aufmerksamkeit als komplementäre Behandlungsmöglichkeiten, nicht zuletzt durch die Erfolge bei der Behandlung von Nebenwirkungen der antiretroviralen Therapien.

Auch umstrittene, undurchsichtige Methoden wie z.B. die Behandlung mit Johanniskraut, Todoxin (wahrscheinlich ein Vitamin-Präparat) und Hyperthermie (Mikrowellenstrahlung) werden immer wieder diskutiert und finden Befürworter/innen und Gegner/innen. HIV-Positive sollten mit großer Aufmerksamkeit und Skepsis die Angebote zu „alternativen“ Behandlungsmethoden überprüfen und sich über entsprechende Erfahrungen beraten lassen.

Kapitel 8

Post-Expositions-Prophylaxe, PEP

Indikationen zur PEP

Die Post-Expositions-Prophylaxe nach einem sexuellem HIV-Infektionsrisiko ist der Versuch, über eine intensive medikamentöse Behandlung unmittelbar nach einer möglicherweise stattgefundenen Infektion das Virus wieder aus dem Körper zu entfernen.

Die PEP kommt ursprünglich aus dem medizinischen Bereich und wird dort, z.B. nach Verletzungen durch HIV-infizierte Injektionsnadeln, als eine Kombination aus HIV-Medikamenten über vier Wochen verabreicht.

Eine PEP kann sinnvoll sein,

- wenn beim analen oder vaginalen Geschlechtsverkehr einer HIV-positiven mit einer HIV-negativen Person das Kondom geplatzt ist
- wenn beim oralen Geschlechtsverkehr Sperma des HIV-positiven Partners in den Mund des/der HIV-negativen Partners/Partnerin gelangt ist
- wenn beim i.v. Drogengebrauch eine Spritze benutzt wurde, an der sich frisches HIV-infiziertes Blut befunden hat

Die PEP ist nicht sinnvoll

- bei ungeschütztem analen, vaginalen oder oralen Sex mit einer Person, deren HIV-Status unbekannt ist
- bei Verletzung an einer herumliegenden gebrauchten Spritze

Sofortmaßnahmen nach einer riskanten Situation

Unabhängig davon, ob nach einer riskanten Situation eine PEP sinnvoll erscheint oder nicht, sollten danach Sofortmaßnahmen durchgeführt werden.

- Bei einer Ejakulation im Mund sollte das Sperma sofort ausgespuckt und der Mund mit hochprozentigem Alkohol ausgespült werden.
- Bei ungeschützten analen oder vaginalen Kontakten kann der einführende Partner seinen Penis waschen und zu urinieren versuchen, um Schleimhaut- und eventuell Blutreste ab- und auszuspülen. Der/die aufnehmende PartnerIn darf keinesfalls eine Darm- oder Scheidenspülung vornehmen! Das Verletzungsrisiko durch die Spülung erhöht die Infektionsgefahr!

Diese Maßnahmen können keine Infektion verhindern, aber (gegebenenfalls in Verbindung mit einer PEP) dazu beitragen, das Risiko einer Infektion zu verringern.

Durchführung der PEP

Krankenhäuser müssen die entsprechenden Medikamente für medizinische HIV-Unfälle bereithalten. In solchen Fällen werden die gleichen Medikamente eingesetzt wie nach einer riskanten Situation beim Sex. Die Medikamente für die PEP werden meist in der Notfallambulanz des Krankenhauses bereitgehalten.

Unverzüglich nach einem entsprechenden Notfall und nach den oben genannten Sofortmaßnahmen muß die Ambulanz eines Krankenhauses aufgesucht werden und die Einnahme der Medikamente beginnen. Es besteht keine medizinische Notwendigkeit, daß der/die HIV-

positive PartnerIn in die Ambulanz mitkommt, er/sie kann aber eine hilfreiche Unterstützung sein.

Die Behandlung sollte innerhalb von zwei Stunden nach der riskanten Situation begonnen werden. Auch bei einem Beginn innerhalb von 24 Stunden wird die PEP noch als sinnvoll erachtet. Wenn bereits 48 Stunden vergangen sind, wird der Nutzen der Behandlung fraglich.

Es ist sehr wahrscheinlich, daß die Ärztinnen/Ärzte in der Ambulanz sich mit der Situation überfordert fühlen und sich nicht auskennen. Hier kann der Hinweis auf die gleiche Behandlung wie im medizinischen HIV-Risikofall helfen.

Vor dem Beginn der Therapie wird sinnvollerweise ein HIV-Antikörpertest durchgeführt, um herauszufinden, ob bereits eine früher erfolgte Infektion mit HIV vorliegt. Falls ja, ist die Medikamenteneinnahme keine PEP, sondern der Beginn einer Kombinationstherapie. Das könnte die Entscheidungsfreiheit bei der zukünftigen HIV-Therapie einschränken.

Nach der Erstbehandlung in der Notfallambulanz muß sich der/die Betreffende rasch zur Weiterbehandlung und für entsprechende Kontrolluntersuchungen an eine HIV-Schwerpunktpraxis wenden. Dort sind auch die Adressen der regionalen AIDS-Hilfen erhältlich. Bis eine solche Betreuung in einer Schwerpunktpraxis erfolgen kann (z.B. nach einem „Unfall“ Samstagabend erst am Montagmorgen), muß sich die betreffende Person von der Ambulanz mit Medikamenten versorgen lassen.

Risiken und Nebenwirkungen der PEP

Zur PEP gibt es keinerlei gesicherte Erkenntnisse. Weder ist ihre Wirksamkeit geklärt, noch sind die Spätfolgen einer vorbeugenden Behandlung mit einer Kombinationstherapie bekannt. Die am häufig-

sten vorkommenden Nebenwirkungen, die bisher bekannt wurden, sind Durchfälle, Fieber, Nierensteine, Leberschäden und andere Beschwerden.

Wiederholbarkeit einer PEP

Wahrscheinlich ist es möglich, eine vorbeugende Behandlung mit den Medikamenten gegen HIV zu wiederholen. Gesicherte Erkenntnisse dazu liegen aber nicht vor.

Ergänzende Informationen zur Post-Expositions-Prophylaxe, PEP

Die PEP wird fälschlicherweise auch „die Pille danach“ genannt, weil sie wie das Medikament zum frühzeitigen Abbruch einer Schwangerschaft nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr angewandt wird. Bei der PEP handelt es sich jedoch nicht um die einmalige Einnahme eines erprobten und vielfach bewährten Mittels, sondern um eine Vielzahl von Tabletten. Mit dieser Medikamenten-Kombination besteht theoretisch die Chance, eine Infektion mit HIV zu verhindern.

Bei der PEP werden die gleichen Präparate eingesetzt, die auch manche HIV-Positive zur Behandlung der Infektion einnehmen. Es handelt sich also um eine Kombinationstherapie aus mehreren Medikamenten, die die Vermehrung des Virus unterdrücken. Nach einem strikt einzuhaltenen Zeitplan müssen die Medikamente über vier Wochen eingenommen werden.

HIV-Negative sollten nach einem „Sex-Unfall“ nicht einfach die Medikamente einer HIV-positiven Person einnehmen (Nebenwirkungen, Dosierung, Resistenzbildung!).

Kapitel 9

Safer Use bei i.v. Drogengebrauch

Risikoeinschätzungen

Weil HIV über Blut-Blut-Kontakte übertragen werden kann, ist nicht nur ungeschützter Sex riskant. Auch intravenös injizierende DrogengebraucherInnen (Spritzdrogen- oder i.v.-DrogengebraucherInnen, FixerInnen) können sich über Blutreste mit HIV und anderen Erregern (besonders gefährlich: Syphilis und alle Arten der Hepatitis) anstecken.

Ein sehr hohes Risiko besteht bei der gemeinsamen Benutzung eines Spritzbestecks (Needle-sharing). Die aufgenommene Menge ist zwar nicht hoch, aber Blut gehört zu den hochinfektiösen Flüssigkeiten, und es gelangt beim „Needle-sharing“ direkt in die eigene Blutbahn oder in die der anderen beteiligten Person(en). Das Konsumieren einer Drogenzubereitung direkt nacheinander (A zieht Blut in die Kanüle, injiziert sich die Hälfte und gibt die blutkontaminierte Hälfte weiter an B) birgt ein äußerst hohes Risiko.

Auch in einer entleerten Spritze oder Kanüle, die zuvor eine andere Person benutzt hat, können sich Blutreste befinden. Je nach Menge und verstrichener Zeit seit dem letzten Gebrauch liegt ein deutliches Risiko vor.

Ein geringeres bis mittleres Risiko liegt im gemeinsamen Aufteilen der Drogen mit Hilfe des Spritzbestecks. Übertragungen von HI- und Hepatitis-Viren können dabei durch Kontakt mit Anhaftungen auf Filter, Löffel und an den Innenwänden von Spritze und Kanüle erfolgen.

Schutzmöglichkeiten und Zugänglichkeit von Spritzen

Durch Erreger, die von nicht desinfizierter Haut oder abgestandenem Wasser stammen, können auch allergische Reaktionen oder eine Herzentzündung verursacht werden.

Einfachster Schutz vor Ansteckungen ist die Benutzung einer frischen sterilen Spritze mit entsprechender Kanüle (Injektionsnadel). Das bedeutet: Kein gemeinsames Benutzen einer Spritze durch mehrere Menschen.

Wo sterile Spritzen erhältlich sind:

- bei AIDS-Hilfen, Drogenberatungen und Kontaktstellen
- in manchen Städten stehen Automaten bereit, auch nachts und an Sonn- und Feiertagen
- viele Apotheken geben Spritzen ab, ungern allerdings während der nächtlichen Bereitschaftsdienste

Für „Notzeiten“ sollte ein Spritzenvorrat angelegt werden.

Notfalldesinfektion

Falls eine ungebrauchte Spritze nicht verfügbar ist und auf den „Druck“ nicht verzichtet werden kann, besteht die Möglichkeit, die Spritze – auch eine aus Plastik - gründlich zu reinigen. Einfaches Durchspülen reicht allerdings keinesfalls aus! Bei der Verwendung einer gereinigten gebrauchten Spritze bleibt ein Restrisiko der Übertragung von Krankheitserregern.

Verschiedene Möglichkeiten zur Reinigung von Spritzen

Möglichkeit a): Die Spritze wird in ihre Einzelteile zerlegt. Diese werden 20 Minuten in sprudelnd kochendem Wasser ausgekocht.

Möglichkeit b): Zweimal nacheinander hochprozentigen medizinischen Alkohol (80%) aufziehen und jeweils 4 Minuten einwirken lassen.

Möglichkeit c): Wie unter b) beschrieben eine Jodlösung aufziehen (z.B. Betaisodona); es bleibt allerdings ein Hepatitis-Risiko.

Nach dem Reinigen mit Desinfektionsmitteln das Ab- und Ausspülen mit viel sauberem Wasser nicht vergessen. Nochmals der Hinweis: Hierbei bleibt ein Restrisiko

Ergänzende Informationen zum Thema Safer Use

Auch wenn ein/e SpritzdrogengebraucherIn schon mit HIV infiziert ist, ist Safer Use empfehlenswert, da auf diese Weise eine Mehrfachinfektion mit HIV und eine Ansteckung mit den oben genannten anderen Erregern verhindert werden kann.

Wer Drogen spritzt, ist vielen Gefahren ausgesetzt: den Gefahren, die von der Droge selbst ausgehen; Infektionen, die beim intravenösen Drogenkonsum übertragen werden können; gesetzlicher Verfolgung und gesellschaftlicher Ausgrenzung. Exzessiver Drogengebrauch wirkt sich zudem oft negativ auf die Entscheidungsfähigkeit und auf soziale Beziehungen aus.

Auch zur Zubereitung von Spritzdrogen sollten nur die eigenen Utensilien verwendet werden.

Die wichtigsten Utensilien für die Zubereitung eines „Drucks“: ein Löffel (zum Aufkochen der Injektionslösung), Watte und Zellstoff (zum Abwischen nach dem „Druck“; manchmal auch zum Herausfiltern fester Bestandteile aus der Lösung verwendet) und das Spritzbesteck, bestehend aus Nadel (Kanüle mit Kappe) und Pumpe mit Kolben.

Wenn z.B. die Injektionslösung für mehrere zusammen zubereitet und dann mit einer gebrauchten Pumpe abgemessen und umgefüllt wird, ist alle sonstige Hygiene gefährdet.

Materialien der DAH für Drogengebrauchende zu Safer Use und Safer Sex:

HIV 'n' HEP oder Geiles Feeling mit Konsequenzen (Broschüre)

Safer Sex – Schutz vor AIDS. Tips für Männer und Frauen, die Drogen gebrauchen (Broschüre)

AIDS-Info für Drogengebraucher (Faltblatt)

Kapitel 10

Hintergrundwissen AIDS-Phobie

➔ Achtung; Dieses Kapitel eignet sich nicht zur Unterstützung in der aktuellen Beratungssituation. Es liefert aber Hintergrundinformationen zur Vorbereitung und zur Auswertung von Gesprächen

Merkmale von Phobikern/Phobikerinnen

- Sie hatten bereits Kontakt zu einer oder mehreren Beratungsstellen.
- Sie gehören häufig keiner der Hauptbetroffenengruppen an.
- Sie haben sich meist schon mehrmals bei verschiedenen Stellen (in ärztlichen Praxen, bei Gesundheitsämtern usw.) testen lassen. Trotz der stets negativen Ergebnisse sind sie nach wie vor überzeugt, HIV-infiziert zu sein oder AIDS zu haben).
- Sie beobachten oft penibel ihren eigenen Körper und haben eine hochgradig gesteigerte Aufmerksamkeit für alle körperlichen Funktionen und Veränderungen.
- Sie beschreiben immer wieder Situationen, in denen sie sich infiziert haben könnten oder in denen sie sich ihrer Meinung nach infiziert haben (oft konstruierte und unwahrscheinliche Infektionswege).
- Sie verfügen zum Teil über exzellente medizinische und physiologische Kenntnisse im Zusammenhang mit HIV und AIDS.
- Sie hatten oft schon vorher körperbezogene Ängste.

- Sie sind häufig DaueranruferInnen.
- Die Angst tritt auf, obwohl die „Risikosituation“ objektiv ungefährlich ist.
- Das Maß der Angst steht in keinem Verhältnis zur tatsächlichen Bedrohung.
- Trotz fehlender Angstauslöser bleibt die Angst präsent.
- Es ist ihnen nicht möglich, ihre Angst in deren Entstehung und Ablauf zu kontrollieren.
- Angstreaktionen können nicht mit Erklärungen und rationalen Begründungen aufgelöst werden.
- Die Angst stellt in ihrer Intensität und Häufigkeit eine starke Belastung für sie selbst und ihr Umfeld dar.

Verhaltensvorschläge und Beratungsstrategien

- zuerst abklären, ob es sich tatsächlich um eine Phobie handelt und nicht um Ängstlichkeit
- die AnruferInnen und ihre Probleme ernstnehmen
- das Beratungsgespräch zeitlich begrenzen
- Symptombeschreibungen drastisch eingrenzen (keine medizinische Beratung!)
- Wenn sich das Gespräch im Kreis dreht, die AnruferInnen darauf ansprechen und ihnen mitteilen, daß es so nicht weitergeht.
- nicht zu weiteren HIV-Tests raten
- die eigenen Grenzen als beratende Person benennen

- *Befürchtungen/Ängste über Krankheit, Tod und Sterben aussprechen lassen (Entlastungseffekt)*
- *nicht überzeugen wollen, nicht streiten*
- *erfragen, welche anderen Hilfen bisher in Anspruch genommen wurden*
- *Angstgeschichte erfragen: Welchen Raum nehmen die Ängste ein? Wo und wann gibt es angstfreie Räume?*
- *möglichst sensibel auf professionelle Hilfe hinweisen, psychotherapeutische Hilfe darlegen und empfehlen (Vorsicht Kränkung!)*
- *weitere Beratungskontakte ermöglichen, anbieten*

Hinweise für die Beratungssituation

AIDS-Phobie

In der Beratung von Phobikern/Phobikerinnen kann es unter Umständen zu Situationen kommen, in denen die Beratenden an ihre Grenzen gelangen. Bei ihnen treten oft auch Gefühle wie Überfordertsein, Wut, Ärger oder Unwillen auf. Diese Gefühle werden nicht selten dadurch ausgelöst, daß sich PhobikerInnen meist nicht an vereinbarte Gesprächsstrukturen halten („Nur noch eine letzte Frage...“), sie oft über sehr detaillierte medizinische Kenntnisse zu HIV und AIDS verfügen und die geschilderten Risikosituationen meist unrealistisch, wenn nicht sogar völlig abstrus erscheinen.

Dennoch darf nicht aus den Augen verloren werden, daß auch PhobikerInnen ernsthaft beraten werden sollten. Sie befinden sich in einer subjektiv sehr real erlebten Notsituation. Hier bedarf es eines großen Maßes an Sensibilität, um die Ratsuchenden nicht zu verschrecken. Denn das Problem besteht darin, daß AIDS-PhobikerInnen die von den Beratenden erkannte Notwendigkeit einer Psychotherapie für sich nicht annehmen können. Sie erkennen nicht, daß sie eine Phobie haben, sondern sehen ihre Situation als Realität an, die nichts mit einem psychischen Defekt zu tun hat. Und sie haben tatsächlich Symptome.

Das Eingehen auf seelische Probleme werden die Betroffenen also eventuell übelnehmen; denn sie sind, für ihr Verständnis, nicht seelisch, sondern körperlich krank. Sie sehen also überhaupt keinen Zusammenhang zwischen ihrem Anliegen und z.B. einer Psychotherapie-Empfehlung. Andererseits kann ihnen aber nur dadurch geholfen werden. Ein Trick könnte darin bestehen, die psychologische Behandlung als Bestandteil einer Betreuung oder „Behandlung“ von HIV-Infizierten auszugeben (die den Krankheitsverlauf sehr positiv beeinflusst). Durch diese Hintertür gelingt es möglicherweise, PhobikerInnen zu erreichen und sie an eine entsprechende Stelle weiterzuvermitteln.

Weitere wichtige Aspekte für die Beratungssituation:

- Die Ratsuchenden sollten ernstgenommen werden. Auch PhobikerInnen befinden sich in einer Notsituation, aus der ihnen herausgeholfen werden sollte.
- Das Gespräch sollte möglichst stark strukturiert werden. Die Gesprächsdauer sollte begrenzt werden, um z.B. die Beschreibung körperlicher Symptome möglichst auf ein Minimum einzuschränken.
- Die Versuche Anrufer, auf bereits erörterte Gesprächsinhalte nochmals einzugehen, sollten abgeblockt werden, damit der Kreisel-Effekt unterbrochen werden kann.
- Es sollten keine neuen Tests empfohlen werden, da diese nur eine kurzfristige Entlastung bieten und die Möglichkeit behindern, den Teufelskreis der Phobie zu durchbrechen.
- Die psychologischen Komponenten sollten klar herausgestellt werden. Es sollte darauf hingewiesen werden, daß hinter der geschilderten „Problemlage“ Ängste stehen.
- Den Ratsuchenden sollte es ermöglicht werden, ihre Befürchtungen auszusprechen und zu Ende zu denken, damit ihnen diese bewußt werden können. Ferner kann auf diese Weise das Angstpotential verringert werden. Wichtig ist hier, daß nicht die Symptome besprochen werden, sondern die dahinterstehenden Ängste.
- Auch bei Phobikern/PhobikerInnen gilt der Grundsatz, daß TelefonberaterInnen bei häufigen Anrufen das Recht haben, eine Beratung abzulehnen oder eine laufende Beratung abzubrechen.

Ergänzende Informationen zum Weiterlesen zur AIDS-Phobie und zum Umgang mit Phobikern und Phobikerinnen**Was sind Phobien?**

Der Begriff „Phobie“ stammt aus dem Griechischen (*phobos*) und bedeutet übersetzt „Furcht“. Der Begriff wird heute vorwiegend in der Psychiatrie zur Bezeichnung einer extremen Angstreaktion verwendet. Gemeint sind damit übermäßige Angstreaktionen auf „normale“ Situationen. Die bekanntesten Phobien sind sicher die Klaustrophobie (Angst vor engen Räumen) und die Agoraphobie (Angst vor großen Plätzen). Es handelt sich dabei *de facto* um Krankheiten, die, abhängig von Form und Ausmaß, behandlungsbedürftig sind.

Phobien sind keine neue Erscheinung. Mit dem Auftreten der AIDS-Erkrankung und ihrer Ausbreitung Mitte der 80'er Jahre wurden auch Fälle von AIDS-Phobie bekannt.

Furcht, Angst, Ängstlichkeit und Phobien

Gefühle bieten uns die Möglichkeit, uns anderen gegenüber auszudrücken. Sie haben aber auch die Funktion, das menschliche Verhalten zu beeinflussen und zu steuern. Uns allen sind nicht nur Freude, Trauer, Ärger oder Liebe bekannt, sondern aus unterschiedlichen Lebenssituation auch Gefühle der Angst und Furcht. Auch wenn sich manche von uns gelegentlich dafür schämen: Auch dies sind sinnvolle Reaktionen des Körpers und der Psyche auf sich ankündigende, eintretende oder eingetretene Gefahrensituationen.

Angst führt in der Regel entweder zu einer aktiven Reaktion (z.B. Flucht oder Angriff) oder zu einer passiven Reaktion (z.B. der Versuch, vermeintliche Gefahrensituationen generell zu vermeiden).

Angst und Furcht sollten daher nicht generell als etwas Negatives angesehen werden. Sie stellen eher eine starke Form der Besorgtheit im Hinblick auf eine Bedrohung der eigenen körperlichen Unversehrtheit dar. Diese Besorgtheit kann individuell und durch sehr verschiedene Ursachen ganz unterschiedlich stark sein. Sehr besorgte Menschen bezeichnen wir auch als „Ängstliche“.

Der/die AIDS-Ängstliche

Unter einem AIDS-ängstlichen Menschen ist jemand zu verstehen, der/die ein reales Infektionsrisiko nicht oder nur schwer von einem irrealen unterscheiden kann. Oftmals handelt es sich dabei jedoch nur um Unkenntnis bzw. um ein Informationsdefizit. Hierbei bedarf es in der Beratung oft sehr großen Einfühlungsvermögens, um den „zu Unrecht“ ängstlichen Menschen zu beruhigen. Im Gegensatz zu Phobikern/Phobikerinnen sind AIDS-Ängstliche in der Regel sachlichen Argumenten durchaus zugänglich. Auch ein negativer Test kann die Sorge unter Umständen beheben.

Nicht selten stehen bei AIDS-Ängstlichen auch Gewissenskonflikte aufgrund eines „Seitensprungs“ im Vordergrund. Diesen Ratsuchenden geht es häufig nicht um das Infektionsrisiko, sondern um die durch den Seitensprung ausgelösten Gefühle. Die Beratenden sollten in diesen Situationen versuchen, das Gespräch von der Sachebene (Infektionsrisiko) auf die Gefühlsebene (Schuldgefühle) zu lenken.

Der/die AIDS-PhobikerIn

Erst wenn Ängste das Leben einer Person derart beeinflussen, daß es zu Zwangshandlungen kommt und sie nicht mehr in der Lage ist, ihr Verhalten auf rationaler Ebene zu reflektieren, verlieren Furcht und Angst ihre positiven Eigenschaften und werden als Phobien bezeichnet. Die Grenzen zwischen einer Krankheitsangst, die als eine angemessene und emotionale Reaktion auf eine tatsächliche Bedrohung bezeichnet werden kann, und einer Krankheitsphobie, die eine übersteigerte, den realen

Gegebenheiten in keiner Weise entsprechende Reaktion darstellt, sind jedoch fließend.

Was AIDS-PhobikerInnen jedoch deutlich von AIDS-Ängstlichen unterscheidet:

- *Das Ausmaß der Angst steht in keinem Verhältnis zur tatsächlichen Bedrohung.*
- *Die Angst besteht auch bei fehlenden Angstauslösern.*
- *Die Angstreaktionen können nicht durch Erklärungen und rationale Begründungen aufgelöst werden.*

PhobikerInnen sind zudem oft auch fest davon überzeugt, daß sie bereits an der Krankheit leiden und daß alle Ärzte/Ärztinnen, die sie vom Gegenteil zu überzeugen versuchen, lügen oder ihnen aus Rücksicht die Wahrheit vorenthalten.

Das kann auch dazu führen, daß die Betroffenen Symptome der jeweils „befürchteten“ Krankheit zeigen. Zum Beispiel kann es bei einer Herzphobie (Angst vor einem Herzinfarkt) zu erhöhtem Blutdruck bis hin zu tatsächlich empfundenen Herzschmerzen kommen, und bei einer Karzinomphobie (Angst vor Krebserkrankungen) können Lymphknotenschwellungen und Hautveränderungen auftreten. Auch AIDS-PhobikerInnen können eine Reihe von Symptomen entwickeln, die HIV- und AIDS-assoziierten Symptomen in verschiedenen Krankheitsstadien, vor allem aber den Reaktionen unmittelbar nach einer erfolgten Infektion sehr ähnlich sind, wie z.B.

- *Schlafstörungen*
- *Nachtschweiß*
- *Anzeichen von Erschöpfung*
- *Appetitlosigkeit*

- *erhöhter Herzschlag*
- *Verdauungsbeschwerden*
- *Schwindelgefühle beim Aufstehen*
- *belegte Zunge*
- *Hautveränderungen*

In dieser Situation beginnt ein Teufelskreis: Je mehr sich die Betroffenen in die Situation hineinversetzen, infiziert zu sein, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß diese psychosomatischen „HIV-typischen“ Symptome entwickelt werden. Sobald diese Symptome auftreten, wird durch sie die Angst, infiziert zu sein, bestätigt. Es kann zu Zwangshandlungen kommen, z.B. zu extremer Beobachtung des eigenen Körpers. In solchen Fällen wird auch von AIDS-Hypochondrie gesprochen.

Dokumentationshilfe für Sexanrufe

Es hat sich als sehr nützlich erwiesen, über Sexanrufe Telefonberatungsprotokolle zu führen, in die alle Beraterinnen Einblick haben. Die Protokolle ermöglichen es, Daueranrufer wiederzuerkennen. Neue ehrenamtliche Telefonberaterinnen erhalten über das Dokumentierte einen ersten Einblick in das Problem und können sich mit den vorgetragenen „Themen,, der Sexanrufer vertraut machen. Darüber hinaus können Beratungsprotokolle als Gedächtnisstützen und Gesprächsanreize in den Supervisionsgruppen dienen. Dabei können Erfahrungen über Anzeichen für einen Sexanruf ausgetauscht und gesammelt werden, wie z.B. die nach Informationsfragen sich anschließendene Konzentration der Fragerrichtung des Anrufer auf das sexuelle Erleben von Frauen. Bitte diesen Bogen kopieren und neben dem Beratungstelefon auslegen.

Datum _____ **Uhrzeit** _____ **des Gespräches**

Alter: ca.(geschätzt)

Name/Pseudonym:

Stimme (unterstreichen): hoch mittel tief
evtl. weitere Stimmerkmale:

Redestil, -fluß: langsam normal schnell
evtl. weitere Redestilmerkmale:

.....
.....
.....
.....

thematische Besonderheit: z.B. zu großer Penis, o.:

.....
.....
.....
.....

Gesprächsbeginn: (Informations-) Frage zu

.....
.....
.....
.....

besondere, eigentümliche Formulierungen:

.....
.....
.....

Überleitung zu sexuellen Themen mit folgendem Spruch:

.....
.....
.....
.....

Weitere Informationen bitte auf Rückseite aufschreiben→

**Rückmeldebogen zur
„Infomappe für die Telefonberatung in AIDS-Hilfen“**

Bitte rücksenden an:

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Herrn Karl Lemmen
Dieffenbachstr. 33
10967 Berlin

oder Fax: 030/69 00 87 42

1. Gesamteindruck – bitte ankreuzen

Übersichtlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Unübersichtlich
Informativ	1 – 2 – 3 – 4- 5	Wenig neue Infos
Nützlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Überflüssig
Gut verständlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Unverständlich
Zu kurz	1 – 2 – 3 – 4- 5	Zu umfangreich
Ansprechend	1 – 2 – 3 – 4- 5	Wenig ansprechend

2. Rückmeldungen zu den einzelnen Kapiteln:

Kapitel 1	Allgemeines Zu HIV und AIDS	
Informativ	1 – 2 – 3 – 4- 5	Wenig neue Infos
Nützlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Überflüssig
Gut verständlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Unverständlich
Übersichtlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Unübersichtlich
Zu kurz	1 – 2 – 3 – 4- 5	Zu umfangreich

Anregungen zum Kapitel 1:

Kapitel 2 Übertragungswege und Schutzmöglichkeiten

Informativ	1 – 2 – 3 – 4- 5	Wenig neue Infos
Nützlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Überflüssig
Gut verständlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Unverständlich
Übersichtlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Unübersichtlich
Zu kurz	1 – 2 – 3 – 4- 5	Zu umfangreich

Anregungen zum Kapitel 2:

Kapitel 3 Risikoeinschätzung

Informativ	1 – 2 – 3 – 4- 5	Wenig neue Infos
Nützlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Überflüssig
Gut verständlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Unverständlich
Übersichtlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Unübersichtlich
Zu kurz	1 – 2 – 3 – 4- 5	Zu umfangreich

Anregungen zum Kapitel 3:

Anregungen zum Kapitel 5:

Kapitel 4 Safer-Sex-Utensilien

Informativ	1 – 2 – 3 – 4- 5	Wenig neue Infos
Nützlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Überflüssig
Gut verständlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Unverständlich
Übersichtlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Unübersichtlich
Zu kurz	1 – 2 – 3 – 4- 5	Zu umfangreich

Anregungen zum Kapitel 4:

Kapitel 6 Der HIV-Antikörpertest

Informativ	1 – 2 – 3 – 4- 5	Wenig neue Infos
Nützlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Überflüssig
Gut verständlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Unverständlich
Übersichtlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Unübersichtlich
Zu kurz	1 – 2 – 3 – 4- 5	Zu umfangreich

Anregungen zum Kapitel 6:

Kapitel 5 Sexuell übertragbare Krankheiten, STD

Informativ	1 – 2 – 3 – 4- 5	Wenig neue Infos
Nützlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Überflüssig
Gut verständlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Unverständlich
Übersichtlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Unübersichtlich
Zu kurz	1 – 2 – 3 – 4- 5	Zu umfangreich

Kapitel 7 Therapiemöglichkeiten

Informativ	1 – 2 – 3 – 4- 5	Wenig neue Infos
Nützlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Überflüssig
Gut verständlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Unverständlich
Übersichtlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Unübersichtlich
Zu kurz	1 – 2 – 3 – 4- 5	Zu umfangreich

Anregungen zum Kapitel 7:

Anregungen zum Kapitel 9:

Kapitel 8 Post-Expositions-Prophylaxe, PEP

Informativ	1 – 2 – 3 – 4- 5	Wenig neue Infos
Nützlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Überflüssig
Gut verständlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Unverständlich
Übersichtlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Unübersichtlich
Zu kurz	1 – 2 – 3 – 4- 5	Zu umfangreich

Kapitel 10 AIDS-Phobie

Informativ	1 – 2 – 3 – 4- 5	Wenig neue Infos
Nützlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Überflüssig
Gut verständlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Unverständlich
Übersichtlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Unübersichtlich
Zu kurz	1 – 2 – 3 – 4- 5	Zu umfangreich

Anregungen zum Kapitel 8:

Anregungen zum Kapitel 10:

Kapitel 9 Safer Use bei i.v. Drogengebrauch

Informativ	1 – 2 – 3 – 4- 5	Wenig neue Infos
Nützlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Überflüssig
Gut verständlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Unverständlich
Übersichtlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Unübersichtlich
Zu kurz	1 – 2 – 3 – 4- 5	Zu umfangreich

3. Rückmeldungen zu den „Hinweisen für die Beratungssituation“

Die Hinweise zur Beratungsinformation halte ich für:

Informativ	1 – 2 – 3 – 4- 5	Wenig neue Infos
Hilfreich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Überflüssig
Gut verständlich	1 – 2 – 3 – 4- 5	Unverständlich
Zu kurz	1 – 2 – 3 – 4- 5	Zu umfangreich

Folgende Hinweise halte ich für überflüssig:

Es fehlen m.E. Hinweise zu folgenden Themen:

Sonstige Anregungen zu den Hinweisen:

Weitere Anregungen für die zukünftige Ausgestaltung der
„Infomappe für die Telefonberatung in AIDS-Hilfen“:

