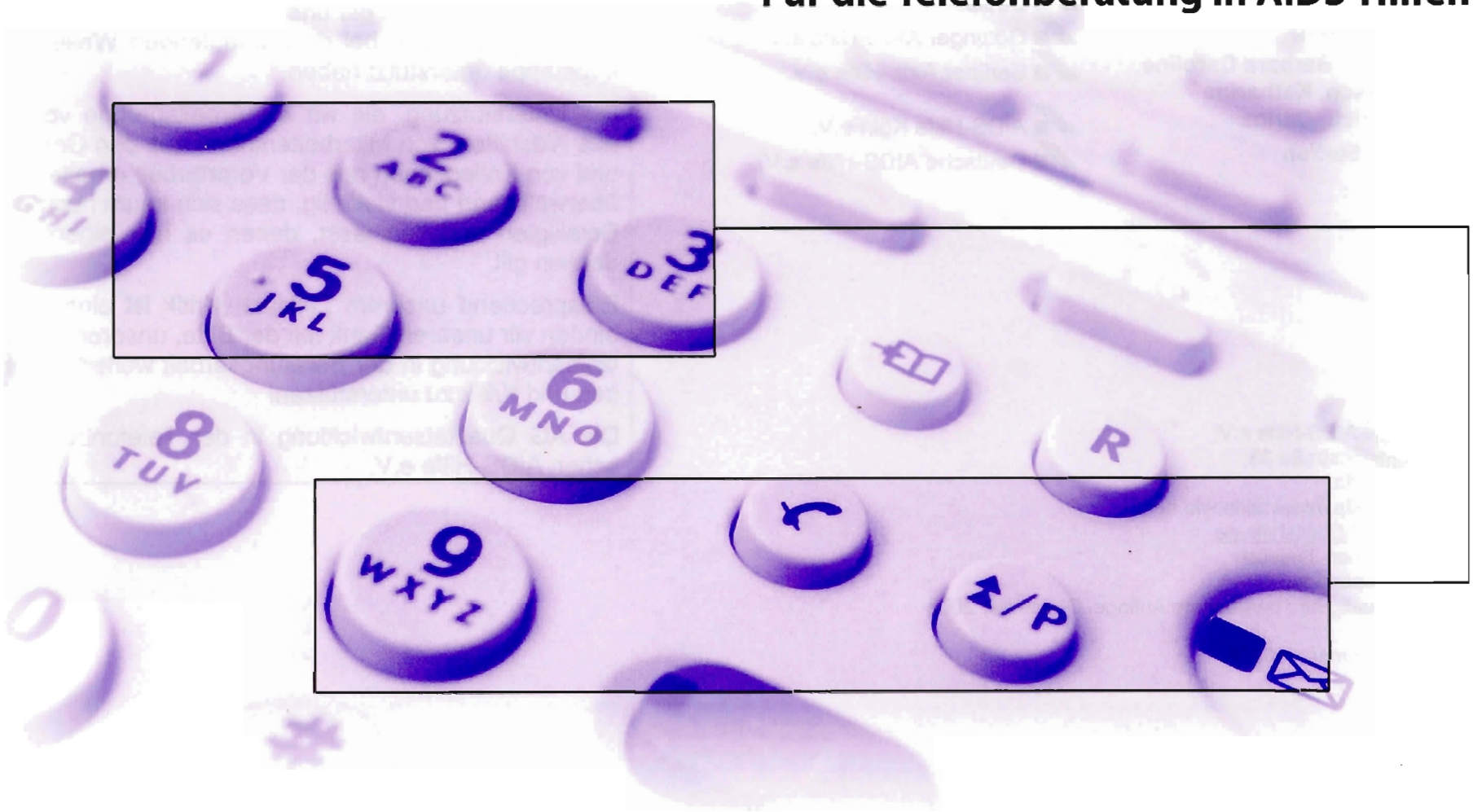
Infomappe

Für die Telefonberatung in AIDS-Hilfen



Material für Berater/innen in AIDS-Hilfen 2004/2005

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Redaktionsteam:

Backenecker, Georg	AIDS-Hilfe Frankfurt/Main e.V.
Lemmen, Karl	Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Lühmann, Jörg	Göttinger AIDS-Hilfe e.V.
Schweizer, Barbara Caroline & Stahnisch, Katharina	Berliner Aids-Hilfe e.V.
Stemmerich, Carlos	AIDS-Hilfe Köln e.V.
Taubert, Steffen	Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Dieffenbachstraße 33
10967 Berlin
Internet: http://www.aidshilfe.de
E-Mail: dah@aidshilfe.de
Titel: Carmen Janiesch
Satz: U.Sporleder
4. vollständig neu bearbeitete Auflage, Dezember 2003

Bestellnummer: 110004

Danksagung

Unser herzlicher Dank gilt allen haupt- und ehrenamtlichen Kolleginnen und Kollegen die uns in den letzten Jahren sowohl bei der Erstellung als auch bei der fortlaufenden Weiterwicklung dieser Infomappe unterstützt haben.

Die Unterstützung, die wir als Arbeitsgruppe von Berater/innen aus Aidshilfen, von Mitarbeiter/innen aus den Gesundheitsämtern und von Kolleg/innen aus der Vorortarbeit erhalten haben, war so überwältigend und vielfältig, dass sich kaum noch eine Liste aller Beteiligten erstellen lässt, denen es hier eigentlich herzlich zu danken gilt.

Entsprechend unserem Leitsatz „Kritik ist eine Ressource" verbinden wir unseren Dank mit der Bitte, unseren Prozess der Qualitätsentwicklung in der Beratungsarbeit weiterhin durch Anregungen und Kritik zu unterstützen!

Die AG Qualitätsentwicklung in der Telefonberatung der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Vorwort 4

Kapitel 1 Allgemeines zu HIV und AIDS 5

Wie verläuft eine HIV-Infektion5; Unmittelbar nach der Infektion 5; die asymptomatische Phase 6; Auftreten allgemeiner Symptome 6; Schwerer Immundefekt 6; Keine Schutzimpfung 6

Kapitel 2 Übertragungswege/Schutzmöglichkeiten bei HIV 7

Bedingungen für eine HIV-Übertragung 7; Welche Körperflüssigkeiten enthalten HI-Viren? 7; Eintrittspforten für das HI-Virus 8; Wie kann HIV übertragen werden? 9; Wie lange lebt HIV außerhalb des Körpers? 11; Wie wird HIV nicht übertragen 12; Wie kann man sich vor einer Infektion schützen? 12; Ist Safer Sex auch zwischen HIV-Positiven zu emofehlen? 13

Kapitel 3 Risikoeinschätzung 14

Analverkehr 14; Vaginalverkehr 16; Oralverkehr 18; Rimming 20; Fisten 22; Küssen 23; „Golden Shower" 23; „Dirty" 23; Nadelstichverletzungen 23; Needle-Sharing 24; Bluttransfusion 25; Blutprodukte 25; Mückenstiche 25; Übertragung: Mutter – Kind 26; Hautkontakte 27; Tätovierungen und Piercing 28; Risikoeinschätzung und Risikomanagement 28

Kapitel 4 Safer-Sex-Utensilien 29

Woran ist ein hochwertiges Kondom zu erkennen 29; Welches Kondom/Utensil wird wofür benutzt 29; Was tun, wenn Allergien bestehen 31; Welche Gleitmittel sollten verwendet werden 31; Kondome benutzen - wie 31; Ergänzende Informationen zu Safer-Sex-Utensilien 32

Kapitel 5 Sexuell übertragbare Krankheiten, STD 37

Umgang mit sexuell übertragbaren Krankheiten 37; Risikominimierung 37; Umgang mit sexuell übertragbaren Krankheiten in Beziehungen 38; Chlamydien 40; Feigwarzen (Kondylome) 41; Herpes 42 Skabies 43; Syphilis (Lues) 44; Tripper (Gonorrhoe) 45; Trichomonaden 46

Kapitel 6 Hepatitis 47

Grundlegendes 47; Virusbedingte Hepatitis 47; Schutzimpfungen 48; Besonderheiten bei HIV-Positiven; Meldepflicht 51; Hepatitis A 52; Hepatitis B 53; Hepatitis C 54

Kapitel 7 Der HIV-Test 55

Grundsätzliches zum HIV-Test 55; Nachweismethode: HIV-Antikörpertest 56; Das Testergebnis 58; Die Testberatung 59; Wo kann man sich zu welchen Bedingungen testen lassen 60; Exkurs: Schnelltest/Heimtests 61; Weitere wichtige Aspekte zum HIV-Antikörpertest 62

Kapitel 8 Therapie der HIV-Infektion 64

Hinweise für die Beratungssituation 64; Kleines Wörterbuch der HIV-Therapie 65; Einführung: Geschichte und Stand der HAART 66; Therapiebeginn 67; Problem Resistenzentwicklung 68; „Compliance"70; Therapiepause 71; Was tun, wenn die Therapie nicht mehr wirkt? 71; Medikamente gegen HIV auf einen Blick 72

Kapitel 9 Post-Expositions-Prophylaxe, PEP 73

Grundlegendes 73; Sofortmaßnahmen nach einer riskanten Situation 73; Durchführung der PEP 74; Indikationen zur PEP 75; Wiederholbarkeit der PEP 76; Adressen für den Notfall 78

Kapitel 10 Safer Use bei i.v. Drogengebrauch 79

Risikoeinschätzungen79, Schutzmöglichkeiten und Zugänglichkeit von Spritzen 79, Notfalldesinfektion 80; Verschiedenen Möglichkeiten zur Reinigung von Spritzen 80

Kapitel 11 Hintergrundwissen AIDS-Phobie 81

Merkmale von Phobiker(inne)n 81; Verhaltensvorschläge und Beratungsstrategien 81; Hinweise für die Beratungssituation 82; Ergänzende Informationen zur AIDS-Phobie 83

Kapitel 12 Sexanrufer in der Telefonberatung 85

Rollenkonflikt zwischen Beraterin und belästigter Frau 85; Motivation des Sexanrufers 85; Vorschläge zum Umgang mit Sexanrufern 86; Bewältigungsverhalten 86; Supervision und Unterstützung 87; Dokumentationsbeispiele 87; Dokumentationshilfe Sexanrufer 89

Kapitel 13 AIDS-Leugner 90

Hinweis zur Beratungssituation 90; Die AIDS-Leugner und die Verzerrung der Wissenschaft 90; Die Argumente der AIDS-Leugner 91; Die Argumentationsstrategien der AIDS-Leugner 95; Fazit 97

Kapitel 14 Rechtliche Aspekte der Beratungsarbeit 98

Grundlegendes 98; Schweigepflicht, Datenschutz 98; Grenzen der Beratung in Aidshilfen 101; Missbrauch eines Abhängigkeitsverhältnisses 102; Rechtsberatung 103

Rückmeldebogen 105

Index 106

Vorwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
Sie halten die vierte Auflage der *Infomappe für die Telefonberatung in AIDS-Hilfen* in Ihren Händen, die in Zusammenarbeit vieler Kolleginnen und Kollegen aus Mitgliedsorganisationen der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. entstanden ist. Zahlreiche Rückmeldungen von Beraterinnen und Beratern aus Aidshilfen und Gesundheitsämtern haben uns dabei geholfen, die dritte Auflage umfassend neu zu bearbeiten .

Alles neu!
Neu ist dabei, dass wir uns entschieden haben, bei der weiteren Entwicklung der *Infomappe* den *Schwerpunkt primärpräventive Beratung* – also die Beratung zu den Fragen des Risikomanagements von HIV, sexuell übertragbaren Erkrankungen und Hepatitis - zu verstärken. Ausdruck findet dies u. a. darin, dass das Thema Hepatitis nicht mehr unter den sexuell übertragbaren Erkrankungen (STD) abgehandelt wird, sondern ein eigenes Kapitel *(Kapitel 6 - Hepatitis)* bekommen hat.

Vollkommen neu erstellt wurde das *Kapitel 7 - HIV-Test.* Die Ergebnisse der Diskussion um den veränderten Stellenwert des HIV-Tests im Zeitalter der antiretroviralen Kombinationstherapien haben genauso Eingang in dieses Kapitel gefunden, wie die Weiterentwicklung von diagnostischen Instrumenten.

Das *Kapitel 8 – Therapie der HIV-Infektion*, das sich als einziges mit sekundärpräventiven Fragen – denen des Lebens mit HIV und Therapie - beschäftigt, wurde neu verfasst und dem aktuellen Wissenstand zur antiretroviralen Behandlung der HIV-Infektion/Erkrankung angepasst, dabei aber bewusst sehr kurz und übersichtlich gehalten.

Auf Anregung vieler Kolleginnen und Kollegen aus AIDS-Hilfen wurde das *Kapitel 14 – Rechtliche Aspekte der Beratungsarbeit* neu in diese *Infomappe* eingefügt.

Diskussionen um das neuen Aufgabengebiet der Emailberatung hatten zu einer neuen Aufmerksamkeit für Fragen des Datenschutzes und des Haftungsrechtes geführt. Die Ergebnisse der Recherchen von Corinna Gekeler und zweier Rechtsgutachten im Auftrag der *AG Qualitätsentwicklung in der Internetberatung* sind in die Erstellung dieses neuen Kapitels eingeflossen.

Des Weiteren wurden alle Kapitel sorgfältig daraufhin überprüft, ob sie nicht nur der aktuellen Datenlage entsprechen, sondern ob sie auch in ihrer Sprache dem veränderten Bild von HIV/AIDS angemessen sind. Schließlich haben die Kombinationstherapien der Krankheit AIDS nicht nur einfach etwas *hinzugefügt* (Behandlung, Hoffnung, Optionen, Lebensqualität und Nebenwirkungen), sondern die Wahrnehmung von Infektion und Erkrankung grundlegend verändert.

Aufruf zur Mitarbeit
Die Infomappe wird auch in Zukunft regelmäßig aktualisiert. Dabei haben sich die Rückmeldungen der Beraterinnen und Berater, die mit ihr arbeiten, als sehr hilfreich erwiesen. Unsere Bitte an Sie: Teilen Sie uns mit,

- was wir in Zukunft besser machen können,
- was neu aufgenommen werden sollte und
- was unbedingt aktualisiert werden muss.

Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldungen und danken Ihnen schon jetzt herzlich für Ihre Bereitschaft zur Mitarbeit.

Die AG „Qualitätssicherung in der Telefonberatung der Deutschen AIDS-Hilfe e.V."
Georg Backenecker, AIDS-Hilfe Frankfurt e.V.
Karl Lemmen, Bundesgeschäftstelle der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.
Jörg Lühmann, Göttinger AIDS-Hilfe e.V.
Barbara Caroline Schweizer & Katharina Stahnisch, Berliner Aidshilfe e.V.
Carlos Stemmerich, AIDS-Hilfe Köln e.V.

Kapitel 1

Allgemeines zu HIV und Aids

Das Wort Aids steht für die englische Bezeichnung „**A**cquired **I**mmune **D**eficiency **S**yndrome", 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 HIV1 wurde 1983/84 entdeckt, drei Jahre später auch das HIV2, ein weiterer Virusstamm. Mittlerweile weiß man, das man dass es innerhalb dieser beiden Virusstämme noch etliche Subtypen und Mutationsformen gibt.

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 Tumore 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 verschiedenen Faktoren ab. Ein wesentlicher Faktor ist, wann mit einer Therapie begonnen wird und ob diese Therapie ausreichend wirksam ist. Des weiteren scheinen biologische und psychosoziale Faktoren eine Rolle zu spielen, die nur zum Teil bekannt sind.

Die durch HIV verursachte Immunschwäche ist nach wie vor nicht heilbar. Dank verbesserter Therapien hat die HIV-Infektion heute jedoch 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.

Schätzungen gehen dahin, dass man heute dreimal so lang mit einer HIV-Infektion leben kann wie vor der Einführung der neuen Therapien – auch wenn solche Zahlen mit sehr großer Vorsicht zu behandeln sind.

Wie verläuft eine HIV-Infektion?

Der gesamte Verlauf einer HIV-Infektion ist in der Regel starken Schwankungen unterworfen. Wie schnell die Erkrankung verläuft und wie häufig schwerwiegende Krankheitsbilder auftreten ist von verschieden Faktoren abhängig: u.a. die biologische Grunddisposition des Erkrankten, welcher Virustyp die Infektion auslöste,. ab wann eine antiretroviralen Therapie begonnen wurde und wie wirksam sie ist.

Im Verlauf der HIV-Infektion kann es auch lange, beschwerdefreie Zeiten geben. Wird ein HIV-Infizierter nicht oder nur ungenügend behandelt, erhöht sich jedoch nach einiger Zeit die Wahrscheinlichkeit, dass das Immunsystem mit sonst relativ harmlosen Krankheitserreger nicht mehr fertig wird. Das Auftreten schwerer, sogenannter Opportunistische Infektionen wird möglich.

Wie stark sich HIV vermehrt, 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. Sowohl Viruslast, als auch die Anzahl an CD4-Zellen sind wichtige Messwerte um die Wirksamkeit der antiviralen Therapie feststellen zu können. (→Kap.8)

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 treten etwa zwei bis sechs Wochen nach der Ansteckung grippeähnliche Symptome („Primärinfekt") auf, die dann nach ein bis zwei Wochen wieder abklingen.

Bei den HIV-Infizierten kommt es zu einer Reaktion im Blut, bei der Antikörper gebildet werden. Diese können mit heutigen Testverfahren einige Wochen nach der Ansteckung mit HIV nachgewiesen werden. Ein zuverlässige Aussage, ob eine „Nichtinfektion" vorliegt, kann jedoch erst nach etwa 12 Wochen getroffen werden. (→ Diskussion dazu in Kap. 7)

Die asymptomatische Phase

Die HIV-Infektion verläuft scheinbar unauffällig, d. h., es treten zunächst keine besonderen Symptome auf. Diese „asymptomatische Phase" kann einige Monate oder viele Jahre andauern. Das Virus vermehrt sich jedoch weiter und schädigt dadurch das Immunsystem. Die Virusvermehrung und Viruslast im Blut unterliegt in dieser Zeit ohne antiretroviraler Behandlung starken Schwankungen.

Auftreten allgemeiner Symptome

Mit fortschreitender Schädigung des Immunsystems 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 oder Pilzinfektionen im Mund-/Rachenbereich. Unter einer wirksamen antiviralen Therapie können viele dieser Symptome wieder zurückgehen. Zur Abklärung solcher Symptome sollte in jedem Fall ein/e erfahrene/r Arzt/Ärztin aufgesucht werden.

Schwerer Immundefekt

Bei Menschen, die nicht behandelt werden, bzw. bei denen eine antiretroviralen Therapie nicht wirkt, erhöht sich mit der Zeit die Wahrscheinlichkeit, dass sich ein schwerer Immundefekt herausbildet. Dieses Krankheitsbild wird dann als „Aids" bezeichnet.

Bei einem stark geschwächten Immunsystem können sich opportunistische Infektionen ungehindert ausbreiten und dadurch Krankheiten verursachen. Opportunistische 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).

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) Gebärmutterhalskrebs sowie Analkarzinome.
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 verlaufen 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. Aus diesem Grund kann es sein, dass ein HIV-unerfahrener Arzt eine HIV-Infektion alleine über die Symptome nicht erkennt und keine entsprechende Untersuchung veranlasst. Patienten sollten in diesem Falle ihren Verdacht äußern.
Ob eine HIV-Infektion vorliegt oder nicht, kann ein/e Arzt/Ärztin eindeutig über eine Blutuntersuchung (Antikörper-Test) feststellen!

Keine Schutzimpfungen?

Trotz des immensen Wissenszuwachses im Grundlagenbereich und bei der Entwicklung vieler neuer Medikamente, erlebt die Forschung bei der Entwicklung einer Schutzimpfung immer wieder Rückschläge. Eine Hauptschwierigkeit ist, dass das Virus das für Impfungen wichtige Immunsystem selbst als Angriffsziel und für die eigene Vermehrung nutzt. Ein weiteres Problem ist die Fähigkeit des Virus sich permanent zu verändern und neue Mutationen zu bilden. Die Entwicklung eines Impfstoffes, der zuverlässlich vor allen Subtypen und Mutationen schützt, scheint den Wissenschaftlern deshalb gegenwärtig noch nicht möglich.

Kapitel 2

HIV-Übertragungswege und Schutzmöglichkeiten

Bedingungen für eine HIV-Übertragung:

1. eine genügend große Menge ausreichend infektiöser Körperflüssigkeit

Infektiöse Körperflüssigkeiten	Viruslast
Blut auch Menstruationsblut	sehr hoch
Sperma	hoch
Vaginalsekret	hoch
Muttermilch	weniger hoch, Ansteckung aber möglich

und

2. das Vorhandensein einer Eintrittspforte in den Körper

Welche Körperflüssigkeiten enthalten HI-Viren und sind infektiös?

Um das HIV-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 abhängig.

Infektiöse Körperflüssigkeiten sind:

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

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

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

Das Virus wurde zwar auch in Speichel, Schweiß und Tränenflüssigkeit nachgewiesen, jedoch in so geringer Menge, dass es für eine Ansteckung nicht ausreicht. 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). Es bleibt aber ein Risiko für andere STD und Hepatitis.

Körperflüssigkeiten, über die HIV i.d.R. nicht übertragen wird:

Nicht infektiöse Körperflüssigkeiten	Viruslast / Viruspartikel
Speichel	keine oder sehr geringe
Schweiß	keine oder sehr geringe
Tränenflüssigkeit	keine oder sehr geringe
Kot	sehr geringe
Urin	sehr geringe

Die HIV-Infektiosität von Körperflüssigkeiten ist veränderlich

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 Viruslast 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 der Körperflüssigkeiten kann bei HIV-positiven Menschen unterschiedlich hoch sein. Sie sinkt bei einer erfolgreichen antiviralen Therapie (= Viruslast unter der Nachweisgrenze), eine Ansteckung bleibt aber weiter möglich.

Wie viel ist eine „ausreichende Menge" infektiöser Körperflüssigkeit?

Eine 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. Wie viel 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**

Eintrittspforten für das HI-Virus

- **offene Wunden (Verletzungen)**

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 Zahnfleischs, 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 weitaus empfindlicher.

Hier kommt es beim sexuellen Verkehr häufig zu kleinen, nicht spürbaren Verletzungen an ihrer Oberfläche; entsprechend hoch ist das Infektionsrisiko

- **entzündete (eitrige) Hautflächen**
- **aufgekratzte/wundgeriebene Hautflächen**
- **wundgeriebene/verletzte Schleimhäute**
- **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 (die sogenannten Langerhansschе-Zellen) in den Körper eindringen. Diese Zellen befinden sich an der Oberfläche der genannten Schleimhäute; an sie kann das Virus direkt „andocken".

Daraus ergeben sich weitere, nicht zu unterschätzende Risikofaktoren: Eine akute oder chronische Erkrankung kann zum einen das Immunsystem schwächen, zum anderen durch Symptome (z.B. entzündete Schleimhäute) die Gefahr einer HIV-Infektion erhöhen. Dies gilt vor allem für viele sexuell übertragbare Krankheiten (**S**exually **T**ransmitted **D**iseases = 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 ➔ STD - Sexuell übertragbare Krankheiten).

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. Kurz vor und während der Monatsblutung ist das Infektionsrisiko für die Frau und auch den Mann erhöht
- 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 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 in den Kapiteln ➔"Risikoeinschätzungen"

➔" STD"

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.

Aufgrund eines möglichen Infektionsrisikos durch die Muttermilch wird HIV-positiven Frauen in der westlichen Welt meist vom Stillen abgeraten.

→ mehr dazu im Kapitel „Risikoeinschätzungen"

- **Blut und Blutprodukte**

Blutprodukte: Menschen mit Hämophilie (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.

Bluttransfusionen: Um zu verhindern, dass bei Bluttransfusionen HIV übertragen werden kann, wird in der Bundesrepublik ein „mehrstufiges Schutzverfahren" verwandt.

1. Ausschluss von Risikopersonen zur Blutspende. (u.a. schwule Männer, (Ex-) Drogengebraucher, (Ex-)Strafgefangene, Hepatitis-Positive und Einwohner aus Gebieten mit hoher Verbreitung von HIV)
2. Untersuchung aller Blutspenden auf HIV-Antikörper und Virusbestandteile (über PCR). Ein sehr geringes Restrisiko von etwa 1 : 3 Mio. 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 bei bis zu 12 Wochen.
3. Wenn möglich erfolgt die Gabe von technisch verarbeiteten Blutprodukten: Blutkörperchen, Blutplättchen und Plasma. Ausnahme sind Vollblutkonserven.

Blutspenden werden in Deutschland ebenfalls auf Hepatitis B und C sowie auf Syphilis hin untersucht. Zur Anwendung kommen bei den Blutspendediensten Antikörpertests sowie der direkte Virusnachweis (PCR) auf die Hepatitiden B und C.

Zur weiteren Risikominimierung ist bei geplanten Operationen auch eine Eigenblutspende möglich.

Menschen mit einem Infektionsrisiko sollte davon abgeraten werden, die Blutspende als „HIV- oder Hepatitis-Test-Möglichkeit" zu missbrauchen und damit andere zu gefährden. Wer zu einer Risikogruppe gehört und dies bei der Blutspende verschweigt, kann rechtlich belangt werden.

- **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.

Für die Übertragung von Hepatits C können bereits sehr kleine Mengen Blut ausreichen. Deshalb ist eine Übertragung von HCV auch durch gemeinsam benutztes Zubehör, wie Filter oder Löffel möglich. Wahrscheinlich kann HCV auch durch das gemeinsame Verwenden eines Röhrchens zum Sniefen von Kokain oder Speed übertragen werden. (Verletzungsrisiko in der Nase) (→ Kap. 10 „Safer Use" sowie Kap. 6, „Hepatitis").

Safer Sex = annähernd sicherer Sex

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

Wie lange überlebt HIV außerhalb des Körpers?

Die Frage, wie lange das HIV außerhalb des Körpers "überlebt" bzw. wie schnell es "abstirbt" ist so nicht zu beantworten. Viren sind keine Lebewesen, da sie über keinen eigenen Stoffwechsel verfügen. Daher können Viren nicht "absterben", sondern können nur inaktiviert werden bzw. ihre Infektionsfähigkeit verlieren.

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

Dennoch: unter optimalen Umgebungsbedingungen (z.B. feucht, warm und dunkel) kann HIV, auch außerhalb des Körpers, seine Infektiosität lange behalten (z.B. Blut in Spritzen und Kanülen).

Sobald potentiell infektiöse Körperflüssigkeiten - auch Blut und Sperma - angetrocknet sind, besteht aber in der Regel keine Infektionsgefahr mehr.

Wie lange das dauert, hängt von der Menge der Flüssigkeit und den Umgebungsbedingungen (UV-Licht und Temperatur) ab. Für die Frage der Ansteckung im Alltag müsste außerdem eine geeignete Eintrittspforte für das Virus bestehen: der bloße Hautkontakt, auch der flüchtige Kontakt mit verletzter Haut, erlaubt kein Eindringen des Virus in den Körper, da sich gerade bei kleineren Verletzungen innerhalb kurzer Zeit (ca. 3 – 5 Stunden) ein schützender Film, eine sogenannte Fibrinschicht bildet, der ein Eindringen des Virus erheblich erschwert.

Das CDC (Center for Disease Control/USA) spricht deshalb auch nur von **einer theoretischen Möglichkeit,** sich "über herumliegende Körperflüssigkeiten" zu infizieren. **Konkret sei aber weltweit kein Fall bekannt, in dem eine Infektion auf diesem Wege erfolgt sei** *(*siehe www.cdc.gov).

Wenn eine genügend große Menge an angetrocknetem Blut oder Sperma wieder in geeignete Lösung gebracht wird (z.B. eingetrocknete Blutreste bei Wiederverwendung einer gebrauchten Spritze) und **aktiv in den Körper eingebracht** (z.B. injiziert) wird, besteht ein Infektionsrisiko.

Wie wird HIV nicht übertragen?

- 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, Küssen
- durch Zärtlichkeiten, Schmusen, beim Spielen, 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 (absolut sicherer Sex):

den Kontakt mit infektiösen Körperflüssigkeiten völlig ausschließen

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

2. durch Safer Sex (annähernd sicherer 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!

Ist Safer Sex auch zwischen HIV-Positiven zu empfehlen?

Diskutiert wird, ob sich auch HIV-positive Menschen schützen sollten, die Sex mit einem HIV-positiven Partner haben. Hintergrund sind Hinweise, dass es durch ungeschützten Geschlechtsverkehr zu einer Übertragung von anderen, ggf. therapieresistenten HIV-Stämmen oder Subtypen kommen kann. Die derzeitigen Forschungsergebnisse lassen vermuten, dass solche Mehrfachinfektionen ein Problem darstellen könnten.

Noch immer kann die Forschung jedoch keine eindeutige Antwort geben, wie hoch dieses Risiko in der Praxis ist und welche Auswirkungen eine Übertragung anderer Virenstämme tatsächlich auf den Krankheits- bzw. Therapieverlauf hat.

Durch Safer Sex kann das heute noch nicht eindeutig bewertbare Risiko einer Übertragung weiterer Virusvarianten verringert werden. Safer Sex vermindert ebenso das Risiko der Ansteckung mit anderen, sexuell übertragbaren Erkrankungen (STD's). Dies ist nicht zu unterschätzen, da einige Erkrankungen, wie z.B. Syphilis oder Feigwarzen bei HIV-Infizierten oft schwerer verlaufen und nicht so gut zu behandeln sind. Einige STD's wirken sich zudem negativ auf HIV-Vermehrung und Verlauf der HIV-Erkrankungen aus, bzw. können die Behandlung der HIV-Erkrankung erschweren. (→ Kap. 5 „Sexuell Übertragbaren Erkrankungen – STD", Kap. 6 „Hepatitis")

Welche Risiken Menschen mit HIV hier in welcher Situation einzugehen bereits sind, bleibt ihrem individuellen Risikomanagement vorbehalten. In der Beratung kann es nur darum, mögliche Risiken aufzuzeigen, um Menschen zu befähigen, sich im Wissen um die möglichen Risiken selbstverantwortlich zu verhalten.

Zusammenfassung

- **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.**

Kapitel 3

Risikoeinschätzungen

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

Risikoeinschätzung	Schutzmöglichkeit
sehr hohes HIV-Risiko • noch höheres Risiko im Hinblick auf andere STD • sehr hohe Anzahl von Wirtszellen an der Oberfläche der Darmschleimhaut • Darmschleimhaut wird bei Analverkehr fast immer verletzt. Infektiöse Flüssigkeit (Ejakulat) ist *im* Körper, hat also viel Zeit, an Wirtszellen anzudocken oder in verletzte Schleimhaut einzudringen	Qualitäts-Kondome und reichlich wasserlösliches Gleitmittel verwenden

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

Risikoeinschätzung	Schutzmöglichkeiten
hohes HIV-Risiko **noch höheres Risiko im Hinblick auf andere STD** • 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)	Qualitäts-Kondome zusammen mit reichlich wasserlöslichem Gleitmittel verwenden

Analverkehr *ohne* Kondom - eindringend

Risikoeinschätzung	Schutzmöglichkeiten
hohes HIV-Risiko **noch höheres Risiko im Hinblick auf andere STD** • 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)	Qualitäts-Kondome zusammen mit reichlich wasserlöslichem Gleitmittel verwenden

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 ebenfalls ein Risiko.

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

Risikoeinschätzung	Schutzmöglichkeiten
sehr hohes Risiko im Hinblick auf HIV und andere STD • viele Wirtszellen im Vaginalbereich • Vaginalschleimhaut wird bei Penetration häufig verletzt (kleine Risse) • infektiöse Flüssigkeit (Ejakulat) ist im 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 gleichzeitiger STD	Qualitäts-Kondome, bei Bedarf zusätzlich wasserlösliches Gleitmittel verwenden

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

Risikoeinschätzung	Schutzmöglichkeiten
hohes Risiko im Hinblick auf HIV und andere STD • 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)	Qualitäts-Kondome, bei Bedarf zusätzlich wasserlösliches Gleitmittel-verwenden

Vaginalverkehr *ohne* Kondom – eindringend

Risikoeinschätzung	Schutzmöglichkeiten
mittleres bis hohes HIV-Risiko **hohes Risiko im Hinblick auf andere STD** • Vaginalsekret ist annähernd gleich infektiös wie Sperma • Kontakt mit einer verhältnismäßig geringen Menge Vaginalsekret • Vaginalsekret ist nur *am* Körper (nicht *im* 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 von Blut, hohe Blutmenge), aber auch bei gleichzeitig vorliegenden Geschlechtskrankheiten.	Qualitäts-Kondome, bei Bedarf zusätzlich wasserlösliches Gleitmittel verwenden

Ergänzende Informationen zum Thema Risikoeinschätzung

Vaginalverkehr

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

***Für den Mann ist ungeschützter Vaginalverkehr ebenfalls riskant.** Eine Ansteckung ist über das infektiöse Vaginalsekret möglich.*

Während der Monatsblutung erhöht sich das Risiko durch den Blut-Penis-Kontakt für den Mann sehr stark. Auch für die Frau steigt das Infektionsrisiko während der Menstruation, weil dann der Gebärmutterhals weit geöffnet und die Oberfläche der Gebärmutterschleimhaut 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.

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

Risikoeinschätzung	Schutzmöglichkeiten
sehr geringes HIV-Risiko, hohes Risiko im Hinblick auf andere STD • bei gesunder Mundschleimhaut (ist robuster als Vaginal- und Darmschleimhaut) • nur geringe Anzahl von Viren im Lusttropfen • keine Wirtszellen in der Mundschleimhaut • der „Verdünnungseffekt" durch Speichel senkt das Risiko	Lusttropfen abwischen Partner vorher urinieren lassen wer ganz sichergehen will, verwendet ein Kondom (z.B. ein dünnes ohne Reservoir)
mittleres HIV-Risiko, hohes Risiko im Hinblick auf andere STD • wenn der eindringende Partner vorher bereits einen Samenerguss hatte (z.B. bei Sexparties, Darkromms) und sich noch Spermareste an der Eichel oder in der Harnöhre befinden • erhöhtes Risiko bei gleichzeitig vorhandener STD des eindringenden Partners. Die Viruslast im Lusttropfen kann stark erhöht sein, Sekrete und Ausfluss (z.B. bei Tripper) haben eine hohe HIV-Viruslast • bei Zahnfleischentzündungen oder Verletzungen der Mundschleimhaut (auch bei STD's im Mund-Rachenraum, wie „Oraler Tripper") erhöht sich das Übertragungs-Risiko • wenn der Penis tief in den Rachen stößt und es dort zu Verletzungen kommt. Die Schleimhaut der Rachenhöhle ist weniger strapazierfähig, außerdem sondert der Rachen keinen Speichel ab.	Penis waschen, Partner vorher urinieren lassen Kondome erhöhen die Sicherheit

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

Risikoeinschätzung	Schutzmöglichkeiten
hohes Risiko im Hinblick auf HIV und andere STD • erhöhtes Risiko, wenn der Samen geschluckt wird • Das Risiko ist noch höher bei Entzündungen in Hals, Rachen, Speiseröhre, bei Zahnfleischentzündungen oder bei Verletzungen der Mundschleimhaut (Erhöhtes Risiko auch bei STD's im Mund-Rachenraum, wie „Oraler Tripper") • erhöhtes Risiko bei gleichzeitig vorhandener STD des eindringenden Partners. Die Viruslast im Lusttropfen kann stark erhöht sein, Sekrete und Ausfluss (z.B. bei Tripper) haben eine hohe HIV-Viruslast	Wenn man bis zum Erguss blasen will, sollte ein Kondom verwendet werden Notfallmaßnahmen: Sperma ausspucken und möglichst mit hochprozentigem Alkohol, wenn vorhanden, sonst mit Wasser fünfmal ca. 15 Sekunden lang spülen.

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

Risikoeinschätzung	Schutzmöglichkeiten
a) kein Risiko im Hinblick auf HIV, aber auf andere STD • lediglich Kontakt mit Speichel **b) mittleres Risiko im Hinblick auf HIV und andere STD** • wenn der Partner/die Partnerin im Mund stark blutende Wunden (z. B. durch frisch gezogenen Backenzahn) oder eine lokale STD hat	Wer ganz sichergehen will, verwendet ein Kondom (z. B. ein dünnes ohne Reservoir)

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

Risikoeinschätzung	Schutzmöglichkeiten
a) geringes Risiko im Hinblick auf HIV, aber hohes Risiko im Hinblick auf andere STD • meist nur Aufnahme nur geringer Mengen Scheidensekrets (wird nach und nach gebildet) • Scheidensekret vermischt sich im Mund mit Speichel, dieser Verdünnungseffekt senkt das Risiko **b) mittleres bis hohes Risiko in Hinblick auf HIV** • während der Menstruation (Blutkontakt), denn Blut hat eine sehr hohe Viruskonzentration • bei Verletzungen in der Mundschleimhaut erhöht sich das Risiko • das Risiko erhöht sich auch bei gleichzeitig vorhandener STD	Verwendung von Dental Dams oder aufgeschnittenen Kondomen

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

Risikoeinschätzung	Schutzmöglichkeiten
kein HIV-Risiko, aber Risiko im Hinblick auf andere STD • Speichel nicht infektiös (hinsichtlich HIV) • Ausnahme: der/die Leckende hat stark blutende Wunde/Entzündung im Mund	eventuell Verwendung von Dental Dams oder aufgeschnittenen Kondomen

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

Risikoeinschätzung	Schutzmöglichkeiten
kein Risiko im Hinblick auf HIV aber geringes Risiko auf andere STD • kein Austausch von infektiösen Körperflüssigkeiten • Ausnahme: der/die oral Stimulierende hat stark blutende Wunde im Mund	eventuell Verwendung von Dental Dams oder aufgeschnittenen Kondomen

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

Risikoeinschätzung	Schutzmöglichkeiten
a) kein HIV-Risiko bei entsprechender Hygiene, aber Risiko für Hepatitis A und B gegeben • kein Austausch HIV-infektiöser Körperflüssigkeiten **b) mittleres bis hohes Risiko für HIV sowie hohes Risiko für Hepatitis B und C bei blutenden Verletzungen des Anus oder des Darms** • Risiko im Hinblick auf andere STD, besonders Hepatitis A, sowie Feigwarzen und andere Darmerkrankungen	Verwendung von Dental Dams oder aufgeschnittenen Kondomen **Schutzimpfung gegen Hepatitis A und B**

Ergänzende Informationen zum Thema Risikoeinschätzung

Oralverkehr (Blasen, Lecken)

*Wer sich einen blasen/sich lecken lässt, **hat kein** Risiko für HIV, 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 (nicht infektiös).*

*Wer bläst und dabei kein Sperma in den Mund bekommt, **hat** ein **Risiko**, das **allgemein als sehr gering** bewertet wird. Die Schleimhaut des Mundes ist viel robuster als die des Darms und der Vagina, und der Speichel hat durch seine verdünnenden Effekt eine 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 pinkeln, 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. Cunnilingus ist im allgemeinen **etwas** weniger infektiös als Blasen, da beim Lecken das aufgenommene Scheidensekret stärker durch Speichel verdünnt wird. 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).*

Fingerspiele (Eindringen mit dem Finger in Scheide oder Darm) eindringend

Risikoeinschätzung	Schutzmöglichkeiten
sehr geringes oder kein HIV-Risiko bei intakter Haut und Nagelbett des eindringenden Fingers • keine Eintrittspforte für infektiöse Körperflüssigkeit • geringe mechanische Beanspruchung und Verletzungsgefahr des Fingers • Risikoerhöhung bei vorhandenen Wunden oder Nagelbettenzündungen	Verwendung von Latex-Handschuhen oder Fingerlingen und ausreichend Gleitmittel Vermeiden von **Fingerspielen** beim Vorliegen von Entzündungen, Verletzungen

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

Risikoeinschätzung	Schutzmöglichkeiten
a) geringes HIV-Risiko, wenn die Haut der eindringenden Faust intakt ist und wenn es zu keinen Verletzungen kommt **b) Hepatitis-A-Risiko bei anschließendem Hand-Mund-Kontakt** **c) hohes HIV-Risiko, hohes Hepatitis-B- und C-Risiko** • wenn es durch hohe mechanische Beanspruchung von Schließmuskel und Darmschleimhaut zu (nicht sichtbaren) Verletzungen kommt. Der mögliche Blutkontakt erhöht das Risiko um ein Vielfaches • die lange Kontaktzeit mit und das Einreiben von Körperflüssigkeiten erhöht das Risiko zusätzlich.	Verwendung von Latex-Handschuhen und ausreichend Gleitmittel

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

Risikoeinschätzung	Schutzmöglichkeiten
kein HIV-Risiko bei intakter Haut der eindringenden Hand, bzw. des eindringenden Fingers • kein Kontakt mit infektiöser Körperflüssigkeit	

Küssen

Risikoeinschätzung	
kein HIV-Risiko (außer bei stark blutenden Wunden, z.B. durch frisch gezogenen Backenzahn) • 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", „Natursekt", „Golden Shower") und Kot (Kotspiele, „Scat", „Dirty", „Kaviar")

Risikoeinschätzung	Schutzmöglichkeiten
→ kein HIV-Risiko, wenn Kot oder Urin kein Blut enthalten **→ hohes Risiko im Hinblick auf Hepatitis A und B sowie andere Infektionskrankheiten bei Schleimhautkontakt und Verzehr**	kein Urin oder Kot auf die verletzte Haut oder auf die Schleimhäute **Schutzimpfung gegen Hepatitis A und B**

Nadelstichverletzungen bei Medizin und Pflege, Verletzungen mit infiziertem Injektionsbesteck

Risikoeinschätzung	Schutzmöglichkeiten
sehr unterschiedliches HIV-Risiko **sehr hohes Hepatitis-B- und -C-Risiko** • 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 **Ausführliche Infos zum Thema „Verhütung von blutübertragbaren Infektionen" unter:** **www.gesundheitsberufe.at**	**Schutzmöglichkeiten** Latex-Handschuhe tragen Aufmerksamkeit bei der Arbeit **Schutzimpfung gegen Hepatitis A und B** HIV-PEP nach Nadelstichverletzung (siehe Kap. PEP)

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

Risikoeinschätzung	
a) kein HIV-Risiko • außen an der Nadel anhaftendes, eingetrocknetes 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 und im Spritzenkolben ist sehr unwahrscheinlich **b) mittleres Risiko für Hepatitis B und C** • Hepatitis-Viren sind an der Luft lange haltbar und fast hundertfach leichter übertragbar als HIV.	**Schutzimpfung gegen Hepatitis A und B**

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

Risikoeinschätzung	Schutzmöglichkeiten
sehr hohes HIV-Risiko **sehr hohes Hepatitis-B- und -C-Risiko, hohes Syphilis-Risiko** • durch Blutreste in Kanüle und Pumpe kann infiziertes Blut in den eigenen Körper/in den Körper eines anderen Menschen gelangen • in den Blutreste innerhalb von Spritzen und Kanülen kann das Virus u. U. tagelang aktiv bleiben • auch die gemeinsame Benutzung von Utensilien (wie Löffel, Filter und Tupfer) birgt ein hohes Risiko für eine Hepatitis-Übertragung	Nadeln und Spritzen sowie sonstige Utensilien (z.B. Löffel, Filter, Tupfer) nicht mit anderen teilen **Schutzimpfung gegen Hepatitis A und B**

Bluttransfusion

Risikoeinschätzung	Schutzmöglichkeiten
fast kein HIV-Risiko in Deutschland • Blut wird auf HIV getestet (ebenso auf Hepatits B, C und Syphilis) • wer Blut spenden will, wird vorher befragt, ob er/sie ein HIV-Infektionsrisiko hat (z.B. schwule Männer oder Drogengebraucher); 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, nach Einführung des direkten Virusnachweises, ein Risiko von 1 : 3.000.000 • Blutspendedienste verwenden außerdem die PCR-Testung, dem direkten Virusnachweis, und verkleinern damit das diagnostische Fenster um 1-2 Wochen **fast kein Hepatitis B & C Risiko** • das „diagnostische Fenster" birgt ein Restrisiko für Hep B von ca. 1 : 250.000 • das „diagnostische Fenster" birgt ein Restrisiko für Hep C von ca. 1 : 1.000.000	Bei lange im Voraus geplanten Operationen kann die Möglichkeit einer Eigenblutspende genutzt werden **Schutzimpfung gegen Hepatitis A und B**

Blutprodukte, Gerinnungspräparate

Risikoeinschätzung	
kein HIV-Risiko in Deutschland, da synthetische bzw. sterile Herstellung	

Mückenstiche

Risikoeinschätzung : kein HIV-Risiko	
• Mücken saugen, sie pumpen nicht, mögliche Blutreste am Rüssel sind zu gering, um eine Übertragung zu ermöglichen • die Mücke ist kein „Zwischenwirt" von HIV (wie z.B. bei Malaria) • HIV ist in der Mücke nicht überlebensfähig	

Übertragung: Mutter-Kind

Risikoeinschätzung für HIV

Sehr hohes Risiko bei „natürlicher" Schwangerschaft

- Risiko liegt bei 13-25 %
- Stillen erhöht das Übertragungsrisiko

Vermindertes HIV-Risiko durch Vorsorgemaßnahmen

- Antiretrovirale Therapie verringert das Übertragungsrisiko in gewissen Maße
- Kaiserschnitt verringert das Übertragungsrisiko bei der Geburt
- Risikominimierung durch medikamentöse Therapie und Kaiserschnitt auf 1-2 %

Kein HIV-Risiko bei üblichen Mutter-Kind-Kontakten

- Windeln, Babypflege, zärtliche Kontakte bergen kein Risiko

Risikoeinschätzung für Hepatitis C:

Mittleres Übertragungsrisiko einer Hep C-Infektion

- Wenn keine zusätzliche HIV-Infektion bei der Mutter vorliegt liegt das Übertragungsrisiko bei 2-7 %

Sehr hohes Übertragungsrisiko der Hep C-Infektion bei einer Doppelinfektion HIV/Hep C

- Wenn die Mutter eine HIV/HCV-Doppelinfektion hat, steigt das Übertragungsrisiko für Hepatitis C auf bis zu 20 %

Schutzmöglichkeiten

Risikominimierte Schwangerschaft:

Das Risiko wird vermindert durch:

- Behandlung mit einer antiretroviralen Therapie vor und während der Geburt. (vorher ggf. Resistenztestung)
- Kaiserschnitt vor Einsetzen der Wehen
- Verzicht aufs Stillen
- Ggf. 2-6-wöchige antiretrovirale Therapie des Neugeborenen

Da die Nebenwirkungen der antiretroviralen Therapie auf das ungeborene Kind derzeit noch schwer abschätzbar sind und auch die Weiterbehandlung des Neugeborenen mit antiretroviralen Medikamenten durch Studien noch nicht gesichert ist, sollten die Details des Vorgehens ausführlich mit dem HIV-behandelnden Arzt, bzw. mit einer HIV-erfahrenen Gynäkologin besprochen werden!

Schutzmöglichkeiten bei Hepatitis C-Infektion:

Vermeiden von eindringenden Untersuchungen, z. B. Fruchtwasseruntersuchungen, da es dadurch zur Infektion des Babys kommen kann.

Hautkontakt mit infektiösen Körperflüssigkeiten

Risikoeinschätzung	Schutzmöglichkeiten
kein HIV-Risiko bei intakter Haut und wenn das Virus nicht auf Schleimhäute gelangt **geringes HIV-Risiko bei entzündlich veränderter Haut und bei Schleimhautkontakt** • der bloße Hautkontakt, auch der flüchtige Kontakt mit verletzter Haut, erlaubt kein Eindringen des Virus in den Körper, da selbst bei kleineren Verletzungen sich innerhalb kürzester Zeit ein schützender Film (Fibrinschicht) bilden kann, der ein Eindringen des Virus erschwert. • nur entzündete oder verletzte Haut kann eine Eintrittspforte bieten	infektiöse Flüssigkeit unter laufendem Wasser abspülen, erst danach mit Seife reinigen. infektiöse Flüssigkeit abspülen und Wunde desinfizieren

Augenkontakt mit infektiösen Körperflüssigkeiten

Risikoeinschätzung	Notfallmaßnahmen:
geringes bis hohes HIV-Risiko bei Kontakt des Auges mit infektiöser Flüssigkeit, je nach Flüssigkeit und Menge • Augenschleimhaut kann HIV aufnehmen, allerdings schützt das Augenlid, so dass die Menge infektiöser Flüssigkeit meist gering ist.	sofortiges Ausspülen des Auges mit Wasser oder Kochsalzlösung. Am Besten mit 5 %-iger, wässrige Jodlösung spülen. Falls diese Lösung nicht griffbereit verfügbar ist, kann Betaisodona-Lösung 1 : 1 mit (sterilem) Wasser verdünnt zur antiseptischen Augenspülung eingesetzt werden.

Tätowieren und Piercing

Risikoeinschätzung	
Kein Risiko für HIV und Hep • beim Profi, wenn grundsätzlich mit neuen und sterilen Materialien (Nadeln, extra Farbbehälter für jeden Kunden) gearbeitet wird und die allgemeinen Hygienevorschriften eingehalten werden. **Hohes Risiko für HIV und Hep** • wenn nicht mit sauberen Materialien (Nadeln, extra Farbbehälter für jeden Kunden) gearbeitet wird und die allgemeinen Hygienevorschriften nicht eingehalten werden.	**Überzeugen Sie sich, dass ihr Tätowierer alle erforderlichen Maßnahmen er ergreift, um Sie vor einer möglichen Infektion zu schützen.**

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 600:1996" 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

- grundsätzlich ist jedes Qualitätskondom für den Analverkehr geeignet, vorausgesetzt, dass ausreichend Gleitmittel verwendet wird.
- dickere Kondome, z.B. ER^2, Condomi professional, London Extra Stark, HT-Spezial bieten Benutzern ein größeres Sicherheitsgefühl. Aber auch hier gilt: ausreichend Gleitmittel verwenden!

Vaginalverkehr

- grundsätzlich ist jedes Qualitätskondom geeignet, wenn es sachgerecht verwendet wird.
- "normale Kondome", z.B. Ritex RR 1, Condomis, RFSU, Mondos, ES^2, Hot Rubber.
- oder, bei Verwendung eines Gleitmittels, auch "dünnere Kondome", z.B. Manix.
- ob "dickere Kondome", z.B. ER^2 - Extra Reißfest, Condomi professional, London Extra Stark, HT-Spezial, einen sicheren Schutz beim Vaginalverkehr bieten, wenn ein erhöhtes Risiko besteht (z.B. bei bekannter HIV-Infektion), wird unterschiedlich bewertet, da diese Kondome den Nachteil eines geringeren Berstvolumens haben.
- Gleitmittel sollten immer dann verwendet werden, wenn nicht ausreichend Vaginalsekret produziert wird.

Das Femidom

Das vielen Menschen noch unbekannte Femidom ist eine Alternative zum Kondom. Es besteht aus zwei Ringen, die durch eine hauchdünne Kunststoffhülle miteinander verbunden sind. Der kleinere Ring wird vor dem Geschlechtsverkehr in die Scheide eingeführt, während der größere außen sichtbar und fühlbar bleibt. Der Vorteil der Femidoms liegt hauptsächlich darin, dass die Frau die Anwendung selbst in der Hand hat. Einige Frauen empfinden es als angenehm, dadurch nicht so stark auf die Initiative und das Geschick des Partners angewiesen zu sein, wie dies beim Gebrauch von Kondomen der Fall ist. Das Femidom ist aus Polyurethan, Es "knistert" beim Geschlechtsverkehr, was manche als störend empfinden. Femidome sind rezeptfrei in Apotheken erhältlich.

Oralverkehr

- jede Art von Kondom ist geeignet. Dünnere sind sensitiver, 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 Haushaltsfolie (vor allem zum Schutz vor STD). Aufgeschnittene Kondome eignen sich weniger, da sie sich aufrollen können.

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 Gegenstände 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 beim Eindringen mit Finger(n) in After oder Vagina sind 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! Da Handschuhe aus dickerem Material als Kondome sind, sind sie nicht ganz so empfindlich gegenüber fetthaltigen Gleitmitteln.

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 600:1996" 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. Avanti, EZOn, aber auch das Femidom ist aus Polyurethan
gegen Inhaltsstoffe und Produktionsrückstände von Kondomen	hypo-allergene Kondome benutzen (weitestgehend frei von allergieauslösenden Bestandteilen) z.B Manix Crystal ist mehrfach gewaschen; Kondome mit Spermizid Nonoxynol-9 meiden!
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), sie bieten außerdem eine fachkundige Beratung zu allen Fragen rund ums Thema (z.B. auch bei Allergien), www.condomeria-freiburg.de. Aber auch gut sortierte Sex-Shops, Apotheken, Kaufhäuser und Drogerien führen Kondome.
- Kondome können auch über den Versandhandel bezogen werden. Der DE AHÁ-Vertrieb bietet unter der Internetadresse **www.wetwildworld.de** ein breites Sortiment an Kondomen, Dental Dams und Gleitmitteln an (u.a. auch latexfreie Kondome).
- 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 fettfreie, i.d.R. wasserlösliche, für diesen Zweck bestimmte Substanzen.
- auf keinen Fall öl- oder fetthaltige Substanzen wie Nivea, Vaseline, Speiseöle und Bratfette.
- Gleitgele auf Wasser- oder Glyzerin-Basis sind preiswerter, aber trocknen schneller aus, z.B. I-D, Condomi Wet & Glide, K.Y. (inhaltsgleich mit dem teureren Femilind), Bioglide, WET, Flutschi oder London Gleitgel.
- Gleitmittel auf Silikonöl-Basis behalten ihre Gleitfähigkeit länger, sind ergiebiger, aber dafür teurer, z.B. EROS, EROTIKUM oder Bodyglyde.

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 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.

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

Qualitätsvorschrift „EN 600:1996" als NORM[1]

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 600:1996 (Euro Norm).

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

1. Die EN 600:1996 schreibt nicht nur vor, wie Kondome herzustellen sind, sondern auch, wie sie zu prüfen sind. Daher ist der Aufdruck „geprüft nach EN 600:1996" 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 600:1996 geprüft worden sein!

[1] Ab 01.07.2005 neu Bezeicnung der Norm: ISO 4074

„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 Vaginalverkehr, bei reichlicher Verwendung von Gleitmittel auch für den Analverkehr geeignet. . Häufig erhältliche Marken sind z.B. Condomis, Ritex RR 1, 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. Der psychologische Effekt eines größeren Sicherheitsgefühls kann dabei eine zusätzliche Rolle spielen. Ihre wichtigsten Vertreter sind ER² - Extra Reißfest, Condomi professional, London Extra Stark, HT-Spezial (sehr kurz).

*In einigen Veröffentlichungen wird der „Hot Rubber" als spezielles Kondom mit Eignung für den Analverkehr angegeben. Das trifft nur bedingt zu! „Normale" Kondome können, bei Verwendung einer ausreichenden Menge Gleitmittel, generell auch für den Analverkehr verwendet werden. Wer jedoch Wert auf größtmögliche Sicherheit legt, der sollte auf extra starke Kondome zurückgreifen, die auch vom DE AHÁ-Vertrieb unter www.wetwildworld.de. angeboten werden.

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 600:1996 produziert und geprüft.

Nicht verwendbare Kondome

Kondome, die aufgrund ihrer Oberfläche (Scherzkondome) und Materialzusammensetzung (Leuchtkondome) diese Schutzfunktion nicht erfüllen, sind nicht mit „EN 600:1996" 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 (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. Nur im Notfall kann man sich auch mit einem längs aufgeschnittenen Kondom behelfen. Dabei gilt es aufzupassen, dass dieses sich nicht aufrollt, denn dann bietet es 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 oder Spermizide wie Nonoxynol-9 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 und EZOn. Sie sind aus Polyurethan hergestellt und somit hauchdünn und 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 600:1996") verwendet werden..*
- *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 Haarwachse. 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 Haarwachse!

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, Flutschi 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 Silkonöl-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, EROTIKUM (in der Gleitfähigkeit etwas zäher) und Bodyglyde. Ein weiterer Nachteil ist, dass diese Gleitmittel Flecken auf Textilien hinterlassen können, die sich nur sehr schwer auswaschen lassen.

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 DE AHÁ-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/Infektionen

STD (sexually transmitted diseases)

Umgang mit sexuell übertragbaren Krankheiten

STD sind Infektionskrankheiten, die beim Sex übertragen werden können.
Eine sexuell übertragbare Krankheit zu haben, ist für viele Menschen oft mit Scham- und Schuldgefühlen verbunden. Neben den psychischen Begleiterscheinungen treten mitunter sehr ernste körperliche Probleme auf (siehe Liste unten).

Generell gilt für die Beratung:

- 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.

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 einem Hepatitis Virus zu infizieren, deutlich reduziert werden.

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

- weil sich die Erreger einiger STD`s unbemerkt im Körper verstecken können und die Erkrankung damit chronisch werden kann (z.B. bei Chlamydien)
- weil jede sexuell übertragbare Krankheit das Risiko einer weiteren Infektion beim Sex, vor allem mit HIV, erhöht
- zum Schutz der SexualpartnerInnen
- Bei einer vorliegenden HIV-Infektion können STD's das Immunsystem zusätzlich schädigen. Der Krankheitsverlauf der STD's ist oft auch schwerer. Die Therapie bestimmter Erkrankungen, z.B. Syphilis, ist bei einer HIV-Infektion komplizierter.

Auf jeden Fall sollte ein Arzt/eine Ärztin aufgesucht werden, wenn folgende Krankheitszeichen (Symptome) bemerkt werden:

- 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
- unklare Oberbauchschmerzen, Übelkeit, Brechreiz
- Gelenkschmerzen

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.

Umgang mit sexuell übertragbaren Krankheiten in Beziehungen

Liegt eine sexuell übertragene Infektion vor, kann der Hinweis des Beraters/der Beraterin helfen, dass eine solche Krankheit kein Zeichen für ein exzessives Sexualleben 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 so genannten 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
Das Vorliegen einer STD, gleich bei welchem der Partner, erhöht das Übertragungsrisiko für HIV

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 (z. B. Geschwüre) 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. In diesen Sekreten befinden sich in großer Zahl Zellen, die HI-Viren enthalten bzw. aufnehmen.(CD4-Zellen, Helferzellen)
Bei HIV-Positiven ist die Viruslast in Sperma bzw. Vaginalsekret bei gleichzeitiger STD deutlich erhöht.

Übersicht: Die wichtigsten sexuell übertragbaren Krankheiten

Im Folgenden stellen wir die für Mitteleuropa wichtigsten, sexuell übertragbaren Krankheiten dar.

MigrantInnen oder TouristInnen, die sich in tropischen oder subtropischen Regionen aufhielten, können jedoch auch von anderen Infektionen betroffen sein. (z.B. Lymphogranuloma inguinale oder Ulcus molle/„weicher Schanker"). Daneben gibt es auch Infektionen, die traditionell nicht den STD's zugeordnet werden, die aber auch sexuell übertragen werden können, z.B. Durchfallerkrankungen (Shigellen). Ausführlichere Informationen über die STD's enthält die ***Broschüre STD von Stephan Dressler*** und werden in speziellen Seminaren der „Medizinischen Rundreise" vermittelt.

Hinweis zur Beratungssituation:

Keine Diagnosen stellen oder Therapieempfehlungen geben!

Die nachfolgende Zusammenstellung soll den/die BeraterIn für die Erscheinungsbilder der STD's sensibilisieren. Sie kann und soll jedoch keine ärztliche Diagnosestellung oder Therapieempfehlung ersetzen. Vor Selbstbehandlungen „auf gut Glück" ist Klienten dringend abzuraten.

Bei Verdacht auf eine STD ist eine fachärztliche Abklärung nötig. Eine eindeutige Diagnose ist dann durch spezifische Untersuchungen möglich, z. B. durch eine Blutuntersuchung oder der Entnahme von Sekret aus Scheide oder Harnröhre („Abstrich"). BeraterInnen in Aidshilfen dürfen vom Gesetz her keine medizinischen Therapieempfehlungen aussprechen (s. dazu Kap Recht in der Beratungssituation)

Wichtiger ist jedoch, Ratsuchende zum Arztbesuch zu ermutigen, wenn der Verdacht auf eine Erkrankung nahe liegt.

Empfehlung: ärztliche Routineuntersuchung

In einigen Großstädten haben in den letzten Jahren vor allem unter schwulen Männern bestimmte STD's stark zugenommen haben. Deshalb empfiehlt das Robert Koch Institut schwulen Männern mit häufig wechselnden Geschlechtpartnern in diesen Großstädten an einer regelmäßigen, ärztlichen Routineuntersuchung teilzunehmen.

Dies insbesondere auf:

- Syphillis
- Tripper/Gonorrhö
- Chlamydien

Ansprechpartner sind Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten/Venerologie

Chlamydien-Infektionen

Symptome

Frauen

- Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
- Unregelmäßigkeiten bei der Menstruation
- eitriger Ausfluss
- unklare Unterbauchschmerzen

→ auch symptomarme Verläufe!

Männer

oft ohne typische Symptome, wenn Symptome dann:

- eitrige Harnröhrenentzündung
- Brennen beim Wasserlassen

In unterschiedlich starker Ausprägung

Mögliche Langzeitfolgen (bei Nichtbehandlung)

- Entzündung und Verkleben der Eileiter/Samenleiter; Folge: Unfruchtbarkeit bzw. Zeugungsunfähigkeit
- Früh- und Fehlgeburten
- Infektion von Darm und Nebenhoden sind möglich
- Gelenkerkrankungen

Übertragungswege

Chlamydien leben in Schleimhautzellen, daher ist zur Übertragung nötig:

- direkter Kontakt mit infektiöser Schleimhaut (Harnröhre, Muttermund, Augenbindehaut, After, Mund/Rachen)
- oder Kontakt mit Körperflüssigkeiten, die solche Zellen enthalten

Mutter-Kind-Übertragung während der Geburt möglich, Untersuchung im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge ist Standard

Therapie

- spezielle Antibiotika in ausreichender Menge und Dauer, keine Selbstbehandlung!
- Mitbehandlung des/der Partner

Schutzmöglichkeiten

- Gebrauch von Kondomen bei jeder Art von eindringendem Geschlechtsverkehr
- Untersuchung und Behandlung des/der Partner zur Vermeidung einer Re-Infektion (Ping-Pong-Effekt)
- Medikamentöse Therapie verhindert schweren Krankheitsverlauf

Feigwarzen (Kondylome, Genitalwarzen)

Symptome

verursacht durch sehr widerstandsfähige Viren (Humanes Papilloma-Virus, HPV)

- Hautveränderungen (von hornhautartigen Flecken bis zu Wucherungen) an Penis, Scheide, Anal- oder Mundbereich
- sichtbar: Wochen bis Monate nach Kontakt mit einer infizierten Person
- oftmals bleiben die Viren in der Haut, ohne dort Veränderungen zu verursachen

mögliche Langzeitfolgen

- Einige Papillom-Virustypen sind Auslöser bei der Entstehung von Krebserkrankungen (u.a. Gebärmutterhalskrebs und Analkrebs)

Übertragungswege

- vaginale, orale, anale Sexualkontakte mit infizierten Personen
- intensives Petting
- Schmierinfektionen (Kontakt mit verunreinigten Gegenständen, wie Sex-Toys Handtücher, Sauna) seltener, aber möglich
- Mutter-Kind-Übertragung möglich

Therapie

- Behandlung durch Verätzen, Vereisen oder Verschorfen der betroffenen Stellen, Entfernen der Hautveränderungen mit Laser. Keine Selbstbehandlung!
- durch Entfernung wird nur die sichtbare Hautveränderung behandelt, das Virus bleibt in der Haut. Oft bilden sich die Feigwarzen erneut wieder. Die Behandlung von Kondylomen kann daher langwierig und lästig sein.
- Möglich ist auch eine Therapie, die das Immunsystem stärkt, z.B. Akupunktur, Homöopathie, Interferon.-Therapie, Imiquimod-Créme

Besonderheiten bei HIV

- Bei fortgeschrittener Immunschwäche eventuell schlechteres Ansprechen auf Therapie.

  Gefahr von Anal- bzw. Gebärmutterkrebs steigt.

  → Empfehlung: regelmäßige Screening-Untersuchungen

Schutzmöglichkeiten

- Kondome und Dental Dams verringern das Risiko, schützen aber nicht vollständig
- Therapie verringert wahrscheinlich Infektiosität, eine Übertragung ist aber weiterhin möglich
- kein Sexspielzeug weitergeben

Herpes simplex und genitalis

Symptome

Die medizinische Familie der Herpesviren umfasst viele Varianten. Zwei Typen von Herpesviren sind sehr verbreitet, vorwiegend im Genital- und Oralbereich.

Bei erstmaliger Infektion:

- Jucken, Kribbeln an der infizierten Körperstelle
- brennende Schmerzen
- schmerzhafte Bläschen, die zu Geschwüren aufplatzen
- Lymphknotenschwellung
- Fieber
- grippeähnliche Symptome

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.

Besonderheiten bei HIV

Bei HIV-Infizierten breiten sich die Bläschen oft über größere Körperbereiche aus.

Übertragungswege

- 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

Ob ein Ansteckungsrisiko auch bei nicht sichtbaren Hautveränderungen besteht, wird diskutiert.

Mutter-Kind-Übertragung ist möglich und kann zu einer schweren Erkrankung des Neugeborenen führen

Therapie

Die Behandlung lindert die Schmerzen und fördert die Heilung der Bläschen/ Geschwüre.

- je nach Schwere des Krankheitsbildes virushemmende Medikamente als Salbe oder Tabletten (Aciclovir)
- austrocknende Salbe auf die Bläschen
- Eine ursächliche Behandlung ist nicht möglich.

Schutzmöglichkeiten

- Kondome und Dental Dams verringern das Risiko, schützen aber nicht vollständig
- Vermeiden von direktem Kontakt mit sichtbaren Bläschen und Geschwüren

Skabies (Scabies, Krätze)

Symptome

- leichten Brennen bis heftiger Juckreiz, vor allem nachts (Bettwärme)
- ekzemähnliche Hautveränderungen und Hautknötchen
- Bevorzugte Stellen sind u. a. Finger, Brustwarzen, Genitalregion und Achseln

Übertragungswege

Übertragung durch Krätzemilben.

- Übertragung durch enge körperliche Kontakte, nicht nur sexuell
- rasche Ausbreitung in Gemeinschaftseinrichtungen (z.B. Alten- und Pflegeheime, Kitas, Wohngemeinschaften)

Therapie

Therapie mit Salben und Badezusätze, Dauer einige Tage

Hygienemaßnahmen:

- Waschen von Kleidung und Bettwäsche oder 14 Tage in Plastiksäcken lagern (Aushungern der Milben)
- häufiger Wechsel von Körper-Unterkleidung sowie Bettwäsche und Handtücher
- Betten, Sessel und Fußbodenbeläge mehrfach absaugen. Plüschtiere und Schuhe werden durch Einfrieren milbenfrei
- auch nach erfolgreicher Therapie, kann es zu Immunreaktionen (z.B. Juckreiz) auf das Milbeneiweiß kommen, eine Neuinfektion liegt dann aber nicht vor

<u>Mitbehandlung von Sexualpartner(in) und Mitbewohnern/ Familie</u>

Schutzmöglichkeiten

Verringerung des Risikos durch:

- Alltägliche Hygienemaßnahmen
- rasches Handeln, wenn erste Infektionen auftreten (→ Therapie von PatientIn und PartnerIn/ MitbewohnerIn)

Arbeitsverbot

Nach Infektionsschutzgesetz → Arbeitsverbot für betroffene Personen, die in Einrichtungen arbeiten, in denen überwiegend Säuglinge, Kinder oder Jugendliche betreut werden bis Therapie erfolgreich beendet ist

Syphilis (Lues, Harter Schanker)

Symptome

Eine durch Bakterien verursachte Erkrankung, die den gesamten Körper betrifft. Von der Eintrittsstelle aus werden die Bakterien über das Blut im gesamten Körper verstreut.

Verlauf in 3 Stadien:

1. Stadium
(15-20 Tage bis 4-5 Wochen nach der Infektion)

- nicht schmerzendes Geschwür an der Eintrittsstelle des Erregers, (z.B. an Eichel, Schamlippen, Penis, After, Mund...,)
  Bleibt eventuell unbemerkt und bildet sich auch ohne Behandlung zurück
- oft Lymphknotenschwellungen in der Umgebung des Geschwürs

2. Stadium (4-8 Wochen nach der Infektion)

- wechselnde, unspezifisch erscheinende Hautveränderungen, spezielle Warzen
- Lymphknotenschwellungen
- Haarausfall möglich,
- Fieber

3. Stadium (nach mehreren Jahren)

- Schäden an großen Blutgefäßen, am Herzen und am Nervensystem (Neuro-Lues)

Übertragungswege

Zum Eintritt des Erregers (Bakterium) genügt ein mikroskopisch kleiner Hautriss. Daher sind die Übertragungswege:

- direkter Kontakt mit einem Syphilis-Geschwür oder einer anderen syphilisbedingten Hautveränderung
- alle Sexpraktiken, bei denen es auch nur zu kleinsten Verletzungen kommt
- gemeinsamer Gebrauch von Spritzbestecken
- Sexspielzeuge, an denen sich Körpersekrete befinden

Mutter-Kind-Übertragung möglich

Untersuchung im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge ist Standard

Therapie

In den ersten beiden Stadien ist die Syphilis heilbar durch gezielten Einsatz von Antibiotika.

Besonderheiten bei HIV

- bei ausgeprägter Immunschwäche kann es zu beschleunigten oder veränderten Krankheitsverlauf kommen
- Bei HIV-positiven Infizierten muss intensiver behandelt werden.

Schutzmöglichkeiten

- 5Gebrauch von Kondomen (schützt jedoch nur eingeschränkt!)
- 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
- rechtzeitige Diagnose verhindert schwerere Krankheitsverläufe und die Weitergabe des Erregers

Hinweis:
Syphilis-Erkrankungen haben in einigen Großstädten bei schwulen Männern stark zugenommen. Das Robert Koch Institut empfiehlt deshalb Männern mit häufig wechselnden Geschlechtspartnern (vor allen in Großstädten) sich regelmäßig ärztlich untersuchen zu lassen

Tripper (Gonorrhoe, GO)

Symptome

Zentrales Symptom: Harnröhrenentzündung

Frauen

- eitriger Ausfluss aus der Scheide
- Brennen beim Wasserlassen
- allerdings bei 60% kaum Symptome

Männer

- (morgendlicher) Ausfluss aus der Harnröhre „Bonjour-Tropfen"
- Schmerzen beim Wasserlassen
- dumpfer Schmerz in Blasen- und Dammgegend
- möglich sind weiterhin:

starke Unterbauchschmerzen und Fieber als Zeichen einer Eileiter- bzw. Nebenhodenentzündung

- eitriger, eventuell blutiger Ausfluss aus dem Darm
- eitrige Bindehautentzündung (vor allem bei Neugeborenen)

bei Nichtbehandlung:

- Entzündung und Verkleben der Eileiter/Samenleiter; als Folge davon: Unfruchtbarkeit bzw. Zeugungsunfähigkeit, Früh- und Fehlgeburten
- Gelenkentzündungen

Bei einer Infektion durch Oralverkehr wird die Gonorrhoe oft nur durch unspezifische Symptome im Hals-, Rachenbereich erlebt (z.B. durch Halsschmerzen oder üblen Geschmack).

Klarheit schafft eine ärztliche Untersuchung durch einen Rachenabstrich.

Übertragungswege

Gonorrhoe ist eine bakterielle Infektion. Die Bakterien brauchen eine Schleimhaut, um zu überleben, und sind empfindlich gegenüber Austrocknung und Kälte.

Zur Übertragung ist daher nötig:

- direkter Kontakt mit infektiöser Schleimhaut (Harnröhre, Muttermund, Augenbindehaut, After, Mund/Rachen)
- Kontakt mit infektiösen Körperflüssigkeiten
- eine Ansteckung über Waschlappen und WC-Brille ist praktisch unmöglich

Mutter-Kind-Übertragung möglich

Therapie

bei rechtzeitiger Diagnose gut behandelbar

- spezielle Antibiotika in ausreichender Menge und Dauer,
- keine Selbstbehandlung!
- möglichst Mitbehandlung des/der Partner

Schutzmöglichkeiten

- Gebrauch von Kondomen bei jeder Art von eindringendem Geschlechtsverkehr
- Kein Schleimhautkontakt mit Urin, Ejakulat oder Scheidenflüssigkeit
- kein Sexspielzeug weitergeben, bzw. vor Weitergabe an andere lange und gründlich reinigen
- frühzeitige Diagnose und Therapie verhindert schweren Krankheitsverlauf und Weitergabe des Erregers

Trichomonaden (Trichomoniasis)

Symptome	Übertragungswege	Therapie	Schutzmöglichkeiten
Frauen bei 50 % keine typische Symptome, ansonsten: - eitriger Ausfluss (teilweise schaumig-grün, übelriechend) - Juckreiz, Brennen beim Wasserlassen - Schmerzen beim Geschlechtsverkehr ***Männer*** Verlauf in der Regel ohne Beschwerden - vereinzelt: Juckreiz, Schmerzen, milchig-weißlicher Ausfluss - Komplikation: Entzündung von Harnblase oder Prostata	- vaginaler Sex - Schmierinfektionen (z.B. unreine Sextoys) - Feuchträume (z.B. Sauna) <u>Mutter-Kind-Übertragung möglich</u> - möglich sind Komplikationen wie vorzeitige Wehen, vorzeitiger Blasensprung und Frühgeburten	- Behandlung mit Antibiotoka, Mitbehandlung von SexualpartnerInnen	- Verwendung von Kondomen - benutzte Handtücher und Sex-Toys nicht weitergeben oder gründlich reinigen - Untersuchung und Behandlung des/der Partner zur Vermeidung einer Re-Infektion (Ping-Pong-Effekt)

Hinweis auf Materialien der Deutschen AIDS-Hilfe

- **Schwuler Sex: Lust und Risiken – Tipps 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)**
- **Med-Info 41: HIV und Haut**
- **Med-Info 42: Feigwarzen, HPV-Infektion und Aids**

Kapitel 6

Hepatitis

Grundlegendes

Der Begriff „Hepatitis" bezeichnet in der medizinischen Fachsprache allgemein alle Formen von Leberentzündung, sagt aber noch nichts über deren Ursache oder Art aus. Ursache für eine Hepatitis können neben Viren, Bakterien und Parasiten auch Medikamente, Alkohol, Drogen und giftige Substanzen sein. Auch bei Stoffwechselstörungen, Autoimmunkrankheiten (hier richtet sich das Immunsystem aus ungeklärten Gründen gegen den eigenen Körper) sowie – selten – im Rahmen einer Schwangerschaft kann es zu einer Entzündungsreaktion der Leber kommen

Virusbedingte Hepatitis

Es gibt verschiedene Virusarten, die unterschiedlich übertragen werden und unterschiedlich gefährliche Erkrankungen der Leber auslösen können. Wir konzentrieren uns in der Darstellung in diesem Kapitel auf die drei wichtigsten Hepatitiden: die **Hepatitis A,** die **Hepatitis B**, und die **Hepatitis C**.

Es gibt weitere, allerdings wesentlich seltenere Formen, z. B. die Hepatitis D und die Hepatitis E, wovon die Hepatitis D immer nur in Verbindung mit der Hepatitis B auftritt. Zu weiteren Infos verweisen wir auf die Literaturhinweise am Ende des Kapitels.

Sehr oft verläuft eine 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).

Bei Hepatitis B ist nur in etwa jedem dritten und die Hepatitis C nur in etwa jedem zehnten Fall mit einer Gelbfärbung von Haut und Augenschleimhäuten zu rechnen. Außerdem können auch andere Ursachen (z. B. Erkrankungen der Gallenwege) zu einer Gelbsucht führen.

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

Heute sind verschiedene Formen von Hepatitisviren bekannt, die unterschiedlichen Familien angehören und nicht miteinander verwandt sind; der Einfachheit halber bezeichnet man sie mit den Anfangsbuchstaben des Alphabets.

Bei der Hepatitis A gibt es keine chronische Verlaufsform. Bei der chronischen Hepatitis B sowie bei der Hepatitis C (akut und chronisch) existiert es eine spezifische, gegen das Virus gerichtete Therapie.

Name	Abkürzung	Akuter Verlauf	Chronischer Verlauf
Hepatitis-A-Virus	HAV	Ja	nein
Hepatitis-B-Virus	HBV	Ja	Ja Therapie möglich
Hepatitis-C-Virus	HCV	Ja Therapie möglich	Ja Therapie möglich

Schutzimpfungen

Aktive Immunisierung

Schutzimpfungen sind derzeit nur gegen Hepatitis A und Hepatitis B möglich, wobei die Impfung gegen Hepatitis B auch vor Hepatitis D schützt. Sie empfehlen sich bei einem allgemeinen Infektionsrisiko, zum Beispiel bei Personen mit häufig wechselnden Sexualpartnern, Personal in medizinischen und sozialen Einrichtungen, intravenös Drogen gebrauchenden Menschen, Personen, die unter schlechten hygienischen Verhältnissen oder auf engem Raum leben (Inhaftierte und Gefängnispersonal, Heimbewohner/innen usw.) sowie bei Reisenden in Länder, in denen Hepatitis weit verbreitet ist.

- **Hepatitis A:**
  2 Impfungen. Sechs bis zwölf Monate (je nach Impfstoff) nach der ersten Impfung erfolgt eine so genannte Auffrischungsimpfung: Der Impfstoff wirkt sehr gut. Bereits eine Woche nach der Erstimpfung entwickeln deutlich mehr als 90 % der geimpften Personen mit intaktem Immunsystem einen Ansteckungsschutz. Durch die Auffrischimpfung wird der Antikörperspiegel erhöht und ein Impfschutz für etwa zehn Jahre erreicht.
- **Hepatitis-B:**
  3 Impfungen. Vier bis sechs Wochen nach der ersten Impfung erfolgt die Auffrischungsimpfung, die dritte Impfung dann sechs bis zwölf Monate nach der ersten. Wenn das Immunsystem nicht geschwächt ist, liegt der Impferfolg bei etwa 95 %; der Ansteckungsschutz hält etwa zehn Jahre. Der Impferfolg sollte nach der dritten Impfung per Antikörperbestimmung (Titerbestimmung) überprüft werden
- **Die Kombinationsimpfung** gegen Hepatitis A und B folgt dem Hepatitis-B-Impfschema (drei Impfungen).

Vor einer Impfung kann anhand einer Blutentnahme untersucht werden, ob bereits Antikörper gegen HAV oder HBV vorhanden sind (z. B. durch eine schon durchgemachte Hepatitis) und damit möglicherweise bereits ein Schutz vor einer Ansteckung (Immunität) besteht. Medizinisch erforderlich ist diese Testung nicht, man spart sich aber gegebenenfalls das Geld für die Impfung.

Kosten

Die Kosten für eine Impfung gegen Hepatitis B übernimmt die gesetzliche Krankenkasse, wenn die Impfung vom Arzt als medizinisch notwendig erachtet wird („Indikationsimpfung" entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut): u. a. wenn man angibt, „Kontaktperson" zu sein: also anzugeben, dass man jemand sei, der eine hohe Wahrscheinlichkeit hat, (privat!!!) mit Menschen in Kontakt zu kommen, die mit einem Hepatitis-Virus infiziert sind. („mein Schwager ist infiziert/erkrankt, deshalb möchte ich mich impfen lassen"). In diesem Fall muss man sich gegenüber seinem Arzt/seiner Ärztin und der Krankenkasse auch nicht als Person mit erhöhtem Risiko (schwuler Mann, Drogengebraucher/in) zu erkennen geben. Achtung: nicht alle Ärzte wissen um diese Regelung, man muss notfalls selbst darauf hinweisen. Manchem fällt da der Weg zum Gesundheitsamt leichter, denn diese bieten bisweilen kostenlose bzw. gegen Schutzgebühr Impfungen an, wenn man angibt, „Kontaktperson" zu sein. Ein Anruf beim örtlichen Gesundheitsamt verschafft Klarheit, ob dieses Angebot vor Ort besteht.

Etwas anderes gilt bei einem beruflichem Ansteckungsrisiko: z. B. bei medizinischem Personal, aber auch bei Mitarbeiter/innen von Drogen- und Aidshilfen. Bei einem beruflichen Risiko muss der Arbeitgeber die Kosten übernehmen.

Bei der Hepatitis-A-Impfung gibt es Hinweise darauf, dass einige Kassen und Arbeitgeber mittlerweile ähnlich verfahren. Nach den Empfehlungen des Robert Koch-Instituts ist die Indikationsgruppe für die Impfung insgesamt etwa kleiner gefasst, als bei Hepatitis B. (u. a. „Homosexuell aktive Männer" und „Personen, die an einer chronischen Lebererkrankung leiden und keine HAV-Antikörper besitzen".) Ob die privaten Krankenversicherungen die Kosten übernehmen, hängt von dem Leistungsangebot und dem Vertragsabschluss ab.

Eine Kombinationsimpfung gegen Hepatitis A und Hepatitis B ist kostengünstiger als die zwei separaten Impfungen.

Mitarbeiter/innen von Aids- und Drogenprojekten sollten überlegen, ob sie diesen Schutz nicht nur ihren Klient/innen weiter empfehlen, sondern auch selbst anwenden!

Besonderheiten bei HIV-Positiven

Bei Menschen mit geschwächtem Immunsystem, z. B. bei Dialysepatient(inn)en oder HIV-Infizierten, baut sich manchmal kein ausreichender Impfschutz auf. So zeigen z. B. etwa 30 % der HIV-Positiven keine ausreichende Reaktion auf eine Hepatitis-B-Impfung, verglichen mit unter 5 % der Menschen ohne HIV-Infektion. Schlägt eine Impfung nicht an, wird eine Wiederholung mit höherer Dosis in mehreren Schritten empfohlen, bis ein ausreichender Impfschutz erreicht ist.

Bei schlechtem Zustand des Immunsystems kann darüber hinaus auch eine bestehende Immunität (durch eine früher durchgemachte Hepatitis oder eine Hepatitis-Impfung) verloren gehen. Steigt die Zahl der Helferzellen nach Erholung des Immunsystems später wieder an, empfiehlt sich eine Kontrolle des Impfschutzes und ggf. eine Auffrischungsimpfung oder erneute Impfung nach Impfschema.

Bei einer Hepatitis-Impfung kann sich (wie auch bei einer Grippe- oder Tetanusimpfung) vorübergehend die HIV-Menge im Blut (Viruslast) erhöhen. Dies kann zu Verwirrungen führen, z. B. wenn zur gleichen Zeit die Kombination der Medikamente gegen HIV geändert wurde und der Therapieerfolg anhand der Viruslast bestimmt werden soll; für den Verlauf der HIV-Infektion hat das aber keine Folgen.

Passive Immunisierung

Bei dieser Form der Impfung werden spezifische Immunglobuline eingesetzt, dies sind Antikörper von Menschen, die bereits eine Hepatitis durchgemacht haben. Der Impfschutz hält bei dieser Methode allerdings nur etwa drei Monate an, weil die schützenden Antikörper rasch abgebaut werden. Sie empfiehlt sich deshalb für die Hepatitis A, wenn das Infektionsrisiko zeitlich begrenzt ist oder die Zeit für eine aktive Impfung nicht mehr ausreicht (z. B. bei Reisen). Bei Hepatitis B wird sie (zusammen mit einer aktiven Immunisierung) unmittelbar nach einem Risikokontakt wie z. B. einer Nadelstichverletzung sowie bei Neugeborenen von Müttern mit einer Hepatitis B verabreicht, um die Zeit zu überbrücken, bis die aktive Immunisierung greift.

Akuter Verlauf

Meist verläuft eine akute Virushepatitis ohne Symptome oder symptomarm. Sie wird oft nicht bemerkt. Weniger häufig verläuft die akute Hepatitis A oder B schwer und muss stationär behandelt werden. In sehr seltenen Fällen kann die akute Infektion zum Tod führen.

Behandlungsmöglichkeiten im akuten Verlauf

Bei der akuten Hepatitis A und B gibt es keine spezifische, gegen das Virus gerichtete Therapie. Es wird „nur" symptomatisch behandelt (Schonung, evtl. Bettruhe).

Bei der Hepatitis B und C kann es zu einem chronischen Verlauf kommen

Bei der Behandlung der akuten Hepatitis C kann die Heilungschance bis zu 95 % betragen, sofern rechtzeitig (in den ersten Monaten nach Infektion) mit der Behandlung begonnen wird. Ein chronischer Verlauf wird damit verhindert. Allerdings verläuft die akute Hepatitis C oft symtomarm und wird von den Betroffenen und den Ärzten nicht bemerkt.

Chronischer Verlauf

Bei der Hepatitis B und C kann es zu einem chronischen Verlauf kommen. Die Immunabwehr des Körpers schafft es nicht, das Virus erfolgreich zu bekämpfen. Das Virus bleibt dann in der Leber aktiv und es kann über einen Zeitraum von Jahren bis Jahrzehnten zu einer stetig schwelenden Entzündung der Leber kommen. Gesundes Lebergewebe verwandelt sich in Bindegewebe (Leberzirrhose), d.h. die Leber verliert ihre Arbeitsfähigkeit. Auf dem Boden dieser Leberveränderung kann ein Leberkrebs entstehen.

In den ersten Jahren fühlen sich die Betroffenen meist noch gesund, **bleiben aber ansteckend und können das Hepatitis Virus an andere weitergeben.** Bei der Hepatitis A gibt es keinen chronischen Verlauf, sie ist nur in der Akutphase ansteckend (s. auch Tabellen auf den folgenden Seiten).

Behandlungsmöglichkeiten der Hepatitis B und C

Für beide Hepatitisformen gilt, dass heute wirksame, wenn auch zum Teil nebenwirkungsreiche Therapien zur Verfügung stehen. Diese können das Virus nicht immer eliminieren, aber es gibt im günstigsten Fall doch die Chance einer Heilung.

Ziel der Behandlung ist es, die Spätfolgen (Leberzirrhose und Leberkrebs) zu verhindern. Die Frage, ob und wann eine chronische Infektion behandelt werden sollte, kann deshalb ohne Zeitdruck geklärt werden.

Die Behandlung ist langwierig, bei der Hepatitis C ca. 6 – 12 Monate, bei der chronischen Hepatitis B meist mehrere Jahre. Insbesondere der Einsatz von Interferon kann als sehr belastend erlebt werden, obwohl heute ein weiterentwickeltes Interferon zum Einsatz kommt, das leichter anzuwenden ist und dadurch eine größere Wirkung entfalten kann.

Es gibt zahlreiche Ausschlussgründe gegen eine Interferontherapie, d.h. nicht alle chronisch Erkrankten kommen für eine Therapie in Frage

Meldepflicht

Nach dem seit Januar 2001 gültigen Infektionsschutzgesetz (IfSG) sind der Verdacht auf, die Erkrankung an und der Tod durch Virus-Hepatitis namentlich meldepflichtig (Ausnahme: eine bereits gemeldete chronische Hepatitis B oder C). Die Meldung erfolgt in der Regel durch das Labor, das die entsprechenden Untersuchungen durchgeführt und die virusbedingte Hepatitis festgestellt hat, oder durch den Arzt/die Ärztin, der/die sie veranlasst hat.

Die namentliche Meldung umfasst Angaben zu

- Person,
- Anschrift,
- wahrscheinlicher Infektionsquelle,
- Tag der Erkrankung bzw. Diagnose,
- Untersuchungsbefund und Nachweismethode.

Diese Daten gehen an das zuständige Gesundheitsamt, welches die Daten dann anonymisiert an das Robert Koch-Institut in Berlin weiterleitet. Darüber hinaus sollen die Gesundheitsämter den Betroffenen auch Beratung anbieten, insbesondere im Hinblick auf Ansteckungsgefahren und Schutzmöglichkeiten (z. B. für im selben Haushalt lebende Personen) und auf die Behandlungsmöglichkeiten. Nach § 31 IfSG kann „die zuständige Behörde ... Kranken, Krankheitsverdächtigen, Ansteckungsverdächtigen und Ausscheidern die Ausübung bestimmter beruflicher Tätigkeiten ganz oder teilweise untersagen".

weitere Informationen:

***Info*⁺: Virus-Hepatitis** - *eine Orientierungshilfe. Deutsche AIDS Hilfe, April 2003*

***Drogenkonsum und Hepatitis -** Übertragungswege-Vorbeugung-Behandlung, Deutsche AIDS Hilfe, November 2002*

***Med-Info 44: HIV und Hepatitis B**, AIDS-Hilfe Köln, November 2003*

***Med-Info 51: : HIV und Hepatitis C**, AIDS-Hilfe Köln, September 2004*

Alle Med-Info-Hefte können- sofern noch lieferbar - beim Versand der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. kostenlos angefordert werden. Alle Ausgaben, auch die vergriffenen Exemplare, können online gelesen und ausgedruckt werden unter der Webseite: www.hiv-med-info.de

Hepatitis A – Die Infektion mit HAV

Inkubationszeit:

1 – 7 Wochen, im Durchs. 3 – 4 Wochen

Symptome

Eine Infektion mit HAV verläuft häufig ohne typische Symptome, sie wird daher oft unwissentlich weitergegeben. Wenn Symptome, dann folgende:

- Appetitlosigkeit, Übelkeit, Brechreiz
- Druck-, Völlegefühl (Oberbauchbeschwerden)
- leichtes Fieber
- Abneigung gegen bestimmte Lebensmittel wie Fett oder Alkohol
- bei 1/3 der Erkrankten: Gelbsucht: Gelbfärbung von Haut, dunkler Urin, entfärbter Stuhl, Juckreiz)

Krankheitsverlauf:

Krankheitsbeschwerden klingen in der Regel nach zwei bis sechs Wochen wieder ab, keine chronischen Verläufe.

In etwa 0,01–0,1 % der Fälle ist ein akutes, lebensgefährliches Leberversagen möglich, bei dem nur noch eine Lebertransplantation hilft. Das Risiko eines solchen Verlaufs ist erhöht bei Personen über 50 Jahren. Bei bereits bestehender Leberschädigung (z. B. bei chronischer Hepatitis B/C oder alkoholbedingter Zirrhose) verläuft eine Hepatitis A häufiger schwer (fulminant) und damit lebensgefährlich

Übertragungsweg

HAV wird übertragen, wenn infizierte Körperflüssigkeiten in die Blutbahn gelangen (wie bei HIV, HBV, HCV, s.u.). HAV ist jedoch wesentlich ansteckender, sein Hauptübertragungsweg ist fäkal-oral.

Meist wird Hepatitis A über verunreinigte Lebensmittel (ungewaschenes Obst, Salate, wenn sich der Koch nach der Toilette nicht die Hände gewaschen hat), Trinkwasser oder Muscheln (wenn Fäkalien ins Meer geleitet werden) übertragen.

Beim Sex kann jeder Kontakt zwischen Anus und Mund (auch mittelbar über Finger oder Faust) kann ein Ansteckungsrisiko bergen. Bei bestimmten Sexualpraktiken, besonders „Rimming" (Arschlecken) oder „Kaviar" (Verzehr von Kot) ist das Risiko besonders groß; es reicht allerdings schon aus, mit dem Finger in die Arschfalte zu kommen und den Finger danach in den Mund zu bekommen.

Eine Ansteckungsgefahr ist gegeben, bevor die Infektion vom Betroffenen bemerkt wird: im Zeitraum von 2 Wochen vor bis 1 Woche nach dem Sichtbarwerden der Infektion. Im Gegensatz zu Hepatitis B und C ist die Ansteckungsphase jedoch kurz, da es keinen chronischen Verlauf gibt.

Therapie

- keine ursächliche Therapie möglich
- empfohlen werden Bettruhe, Diät, kein Alkohol
- Hepatitis A heilt vollständig aus

Schutzmöglichkeiten

Eine aktive Immunisierung (Schutzimpfung) empfiehlt sich für

- Menschen, die in Länder mit niedrigem Hygienestandard reisen
- Personen mit wechselnden Sexualpartnern
- i.v. Drogengebrauchende
- chronisch Hepatitis B oder/und Hepatitis C Infizierte

weitere Schutzmöglichkeiten

- beim i.v. Drogengebrauch verringert Safer Use das Infektionsrisiko
- Händewaschen nach jeder Toilettenbenutzung.
- passive Immunisierung mit Immunglobolinen, (wenn z.B. kurz vor dem Urlaub aktive Immunisierung zeitlich nicht mehr möglich ist)
- die Verwendung eines Dental Dams (Schutzfolie) oder aufgeschnittenen Kondoms beim Rimming (anal-oraler-Kontakt, Arschlecken) kann das Risiko senken, aber nicht ausschließen.

Hepatitis B – Die Infektion mit HBV

Inkubationszeit:

1 - 6 Monate, im Durchschnitt 2 - 3 Monate

Symptome

akute Infektion:

häufig ohne typische Symptome. Bei symptomatischem Verlauf treten ähnliche Symptome wie bei Hepatitis A auf.

Krankheitsverlauf

Chronischer Verlauf:
Bei ca. 5 % der Erwachsenen mit intakten Immunsystem kann sich über Jahre eine Leberzirrhose entwickeln.

Bei HIV-Infizierten oder Menschen mit anderen Immunschwächen erhöht sich die Quote chronischer Verläufe auf bis zu 25 % der HBV-Infizierten. Deshalb wird eine Impfung dringend empfohlen!

Übertragungswege

Die Übertragungswege sind HIV sehr ähnlich, das Übertragungsrisiko für HBV ist nur 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 erheblich verringert werden kann. Ein Infektionsrisiko besteht bei:

- Kontakt mit infektiösen Körperflüssigkeiten: Blut, Sperma, Vaginalsekret, Lusttropfen, Muttermilch, (eher selten über Speichel, Tränenflüssigkeit, Kot, Urin)
- alle Sexualpraktiken, bei denen infektiöse Körperflüssigkeiten auf Schleimhäute gelangen
- gemeinsamer Gebrauch von Spritzbestecken
- unhygienisches Tätowieren
- Stichverletzungen im medizinisch-pflegerischen Bereich

Mutter-Kind-Übertragung möglich

- über Schwangerschaft, Geburt, Muttermilch

Postexpositionsprophylaxe PEP):

- bei Kontakten mit HBV-Infizierten: sofort aktive und passive Impfung

Therapie

akute Infektion

- keine ursächliche Behandlung der akuten Infektion möglich
- empfohlen werden Schonung bei Krankheitsgefühl
- **Kein** Alkohol!
- die HBV-Infektion heilt in ca. 95% der Fälle von selbst aus

chronische Infektion

- Da bei einer chronische Infektion schwere Lebererkrankungen wahrscheinlich werden, wird eine Behandlung über Monate bis Jahre empfohlen. Zum Einsatz kommen Interferon und antivirale Medikamente.

Bei einer Koinfektion HIV-HBV gelten besondere Bedingungen, weshalb entsprechende Fachärzte aufgesucht werden sollten.

Schutzmöglichkeiten

Die Schutzimpfung ist sehr empfehlenswert für

- alle sexuell aktiven Menschen mit wechselnden Geschlechtspartner/innen
- für schwule Männer, Gebraucher/innen von Spritzdrogen
- bestimmte Berufsgruppen, z. B. medizinisches Personal

Eine regelmäßige Überprüfung des Impfschutzes sollte ca. 10 Jahre erfolgen, bei Menschen mit HIV und anderen Immunschwächen häufiger.

Weitere Schutzmöglichkeiten:

- bei eindringendem Geschlechtsverkehr reduzieren Kondome das Infektionsrisiko
- Ansonsten gibt es beim Sex nur begrenzte Schutzmöglichkeiten
- beim i.v. Drogengebrauch Schutz durch Benutzung steriler Spritzbestecke **und** eigener Spritzutensilien (HBV kann auch über Löffel, Tupfer usw. übertragen werden!).

Hepatitis C – Die Infektion mit HCV

Inkubationszeit:

2 - 26 Wochen

Symptome

häufig (75 %) ohne Symptome, wird daher oft nicht erkannt

ansonsten die bei Hepatitis A genannten Symptome

Krankheitsverlauf

- bei einem kleinen Teil der Erkrankten heilt die Infektion innerhalb von 6 Monaten aus
- Unbehandelt kann die HCV-Infektion in 50-80 % der Fälle chronisch werden, dann besteht nach Jahren bis Jahrzehnten die Gefahr der Entwicklung einer Leberzirrhose mit anschließendem Leberversagen (bei ca. 4 - 6 % der Betroffenen), weitere Gefahr: Leberkrebs
- Bei einer zusätzlichen HIV- und/oder HBV-Infektion oder bei häufigem Alkoholkonsum ist der Verlauf der Lebererkrankung beschleunigt, und es tritt häufiger und früher eine Leberzirrhose auf.

Übertragungswege

Übertragung meist über Blut-Blut-Kontakt. Geringe Mengen Blut reichen bereits für eine Übertragung aus. Häufigste Übertragungswege sind, dem heutigen Wissenstand nach, somit:

- bei Drogengebraucher/innen: gemeinsamer Gebrauch von Spritzbestecken **und Zubehör**! (siehe Kap. 10, Safer use)
- Stichverletzungen bei OP's,
- gemeinsames Benutzen von Toilettenartikeln, die mit Blut in Kontakt gekommen sind (Zahnbürste, Rasierzeug usw.),
- unsauberes Piercen, Tätowieren, Ohrlochstechen.

Über Sex im Allgemeinen eher selten, in bestimmten Fällen aber möglich:

- Vermutet wird, dass bestimmte Sexualpraktiken, bei denen es „härter" zugeht und zu (Schleim-) Hautverletzungen kommt bzw. (auch in geringen Mengen) Blut im Spiel ist, das Risiko stark steigt.
- Gleichzeitig vorhandene andere STD erhöhen ebenfalls das Übertragungsrisiko.
- Vermutet wird, dass Menschen mit HIV ein größeres Risiko haben, sich HCV zu holen bzw. HCV weiterzugeben.

Mutter-Kind-Übertragung bei der Geburt möglich

- Übertragungsrate: 2 – 7 %,
- Wenn Mutter eine HIV/HCV-Doppelinfektion hat, steigt das Übertragungsrisiko für Hepatitis C auf bis zu 20 %!

Therapie

Die Behandlungsmöglichkeiten der HCV-Infektion haben sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. Für die Behandlung der HIV/HCV-Koinfektion gelten besondere Bedingungen, die mit einem Facharzt geklärt werden müssen.

akute Infektion

- Interferontherapie der akuten Infektion über 6 Monate kann in den allermeisten Fällen das Entstehen einer chronischen Infektion verhindern

chronische Infektion

- Behandlung mit Interferon für eine Dauer von 6 bis 12 Monaten führt in mehr als 60 % der Fälle zum Erfolg.

Voraussetzung für eine Behandlung der HCV-Infektion ist, dass kein aktiver Drogengebrauch (insbesondere Alkohol) stattfindet. Eine Substitution stellt aber keinen Hinderungsgrund mehr für eine Behandlung der HCV-Infektion da.

Schutzmöglichkeiten

bisher keine Impfung möglich.

- Vermeidung von Blutkontakten
- beim i.v. Drogengebrauch Benutzung steriler Spritzbestecke und eigener Spritzutensilien.
- durch Safer Sex und Kondomgebrauch kann das Risiko einer sexuellen Übertragung erheblich verringert werden

Es gibt keine Immunität gegen HCV. Eine einmal durchgemachte Hepatitis C oder eine erfolgreiche Therapie schützen nicht vor erneuter Ansteckung!

Kapitel 7

Der HIV-Test

Grundlegendes
Der HIV-Test ist kein „Aids-Test"!

Der HIV-Test ist ein diagnostischer Eingriff, für den besondere Bedingungen gelten. Im Gegensatz zu vielen anderen medizinischen Untersuchungen darf er nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Betroffenen durchgeführt werden. Man spricht hier vom „informed consent", was soviel wie informierte Einwilligung heißt: Menschen, die auf HIV getestet werden, müssen wissen, was ein positives Testergebnis für sie bedeuten könnte. Deshalb sollte jede Durchführung eines HIV-Tests in eine Beratung eingebunden sein.

Keine Blutentnahme & kein HIV-Test ohne ausdrückliches 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 Untersuchungen Blut abgenommen wird, 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. Ungefragt ihr Blut auf HIV zu untersuchen, und sie mit einem positiven Testergebnis zu konfrontieren, hieße, den ärztlichen Ermessensspielraum massiv zu übertreten.**

Wie eine aktuelle repräsentative Befragung der BZgA zeigt, besteht hinsichtlich des HIV-Tests innerhalb der Bevölkerung noch erhebliches Halbwissen. So wird häufig fälschlicherweise vom „Aids-Test" gesprochen, obwohl das Ergebnis eines HIV-Tests keinerlei Aussagen darüber zulässt, ob und wann jemand jemals an Aids- erkrankt.
Wenn wir vom HIV-Test sprechen, ist in der Regel der HIV-Antikörpertest gemeint. Mit diesem Test können Abwehrstoffe nachgewiesen werden, die der Körper nach einer Ansteckung mit HIV bildet. Dies kann bei verschiedenen Menschen unterschiedlich lang dauern. Das Testergebnis wird als „Antikörper-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 mit HIV stattgefunden hat, ist für die betroffene Person oft alles andere als „positiv".

Eine andere Methode des Nachweises einer HIV-Infektion ist der direkte Virusnachweis durch eine PCR (s. u.) mit der Bestandteile von Viren direkt im Blut nachgewiesen werden. Aus verschiedenen Gründen ist der direkte Virusnachweis nicht zuverlässig genug, um eine HIV-Infektion auszuschließen. Da die meisten unserer Anrufer/innen in der Regel eine Bestätigung erwarten, dass sie nicht HIV-infiziert sind, gibt es für sie keine Alternative zum HIV-Antikörpertest.

Nachweismethode: HIV-Antikörpertest

Der HIV-Antikörpertest stellt das gebräuchlichste Verfahren zum Nachweis einer HIV-Infektion dar. Da der Körper einige Zeit braucht um Antikörper zu bilden, ist der Nachweis jedoch erst etliche Wochen nach einer Infektion möglich. In der Regel muss man/frau etwa 12 Wochen nach einem Risikokontakt warten, um ein zuverlässiges HIV-negatives Testergebnis zu erhalten. Erst nach Ablauf dieses Zeitraums (→ siehe Diagnostische Lücke) bedeutet das Testergebnis „HIV-negativ", dass durch einen Antikörpertest eine Infektion weitestgehend ausgeschlossen werden kann.

Testdurchführung

Zwei Testschritte sind üblich: Nach einer ausführlichen Beratung wird zunächst ein hochempfindlicher „Suchtest" (ELISA) auf die im Blut vorhandenen Antikörper durchgeführt. Werden hierbei keine Antikörper nachgewiesen (Diagnose: „HIV-negativ"), kann das Ergebnis mitgeteilt werden. Reagiert der Suchtest (ELISA-reaktiv), besteht der Verdacht auf eine Infektion. In diesem Falle muss dieses Ergebnis durch einen Bestätigungstest (in der Regel der Western-Blot) überprüft werden. Erst nach dieser Bestätigung darf ein positives Testergebnis mitgeteilt werden.

Suchtest: ELISA (für HIV-1 und HIV-2)

Der ELISA (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay) eignet sich besonders als Suchtest, weil mit relativ wenig Zeit- und Personalaufwand 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, dass der Test „reagiert", obwohl keine HIV-Infektion vorliegt.

Dies liegt daran, dass im Blut eine Vielzahl anderer Antikörper (z.B. Rheumafaktoren) und chemischer Stoffe vorhanden sind, die den Suchtest „reaktiv" (der Test zeigt eine Reaktion) ausfallen lassen können, obwohl keine HIV-Antikörper vorhanden sind. Es besteht daher die Möglichkeit eines reaktiven Testergebnisses, also der „Vortäuschung" einer Ansteckung („falsch positiiv"). Deswegen wird ein reaktives Ergebnis des Suchtests mit dem aufwendigeren Bestätigungstest (der für diese Fehlerquelle unempfindlicher ist) kontrolliert.

Zur Zeit werden vermehrt Suchtests der so genannten „vierten Generation" eingesetzt. Diese Tests unterscheiden sich von den bisherigen Suchtests dadurch, dass sie nicht nur HIV-Antikörper, sondern gleichzeitig auch Virusbestandteile (z. B. p24-antigen) erfassen. Sie werden auch Kombinationssuchtests genannt.

Durch die Kombination von Antigen- und Antikörpernachweis konnte die Zuverlässigkeit des Antikörper-Tests weiter erhöht werden. Sie verkürzen aber nicht die diagnostische Lücke von drei Monaten, die es braucht, um eine HIV-Infektion weitestgehend ausschließen zu können.

Bestätigungstest: Western-Blot

Der Bestätigungstest zeichnet sich durch eine noch höhere Spezifität (Genauigkeit) und hohe Sensitivität (Empfindlichkeit) aus. Erst nach der Bestätigung durch den Western-Blot sollte ein Testergebnis als „HIV-positiv" bewertet und mitgeteilt werden.

Ein HIV-positives Testergebnis sollte zusätzlich mit einer zweiten Blutentnahme überprüft werden, um seltene, aber immerhin mögliche falsche Ergebnisse (z. B. durch Laborfehler) auszuschließen.

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

Zuverlässigkeit / Sicherheit des Ergebnisses

Die modernen HIV-Antikörpertests sind extrem zuverlässig, d.h., ihre Ergebnisse sind, unter Berücksichtigung der diagnostischen Lücke (→ siehe unten) sehr sicher. Es gibt in der Medizin kaum andere Untersuchungsverfahren mit vergleichbarer Zuverlässigkeit. Dennoch bleiben Fehlermöglichkeiten, die seltener in der Methode selbst, (Testgüte) sondern häufiger in der Durchführung im Labor liegen können.

Nachweismethode: PCR der direkte Nachweis von HIV im Blut

Mit den Virusnachweismethoden wird Nukleinsäure des HI-Virus erfasst, vervielfältigt und gemessen. Am bekanntesten ist die **PCR (polymerase chain reaction = Polymerase-Ketten-Reaktion)**. Diese Verfahren gehören daher in erfahrene Hände und werden bei speziellen Fragestellungen eingesetzt, z.B. bei Neugeborenen HIV-positiver Mütter, bei Verdacht auf eine akute HIV-Infektion oder bei unklaren Antikörpertestergebnissen.

Der Titel „NAT = Nucleid Acid Technology" steht für verschiedene Testverfahren: PCR, bDNA, NASBA, etc.

Kann der direkte Virusnachweis (PCR) den Antikörpertest ersetzen?

Bei deutlich auf eine akute HIV-Infektion (Primärinfektion) hinweisenden Symptomen kann der direkte Virusnachweis helfen, eine HIV-Infektion im Anfangsstadium – also noch vor Abschluss der Antikörperbildung - zu erkennen. Es wird bereits in diesem Stadium versucht, Patienten vor bzw. kurz nach der Serokonversion (Zeitpunkt, an dem die Immunantwort nachweisbar wird) mit antiviralen Medikamenten zu behandeln. Die Therapie der so genannten Primärinfektion ist jedoch nach wie vor eine experimentelle Methode, deren Einsatzmöglichkeit und Nutzen zur Zeit noch erforscht wird. Deshalb sollten entsprechende Behandlungsversuche ausschließlich von HIV-Spezialisten durchgeführt und unbedingt im Rahmen von Studien dokumentiert werden.

Ansonsten ist die PCR zur Diagnose bzw. zum Ausschluss einer HIV-Infektion weniger gut geeignet. Aus folgenden Gründen:

- Für Personen, die wissen wollen ob sie sich **nicht** infiziert haben (und ein zuverlässiges, HIV-negativ-Ergebnis wünschen), ist die PCR ungeeignet, da dieser Test weniger genau ist als der Antikörpernachweis, z. B. bestimmte Virustypen weniger zuverlässig nachweist. Deshalb ist das Risiko eines falsch negativen Ergebnisses größer als beim Antikörpertest.
- Die PCR ermöglicht auch nicht den sofortigen Nachweis einer HIV-Infektion, sondern sie kann eine Infektion auch nur etwas früher nachweisen.
- Die PCR-Untersuchung ist kostspieliger als eine Antikörperuntersuchung. Liegt keine medizinische Indikation (z.B. typische Krankheitszeichen) vor, muss der/die Ratsuchende die Kosten (145,- bis 200,- €) dafür privat tragen.
- Eine PCR sollte nach Möglichkeit von einem HIV-Spezialisten durchgeführt werden, damit die Ergebnisse richtig interpretiert werden.

Ratsuchenden, der mit hoher Zuverlässigkeit herausbekommen wollen, dass sie HIV-negativ sind, bringt die PCR keinen Zuwachs an Sicherheit und Klarheit, kostet dafür aber eine Menge Geld!

Das Testergebnis

Testergebnis: HIV-positiv

Wenn durch die Kombination Such- und Bestätigungstest zweifelsfrei HIV-Antikörper festgestellt bzw. durch eine PCR Virusbestandteile nachgewiesen werden, lautet das Ergebnis „HIV-positiv". Diese „Laborsprache" hat sich auch in der Umgangssprache durchgesetzt, obwohl die Bezeichnung „positiv" immer wieder zu Missverständnissen führt.

Testergebnis: HIV-negativ

Das Testergebnis wird als „negativ" bezeichnet, wenn 12 Wochen nach dem letzten Risikokontakt keine Antikörper nachweisbar sind. Der Körper braucht eine gewisse Zeit, um Antikörper zu bilden. (→ diagnostische Lücke). Deshalb kann ein Test trotz einer Ansteckung negativ ausfallen, wenn sie erst kurze Zeit zurückliegt.

„Diagnostische Lücke" oder„diagnostisches Fenster"

Sowohl Antikörper als auch Virusbestandteile sind erst einige Zeit nach der Ansteckung nachweisbar, so dass es einen Zeitraum gibt, in dem eine Person bereits infiziert ist, aber kein HIV-Test auf die vorliegende Infektion reagiert. Dieser Zeitraum wird als „diagnostische Lücke" bezeichnet. Zwei Zeitpunkte innerhalb des diagnostischen Fensters sind für uns von Interesse:

- Der Zeitpunkt, ab dem man eine HIV-Infektion frühestens nachweisen kann. Dies kann bei so genannten „Frühkonvertern" (Menschen, die schnell Antikörper bilden) schon nach drei bis vier Wochen der Fall sein.
- Der Zeitpunkt, ab dem man mit weitgehender Sicherheit davon ausgehen kann, dass auch „Spätkonverter" (Menschen mit einer langsameren Antikörperbildung) durch den Test entdeckt werden können. Hier liegt der Zeitraum bei etwa 12 Wochen. Erst 12 Wochen nach dem letzten Risikokontakt kann also in der Regel ein weitestgehend zuverlässiges HIV-negatives Testergebnis erwartet werden.

Die Aussage, dass der Antikörpertest im Regelfall erst 3 Monate nach dem letzten mutmaßlichen Ansteckungsrisiko ein weitestgehend zuverlässiges HIV-negatives Ergebnis liefert, gilt, trotz Einführung neuer, empfindlicherer Testmethoden weiterhin und wurde von uns mit dem Robert-Koch-Institut in Berlin abgestimmt. Solche Angaben werden auf der Basis von statistischen Mittelwerten formuliert, die nicht auf jeden Einzelfall zutreffen. Weder sind biologische Reaktionen mit hundertprozentiger Zuverlässigkeit vorhersagbar, noch kann irgendein Testverfahren absolute Zuverlässigkeit bieten.

Nach Einschätzung des Robert-Koch-Institutes kann die Zeit zur Antikörperbildung in extrem selten Fällen länger als 3 Monate dauern. Andererseits fallen die Tests in den meisten Fälle bereits zwischen der 6. und 8. Woche nach einer Ansteckung positiv aus. D.h. man könnte ein zuverlässiges HIV-positives Testergebnis schon früher bekommen, aber eben kein zuverlässig HIV-negatives Ergebnis, weil unklar bleibt, ob nicht evtl. noch zu einem späteren Zeitpunkt eine Serokonversion erfolgt. Weder die PCR noch die neueren Kombinationssuchtests bieten in dieser Frage eine zusätzliche Sicherheit, da sie auch „falsch negative" Ergebnisse liefern können.

Warten auf das Testergebnis

Das lange Warten auf den Test kann sehr quälend erlebt werden. Deshalb kann es in Einzelfällen sinnvoll sein, ängstlichen Ratsuchenden vorzuschlagen, schon früh die für einen Test erforderliche, persönliche Beratung aufzusuchen. Innerhalb der Beratung kann dann auf die Möglichkeiten und Grenzen einer HIV-Testung innerhalb des diagnostischen Fensters ausführlich eingegangen werden und ein individuell sinnvolles Vorgehen entworfen werden.

Bei konkreten Symptomen, die auf eine akute HIV-Infektion (Primärinfektion) hinweisen, bieten erfahrene Ärzte einen HIV-Test (manchmal auch eine PCR) oft relativ früh an. So könnte man frühzeitig eine HIV-Infektion entdecken, ein negatives Ergebnis eines solchen frühen Testes hätte aber keine Aussagekraft.

Rahmenbedingungen für die Durchführung des HIV-Tests

- **Vor dem Test sollte ein ausführliches 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. Bei Minderjährigen müssen die Eltern um Einverständnis befragt werden.**
- **Thema der Beratung sollten auch die rechtlichen und gesellschaftlichen Folgen eines möglicherweise positiven Testergebnisses sein (z.B. arbeits- und versicherungsrechtliche Probleme, Ablehnung durch Mitmenschen).**
- **Die Testergebnisse sollten immer nur im Rahmen eines persönlichen Beratungsgesprächs mitgeteilt werden.**

Die Testberatung

Gründe für oder gegen den Test

Es gibt viele Gründe, sich testen zu lassen:

- Wunsch nach Gewissheit angesichts einer befürchteten Ansteckung mit HIV
- Wunsch, so rechtzeitig wie möglich die Vorteile der Therapiemöglichkeiten zu nutzen
- Abklären von Symptomen, die auf eine HIV-Infektion hindeuten
- Wunsch, künftig innerhalb einer Partnerschaft auf das Kondom zu verzichten, falls beide Partner entweder HIV-negativ oder HIV-positiv sind (Serokonkordanz = beide Partner haben den gleichen HIV-Status).
- Schwangerschaft und Kinderwunsch,
- Abklärung von berufsbedingten Risiken, z. B. Nadelstichverletzung im Krankenhaus; ein HIV-Test dient hier auch der rechtlichen Absicherung zur Anerkennung als Berufskrankheit.

Die Frage, ob ein HIV-Test durchgeführt werden sollte, ist abhängig von der individuellen Risikosituation und setzt die freiwillige Entscheidung des/der einzelnen voraus. Wichtig ist, dass den Ratsuchenden Hilfestellung und aktuelle Informationen 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 selbstverantwortlich sein wie eine Entscheidung für den Test.

Die medizinische Bedeutung einer HIV-Diagnose hat sich verändert.

Anders als früher kann der Test heute eine hohe therapeutische Bedeutung haben. Durch eine rechtzeitige Behandlung der HIV-Infektion

- **kann eine weitere Schädigung des Immunsystems verhindert werden**
- **können sich selbst schwerwiegende Symptome zurückbilden**
- **können ein schwerer Immunschaden sowie lebensbedrohliche Folgeerkrankungen vermieden bzw. hinausgeschoben werden.**

Wird eine HIV-Infektion hingegen erst spät erkannt, ist das körpereigene Abwehrsystem möglicherweise schon so stark geschädigt, dass die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten nicht mehr optimal genutzt werden können.

Im Vorfeld des Test sollten folgende Punkte geklärt werden:

- **Hat tatsächlich ein Ansteckungsrisiko bestanden ? z.B.:**

- ungeschützter Anal- und/oder Vaginalverkehr mit Partnerinnen oder Partnern, die HIV-infiziert sein könnten
- wenn möglicherweise HIV-infiziertes Blut oder Sperma auf Schleimhäute oder in Wunden gelangt ist
- intravenöser Drogenkonsum bei gemeinsamer Benutzung derselben Spritzbestecke
- Empfänger von Bluttransfusionen oder Plasmapräparaten vor 1985 (in Europa und USA!), Bluterkranke (Hämophile), die bis 1985 Gerinnungsfaktoren-Konzentrate erhalten haben

- **Was verspricht sich der Ratschende von einem negativen Testergebnis?**

- Wunsch nach Entlastung von Infektionsängsten nach Sex mit Infektionsrisiko?
- Wunsch nach einem Freifahrtschein in punkto Safer Sex oder Möglichkeit des Aushandelns von Sicherheit innerhalb einer Beziehung?
- Verlangen andere (Partner, Arbeitgeber, Versicherungen) die Vorlage eines negativen Testergebnisses? Will der Ratsuchende diesem Druck nachgeben?
- Welche Zukunftspläne und -wünsche werden von einem Testergebnis abhängig gemacht?

- **Was wäre, wenn das Testergebnis HIV-positiv ausfallen würde?**

- Welche Befürchtungen werden mit einem HIV-positivem Testergebnis verbunden? Wie würde er/sie das Testergebnis verkraften können?
- Welche Form von Unterstützung würde gewünscht, um mit der veränderten Lebenssituation umzugehen?
- Ist dem Ratsuchenden bewusst, dass eine HIV-Infektion aufgrund der Behandlungsmöglichkeiten heute eine andere Bedeutung hat?

Wo kann man sich zu welchen Bedingungen testen lassen?

Der Test im Gesundheitsamt

Der Test im Gesundheitsamt ist in vielen Fällen kostenlos bzw. wird gegen eine geringe Gebühr von 10 – 15 € angeboten. Der größte Vorteil ist, dass der Test im Gesundheitsamt anonym durchgeführt werden kann und sichergestellt ist, dass positive Ergebnisse immer bereits bestätigte Ergebnisse sind.

Deshalb nutzen manche Menschen die Testberatung der Gesundheitsämter, um zunächst auf anonymem Wege zu erfahren, ob sie infiziert sind. Erst im Falle eines negativen Ergebnisses unterziehen sie sich dann einer offiziellen (= unter Angabe des Namens erfolgenden) HIV-Diagnostik (Einstellungsuntersuchung, berufsbedingte Verletzung, Einreisebedingung bestimmter Länder). Im Fall eines positiven Ergebnisses entscheiden sie dann, sich nicht namentlich bei einer anderen Stelle testen zu lassen, damit ihre HIV-Infektion dort nicht aktenkundig wird

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.

Der Test direkt im Labor

Man kann sich auch direkt an private Labore wenden, muss dort aber für die Untersuchung bezahlen. Vorteil ist, dass man hier i.d.R. schnell bedient wird, dafür muss man zwei Nachteile in Kauf nehmen:

Zum einen erfolgt keine ausführliche Beratung, zum anderen wird lediglich das unter Umständen reaktive 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. Dafür bietet der Test im privaten Labor die Möglichkeit der anonymen Testung.

Der Test beim Hausarzt/bei der Hausärztin

Grundsätzlich kann jeder Hausarzt/jede Hausärztin den HIV-Test durchführen. Bei begründeten Verdacht auf eine HIV-Infektion, z.B. wenn Symptome vorliegen, kann er ihn über die Krankenkasse wie andere Leistungen abrechnen. Da der Test namentlich durchgeführt wird, wird das Ergebnis in ihrer Patientenakte festgehalten.

Der Arzt/die Ärztin unterliegt zwar der Schweigepflicht, Nachteile können sich aber ergeben, wenn man zu einem späteren Zeitpunkt eine private Kranken-, Lebens-, Berufsunfähigkeits- und Zusatzversicherungen abschließen möchte. In diesem Fall wird man aufgefordert, alle Ärzte, bei denen man in den letzten Jahren in Behandlung war, von ihrer Schweigepflicht zu entbinden. Der Versicherer kann dadurch in alle Behandlungsunterlagen Einblick nehmen. Wird dabei eine HIV-Infektion bekannt, kommt kein Vertragsabschluss zustande oder es wird die Auszahlung einer fälligen Versicherungsleistung verweigert, wenn sich herausstellt, dass eine zum Vertragsabschluss bekannte HIV-Infektion verschwiegen wurde. Außerdem besitzen nicht alle Hausärzt/innen die entsprechende Erfahrung in der Beratung vor dem Test und der Krisenberatung bei einem positiven Ergebnis, manche haben nicht die Fähigkeit der sachgerechten Interpretation der Ergebnisse, insbesondere bei unklaren Werten.

HIV-Test im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge

Der HIV-Test wird derzeit nicht mehr von allen Gynäkolog/innen als Regel-Bestandteil der Schwangerschaftsvorsorge-Untersuchung angeboten. Liegen Risikofaktoren vor, ist es auch weiterhin möglich, sich den HIV-Test von der Krankenkasse bezahlen zu lassen. (*beachte Hinweise: „Test beim Hausarzt"*).

Trotzdem lassen sich in einigen Regionen die Gynäkolog/innen die Untersuchung im Rahmen der Individuellen Gesundheitsleistungen „IGEL" extra bezahlen. Dies muss man bei einem „Verdacht auf HIV" nicht hinnehmen.

Nach wie vor unzulässig ist die Durchführung eines HIV-Tests ohne Einwilligung der zu untersuchenden Frau. Dies gilt auch für Untersuchungen im Rahmen einer Schwangerschaftsvorsorge (→ Test vor medizinischen Eingriffen). Auch hier gilt, dass vor dem HIV-Test eine eingehende Beratung der Schwangeren stattfinden sollte.

Exkurs: Schnell-Tests / Heim-Tests

HIV -Schnelltests stehen in der BRD für den Routineeinsatz zur Zeit noch nicht zur Verfügung. Zugelassen ist lediglich ein Streifentest, der eine Laborausstattung, wie sie i.d.R. nur in Krankenhäusern gegeben ist, verlangt.

Bei den HIV-Schnelltests handelt es sich um Suchtests vom Typ ELISA. Schnell sind sie allerdings nur in der Durchführung. Wie alle Elisa-Tests, können auch sie erst 12 Wochen nach einer möglichen Infektion ein sicheres Testergebnis liefern. (→ „Diskussion: Diagnostische Lücke")

Ein reaktives Schnelltestergebnis bedarf immer der Bestätigung durch den klassischen ELISA-Test und den Bestätigungstest (Western Blot). Somit müsste man/frau bei einem reaktiven Schnelltestergebnis erst noch einige Tage auf die Ergebnisse der Bestätigungstests warten.

Sinn machen die Schnelltests bei Notfallsituationen in Kliniken: Im stationären Bereich geht es z. B. um Abklärung des HIV-Status in Geburtskliniken und nach Nadelstichverletzungen des Klinikpersonals um die Frage des Einsatzes einer Postexpsitionsprophylaxe (PEP – siehe Kap 9). Man würde nach einer Nadelstichverletzung einer Krankenschwester beim betreffenden Patienten mit seiner Einwilligung einen Schnelltest zur Abklärung der Frage durchführen, ob der Patient HIV-positiv ist. Im Falle eines reaktiven Ergebnisses könnte die Krankenschwester noch innerhalb der (optimalen) 2 Stunden Frist mit einer PEP (also der Einnahme von HIV-Medikamenten) beginnen. Gleichzeitig würde man den klassischen ELISA-Test und einen Bestätigungstest beim Patienten durchführen, um die PEP baldmöglichst zu beenden, falls der Schnelltest falsch reaktiv war.

Schnelltests aus dem Internet für den Heimgebrauch?

Im Internet werden auch in Deutschland nicht zugelassene Schnelltests als „Heimtests" angeboten. Mit der 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.
- Der Heimtest könnte zur schnellen – unter Umständen fälschlicherweise erfolgenden - Aussonderung vermeintlich HIV-Infizierter benutzt werden.

Aus diesen Gründen sind Heimtestverfahren vom Gesetzgeber für den deutschen Markt nicht zugelassen worden. Von ihrem Gebrauch sollte dringend abgeraten werden.

Weitere wichtige Aspekte zum HIV-Antikörpertest

Der Test bei Einstellungsuntersuchungen

HIV-Tests dürfen nur mit Einwilligung der Bewerber/innen 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 Bewerber/innen durchgeführt werden. Diese befinden sich allerdings wegen ihres Einstellungsinteresses meist in einer abhängigen Entscheidungssituation.

Auch Betriebsärzte/-ärztinnen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Arbeitgeber/innen 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. Einschränkungen bestehen lediglich in intensivmedizinischen und chirurgischen Arbeitsbereichen. Eine Ausnahme stellt die Lufthansa dar, die mit Hinweis auf Tropentauglichkeit von Flugpersonal einen negativen HIV-Test vor der Einstellung verlangt.

Der Test vor medizinischen Eingriffen (Operationen, Geburt, Zahnarzt...)

Generell 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.

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 Aidshilfe wenden.

*Ähnlich stellt sich die Situation für HIV-infizierte Menschen dar. Sie sind verpflichtet, **nur 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-Schwerpunktmedizinern/-medizinerinnen und Aidshilfen) 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.*

Blutspenden ist kein Ersatz für den Test

In diesem Zusammenhang sei dringend davor 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 sich so gut wie 100% 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.

Im Falle eines positiven Testergebnisses hätte sich der Spender der Möglichkeit des anonymen Umgangs mit seiner/ihrer Infektion beraubt, da er/sie als BlutspenderIn namentlich registriert ist. Möglicherweise müsste er sogar mit strafrechtlichen Konsequenzen rechnen.

HIV 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 nur wenig Länder, in denen der HIV-Antikörpertest als Einreisevoraussetzung für Touristen und Touristinnen verlangt wird, aber für den Fall eines längeren Aufenthaltes bzw. einer geplanten Einwanderung sieht das in 60% aller Länder schon ganz anders aus.

Außerdem gibt es Länder, die - entgegen den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) - Menschen mit HIV generell nicht einreisen lassen (z.B. USA, Irak, China, Saudi-Arabien). 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.

Umfassende Informationen zu Einreise- und Aufenthaltsbestimmungen und zur medizinischen Versorgung im Ausland gibt die Dokumentation

"Einreise- und Aufenthaltsbestimmungen, medizinische Versorgung für Menschen mit HIV und Aids - weltweit",

die die DAH als Anlage zu dieser Infomappe herausgegeben hat.

Diese Informationen sind außerdem in deutscher, französischer und englischer Sprache im Internet abrufbar unter:

www.aidsnet.ch/linkto/immigration

▪ Kapitel 8

Therapie der HIV-Infektion

Hinweise für die Beratungssituation

Therapie der HIV-Infektion

Diese Infomappe informiert schwerpunktmäßig zu Fragen der Verhütung von HIV (Primärprävention) und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen. Dieses Kapitel fällt aus dem vorgegebenen Rahmen, da es sich ausführlich mit der Therapie der HIV-Infektion (Sekundärprävention von HIV) beschäftigt.

Es ist uns wichtig zu betonen, dass es nicht Aufgabe der Telefonberatung ist, zu medizinischen Zusammenhängen zu informieren. Auf keinen Fall sollte man sich als Berater zu einer „medizinischen Beratung" am Telefon verführen lassen. Rechtlich bleibt dies Ärzte/Ärztinnen vorbehalten. (s. Kapitel 14 – Rechtliche Aspekte).

Da falsche oder unzureichende Informationen fatale Folgen haben können sollten Telefonberater ehrlich dazu stehen, dass sie hierzu nicht über die erforderliche Kompetenz und Befugnis verfügen. Zu schnell verändert sich das Wissen über die HIV-Infektion und die Möglichkeiten ihrer Behandlung, dass sogar normale Hausärzte/Hausärztinnen heutzutage mit dem Thema überfordert sind. Nur Experten und Expertinnen, die sich kontinuierlich und intensiv mit der Materie befassen, sind noch in der Lage, den Überblick zu behalten und kompetent zum Beispiel zum *optimalen Zeitpunkt eines Therapiebeginns* zu beraten.

Ansprechpartner/innen sind Ärzte/Ärztinnen von HIV-Schwerpunktpraxen, Schwerpunktkliniken und medizinisch besonders geschulte Mitarbeiter/innen in AIDS-Hilfen.

In vielen Fällen sind nicht die *fehlenden Informationen* das Problem der Anrufenden. Häufig fühlen sie sich von Fachleuten mit Informationen und Broschüren überhäuft, haben aber niemandem, der sich wirklich Zeit für sie nimmt, wie sie mit einer veränderten Lebenssituation umgehen sollen.

In solchen Fällen können „unwissende Berater/innen" manchmal sogar die besseren Zuhörer sein, die sich Zeit nehmen, dem aktuellen Konflikt von Ratsuchenden nachzuspüren:

- Was motiviert Anrufer/innen im Moment anzurufen? Was beunruhigt, verunsichert oder ängstigt ihn/sie?
- Wenn es um eine konflikthafte Entscheidung geht: zwischen welchen Möglichkeiten fühlt er/sie sich hin- und hergerissen? Was hängt für ihn/sie davon ab, sich für die eine oder andere Möglichkeit zu entscheiden?
- Fehlen den Anrufer/innen nur „Informationen" oder eher ein Verständnis seiner Situation, seiner Erkrankung und seiner Perspektiven, damit er für sich eine Entscheidung treffen kann? Suchen Anrufer/innen das Gespräch, um die Flut an Informationen verdauen zu können?
- Falls zusätzliche Informationen benötigt, wo kann sie/er diese her bekommen?
- Ist das Verhältnis zum Arzt/zur Ärztin von Vertrauen geprägt? Fühlt er/sie sich dort unter Druck gesetzt und braucht Ermutigung, sich Zeit für eine eigene Entscheidung zu nehmen?

Ein gewisses Hintergrundwissen kann helfen, die Probleme von Ratsuchenden besser zu verstehen, wie z.B.

- die Chancen und Möglichkeiten der antiretroviralen Therapie,
- die Bedeutung der Wahl eines Arztes/einer Ärztin mit Behandlungserfahrung,
- die Frage des individuell richtigen Zeitpunkts für den Therapiebeginn,
- ein Verständnis für die Bedeutung, aber auch für die Schwierigkeiten einer regelmäßigen Einnahme der Medikamente.

Achtung: Alle 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.

Kleines Wörterbuch der HIV-Therapie

ART	**Antiretrovirale Therapie:** Medikamentöse Behandlung, die die Vermehrung des HI-Virus unterdrückt, also eine gegen das Retrovirus HIV gerichtete Therapie.
Asymptomatische Phase	Phase der HIV-Infektion, in der die Schädigung des Immunsystems für Betroffene noch unbemerkt verläuft
Compliance	Zu deutsch "Therapietreue". Gemeint ist die Fähigkeit und Bereitschaft von Arzt/Ärztin und Patient/Patientin, eine Behandlung so auf den Lebensalltag abzustimmen, dass die/der Patient(in) den Anforderungen der Therapie weitestgehend gerecht werden kann.
FI	**Fusionsinhibitoren** - eine Medikamentenklasse der antiretroviralen Behandlung (s. Tabelle am Ende des Kapitels).
HAART	Hoch aktive **ART** (s.o.), beide Begriffe werden heute gleichbedeutend verwendet. (auch: *MEGA-HAART*)
Helferzellen	**T4-Zellen oder CD4-Zellen:** „Leitzentrale" des Abwehrsystems, fördern die Immunreaktion mit Hilfe von Botenstoffen, die andere Abwehrzellen aktivieren. HIV nutzt sie als Wirtszellen, um sich zu vermehren, wodurch immer mehr Zellen zerstört werden Mit sinkender Zahl nimmt die Funktionsfähigkeit des Immunsystems ab. Der CD4-Wert gilt deshalb als ein „Marker", der Auskunft über den Zustand des Immunsystems und den Verlauf der HIV-Infektion gibt. (s. auch **Laborwerte**)
Kombinationstherapie	Behandlung mit einer Kombination von mehreren antiretroviralen Medikamente (ca. 3-4, manchmal auch mehr), meist aus verschiedenen Medikamentenklassen. (s. Tabelle)
Kreuzresistenzen	Resistenz des HIV gegen ein bestimmtes Medikament, das auch zur Resistenz gegen andere bisher noch nicht eingesetzte Medikamente (z.B. der gleichen Substanzklasse) führt.
Laborwerte, Messgenauigkeit	Helferzellzahl und Viruslast sind zwei wichtige Werte, die per Blutuntersuchung im Labor bestimmt werden. Für beide Werte gilt, dass sie durch viele Faktoren wie z.B. akute Infektionen, (wie ein grippaler Infekt) beeinflusst werden können. Auch Stress/das allgemeine Wohlbefinden können sich in den Werten niederschlagen. Da kein Test hundertprozentig genau sein kann, treten Schwankungen aufgrund von Messtoleranzen auf. Deshalb hat ein einzelner, einmal erhobener Wert keine ausreichende Aussagekraft. Zu groß ist die Gefahr einer zufälligen Verfälschung. Erst die wiederholte Bestimmung der Werte mit dem gleichen Verfahren und im gleichen Labor und der Vergleich verschiedener Messwerte erlauben genauere Aussagen darüber, wie sich die HIV-Infektion entwickelt.
NNRTI	**Nicht-NukleosidALE Reverse Transkriptase Hemmer** – eine Medikamentenklasse der antiretroviralen Behandlung (s. Tabelle am Ende des Kapitels).
NRTI	**NukleosidALE/NUKLEOTIDALE Reverse Transkriptase Hemmer** - eine Medikamentenklasse der antiretroviralen Behandlung (s. Tabelle am Ende des Kapitels).
Opportunisten	Erreger (Bakterien, Viren, Pilze) die von einem gesunden Immunsystem in Schach gehalten werden können. Erst bei einer Schwächung des Immunsystems lösen sie jeweils typische Erkrankungen aus.
PI	**Protease Inhibitoren** - eine Medikamentenklasse der antiretroviralen Behandlung (s. Tabelle am Ende des Kapitels).
Resistenzen	Wenn es zu keiner ausreichenden Unterdrückung der Virusvermehrung kommt, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass Viren entstehen („Mutationen"), die gegen die Medikamente unempfindlich sind. („resistente Viren") Das heißt, die Medikamente können die Virusvermehrung nicht mehr (ausreichend) unterdrücken.
Resistenztestung	Verfahren, mit dem die Empfindlichkeit von HIV gegenüber einzelnen antiretroviralen Substanzen geprüft werden kann.
Symptomatische Phase	Zeitpunkt, ab dem sich die Schädigungen des Immunsystems in Form von Symptomen spürbar wird.
T 4-Zelle	Siehe Helferzelle
Viruslast	Anzahl der Viruskopien pro Milliliter Blut. Sie gibt Auskunft über Verlauf der Infektion und Zustand des Immunsystems. Je höher die Viruslast, desto größer die Belastung des Immunsystems. Sie hat Bedeutung bei der Frage, wann mit einer Therapie (s. HAART) begonnen werden sollte (s. auch **Laborwerte**) und v.a. ob und wie erfolgreich die Therapie wirkt.

Einführung: Geschichte und Stand der HAART

Mit der Einführung der antiretroviralen Therapie wurde Mitte der Neunziger die Behandlung der HIV-Infektion „revolutioniert". Vorher wurden die (damals wenigen) zur Verfügung stehenden Substanzen so lange hintereinander verabreicht, bis sich beim Patienten eine Resistenz gegen das jeweilige Medikament entwickelt hatte.

Neu war nun, mehrere antiretrovirale Medikamente gleichzeitig als Kombinationstherapie (kurz: "Kombi") zu verabreichen. Dadurch sollte die Bildung von Resistenzen gegen einzelne Medikamente, und damit das Unwirksamwerden der Therapie möglichst lange verhindert werden. Üblich sind heute 3er- bis 4er-Kombinationen, in bestimmten Fällen können mehr Medikamente (ca. 7 – 9) kombiniert werden.

Derzeit (Stand 12/03) gibt es in Deutschland über 20 zugelassene Medikamente zur Therapie der HIV-Infektion. Weitere Substanzen befinden sich in der Forschung oder im Zulassungsverfahren und sind über spezielle Forschungs- und Behandlungszentren erhältlich. Durch die Entwicklung neuer Wirkstoffe, die Ergebnisse neuer Studien und die Erfahrungen aus der Behandlungspraxis wurde die medizinische Behandlung der HIV-Infektion in den letzten Jahren weiter verbessert und verfeinert.

Für viele Positive bedeutet dies, das die Therapie einfacher wird: weniger Pillen, einfachere Einnahmebedingungen. Dennoch entwickeln sich bei vielen Patienten nach einigen Jahren, manchmal auch schon nach einigen Monaten, Resistenzen gegen die eingesetzten Medikamente. (siehe „Problem Resistenzentwicklung" weiter unten). In diesen Fällen müssen Medikamente abgesetzt und durch andere Substanzen ausgetauscht werden. Dies kann auch nötig werden, wenn Nebenwirkungen zu stark werden.

Forscher sind deshalb bemüht, Substanzen zu suchen mit:

- anderem Resistenzverhalten
- möglichst weniger Nebenwirkungen als bereits bekannte Medikamente
- einem einfacheren Einnahmeschema (möglichst nur 1 - 2 mal am Tag, keine Besonderheiten, wie Aufbewahren im Kühlschrank oder das Einnehmen mit oder ohne Nahrung)

Zur Wirksamkeit der HAART

Eine HAART kann die Vermehrung des HI-Virus im menschlichen Körper über einen individuell unterschiedlich langen Zeitraum deutlich verringern, heilen kann sie eine HIV-Infektion nicht.

Ziel der antiretroviralen Therapie ist, die Virusvermehrung so stark zu unterdrücken, dass die Viruslast mit den heute üblichen sensiblen Testmethoden nicht mehr gemessen werden kann. Die Viruslast liegt dann unter der so genannten „Nachweisgrenze". Je wirksamer und je länger die Viruslast unterdrückt wird, desto besser kann sich das Immunsystem erholen, da keine neuen Viren mehr gebildet werden können, die die Abwehrzellen zerstören. Der Verfall des Immunsystems und der Ausbruch lebensbedrohlicher, opportunistischer Infektionen wird so verhindert.

Bei Menschen mit HIV, die bereits Symptome haben, kommt es durch die antiretrovirale Therapie in vielen Fällen zu einer wesentlichen Verbesserung des Gesamtzustandes. Daneben wird der Abbau des Immunsystems gestoppt und die Immunkräfte können sich - meist nur langsam - wieder erholen. Bei allen Problemen und Nebenwirkungen ist eindeutig erwiesen, dass die HAART die Lebensqualität vieler erkrankter Menschen verbessert und die Lebensspanne verlängert.

Therapiebeginn

Wann der optimale Zeitpunkt für den Beginn einer hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) vorliegt, ist für eine große Zahl von Patienten/Patientinnen bis heute nicht eindeutig geklärt.

Im Gegensatz zu den Pionierzeiten **erscheint heute ein späterer Therapiebeginn nutzvoller.** In der „Behandlungseuphorie" Mitte der 90er Jahre glaubte man, mit einer sehr frühen Kombinationstherapie („Hit Hard and Early"), eine vollständige Entfernung des Virus aus dem Körper und möglicherweise somit auch eine Heilung zu erreichen. Diese Heilungshoffnung wurde jedoch schon bald aufgegeben, als deutlich wurde, dass auch mit hochwirksamer Therapie keine vollständige Unterdrückung und Entfernung (Eradikation) des Virus aus dem Körper . gelingt. In Folge begann eine kritische, lebhaft geführte Diskussion um die Frage des richtigen Zeitpunkts für den Beginn der antiretroviralen Therapie.

Über den richtigen Zeitpunkt für den Beginn einer HAART gibt es ärztliche Leitlinien, die sich am Allgemeinbefinden und an den Blutwerten orientieren. Die Leitlinien werden unter Ärzten/Ärztinnen alle zwei Jahre neu diskutiert und dem sich verändernden Wissenstand angepasst. Wichtig ist, dass der Zeitpunkt des Therapiebeginns zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin individuell abgestimmt wird. Denn wichtigstes Kriterium für eine HAART ist, dass der Patient/die Patientin bereit ist, zu beginnen und eine Therapie durchzuhalten.

Nach den Leitlinien wird eine Empfehlung zur Einleitung einer Therapie gegeben, wenn Beschwerden einer fortgeschrittenen HIV-Infektion oder opportunistische Erkrankungen vorliegen. Aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung bei Aids-Patient/innen wird diesen eine Therapie dringend empfohlen.

Bei Patienten mit andauernden Symptomen einer durch HIV bedingten Immunschwäche kann eine erhebliche Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erreicht werden.

Da sich die Symptome durch die Behandlung häufig zurückbilden, steigt die Lebensqualität. Außerdem sinkt das Risiko, eine lebensbedrohliche AIDS-definierende Erkrankung (opportunistische Infektion) zu bekommen. Häufig wird ein Zugewinn körperlicher Gesundheit schnell spürbar, so dass Nebenwirkungen im wahrsten Sinne „nur" als „neben-Wirkungen" erlebt werden und bei der Abwägung von Vor- und Nachteilen der offensichtliche Nutzen der Behandlung überwiegt.

Wenn keine Symptome vorliegen, ist die Frage, wann mit einer Therapie begonnen werden soll, wesentlich schwieriger zu beantworten. Zur Entscheidung werden dann die Blutwerte herangezogen, die Auskunft über die Schädigung des Immunsystems (CD4-Zellzahl pro µl/Blut) und der Virusvermehrung (Viruslast, Viruskopien pro ml/Blut) geben. Dabei gingen in der Vergangenheit die Einschätzungen unterschiedlicher Ärzte/Ärztinnen jedoch weit auseinander bzw. veränderten sich im Laufe der letzten acht Jahre erheblich. Deshalb sollten alle Zahlen, die wir hier selber nennen, mit äußerster Vorsicht benutzt werden, da sie morgen schon wieder überholt sein können.

Da das Risiko bei Patientinnen/Patienten mit einer Helferzellzahl von unter 200/µl steigt, lebensbedrohliche, opportunistische Erkrankungen und damit AIDS zu entwickeln, wird bei unter 200 Helferzellen ein Therapiebeginn dringend nahe gelegt.

Bei einer Helferzellzahl zwischen 200 und 350/µl wird in der Regel eine antiretrovirale Therapie empfohlen und zwar um so eindeutiger je höher die Viruslast ist Schließlich soll schon im Vorfeld verhindert werden, dass die Zahl der Helferzellen unter die kritische Zahl von 200 sinkt.

Bei einer Helferzellzahl über 350/µl wird eine antiretrovirale Therapie nur dann empfohlen, wenn die Viruslast extrem hoch ist. Bei niedriger Viruslast (unter 50.000 Kopien/ml) empfehlen die Experten eher Zurückhaltung.

Eine Therapieentscheidung darf, vor allem bei Grenzwerten, nicht von einer einzigen Blutuntersuchung abhängig gemacht werden.

Eine hohe Viruslast kann auch einmal von einer anderen Infektion herrühren, gesenkte Helferzellzahlen auf eine akute Belastungssituation. Erst mehrere Viruslast- und Helferzellzahlbestimmungen können eine klare Tendenz beschreiben.

In den Fällen, wo sich die Blutwerte im Grenzbereich befinden, muss die Frage, wann mit der Therapie begonnen werden soll individuell diskutiert werden. Dabei spielen Behandlungswunsch bzw. die Behandlungsbereitschaft, die berufliche und soziale Situation des Patienten/der Patientin sowie das Vorliegen zusätzlicher Erkrankungen (wenn er/sie bereits verschiedene Medikamente einnimmt) eine wichtige Rolle.

Problem Resistenzentwicklung

Selbst bei einer maximalen HAART wird niemals eine vollständige Unterdrückung der Virusvermehrung erreicht. Weil die Virusunterdrückung nicht perfekt möglich ist, können sich, im kleinen Maße, auch Virusstämme entwickeln die gegen die eingesetzten Medikamente resistent sind. (sog. „Virusmutationen"). So lange die antiretrovirale Therapie optimal „eingestellt" ist, sind diese Mutationen kein Problem. Virusmutationen werden dann zum Problem, wenn für eine längere Zeit zu wenig Medikament im Blut ist. Dann haben die Virusmutationen die Möglichkeit sich immer weiter vermehren, bis dass die antiretroviralen Therapie fast vollständig ihre Wirksamkeit verliert.

In ungünstigen Fällen oder auch wenn von Anfang an eine falsche Medikamentenkombination gewählt wurde, kann es geschehen, dass das Virus nicht nur gegen die eingesetzten Medikamente, sondern auch gegen Medikamente, die von dem Patienten noch nie eingenommen wurden, resistent wird (= Kreuzresistenzen). Eine entscheidende Behandlungsmöglichkeit steht dann kaum mehr zur Verfügung.

Das Auftreten von Resistenzen wird vor allem dadurch begünstigt, dass der Medikamentenspiegel im Blut zu niedrig ist.

Dies kann mehrere Gründe haben, z.B.

- eine Vorbehandlung mit einer oder mehreren Substanzen, die eine Aufnahme der Medikamente ins Blut erschweren
- Darmerkrankungen (mit Durchfällen) oder Nebenwirkungen mit starken Durchfällen.
- Unterdosierung infolge Nichteinhaltung der Einnahme-Intervalle (Compliance-Probleme)/Unregelmäßige Einnahme.

Verständlicherweise ist bei Menschen, die sich gesund fühlen und keine HIV-bedingten Symptome haben, die Bereitschaft zur strikten Einhaltung eines Therapieschemas eingeschränkt. Erst recht, wenn ihnen die jeweilige Tabletteneinnahme gesunde Verdrängungsmöglichkeiten nimmt. Dies um so mehr, wenn die Therapie mit dem Alltagsrhythmus schwer vereinbar ist. Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen können ein übriges tun, um einer Resistenzentwicklung Vorschub zu leisten.

Resistenztestung/Resistenzprofil

Zur Überwachung der Therapie hinsichtlich entstehender Resistenzen kann die Durchführung eines Resistenztests hilfreich sein. Er dient dazu festzustellen, ob sich bereits Resistenzen gegen einzelne Medikamente gebildet haben. Liegt eine Resistenzbildung einem Therapieversagen zu Grunde, gibt das Resistenzprofil wichtige Hinweise für die Planung einer wirksamen Folgetherapie.

Nebenwirkungen der Medikamente

Bei Einnahme antiretroviraler Medikamente kann es, wie bei anderen Medikamenten auch, zu unerwünschten Nebenwirkungen kommen. Aufgrund des unterschiedlichen „Nebenwirkungsprofils", orientiert sich die Auswahl der Medikamente für eine HAART nicht nur an ihrer optimalen Wirksamkeit auf die Viruslast, sondern immer auch an der besten individuellen Verträglichkeit der jeweiligen Kombination.

Trotz allem kann es bei manchen Menschen zu Therapiebeginn zu einer Verschlechterung des Wohlbefindens und der Lebensqualität kommen. Ein Umstand, der gerade bei sich gesund fühlenden HIV-Positiven besonders schwer wiegt, da sie sich häufig erst durch die Therapie, die sie gesund erhalten soll, krank fühlen. Glücklicherweise nimmt ein großer Teil der Nebenwirkungen nach einer Eingewöhnungszeit von 4 – 6 Wochen deutlich ab, andere (Langzeit-) Nebenwirkungen (z. B. Stoffwechselveränderungen) können sich im Laufe einer längeren antiretroviralen Therapie entwickeln.

Wichtig ist deshalb eine gute Zusammenarbeit von Arzt/Ärztin und Patient/Patientin beim Management von Nebenwirkungen der HAART. Denn in vielen Fällen können Nebenwirkungen mit zusätzlichen Medikamenten gemildert werden. Bei bestimmten Nebenwirkungen (wie Übelkeit, Durchfällen oder Schlafstörungen) kann mitunter auch die Naturheilmedizin eine lohnenswerte Unterstützung bieten. Außerdem kann der/die Arzt/Ärztin ein Wechsel auf besser verträgliche Substanzen überlegen.

Eine Kontrolle der Stoffwechselwerte (Fettstoffwechsel und Blutzucker) dient u. a. dazu, „nicht sichtbare" Nebenwirkungen frühzeitig zu erfassen und medizinisch zu begegnen.

Alle Strategien des „Nebenwirkungsmanagements" müssen mit dem behandelnden Arzt/Ärztin abgesprochen werden. Auch Naturheilmedizin kann Nebenwirkungen haben, Wechselwirkungen mit HIV-Medikamenten eingehen oder zu einem Wirkverlust der ART führen.

Therapieplanung

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 und dass eine inkonsequente Einnahme der Medikamente deren Nutzen stark verringert.

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 auf keinen Fall zu einer Behandlung überreden, wenn diese/r noch nicht dazu bereit ist. Wenn Zweifel vorliegen, sollte zunächst abgewartet und dem Patienten/der Patientin die Möglichkeit gegeben werden, sich weitere Informationen, z. B. bei der Aidshilfe oder anderen Beratungseinrichtungen, zu besorgen. Meist geht es in der Beratung darum, aus dem Entscheidungsprozess zunächst „den Druck herauszunehmen", denn niemand sollte sich gedrängt fühlen, unmittelbar eine Behandlung zu beginnen.

Bei der Planung der Therapie sind zum einen spezifische Nebenwirkungen zu beachten. So würde man z. B. Patient/innen, die bereits Depressionen leiden, möglichst kein Medikament mit entsprechenden Nebenwirkungen verschreiben. Patient/innen, die häufig unter Durchfällen leiden, würde man kaum eine Medikamentenkombi anbieten, in der alle Substanzen Nebenwirkungen im Magen-Darmbereich erzeugen. Zum anderen sollten bei der Planung der Therapie auch zukünftige Behandlungsmöglichkeiten (z. B. nach einer Resistenzentwicklung) bedacht werden.

Die Aufklärung von Patient/innen über mögliche unerwünschte Wirkungen und über Risiken der Behandlung hat die entscheidende Funktion, Therapieabbrüche ohne Einschaltung des Arztes zu vermeiden.

Wichtig für Arzt/Ärztin ist auch, eine komplette Übersicht über alle Medikamente, naturheilkundliche Medikamente und Drogen zu haben, die Patient/innen zusätzlich einnehmen, um mögliche Unverträglichkeiten und Wechselwirkungen vor Therapiebeginn zu erfassen.

„Compliance"- wichtig für ÄrztIn und PatientIn

Gemeint ist die Fähigkeit und Bereitschaft von Arzt/Ärztin und Patient/Patientin, eine Behandlung so auf den Lebensalltag abzustimmen, dass der Patient/die Patientin den Anforderungen der Therapie weitestgehend gerecht werden kann.

Damit eine HAART gut „funktioniert", darf der jeweilige Medikamentenspiegel im Blut eine bestimmte Höhe nicht unterschreiten. Unpünktliche Einnahme oder das Weglassen einzelner Medikamentendosen begünstigen die Entwicklung von Resistenzen.

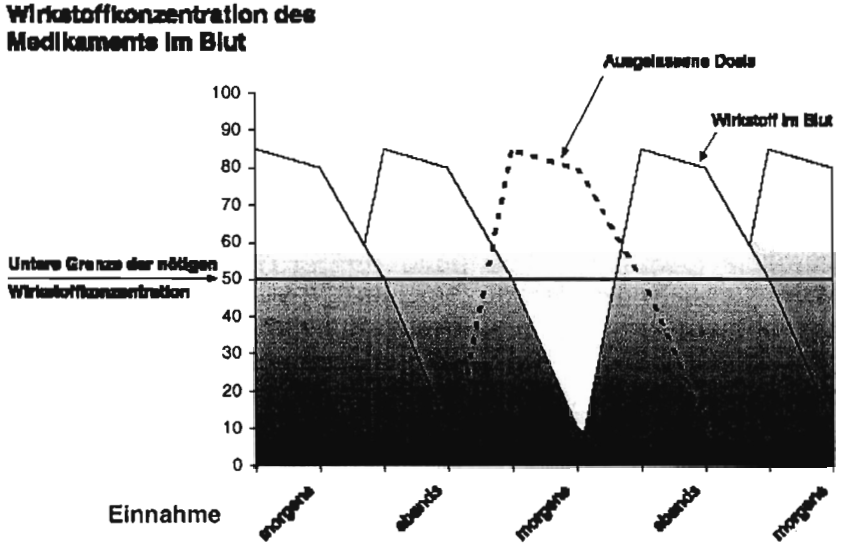


Abb.: Das Auslassen einer Dosis führt dazu. dass der Wirkstoffspiegel im Blut sinkt und die Viren nicht mehr ausreichend bekämpft werden.

Wie die Abbildung zeigt, geht es bei der regelmäßigen Einnahme nicht um eine Minutengenauigkeit. Beachtet werden sollte, das die Einnahme innerhalb eines bestimmten Zeitraumes geschieht, bevor der Medikamentenspiegel unter die kritische Grenze sinkt.

Niemand kann heute sagen, wie viele Einnahmefehler unbedenklich sind. Man weiß jedoch: je ungenauer die Einnahme, desto schlechter der Langzeitverlauf. Über den Daumen gepeilt kann man sagen, dass mindestens 95% der Tabletten eingenommen werden sollten, damit die Therapie langfristig sicher wirken kann. Zum Vergleich: solch einen hohen Grad an Compliance erfordert keine andere chronische Erkrankung. Wenn ein Blutdruckpatient nur 60% seiner Pillen einnimmt, wirkt die Therapie zwar schlechter, sie verliert aber im Gegensatz zur HIV-Therapie (Resistenzentwicklung!) nicht ihre prinzipielle Wirksamkeit. Erfahrungsgemäß gibt es vielfältige Gründe, die Therapie nicht oder nur unregelmäßig einzunehmen, vor allem Nebenwirkungen, aber auch komplizierte Einnahmevorschriften (mit Essen, ohne Essen, mehrfach täglich), die mit dem persönlichen Leben schwer vereinbar erscheinen. Oder die Menge an Pillen erscheint einfach zu groß.

Und manchmal ist es einfach, weil man gerade etwas wichtigeres zu tun hat und man froh ist, die HIV-Infektion einfach mal vergessen zu können. All dies macht es nicht leicht, das erforderlich Maß an Disziplin aufzubringen und über Jahre hinweg durchzuhalten. Wenn diese Probleme und Hemmnisse offen zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin besprochen werden, können sie angegangen und vielleicht entschärft werden. Schließlich steht ansonsten der Erfolg der Therapie auf dem Spiel

Jeder Patient/ jede Patientin wird im Verlauf der Behandlung seinen individuellen Weg bezogen auf die Medikamenteneinnahme finden. Als grober Anhaltspunkt gilt: Die Einhaltung von ca. 95 % der Einnahmen geht mit geringer Resistenzentwicklung einher.

Therapiepause

Unter einer Therapiepause versteht man ein vorübergehendes Absetzen der antiretroviralen Therapie. Sie kann unterschiedliche Gründe haben. Manchmal zwingen schwere Unverträglichkeitsreaktionen gegen die Medikamente oder andere Erkrankungen dazu, die Therapie auszusetzen. Manche PatientInnen sind ihrer Medikamente aber auch einfach überdrüssig, wollen nach Jahren der Therapie einfach mal nicht an die Medikamente denken müssen.

Des Weiteren gab es Versuche, Medikamentenpausen als eine Therapiestrategie einzusetzen. Der Nutzen dieser strategisch eingesetzten Therapieunterbrechungen ist jedoch nach heutigem Wissensstand sehr fragwürdig, denn bei jeder Therapiepause führt das Absetzen der Medikamente zu einem Wiederanstieg der Viruslast. Außerdem besteht dabei die Gefahr einer Resistenzbildung, wenn über den Zeitraum der Therapiepause ein unzureichender Medikamentenspiegel entsteht. Besonders groß erscheint diese Gefahr bei wiederholtem unkontrollierten An- und Absetzen.

Eine Therapiepause kann jedoch zumindest vorübergehend die Nebenwirkungen der Therapie verringern. Das kann genutzt werden, wenn von einer nebenwirkungsreichen Therapie auf eine neue Therapie umgestellt werden soll, um dem Körper sozusagen eine Atempause zu gönnen. Eine Therapiepause in der chronischen Infektion kann jedoch vor allem bei niedriger Helferzellzahl oder, wenn schon einmal AIDS-Erkrankungen bestanden haben, gefährlich sein, weil das plötzlich allein gelassene Immunsystem sich gegen Krankheitserreger nicht mehr schützen kann und so opportunistische Erkrankungen auftreten können.

In jedem Fall sollte jede Therapieunterbrechung wohl überlegt sein und unbedingt mit dem behandelnden/der behandelnden Arzt/Ärztin abgesprochen werden. Therapiepausen gehen immer mit dem Risiko einer Resistenzbildung einher, was zukünftige Therapiechancen erheblich beeinträchtigen kann.

Eine Therapieunterbrechung/Therapiepause sollte auf jeden Fall mit dem/der Arzt/Ärztin abgesprochen werden. Therapiepausen können zur Entwicklung von Resistenzen führen, und so eine HAART wirkungslos machen. (→ Therapiepause)

Was tun, wenn die Therapie nicht (mehr) wirkt?

Von einem „Therapieversagen" spricht man, wenn die Medikamente die Virusvermehrung nicht (mehr) ausreichend unterdrücken können. Die Viruslast steigt dann (wieder) an und in der Folge wird sich auch die Anzahl der Helferzellen wieder vermindern. Die Ursache können zwei Faktoren sein:

- es ist zu wenig wirksame Substanz im Blut.
- es haben sich Resistenzen gegen die Medikamente gebildet.

Bei Therapieversagen wird der Arzt/die Ärztin versuchen der Ursache auf den Grund zu gehen. Haben sich Resistenzen gebildet, so wird er in der Regel Medikamente innerhalb der Kombinationstherapie austauschen und durch Substanzen mit einem anderen Resistenzprofil ersetzen. Hilfreich für diese Entscheidung ist die Durchführung eines Resistenztests (siehe Resistenztestung / Resistenzprofil, weiter oben)

Besteht hingegen ein Problem mit der regelmäßigen Einnahme, sollte mit dem Arzt/der Ärztin überlegt werden, ob die Therapie vereinfacht werden kann, z.B. durch eine Verminderung der Pillenzahl oder durch ein Auswechseln von Medikamenten (z. B. mit einem anderen Einnahmezyklus). Sind Nebenwirkungen das Problem einer regelmäßigen Einnahme, so kann, bevor Medikamente gewechselt werden, versucht werden, die Nebenwirkungen gesondert zu behandeln. (siehe Nebenwirkungen der Medikamente, weiter oben)

Weitere Informationen

- Med-Info-Reihe, der AIDS-Hilfe Köln; zu beziehen über die DAH, z.B. MED-INFO-Broschüre Nr. 36 ‚Therapiepausen
- Kombinationstherapie, DAH Juli 2004

Medikamente gegen HIV auf einen Blick

Stand: November 2003

Handelsname	Wirk-stoff(e)	Abk.
NRTI – Nukleosidale-Reverse-Transkriptase-Inhibitoren		
Combivir	Zidovudin + Lamivudin	AZT 3TC
Emtriva	Emtricitabi-ne	FTC
Epivir	Lamivudin	3TC
Hivid	Zalcitabine	ddC
Retrovir	Zidovudin	AZT
Trizivir	Zidovudin + Lamivudin + Abacavir	AZT 3TC ABC
Videx	Didanosin	ddI
Viread	Tenofovir	TDF

Handelsname	Wirk-stoff(e)	Abk.
Erit	Stavudin	d4T
Ziagen	Abacavir	ABC
NNRTI – Nicht-Nukleosidale-Reverse-Transkriptase-Hemmer		
Rescriptor	Delavirdin	DLV
Sustiva (Deutschland) Stocrin (Öster-reich)	Efavirenz	EFV
Viramune	Nevirapin	NVP
PI Protease-Inhibitoren		
Agenerase	Amprenavir	APV
Telzir (Europa) Lexiva (USA)	Fos-Amprenavir	fos-APV

Handelsname	Wirk-stoff(e)	Abk.
Crixivan	Indinavir	IDV
Fortovase	Saquinavir	SQV-sgc
Invirase	Saquinavir	SQV-hgc
Kaletra	Lopinavir + Ritonavir	LPV/r
Norvir	Ritonavir	RTV
Reyataz	Atazanavir	ATV
Viracept	Nelfinavir	NFV
FI Fusions-Inhibitor		
Fuzeon	Enfuvirtide (T20)	ENF

Kapitel 9

Post-Expositions-Prophylaxe, PEP

Post-Expositions-Prophylaxe: Vorbeugung (=PROPHYLAXE) einer HIV-Infektion nach (=POST) einer möglichen Einwirkung/ Aussetzung (EXPOSITION) des Körpers mit HIV-Erregern.

Grundlegendes

Bei der Verhinderung einer HIV-Infektion nach einem ungeschützten Sexualkontakt oder Kontakt mit infektiösem Material muss unterschieden werden zwischen zwei Vorgehensweisen

1. **Sofortmaßnahmen nach einer riskanten Situation.**
   Dies sind vor allem physikalische Maßnahmen, wie Ausspülen, Desinfizieren.
2. **Medikamentöse Post-Expositions-Prophylaxe, PEP**
   Dies ist die vorbeugende Behandlung der HIV-Infektion mit einer Hoch aktiven antiretroviralen Therapie

Sofortmaßnahmen nach einer riskanten Situation

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

Stich oder Schnittverletzungen

- Wunde 1 Min. ausbluten lassen, ggf. Wunde spreizen um Blutfluss zu fördern; dann Desinfektion der Wunde (10 Min. feucht halten) mit einem Jodophor-haltigen Präparat. Bei zusätzlichem Hepatitis Risiko sollte ein Präparat mit hochprozentiger (≥80 %) Alkohol(Ethnanol)-Lösung verwendet werden

Schleimhautkontakt

- Auge
  Bei einer Kontamination des Auges: Sofortiges Ausspülen des Auges mit Wasser oder Kochsalzlösung oder 5 %iger wässriger PVP-Jodlösung. Falls diese Lösung nicht griffbereit verfügbar ist, kann Betaisodona-Lösung 1:1 mit sterilem Wasser (oder notfalls mit Leitungswasser) verdünnt zur antiseptischen Augenspülung eingesetzt werden.
- Penis/Vagina/After
  Nach einer Exposition bei eindringendem Geschlechtsverkehr sollte der Penis gewaschen werden. Dazu die Vorhaut zurückziehen und Eichel sowie Innenseite der Vorhaut reinigen. Urinieren hilft, 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!
- Mund
  Bei einer Ejakulation im Mund sollte das Sperma sofort ausgespuckt und der Mund mit hochprozentigem Alkohol, ansonsten auch mit Wasser, **fünfmal** ca. 15 Sekunden lang ausgespült werden.

Diese Maßnahmen können in hohem Maße dazu beitragen, das Risiko einer Infektion zu verringern.

Medikamentöse Post-Expositions-Prophylaxe (Deutsch-Österreichische Empfehlungen)

Hintergrund

Mit der Entwicklung wirksamer Substanzen zur Therapie der HIV-Infektion (siehe Kap. 8) stellten sich die Wissenschaftler die Frage, ob diese Medikamente nicht auch zur Vorbeugung einer HIV-Infektion eingesetzt werden könnten. Ein Problem besteht jedoch dabei, dass niemand weiß, ob nach einem Risikokontakt tatsächlich eine Übertragung von HIV stattfindet. (Nicht jeder ungeschützte Vaginal/- oder Analverkehr führt ja zu einer HIV-Übertragung).

So begann man, zunächst versuchsweise, dort Medikamente zur Vorbeugung einer HIV-Infektion einzusetzen, wo die Übertragungswahrscheinlichkeit sehr hoch und gut nachweisbar ist: bei Kontakt mit HIV-positiven Blut im beruflichen Kontext, z.B. über Nadelstichverletzungen oder Schnittverletzungen im OP. Medizinisches Personal erhält bei eindeutig nachgewiesenem Kontakt bereits wenige Stunden später (am Besten innerhalb von 2 Stunden) eine regelgerechte antiretrovirale Therapie für einen begrenzten Zeitraum von vier Wochen. Nach den Erfahrungen im beruflichen Kontext wird die PEP heute auch für andere relevante Übertragungssituationen (z. B. sexuelle Übertragung) empfohlen.

Die PEP stellt keine Prophylaxe im Sinne einer Schutzimpfung dar, sondern eine konventionelle HIV-Therapie/HAART (siehe Kap. 8), mit sofortigem Therapiebeginn.

Durchführung der PEP

Unverzüglich nach einem entsprechenden Notfall und nach den oben genannten Sofortmaßnahmen sollte ein Arzt bzw. eine Notfallambulanz aufgesucht werden und die Einnahme der Medikamente beginnen.

Je nach Öffnungszeit bietet sich die nächstgelegen Schwerpunktpraxis oder die Notfallambulanz des nächsten Krankenhauses zur Durchführung an. Kliniken mit einem Schwerpunkt in der HIV-Therapie reagieren in der Regel kompetenter und schneller auf ein solches Anliegen.

Die Begleitung durch den/die HIV-positiven PartnerIn kann sinnvoll sein, da der Arzt so Informationen über die Vorbehandlung und eventueller Resistenzen erhalten kann. Eine namentliche Erfassung des Partners ist nicht vorgesehen.

Die Behandlung sollte möglichst 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.

Das heisst, man sollte die Notfalladressen parat haben, denn nachts findet sich so schnell kein Beratungstelefon

Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Ärztinnen/Ärzte in der Ambulanz sich mit der Situation überfordert fühlen und sich nicht auskennen. Hier kann Hartnäckigkeit und der Hinweis auf die gleiche Behandlung wie im medizinischen HIV-Risikofall (also, wie bei Schnitt- und Stichverletzungen) in den geltenden deutsch-österreichischen Empfehlungen helfen.

Mit 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.

Bedeutsam ist der Antiköpertest auch, falls es später zu einer Klärung von haftungs- und versicherungsrechtlichen Fragen geht. (→ Besonderheiten bei beruflicher Exposition).

Nach der Erstbehandlung in der Notfallambulanz muss sich der/die Betreffende rasch zur Weiterbehandlung und für entsprechende Kontrolluntersuchungen an eine HIV-Schwerpunktpraxis wenden. Bis eine solche Betreuung in einer Schwerpunktpraxis erfolgen kann (z.B. nach einem „Unfall" Samstagnacht erst am Montagmorgen), muss sich die betreffende Person von der Ambulanz mit Medikamenten versorgen lassen. Die empfohlene Dauer der PEP beträgt 28 Tage.

Indikationen zur PEP

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

Ob es sinnvoll ist eine PEP einzusetzen ist davon abhängig, wie wahrscheinlich eine Übertragung ist. Die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung hängt dabei vor allem von der übertragenen Erregermenge ab. Näheres → Kap. 3, Risikoeinschätzungen).

Auf Grund dieser Risikobewertungen sind die folgenden Empfehlungen entstanden:

Eine PEP wird **empfohlen**:

- bei einem ungeschützten analen oder vaginalen Geschlechtsverkehr mit einer HIV-positiven Person (z.B. Kondom geplatzt)
- wenn beim i.v. Drogengebrauch eine Spritze benutzt wird, an der sich frisches HIV-infiziertes Blut befunden hat

bei beruflichem Risiko:

- Verletzungen mit einer HIV verunreinigten (kontaminierten) Injektionsnadel oder anderen Hohlraumnadel
- tiefe Verletzung/Schnittverletzungen

Eine PEP **kann angeboten** werden:

- wenn beim oralen Geschlechtsverkehr Sperma des HIV-positiven Partners in den Mund des/der HIV-negativen Partners/Partnerin gelangt ist
- Kontakt zu Schleimhaut oder verletzter/geschädigter Haut mit Flüssigkeiten mit hoher Viruskonzentration

bei beruflichem Risiko:

- Oberflächlichen Verletzungen, z.B. mit chirurgischer Nadel (eine PEP **sollte** hingegen durchgeführt werden, wenn der Indexpatient eine hohe Viruskonzentration hatte.)

Eine PEP ist **nicht sinnvoll:**

- bei einem ungeschützten analen, vaginalen oder oralen Sex mit einer Person, deren HIV-Status unbekannt ist. (Ausnahme siehe Hinweis in unteren Kasten)
- bei Verletzung an einer herumliegenden, gebrauchten Spritze
- bei Kontakt von intakter Haut mit virushaltigem Blut

Was tun, bei unbekanntem HIV-Status?

Falls der HIV-Status (Sero-Status) des/der SexpartnerIn (der Indexperson) nicht bekannt ist und auch nicht kurzfristig geklärt werden kann, sollte die PEP bei einem übertragungsrelevanten Kontakt nur dann erfolgen, wenn die Personengruppe, aus der die Indexperson stammt, eine HIV-Verbreitung (Prävalenz) in einer Größenordnung von mindestens 10-20% aufweist.

Personengruppen mit einer solch hohen HIV-Verbreitung finden sich zum Beispiel in Länder mit hoher HIV-Verbreitung (wie z.B. die Länder im südlichen Afrika). Haben Touristen unsafen sex in diesen Ländern besteht ein erhöhtes Infektionsrisiko. Aber auch beim ungeschützten Analverkehr im Darkroom eines Hamburger oder Berliner Szene-Clubs (also in einer Stadt mit hoher HIV-Prävalenz in der schwulen Szene) könnte das Risiko so hoch liegen, dass u.U. eine PEP gerechtfertigt ist.

Wiederholbarkeit einer PEP

Grundsätzlich ist es möglich, eine vorbeugende Behandlung mit den Medikamenten gegen HIV zu wiederholen, wenn erneut ein Risikokontakt bestand. Bei häufigem Vorkommen stellt sich aber vor allem die Frage, wie das Risikomanagement wirksamer gestaltet werden kann.

Kosten

Da für die PEP die üblichen HIV-Medikamente eingesetzt werden, ist sie auch relativ teuer. In der Vergangenheit haben Krankenkassen die PEP zwar auch bei „Sexunfällen" bezahlt, es handelt sich dabei jedoch um keine Regelleistung.

Die PEP als „Pille danach?"

Die PEP wird bisweilen fälschlicherweise als „die Pille danach" bezeichnet. Bei der PEP handelt es sich jedoch nicht um die einmalige Einnahme eines erprobten und vielfach bewährten Mittels, sondern um die Einnahme einer Vielzahl an Tabletten.

Mit der PEP wird eine zeitlich begrenzte HIV-Kombinationstherapien durchgeführt (siehe Kap. 8 „Therapie der HIV-Infektion"). Nach einem strikt einzuhaltenden Zeitplan muss eine bestimmte Kombination an Medikamenten über vier Wochen/28 Tage eingenommen werden. Häufig wird die Behandlung abgebrochen. Ein möglicher Grund für Abbrüche ist, dass die zur PEP eingesetzten Substanzen, gerade in den ersten Wochen, erhebliche Nebenwirkungen auslösen können. (→ Kap. 7, Nebenwirkungen der Medikamente)

Im allgemeinen ist von einer Selbstmedikation nach einem „Sex-Unfall" dringend abzuraten.

Die PEP eignet sich nicht als individuelle Präventionsstrategie, aber als Notfallmaßnahme. Insbesondere für diskordante Paare (ein PartnerIn positiv, andere(r) PartnerIn negativ) ist die Verfügbarkeit eines ärztlich verordneten Notfallpäckchens sinnvoll.

Chancen, Risiken und Nebenwirkungen der PEP

Obgleich die Datenlage zur Wirksamkeit der PEP nicht sehr groß ist, erscheint die prophylaktischen Wirkung der Kombinationstherapie PEP durchaus plausibel. Mögliche Spätfolgen einer kurzfristigen Behandlung mit einer Kombinationstherapie sind (noch?) nicht bekannt. Die Nebenwirkungen entsprechen denen der jeweils gegebenen Medikamente z.B. Kopfschmerzen, Übelkeit, Durchfälle, Fieber, Müdigkeit und andere Beschwerden.

Mit der PEP sind folgende Problemstellungen verbunden:

- Die antiretrovirale Therapie wird eingeleitet, obwohl nicht sicher festgestellt erden kann, ob tatsächlich eine Übertragung stattgefunden hat. (Blutuntersuchungen können erst Wochen nach einer Übertragung eindeutige Ergebnisse liefern, siehe Kap. 7, HIV-Test)
- Die antiretrovirale Therapie im Rahmen der PEP muss etwa 4 Wochen durchgeführt werden. Da die meisten Nebenwirkungen der HAART in den ersten Wochen auftreten, ist es hochwahrscheinlich, dass diese auch unter einer PEP auftreten.
- Der Erfolg einer medikamentösen PEP ist nicht garantiert, sondern stellt lediglich ein Behandlungsversuch dar.

Postexpositionsprophylaxe im Hinblick auf Hepatits-Infektionen

Hepatitis B

Hepatitis B (HBV) lässt sich auf vielen Wegen leichter übertragen, als HIV (→ siehe Kap. 6). Liegt ein Übertragungsrisiko vor, so sind folgende Maßnahmen angezeigt:

- Erhebung der HBV-Immunstatus-Werte beider Personen
- Bei unklaren HBV-Immunstatus wird in der Regel eine Hepatitis B-Schutzimpfung und eine passive Immunisierung (durch Immunglobuline) durchgeführt

Hepatits C

Hepatitis C (HCV) lässt sich über Blutkontakt leichter als HIV übertragen (→ siehe Kap. 6). Liegt ein Übertragungsrisiko vor, so sind folgende Maßnahmen angezeigt:

- Blutuntersuchung nach HCV-Bestandteilen durch HCV-PCR, die etwa 3 Wochen nach der Exposition klären kann, ob eine HCV-Infektion ausgelöst wurde.
- weitere Blutuntersuchung etwa 6 Monate nach der Exposition, um festzustellen, ob die Hepatitis C-Infektion einen chronischen Verlauf nimmt.

Zur Zeit sind keine weiteren medizinischen Sofortmaßnahmen möglich, da es weder aktive noch passive Schutzimpfungen (Immunglobuline) gibt.

Besonderheiten bei der beruflicher Exposition

Kommt es im beruflichen Zusammenhang zu einem übertragungsrelevanten Kontakt, z.B. mit HIV-, HBV, oder HCV-haltigem Blut, so sind neben den beschriebenen Maßnahmen der PEP zusätzlich folgende Schritte einzuleiten:

1) Sofortige Veranlassung einer HIV/Hepatitis-Serologie um eine bereits vorhandene Infektion auszuschließen.
2) Aufsuchen eines sog. Durchgangs-Arztes (D-Arzt)

Diese Schritte sind wichtig um später versicherungsrechtliche Fragen klären zu können (z.B. wenn es um Leistungen der Unfallversicherung, Berufsgenossenschaft oder einer Haftpflichtversicherung geht.). Bekommt, z.B. ein Krankenpfleger, durch eine Nadelstichverletzung eine HIV-Infektion, würde die Unfallversicherung der Berufsgenossenschaft nur dann Leistungen auszahlen, wenn nicht schon vorher eine HIV-Infektion vorgelegen hat!

(weitere Informationen über die Berufsgenossenschaften)

Adressen für den Notfall am Wochenende

Klinik 1:.....

Strasse: .....

Telefon.....

Name der Schwerpunktstation: .....

Klinik 2:.....

Strasse: .....

Telefon.....

Name der Schwerpunktstation: .....

.....

Kapitel 10

Safer Use bei i.v. Drogengebrauch

Risikoeinschätzungen HIV und Hepatitis

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

Needle-Sharing (gemeinsames Benutzen von Spritzen)

Ein sehr hohes Risiko besteht bei der gemeinsamen Benutzung eines Spritzbestecks. 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 für die Übertragung von HIV und Hepatitis B und C.

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. Insbesondere Hepatitis B und C Viren bleiben in Anhaftungen mehrere Tage überlebensfähig und werden daher leicht auf diesem Weg übertragen.

Risikoreich ist es auch, wenn die verflüssigte Substanz (Heroin/Kokain) mit einer Spritze aufgezogen wird und dann, nach Teilstrichen bemessen, in weitere Spritzen umgefüllt wird. Zwar benutzt jeder die eigene Spritze, doch wenn die erste Spritze oder Nadel nicht steril sind, können Bakterien, Pilze und Viren weitergetragen werden.

Work-Sharing (Gemeinsames Benutzen von „Werkzeugen")

Ein nur **geringes bis mittleres Risiko** bezüglich HIV, aber ein **hohes Risiko** für die Übertragung von Hepatitis B und C (HBV und HCV) birgt das gemeinsame Benutzen von Werkzeugen, wie gebrauchte Filter, verunreinigte Löffel und Gläser oder abgestandenes Wasser. Der Grund: HBV und HCV sind, über Blut-Blut-Kontakt, um ein vielfaches infektiöser als HIV. Bereits kleinste, nicht sichtbare Mengen an infektiösen Blutpartikeln können eine Hepatitis B- oder Hepatitis C-Infektion übertragen.

Risikoeinschätzung hinsichtlich anderer Krankheiten

Durch Needle-Sharing, Work-Sharing oder einfach der Verwendung unsteriler Nadeln oder einer fehlender Desinfektion der Einstichstelle können auch eine Vielzahl anderer Krankheitserreger (Bakterien, Pilze) übertragen oder allergische Reaktionen ausgelöst werden. Besonders bedrohlich ist ein auf diesem Wege verursachte Herzentzündung (Endokarditis).

Schutzmöglichkeiten und Zugänglichkeit von Spritzen

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.**

Sterile Spritzen sind erhältlich:

- in Aidshilfen, Drogenberatungen und Kontaktstellen
- in manchen Städten stehen Automaten bereit, auch nachts und an Sonn- und Feiertagen

- bei Apotheken. Sie geben Spritzen allerdings ungern während der nächtlichen Bereitschaftsdienste ab

Für „Notzeiten" sollte ein Spritzenvorrat angelegt werden.

Am Besten ist es also, ein eigenes Spritzbesteck zu haben. 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)
- Alkoholtupfer zum Desinfizieren der Einstichstelle
- Watte und Zellstoff (zum Abwischen nach dem „Druck"; manchmal auch zum Herausfiltern fester Bestandteile aus der Lösung verwendet)
- Spritzbesteck, bestehend aus Nadel (Kanüle mit Kappe) und Spritze mit Kolben. Hinweis: wenn z.B. die Injektionslösung für mehrere zusammen zubereitet und dann mit einer gebrauchten Spritze abgemessen und umgefüllt wird, ist alle sonstige Hygiene gefährdet

Notfalldesinfektion

Falls eine ungebrauchte Spritze nicht verfügbar ist und auf den „Druck" nicht verzichtet werden kann, ggf. auf „sniefen" oder rauchen der Drogen ausgewichen werden. Das gibt Zeit, sauberes Spritzbesteck zu besorgen.

Wenn das nicht geht, 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): Zweimal frisches, kaltes Wasser durch die Nadel in die Spritze aufziehen und wieder ausspritzen (am besten in den Abfluss oder die Toilette).

Danach das Spritzbesteck in Einzelteile zerlegen und 20 Minuten in sprudelnd kochendem Wasser desinfizieren. Nach dem Auskochen die Einzelteile wieder zusammensetzen und noch mal mit kaltem Wasser ausspülen.

Hinweis: Spritzbestecke können höchstens dreimal ausgekocht werden, danach ist das Material beschädigt.

Möglichkeit b): Das Spritzbesteck zweimal mit kaltem Wasser ausspülen, dann 80 %-igen Alkohol (Ethanol, Isopropanol) mit der Nadel aufziehen. Mindestens zwei Minuten einwirken lassen. Anschließend die Spritze gut schütteln, bevor der Alkohol wieder aus der Spritze herausgedrückt wird. Noch mal mit kaltem Wasser ausspülen.

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

Safer Use auch für HIV-Positive User?

Auch wenn ein/e SpritzdrogengebraucherIn schon mit HIV infiziert ist, ist Safer Use empfehlenswert, da auf diese Weise eine Infektion mit weiteren HIV-Stämmen und Subtypen verhindert werden kann. Des weiteren schützt Safer Use auch vor der Infektion mit anderen infektiösen Erregern. (→ Siehe auch in Kap. 2 „Safer Sex auch zwischen HIV-Positiven?")

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

Safer Use, richtig spritzen leicht gemacht (Broschüre)

Drogenkonsum und Hepatitis. Übertragungswege, Vorbeugung, Behandlung (Broschüre)

Kapitel 11

Hintergrundwissen: Aids-Phobie

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 sind häufig DaueranruferInnen.
- 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.
- Risikosituationen werden unangemessen bewertet.
- 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). Das Maß der Angst steht dabei in keinem Verhältnis zur tatsächlichen Bedrohung. Die Angst tritt auch auf, wenn die „Risikosituation" objektiv ungefährlich ist.
- Die Angst stellt in ihrer Intensität und Häufigkeit eine starke Belastung für sie selbst und ihr Umfeld dar. Es ist ihnen nicht möglich, ihre Angst in deren Entstehung und Ablauf zu kontrollieren.

Angstreaktionen können nicht mit Erklärungen und rationalen Begründungen aufgelöst werden. Oft verfügen Phobiker/Phobikerinnen sogar über exzellente medizinische und physiologische Kenntnisse im Zusammenhang mit HIV und Aids. Viele Phobiker/Phobikerinnen hatten schon vorher körperbezogene Ängste.

Verhaltensvorschläge und Beratungsstrategien

- Die Ratsuchenden sollten ernstgenommen werden. Auch Phobiker/Phobikerinnen befinden sich in einer Notsituation, aus der ihnen herausgeholfen werden sollte.
- 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.
- Befürchtungen/Ängste über Krankheit, Tod und Sterben aussprechen lassen (Entlastungseffekt) nicht überzeugen wollen, nicht streiten.
- Angstgeschichte erfragen: Welchen Raum nehmen die Ängste ein? Wo und wann gibt es angstfreie Räume?
- Symptombeschreibungen drastisch eingrenzen, keine medizinische Beratung geben. Die psychologischen Komponenten sollten klar herausgestellt werden. Es sollte darauf hingewiesen werden, dass hinter der geschilderten „Problemlage" Ängste stehen.
- Erfragen, welche anderen Hilfen bisher in Anspruch genommen wurden.
- Das Gespräch sollte möglichst stark strukturiert werden. Die Gesprächsdauer sollte begrenzt werden, um z.B. die Beschreibung körperlicher Symptome möglichst auf ein Minimum einzuschränken.

- 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 Versuche Anrufender, auf bereits erörterte Gesprächsinhalte nochmals einzugehen, sollten abgeblockt werden, damit der Kreisel-Effekt unterbrochen werden kann. Wenn sich das Gespräch im Kreis dreht, die Anrufer darauf ansprechen und ihnen mitteilen, dass es so nicht weitergeht.
- möglichst sensibel auf professionelle Hilfe hinweisen, die Möglichkeit psychotherapeutischer Hilfe gegen die Angst darlegen und empfehlen (Vorsicht! Zum "Seelendoktor" geschickt zu werden kann als schwere Kränkung erlebt werden!)
- Die eigenen Grenzen als beratende Person benennen. Auch bei Phobikern/PhobikerInnen gilt der Grundsatz, dass Telefonberater bei häufigen Anrufen das Recht haben, eine Beratung abzulehnen oder eine laufende Beratung abzubrechen.
- Bei Bedarf: weitere Beratungskontakte ermöglichen, anbieten. Dabei beachten, dass Beratung keine Psychotherapie leisten kann und darf. (→ Kap. 14, Abgrenzung zur Psychotherapie)

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 Überfordersein, 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 übel nehmen; 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. Eine Möglichkeit ihnen einen Zugang zu ermöglichen, 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.

Ergänzende Informationen zum Thema Aids-Phobie

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. Im Prinzip stellt die Aids-Phobie eine Besonderheit der Hypochondrie, der Angst vor körperlichen Erkrankungen da.

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 Lebenssituationen 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 Betreffenden 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.

Kapitel 12

Sexanrufer in der Telefonberatung

Sexanrufer

In 85 % der Anrufe in der Telefonberatung von Aidshilfen geht es in irgendeiner Form um das Thema Sexualität. Die Klärung von Fragen der Infektionsvermeidung, der angemessenen Schutzmöglichkeiten und der individuellen Risikoeinschätzung setzt bei Beraterinnen und Beratern die Bereitschaft voraus, sich auf ein vertrauliches Gespräch über ansonsten intime, sexuelle Details einzulassen.

Das Problem der Sexanrufer trifft vorrangig Frauen, deren Gesprächsbereitschaft immer wieder von einigen Männern missbraucht wird, die das Gespräch über intime Details zur sexuellen Stimulation und Befriedigung benutzen. Für Beraterinnen kommen Sexanrufe überraschend und sind als solche häufig erst spät zu entlarven, da das wahre Anliegen hinter Informationsfragen oder vorgeschobenen psychischen Problemen versteckt wird. Besonders auf neu in der ehrenamtlichen Arbeit tätige Berater/innen, wirken die Belästigungen durch Sexanrufer sehr verletzend.

Rollenkonflikt zwischen Beraterin und belästigter Frau

Die Anrufe lösen einen Rollenkonflikt aus zwischen dem Selbstverständnis als Beraterin und den Gefühlen als belästigte Frau. Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit, Entwürdigung, Ekel und Wut sind die Folgen bei den Beraterinnen. Dabei nutzt der Sexanrufer die eingeschränkten Möglichkeiten der (ahnungslosen) Beraterin, sich zu wehren oder sich der Belästigung zu entziehen. Schließlich möchte diese ihre Sache gut machen und zögert vielleicht, Verdachtsmomente zu benennen oder das Gespräch aus der Angst heraus zu beenden, sich als schlechte Beraterin zu erweisen.

Motivation des Sexanrufers

Die Ursachen für das Verhalten des Sexanrufers sind im Allgemeinen in dessen Kindheit oder Jugend zu suchen. Hierzu lassen sich in der Literatur verschiedene Theorien finden. Psychoanalytisch orientierte Theorien gehen von einem Kindheitstrauma aus, das der Betreffende im Sexanruf ungeschehen zu machen versucht. Unbewusst übt der Sexanrufer durch sein Tun Rache aus, er möchte seinem Gegenüber Schaden zufügen und es demütigen. Dabei bezieht sich die Tat ganz klar auf eine nichteinwilligende Person, für die der Sexanruf zumeist demütigenden Charakter hat. So berichten z. B. viele Beraterinnen, sich durch Sexanrufer beschmutzt zu fühlen.

Die Beraterin kann am Telefon wenig ausrichten, um dem Sexanrufer im Hinblick auf sein eigentliches Problem mit seiner Sexualität weiterzuhelfen. Dafür bietet das Medium Telefon dem Sexanrufer zu viele Vorteile. Der Anrufer muss keine große Aktivität entwickeln und kann in sicherer Umgebung zum Hörer greifen. Seine Anonymität bleibt dabei gewahrt, und das Telefon gibt dem Sexanrufer als demjenigen, der die Initiative zum Anruf ergreift, die Kontrolle über die Situation und damit eine gewisse Macht.

Untersuchungen zeigen, dass Sexanrufer, die sich an die Telefonberatung unterschiedlicher Einrichtungen wenden, häufig Daueranrufer sind. Auch in Aidshilfen melden sich immer wieder dieselben Sexanrufer. Die wahren Absichten eines verdeckten Sexanrufers zu erkennen, ist eines der Hauptprobleme im Umgang mit diesem Anrufertyp. Im allgemeinen lernen Beraterinnen recht schnell, einen Sexanrufer anhand bestimmter Signale zu entlarven. Es bleibt jedoch meist ein Rest Unsicherheit im Hinblick auf die Motivation des Anrufers.

Vorschläge zum Umgang mit Sexanrufen

Zur Verbesserung der Situation der ehrenamtlichen Beraterinnen sowie zur Sicherung der Qualität der Aidshilfe-Telefonberatung können verschiedene Maßnahmen beitragen:

- **Dokumentation**
  Es hat sich als sehr nützlich erwiesen, über Sexanrufe Protokolle zu führen, in die alle Beraterinnen Einblick haben. (Ein Vorschlag zum Aufbau findet sich unter „Dokumentationshilfe für Sexanrufe" am Ende dieses Kapitels.) Die Protokolle ermöglichen es, Daueranrufer wiederzuerkennen. Neue ehrenamtliche Telefonberaterinnen erhalten über die dokumentierten Gespräche 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 (so stellen Sexanrufer zu Beginn häufig unverfängliche Informationsfragen, um dann z.B. nach dem Aussehen und dem sexuellen Erleben der Beraterin zu fragen).

- **Standardantwort**
  Für manche Beraterinnen kann es hilfreich sein, für sich selbst oder gemeinsam mit Kolleginnen eine Standardantwort zu entwickeln, mit der die Beraterinnen den Sexanrufer abweisen. Sie teilen ihm mit, dass sie ihm in Zukunft immer diese Antwort geben werden und beenden dann das Gespräch.

  Beispiel einer Aidshilfe
  „Ich weiß, sie haben ein Problem.
  Das hat aber nichts mit der Aids-Beratung zu tun.
  Ich empfehle ihnen einen Psychotherapeuten.
  Alle meine Kolleginnen werden sich genauso verhalten."

Ob jemand als Sexanrufer einzustufen ist oder nicht, obliegt jedoch allein der Einschätzung der Beraterin, und es bleibt die Unsicherheit, ob mit der Standardantwort womöglich ein ernsthafter Anrufer abgewiesen wurde.

Auch kann mit einer Standardantwort nicht verhindert werden, dass manche Sexanrufer mit ihrem „Thema" dennoch durchkommen. Sie bietet jedoch Vorteile: Der Sexanruf kann auf kontrollierte und professionelle Weise beendet werden; die Unsicherheit der Beraterin, wie sie auf den Anrufer reagieren kann, wird minimiert; dem Sexanrufer wird signalisiert, dass er mit seinen Problemen zwar ernst genommen, in Zukunft aber stets abgewiesen wird.

Ideal wäre es, wenn alle Telefonberaterinnen sämtlicher Aids-Hilfen stets mit derselben Standardantwort auf Sexanrufer reagieren würden. Bei Unsicherheit, ob es sich um einen bekannten Sexanrufer handelt, hat sich folgende Frage als hilfreich erwiesen: „Kann es sein, dass Sie schon mal bei uns angerufen haben?". Sexanrufer fühlen sich dann ertappt und legen auf.

Da die eigene Entscheidungsfreiheit im Umgang mit diesen Anrufern von Beraterinnen als sehr wichtig eingestuft wird, sollte die Standardantwort als Empfehlung verstanden werden. Sie ist weder ein Patentrezept noch ein Muss in der Telefonberatungsarbeit. Sie empfiehlt sich aufgrund ihrer Vorzüge und mangels wirksamerer Alternativen.

Bewältigungsverhalten

In der Regel entwickeln Beraterinnen Strategien, um nach einem Sexanruf mit ihren Gefühlen fertig zu werden. Manche Beraterin erzählt Kollegen/Kolleginnen, Freunden/Freundinnen oder Bekannten von dem unangenehmen Erlebnis, um Entlastung zu finden; anderen hilft es, frische Luft hereinzulassen und sich durch einen lauten Ausruf Erleichterung zu verschaffen.

Die Überlegungen der Beraterinnen darüber, weshalb sich ein Sexanrufer an die Telefonberatung der Aidshilfe wendet, spielen eine Rolle dabei, wie sie mit den Problemen umgehen und auf den

Anrufer reagieren kann. Indem die Beraterinnen das Problem der Sexanrufe z.B. auf gesellschaftliche Zusammenhänge zurückführen und sich keine Gedanken über die persönliche Problemlage des Sexanrufers machen, sind sie als Helferinnen nicht mehr gefordert und vermeiden so größtenteils den Rollenkonflikt zwischen Beraterin und belästigter Frau.

Vor allem für Beraterinnen, die die Attacken von Sexanrufern sehr persönlich treffen, ist es wichtig, Motive und Psychodynamik dieser Männer zu verstehen, damit sie die Ursachen nicht in sich selbst suchen, sondern beim Anrufer oder in den gesellschaftlichen Bedingungen.

Weitere Tipps von erfahrenen Beraterinnen

- Austausch mit anderen Kolleginnen hilft zur Entlastung, aber auch um gemeinsame Strategien abzusprechen, wie mit Mehrfachanrufern umgegangen werden soll.
- Auf Fragen, die die Beraterin persönlich ansprechen und als übergriffig empfunden werden, nicht eingehen
- Gespräch sachlich und knapp halten.

Supervision und Unterstützung

Telefonberater/innen brauchen den Rückhalt, den Aidshilfen in Form von Supervision, persönlicher Unterstützung durch die Gruppenleitung, fundierter Aus- und Fortbildung sowie durch den Austausch mit haupt- und ehrenamtlichen Kollegen/Kolleginnen bieten. Das Problem der Sexanrufer muss dabei im Interesse der Beraterinnen stärker berücksichtigt werden. Hilfreich ist, wenn Beraterinnen sich dabei auch der Unterstützung ihrer männlichen Kollegen sicher sein können.

Einige Beraterinnen fühlen sich durch die Sexanrufe so peinlich berührt, dass sie auch in der Supervisionsgruppe nicht darüber reden möchten. Es ist daher zu überlegen, Einzelsupervision anzubieten oder Treffen für Beraterinnen einzurichten, die durch Sexanrufe emotional belastet werden, um ihnen einen Rahmen zur Bearbeitung ihrer negativen Gefühle zu geben.

- Literatur: Judith Hagen: Das Problem SEXANRUFER in der ehrenamtlichen Telefonbratung der Aidshilfe; herausgegeben von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., Berlin 1998

Dokumentationsbeispiele

Im folgenden dokumentieren wir einige Beispiele von Kolleginnen aus Aidshilfen. Da Sexanrufer sich ihre eigene Identität und die anderer Beteiligter "konstruieren", geben die nachfolgenden Daten lediglich Ausschluss über virtuelle Identitäten. Die Anonymität der realen Personen bleibt so weitgehend gewahrt.

Sexanrufer Nr. 1

Stimme und Redestil:
- leise, schüchtern, sanft
- zögerlich, nach Worten suchend

Gesprächsbeginn:
- meine Freundin wurde vergewaltigt, gezwungen, im Wald einem Freund einen zu blasen
- kann sie sich infiziert haben? Wie kann ich ihr helfen? Sie verschließt sich total....

Überleitung zu sexuellen Fragen:
- nach dem anfänglichen "sich Sorgen machen", "Wie soll ich mich verhalten?" kommt er immer wieder auf das Thema Oralverkehr
- er hatte schon Freundinnen, die das gemacht haben, aber die jetzige findet das pervers und will das nicht.

Thematische Besonderheiten/besondere Formulierungen:
- kommt immer wieder auf Oralverkehr zu sprechen. Oralverkehr (Blasen) sei doch normal, nichts Schlimmes etc.
- seine Freundin habe jedoch einen ganz verklemmten Hintergrund und finde es ganz schrecklich
- nimmt eigentlich keine "harten" Wörter in den Mund, sondern drückt sich eher wissenschaftlich aus
- versucht der Beraterin zu entlocken, wie sie über Oralverkehr denkt
-

Sexanrufer Nr. 2

Stimme und Redestil:
- zwischen mittel und tief
- langsam, kein Dialekt
- deutlich zu freundlich, stellt mit Stimme und Redefluss eine sehr vertrauliche Stimmung her (für die Telefonberatung eher ungewöhnlich)
- erst bei wiederholten Anrufen wird die Freundlichkeit als "schmierig" oder "geil" empfunden.

Gesprächsbeginn:
- in der Regel eine eher unspezifische Frage nach einer Sexpraktik, meist "Blasen" oder "Französisch"
- oft mit der Zusatzfrage, wie er denn seine Partnerin schützen könnte.

Überleitung zu sexuellen Fragen:
- sobald die Beraterin dazu rät, ein Kondom zu benutzen, erzählt der Anrufer, dass er einen ganz großen Schwanz hat, auf den normale Kondome nicht passen.
- als Eingangsproblem kann auch die Frage auftauchen, ob es für seinen großen Schwanz passende Kondome gibt.
- läst sich die Beraterin auf diese Frage ein, läuft es immer darauf hinaus, dass er eben kein Kondom benutzen kann und was er denn tun könne, um seine Partnerin zu schützen.
- schließlich wird er persönlich und fragt die Beraterin, ob sie selbst das Problem kennt und wie sie damit umgeht?

Thematische Besonderheiten/besondere Formulierungen:
- Beraterinnen berichten, sie hätten den Eindruck, dass der Anruf aus einer Telefonzelle kommt

Sexanrufer Nr. 3

Stimme und Redestil:
- normal, gepflegter Ausdruck, gewählte Worte, keine Anzeichen von Geilheit

Gesprächsbeginn:
- der Anrufer teilt zunächst mit, dass er ein Problem hat, das mit HIV nichts zu tun habe, ihm aber sehr zu schaffen mache. Er selber halte es für nicht normal.
- ob die Beraterin bereit sei, mit ihm darüber zu reden?

Überleitung zu sexuellen Fragen:
- er sei Unternehmer und die Frauen, die er einstelle, müssen mit ihm eine Nacht verbringen und ihm zu Willen sein.
- er berichtet dann ausführlich über sadistische Praktiken und will anschließend von der Beraterin wissen, ob sie das für normal halte.

Thematische Besonderheiten/besondere Formulierungen:
- lehnt die Beraterin das Gespräch von vornherein ab, insistiert er nicht, sondern findet sich damit ab und legt auf.

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 anschließende Konzentration der Fragerrichtung des Anrufer auf das sexuelle Erleben von Frauen.

Datum Uhrzeit des Gespräches

Alter: ca. .....(geschätzt)

Name/Pseudonym: .....

Stimme (unterstreichen): hoch mittel tief

evtl. weitere Stimmmerkmale:

Redestil, -fluss: langsam normal schnell

evtl. weitere Redestilmerkmale:

Thematische Besonderheit: z.B. zu großer Penis, o.ä:

Gesprächsbeginn: (Informations-) Frage zu :

Besondere, eigentümliche Formulierungen:

Überleitung zu sexuellen Themen mit folgendem Spruch:

Weitere Informationen bitte auf Rückseite aufschreiben➔

Kapitel 13
Argumente der Aids-Kritik

Hinweis zur Beratungssituation

Das nachfolgende Kapitel ist weniger für das Nachschlagen von Informationen in der Beratungssituation gedacht, sondern dient in erster Linie als Einführung in das Thema „Aids-Leugner" und als Grundlage für die Reflexion von Beratungsgesprächen.

„Eingefleischte Aids-Leugner" im Rahmen eines Telefongesprächs „bekehren" zu wollen, wäre ein müßiges Unterfangen, geht es hierbei doch vor allem um Weltbilder und Glaubensfragen. Genau genommen hat sich ja auch die Aidshilfe einer bestimmten „Deutung" der HIV-Infektion angeschlossen, nämlich einer wissenschaftlichen, und zwar jener, die von der überwiegenden Mehrheit der Wissenschaftler/innen und Praktiker/innen getragen wird. Diese „Deutung" stützt sich auf umfassende wissenschaftliche Beweise und wird durch neue Erkenntnisse ständig weiterentwickelt. Die Hälfte unseres heutigen Wissens über HIV und Aids wird sich in wenigen Jahren wahrscheinlich als falsch oder überholt herausstellen – wir wissen nur nicht, welche Hälfte dies sein wird. So gesehen ist der aktuelle Wissensstand immer auch „der aktuelle Stand des Irrtums". Viele unserer heutigen Annahmen zur HIV-Infektion sind ja gerade deshalb angreifbar, weil tatsächlich noch nicht alles geklärt ist und sich tagtäglich neue Fragen stellen. Die bisher vorliegenden wissenschaftlichen Belege und unsere nunmehr 20-jährigen Erfahrungen mit dem Leben und Sterben mit HIV/Aids in unseren Communities sprechen allerdings mehr als deutlich für einen ursächlichen Zusammenhang zwischen HIV und Aids und für die Erfolge der Kombinationstherapien.

Unser Anliegen ist, Aidshilfe-Berater(inne)n verständlich zu machen, was so verführerisch an der Sichtweise der „Aids-Leugner" ist und weshalb es so schwierig ist, diese Menschen von *unserer* Sichtweise zu überzeugen. Das nachfolgende Kapitel ist außerdem hilfreich für die Beratung all jener, die durch die Argumente der Aids-Leugner verunsichert sind und sich deshalb informieren und orientieren wollen.

Die „Aids-Leugner" oder die Verzerrung der Wissenschaft[1]

Die so genannten Aids-Leugner zeichnen sich durch eine Reihe von Behauptungen aus, die den wissenschaftlichen Konsens zum Thema HIV/Aids in Frage stellen, nämlich:

- HIV sei nicht die Ursache von Aids.
- HIV sei nicht ansteckend.
- Aids werde durch persönliches Verhalten (z.B. bestimmte sexuelle Praktiken) verursacht.
- Bei der Entstehung von Aids spiele vor allem Drogenmissbrauch eine wichtige Rolle.
- Aids werde erst durch die Einnahme antiretroviraler Medikamente verursacht.

Diese Ansichten wurden erstmals 1987 von **Peter Duesberg** vertreten, einem Professor für Molekularbiologie an der Universität von Kalifornien, Berkeley, der heute als der führende Vertreter der „Aids-Leugner-Bewegung" angesehen wird.

[1] Dieser Beitrag basiert auf zwei Quellen:
Martin Delaney: HIV, AIDS and the Distortion of Science. Zu finden in den Internet-Seiten des Robert Koch-Instituts: www.rki.de
Siegfried Schwarze: Getretener Quark wird breit, nicht stark: Was man von den AIDS-Skeptikern wirklich lernen kann. In: *Projekt Information*, 9(6), November/Dezember 2001, 19-21

Für Menschen, die mit dem Thema nur wenig vertraut sind, haben die Argumente der „Aids-Leugner" zweifellos hohe Attraktivität:

- Sie können von der Angst befreien, HIV hilflos ausgeliefert zu sein.
- Sie machen glauben, man könne durch eine „richtige Lebensweise" gesund bleiben.
- Sie nähren und bestätigen die Ansicht, dass man immer und überall von Verschwörungen umgeben sei und dass die Schulmedizin ohnehin nur schade.
- Sie bietet Menschen mit HIV, die auf der Suche auf nach Alternativen zum schulmedizinischen Modell sind, einen schlüssig erscheinenden Erklärungs- und evtl. Behandlungsansatz.
- Sie unterstützen den Glauben, dass vor allem Drogengebrauch und homosexuelle Verhaltensweisen von Übel seien.

Die aus weltanschaulichen, religiösen und politischen Überzeugungen gespeisten Argumente der „Aids-Leugner" sind überaus gefährlich. Denn wäre HIV nicht die Ursache von Aids, könnte auf Safer Sex getrost verzichtet werden. Würden die Medikamente nichts nützen, bräuchte man sie erst gar nicht zu nehmen und könnte sich statt dessen einer „natürlichen" Medizin zuwenden, die – angeblich – keine Nebenwirkungen hat.

Die Aids-Leugner haben sich in den vergangenen Jahren wiederholt zu Wort gemeldet. Bekannt sind vor allem HEAL Berlin e.V. (www.selbsthilfetreff.net/heal-berlin) und MuM - Verein für Wissenschaft, Medizin und Menschenrechte e.V. (www.virusmythen.com) . Zurzeit beschickt ein Verlag HIV-Schwerpunktpraxen und Aids-Hilfen in Deutschland mit Materialien, die für ein Buch und für Seminare des „Medizinaldirektors i.R. Dr. med. Heinrich Kremer, Barcelona" werben (www.raum-und-zeit.com). Dieser Herr verficht die Thesen der Duisberg-Jünger und behauptet überdies, Aids (und auch Krebs) verhindern bzw. heilen zu können. Aids soll laut Dr. Kremer durch eine zu geringe und Krebs durch eine zu hohe Produktion des Gewebshormons NO (Stickstoffmonoxid) verursacht werden.

Um Aids-Leugner zu überzeugen, reicht es nicht aus, ihre Argumente zu kennen und sie mit Gegenargumenten zu parieren. Verstehen muss man auch und gerade ihre Argumentations*weise*, mit der sie jede/n Diskussionspartner/in schachmatt setzen können. Im Folgenden werden wir uns deshalb sowohl mit ihren *Argumenten* als auch ihrer *Argumentationsweise* auseinander setzen.

Die Argumente der Aids-Leugner
(nach Martin Delaney)

„Unsere Ansichten werden von vielen Wissenschaftler(inne)n unterstützt"

Die Aids-Leugner behaupten, dass die Zahl jener Aids-Expert(inn)en, die nicht HIV als die Ursache von Aids ansehen, stark zunehme. Tatsächlich gibt es aber nur eine Handvoll Wissenschaftler/innen, die Peter Duesbergs Sichtweise vertreten. Davon sind nur wenige als Ärzte/Ärztinnen tätig, von denen wiederum nur ein Bruchteil Menschen mit HIV/Aids behandelt. Keiner von ihnen, einschließlich Duesberg, war jemals selbst in der Aidsforschung tätig.

Es gibt keinerlei Hinweise darauf, dass sich die wissenschaftliche Meinung immer mehr dem Standpunkt der Aids-Leugner annähern würde. Im Gegenteil: Tausende von Wissenschaftler(inne)n weltweit vertreten die Überzeugung, dass Aids durch HIV verursacht wird. Es handelt sich dabei um Personen mit entsprechenden wissenschaftlichen Qualifikationen in Virologie, Immunologie, Infektiologie und Epidemiologie. Ein Teil davon verfügt außerdem über praktische Erfahrungen in der Behandlung von Menschen mit HIV/Aids.

Dass Aids auf HIV zurückgeht, wird durch die Erfolge der antiretroviralen Therapien erhärtet. Obgleich der optimale Zeitpunkt für den Therapiebeginn noch umstritten ist, die Medikamente wahrscheinlich nicht dauerhaft wirksam sind und zudem starke Nebenwirkungen haben.

Die Zahl der Todesfälle ist drastisch gesunken, und das ist ein weiterer Beleg dafür, dass HIV der ausschlaggebende Faktor für Aids ist.

„Aids ist eine alte Krankheit mit neuem Namen"

Die Aids-Leugner behaupten, Aids sei nichts weiter als eine Anhäufung altbekannter Krankheiten, die man nur mit einem neuen Namen versehen habe. Zwar stimmt es, dass unter dem Begriff Aids verschiedene Krankheiten gefasst werden, die man schon lange kennt. Dennoch ist der Grund ihres Auftretens bei Aids eine Immunschwäche, die in dieser Weise erst seit 1981 beobachtet wird und durch das HI-Virus verursacht ist, das erst 1983/84 entdeckt wurde. So erkrankten Anfang der achtziger Jahre viele junge schwule Männer an einer Lungenentzündung, die bisher überaus selten und nur bei Menschen mit stark geschwächtem Immunsystem beobachtet worden war. Aus der Tatsache, dass sie nunmehr gehäuft in bestimmten Gruppen und vor allem in Großstädten auftauchte, zog man den Schluss, dass ihr eine neue Krankheit zugrunde liegen müsse, die das Immunsystem der Betroffenen zerstört. Die Vermutung, dass der Auslöser ein Virus ist, bestätigte sich schließlich.

HIV ist also nicht die unmittelbare, sondern die mittelbare Ursache von Aids, indem es das Immunsystem schädigt und schließlich zerstört. Funktioniert das Immunsystem nicht mehr, ist der Körper wehrlos gegenüber Krankheitserregern, die er sonst mühelos bekämpfen kann. In der Folge kommt es zu „opportunistischen Infektionen" wie Pneumocystis-carinii-Pneumonie (PCP), Cytomegalievirus-Infektion (CMV) oder Mycobakterium avium complex (MAC).

„Es gibt keinen Beweis, dass Aids durch HIV verursacht wird"

Die Aids-Leugner behaupten, es sei wissenschaftlich nicht nachgewiesen, dass das HI-Virus Aids verursacht. Der Forscher Robert Gallo vom National Cancer Institute habe einfach nur verkündet, dass HIV Aids auslöse, seine These aber keiner wissenschaftlichen Überprüfung unterzogen. Diese Behauptungen sind schlichtweg falsch.

Im Frühjahr 1983 gelang es französischen Forschern, ein bislang unbekanntes Retrovirus aus den Lymphknoten eines Menschen mit frühen Symptomen von Aids zu isolieren. Zu jenem Zeitpunkt lagen jedoch noch nicht genügend Daten vor, um zu beweisen, dass dieses Virus tatsächlich die Ursache von Aids war. Im Frühjahr 1984 legten Gallo und sein Team der US-amerikanischen Zeitschrift „Science" umfangreiche wissenschaftliche Unterlagen vor, aus denen hervorging, dass das Virus bei Routineuntersuchungen nur bei solchen Menschen gefunden wurde, die verschiedene Aids-assoziierte Symptome aufwiesen. Die Schlussfolgerung lautete, dass HIV die Ursache von Aids sein müsse. Gallo und sein Team entwickelten daraufhin einen Bluttest zum Nachweis von HIV-Antikörpern.

Heute können die US-amerikanischen National Institutes of Health auf ungefähr 500 wissenschaftliche Veröffentlichungen verweisen, in denen der Zusammenhang zwischen HIV und Aids beschrieben ist. Außerdem wurde in mehreren großen Studien nachgewiesen, dass opportunistische Infektionen und ein derart hoher Verlust von T-Helferzellen fast nur bei solchen Menschen auftreten, bei denen der HIV-Antikörpertest ein positives Ergebnis erbrachte.

„Der HIV-Antikörpertest funktioniert nicht“

Die Aids-Leugner behaupten, weder der HIV-Antikörpertest noch Viruslast und CD4-Zellzahlen würden irgendetwas über eine erfolgte HIV-Infektion bzw. über deren Verlauf aussagen. Dabei beziehen sie sich in der Regel auf ältere Quellen: d.h., dass ihre Kritik nicht unberechtigt war, die von ihnen beanstandeten Mängel aber im Zuge der Weiterentwicklung der Testverfahren längst behoben werden konnten.

Richtig ist, dass jedes Messverfahren – abhängig auch von der Qualität der Durchführung – geringe Fehlerquellen bergen kann. Deshalb wenden die Testlabore üblicherweise ein mehrstufiges Testverfahren an, um zuverlässige Befunde sicherzustellen. In der Regel kommt zunächst der einfach und schnell durchzuführende ELISA (Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay) zum Einsatz. Dieser hochempfindliche Suchtests kann jedoch, obwohl sehr genau, falsch positive Ergebnisse erbringen (bei weniger als 1 % der Tests). Deshalb wird ein positiver Befund durch einen noch genaueren Bestätigungstest, z.B. den Western Blot, überprüft. Erzielt auch der Bestätigungstest kein klares Ergebnis, was allerdings nur in seltenen Fällen vorkommt, muss das ganze Testverfahren (evtl. nach einer größeren Zeitspanne) wiederholt werden.

Gegen die Messung der Viruslast haben andere Aids-Leugner, z.B. Kary Mullis, ähnliche Argumente vorgebracht. Da Mullis einen Nobelpreis für die Entwicklung des PCR-Tests (Polymerase Chain Reaction) erhielt, ist er – nach Duesberg – wohl der am meisten anerkannte Aids-Leugner. Mullis führt nun an, dieses PCR-Testverfahren sei nie für die Messung der Viruslast gedacht gewesen. Seine Bedenken widersprechen jedoch nicht den empirischen Belegen der MACS (Multicenter AIDS Cohort Study), einer der größten Aids-Studien, an der mehrere tausend Menschen mit HIV über Zeiträume von drei bis zehn Jahren teilnahmen.

Die Studie ergab, dass zwischen Viruslast und CD4-Zellzahlen einerseits und dem Risiko eines fortschreitenden Verlaufs der HIV-Erkrankung andererseits ein eindeutiger und berechenbarer Zusammenhang besteht.

„Antikörper besiegen jede Infektion“

Die Aids-Leugner behaupten, kein Krankheitserreger könne noch Jahre nach der Ansteckung oder nach der Entwicklung von Antikörpern eine Krankheit verursachen. Das Vorhandensein von Antikörpern bedeute immer, dass die Infektion überwunden sei.

Dieses oft vorgebrachte Argument der Aids-Leugner lässt sich am leichtesten widerlegen. Es gibt nämlich viele Erreger, die noch Jahre nach der Ansteckung zur Erkrankung führen können, so z.B. Hepatitis-, Herpes- und Cytomegalie-Viren. Ähnlich wie die HIV-Infektion, können die meisten dieser Infektionen den Organismus dazu bringen, über Jahre hinweg Antikörper zu produzieren, ohne dass sichtbare Krankheitszeichen auftreten.

„Drogenmissbrauch verursacht Aids“

Die Aids-Leugner behaupten, Drogenmissbrauch und die gegen HIV gerichteten Medikamente seinen die wirklichen Ursachen von Aids.

Da auch in der schwulen Community Drogen konsumiert wurden, war Drogengebrauch einer der ersten Faktoren, von denen man annahm, sie könnten Aids verursachen. Diese Vermutung wurde schließlich durch kanadische, europäische und US-amerikanische Studien widerlegt, in denen Drogen gebrauchende und nicht Drogen gebrauchende schwule Männer mit ansonsten ähnlichen Verhaltensweisen miteinander verglichen wurden. Sie belegten, dass aus dem Konsum von Drogen nicht auf die Entwicklung von Aids geschlossen werden kann, dieser aber sehr wohl das Risiko einer HIV-Übertragung erhöht.

Der Unterschied zwischen denjenigen Männern, die an Aids erkrankten, und denjenigen, die nicht an Aids erkrankten, bestand lediglich darin, dass bei Ersteren HIV-Antikörper vorhanden waren.

In den letzten Jahren ist außerdem wiederholt behauptet worden, bei vielen an Aids verstorbenen Menschen sei die Krankheit durch eine antiretrovirale Therapie erst hervorgerufen worden. Richtig indes ist, dass die gegen HIV gerichteten Medikamente – wie Medikamente gegen andere schwere Erkrankungen auch – Nebenwirkungen haben, die im Einzelfall sogar zum Tod führen können.

Zum anderen sind Aids-Patient(inn)en in den Anfangszeiten der antiretroviralen Therapie Mitte der achtziger Jahre wahrscheinlich mit – aus heutiger Sicht – zu hohen Dosierungen behandelt worden. Aktuelle Daten aus klinischen Studien zeigen indes deutlich, dass die Therapie – trotz möglicher Nebenwirkungen – weitaus mehr nutzt als schadet, wenn die Medikamente vorschriftsmäßig eingenommen werden. Die Daten zeigen aber auch, dass es auf die richtige Behandlung zum richtigen Zeitpunkt ankommt, wenn der Nutzen größer als der Schaden sein soll. Die Einigung über den "aktuellen Stand der Kunst" muss praktisch jährlich auf wissenschaftlichen Kongressen und so genannten Konsensuskonferenzen neu ausgehandelt werden (siehe dazu auch Kap. 7 – „Therapiemöglichkeiten").

„Keine Behandlung – und trotzdem gesund"

Die Aids-Leugner führen diejenigen HIV-Positiven, die keine HIV-Medikamente nehmen und dennoch gesund bleiben, als Beweis dafür an, dass HIV harmlos sei.

Dabei ist unbestritten, dass Menschen mit HIV auch ohne antiretrovirale Therapie über mehrere Jahre gesund bleiben können. Im Durchschnitt tritt bei etwa 50 % der HIV-Positiven, die Zugang zu Gesundheitsfürsorge und gesunder Ernährung haben, innerhalb von 10 Jahren Aids auf. Das bedeutet, dass die andere Hälfte 10 Jahre nach erfolgter Infektion noch nicht an Aids erkrankt ist.
Bei einem geringen Prozentsatz entwickelt sich Aids bereits innerhalb von zwei bis drei Jahren, während einige Menschen 15 Jahre oder länger mit der HIV-Infektion leben, ohne Aids zu bekommen – dies auch ohne Therapie. 20 Jahre nach dem Infektionszeitpunkt ist der Prozentsatz jener, denen es ohne Behandlung gut geht, aber nur noch verschwindend gering.

Daran ist nichts Ungewöhnliches. Auch viele andere Krankheiten wie Krebs, Herzleiden oder Multiple Sklerose entwickeln sich – je nach Mensch und Lebensbedingungen – in unterschiedlich langen Zeiträumen.

„Weniger Todesfälle sind keine Folge der antiretroviralen Therapie"

Die Aids-Leugner behaupten, nicht die Kombinationstherapien seien der Grund dafür, dass in den letzten Jahren weniger Menschen an Aids gestorben sind. Bei HIV-Infizierten habe die Zahl der Todesfälle nämlich bereits seit 1993 abgenommen.

Bei Sichtung der Datenlage wird deutlich, dass die Aids-Leugner die Rate der Neuinfektionen oder der an Aids Erkrankten mit der Zahl der an den Folgen von Aids Verstorbenen verwechseln. So geht aus Berichten der US-amerikanischen CDC (Centers for Disease Control) hervor, dass die Zahl der Aids-Toten in den USA bis zum Jahr 1996 beständig anstieg und erst dann deutlich abzunehmen begann. 1996 war das Jahr, in dem die Dreierkombinationen verbreitete Anwendung fanden. Wie die Berichte des Robert Koch-Instituts (www.rki.de) zeigen, ist seither auch in Deutschland die Zahl der Aids-Erkrankungen und -Todesfälle kontinuierlich gesunken.

Die Argumenationsstrategien der Aids-Leugner

(nach Siegfried Schwarze)

Korrelation und Kausalzusammenhang

Korrelation und Kausalzusammenhang werden immer wieder gerne verwechselt. Der zeitliche Zusammenhang zwischen zwei Ereignissen (Korrelation) wird dann zu einem Ursache-Wirkungs-Verhältnis (Kausalzusammenhang) erklärt. Ein schönes Beispiel: Während der geburtenstarken Jahrgänge stieg auch die Zahl der Störche in Deutschland an. Es besteht also ein zeitlicher Zusammenhang zwischen der Zahl der Störche und der Zahl der Geburten. Daraus aber einen ursächlichen Zusammenhang – „der Storch bringt die kleinen Kinder" – ableiten zu wollen, ist natürlich unzulässig und führt in die Irre.

So gab es – vor der Ära der hochaktiven antiretroviralen Therapie – tatsächlich einen Zusammenhang zwischen dem Gebrauch von „Poppers" (Amylnitrit; wird als sexuell anregendes Mittel eingesetzt) und der Entwicklung des Aids-Vollbildes. Daher kam auch bei den etablierten Wissenschaftler(inne)n schnell die These auf, „Poppers" sei für Aids verantwortlich. Doch genauere Untersuchungen ergaben, dass beide Phänomene eine gemeinsame Ursache hatten: Schwule, die sexuell besonders aktiv waren, nahmen überdurchschnittlich oft „Poppers" und erkrankten überdurchschnittlich häufig an Aids. Amylnitrit war früher ein Standardmedikament für die Behandlung von Herzattacken (Angina pectoris), und keine/r dieser Patient(inn)en war jemals an Aids erkrankt.

Unzulässiger Umkehrschluss

„Alle Rosen sind Pflanzen, also sind alle Pflanzen auch Rosen." Solche falschen Umkehrschlüsse verwenden die „Aids-Leugner" gerne, z.B.: „Wären alle Aids-Patienten durch HIV krank geworden, müssten alle HIV-Infizierten auch Aids bekommen. Da viele aber gesund bleiben, kann HIV nicht die Ursache von Aids sein. HIV ist daher nur ein harmloses Virus."

Natürlich gibt es HIV-Infizierte, bei denen sich das Vollbild Aids aufgrund bestimmter Umstände gar nicht oder erst nach sehr langer Zeit entwickelt.

Dabei können schützende Faktoren beteilig sein, wie z.B. genetische Besonderheiten (z.B. Mutationen in den Genen für die Co-Rezeptoren, die HIV für die Infektion benötigt) oder ein abgeschwächtes HI-Virus. Für beide Möglichkeiten gibt es mittlerweile genügend Belege.

Verwechseln von Ursache und Wirkung

„Langzeitüberlebende (länger als 10 Jahre) wurden nie oder nur kurz mit Medikamenten behandelt", argumentieren die „Aids-Leugner". Die Tatsache, dass ein Patient nicht behandelt wurde, wird dabei zur Ursache erklärt, das lange Überleben zur Wirkung. Die Schlussfolgerung lautet: „Die meisten Aids-Patienten nehmen Medikamente, also verursachen nicht HI-Viren Aids, sondern die Medikamente." Das ist selbstverständlich Unsinn. Erst anders herum ergibt sich ein Sinn: Wenn ein HIV-Infizierter, aus welchen Gründen auch immer, über viele Jahre stabile Laborwerte (niedrige Viruslast, hohe CD4-Zellzahl) hat, wird kaum ein Arzt/eine Ärztin zu einer antiretroviralen Behandlung raten.

Verschweigen neuerer Erkenntnisse

Bluter, so argumentieren die „Aids-Leugner", stürben nicht an den Folgen einer HIV-Infektion, sondern an den vielen Fremdeiweißen, die in den verabreichten Blutpräparaten enthalten sind. Wenn dem so wäre, sollte sich ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der verabreichten Dosen dieser Präparate und der Entwicklung von Aids finden lassen. Einen solchen Zusammenhang gibt es aber nicht. Seit man Blutspender/innen auf HIV untersucht und Blutpräparate so behandelt, dass eventuell vorhandene HI-Viren abgetötet werden, hat kein Bluter sich mehr mit HIV infiziert und Aids bekommen (es sei denn, er hatte andere Risikofaktoren, z. B. ungeschützten Geschlechtsverkehr mit HIV-Infizierten).

Die Hälfte der Wahrheit kann auch eine Lüge sein

Aids in Afrika, so die „Aids-Leugner", sei angeblich nicht auf HIV zurückzuführen, sondern auf Unterernährung, schlechte hygienische Bedingungen und eine völlig unzureichende medizinische Versorgung. Wahr daran ist, dass Medizin, Hygiene und Ernährung in vielen Teilen Afrikas unzureichend sind. Allerdings stieg die Zahl der Aids-Erkrankungen besonders stark in jenen Regionen, in denen genau diese Faktoren verbessert worden waren. So wurde z.B. bei Massenimpfungen durch Verwendung derselben Spritze und Nadel ungewollt HIV verbreitet. Und der wirtschaftliche Aufschwung einiger Regionen hat zur vermehrten Nachfrage nach käuflichem Sex geführt, weil die Männer oft monatelang von ihren Familien getrennt leben müssen und gleichzeitig durch die Arbeit genügend Geld für Prostituierte haben.

Zitieren „oller Kamellen"

Oft wird behauptet, HIV könne nicht der Erreger von Aids sein, da es die „Koch'schen Postulate" von 1884 nicht erfülle. Nach Robert Koch müssen sich *„...jene drei Postulate erfüllen lassen, deren Erfüllung für den stricten Beweis der parasitären Natur einer jeden derartigen Krankheit unumgänglich nothwendig ist:*

1.) Es müssen constant in den lokal erkrankten Partien Organismen in typischer Anordnung nachgewiesen werden.

2.) Die Organismen, welchen nach ihrem Verhalten zu den erkrankten Theilen eine Bedeutung für das Zustandekommen dieser Veränderung beizulegen wäre, müssen isolirt und rein gezüchtet werden.

3.*) Mit den Reinculturen muss die Krankheit experimentell wieder erzeugt werden können."*[2]

[2] Koch'sche Postulate in: Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte 2, 424 (1884)

An der Jahreszahl sieht man schon, dass Robert Koch von Viren noch keine Ahnung haben konnte: Sie wurden erst viel später entdeckt.
Deshalb gelten seine Postulate streng genommen nur für Bakterien (und auch hier nicht für alle, da sich einige nicht „rein züchten", also in Kultur vermehren lassen). Seltsamerweise kam bisher noch nie jemand auf die Idee zu behaupten, Hepatitis C würde nicht durch das Hepatitis-C-Virus verursacht, nur weil sich dieses Virus (bis jetzt) noch nicht außerhalb des Körpers vermehren lässt.

Die Behauptung, dass es bei HIV am 3. Postulat scheitere, ist allein dadurch entkräftet, dass sich Laborangestellte nachgewiesenermaßen bei Arbeitsunfällen mit HIV aus Zellkulturen infizierten und schließlich auch an Aids erkrankten, sofern sie nicht antiretroviral behandelt wurden.

Ignorieren von Tatsachen

Häufig liest man, HIV sei nie isoliert und nie fotografiert worden (weil es das Virus ja gar nicht gebe). Nun ist HIV ein Virus und als solches so klein, dass es nicht in einem gewöhnlichen Lichtmikroskop abgebildet werden kann. Aber Aufnahmen von HIV mit Rasterelektronenmikroskopen gibt es massenweise. Doch hier sagen die „Aids-Leugner", das wären keine Viren, sondern nur Zellbruchstücke. Eigenartig nur, dass diese „Zellbruchstücke" alle gleich aussehen, dieselben Eiweiße und dasselbe Erbmaterial enthalten.

Ignorieren von „Occams Rasiermesser"

Unter „Occams Rasiermesser" (occam's razor) versteht man eine philosophische Sicht der Dinge, die Folgendes besagt: Wenn es für ein Phänomen mehrere konkurrierende Erklärungsmöglichkeiten gibt, ist die einfachste meist auch die richtige. Die „Aids-Leugner" bemühen für Aids-Fälle bei Schwulen, Drogengebraucher(inne)n, Blutern und Afrikaner(inne)n jeweils eine eigene Erklärung: Einmal sind Poppers sowie der Einsatz von Anti-HIV-Medikamenten und Chemotherapeutika schuld, dann sind es die Drogen, dann wieder Fremdeiweiße und schließlich die Unterernährung und schlechte Hygiene. Einfacher (und richtiger) ist die Erklärung, HIV infiziert wichtige Zellen der Immunabwehr und verringert langfristig deren Zahl. Somit kann der Körper mit ansonsten harmlosen Infektionen nicht mehr fertig werden, was letztendlich zum Tod führt, wenn keine Behandlung erfolgt. So können mit einem Erklärungsansatz alle unterschiedlichen Aids-Epidemien erklärt werden.

Angabe falscher Daten

Oft lügen die „Aids-Leugner" einfach nur. So heißt es in einem Artikel des bereits oben erwähnten Dr. Kremer[3]: „Beispielsweise sind 1999 in Deutschland nach der offiziellen Medizinstatistik insgesamt rund 800 HIV-Stigmatisierte an Aids verstorben, alle Opfer wurden pharmatoxisch behandelt." Wenn man sich die Mühe macht, selbst auf den Seiten des Robert-Koch-Instituts (www.rki.de) nachzuforschen, so kommt man auf ca. 600 an Aids Verstorbene, während es vor Einführung der hochaktiven antiretroviralen Therapie, noch fast 2.000 Todesfälle jährlich waren. Dass fast alle pharmakologisch behandelt wurden, ist nun einmal Ausdruck eines funktionierenden Gesundheitswesens: schwer kranke Menschen werden behandelt und meist auch mit Medikamenten. Für die Behandlung von HIV-Infizierten/Aids-Erkrankten setzen wir uns schließlich weltweit ein.

[3] Kremer, Heinrich: AIDS in Afrika – die wahren Hintergründe der angeblichen Seuche. In: *raum & zeit*. 113/2001, S. 18

Verfolgungswahn

Die „Aids-Leugner" fühlen sich von den Medien und der etablierten Medizin „totgeschwiegen", „verleumdet" usw. Sie sehen sich selbst als eine Art Märtyrer. Tatsache ist, dass es in der Wissenschaft immer wieder abweichende Meinungen gibt. Auch wenn in unserem Wissenschaftssystem sicher nicht alles zum Besten steht, so sorgt doch die „kollegiale Konkurrenz" früher oder später für die Aufdeckung von Fehlern oder Schwindeln:

So kommen bei HIV heute alle Studiengruppen weltweit zu ähnlichen Ergebnissen. Natürlich wird über Details immer noch diskutiert, wir wissen eben noch nicht alles. Aber das grobe Bild steht, und der immense Erfolg der Anti-HIV-Therapie ist einzigartig in der Geschichte der Medizin.

➔Fazit

Die Beweise, dass HIV bei den meisten Menschen ohne Behandlung früher oder später das Vollbild Aids verursacht und schließlich zum Tode führt, sind erdrückend.

Wer etwas anderes behauptet und damit Menschen abhält, sich vor einer HIV-Infektion zu schützen oder sich, falls erforderlich, in Behandlung zu begeben, spielt wissentlich mit dem Leben von Menschen.

Wie das moralisch zu werten ist, möge jede und jeder für sich entscheiden. In der Medizin gibt es noch viele offene Fragen, und das Leben mit dem Virus und der Therapie ist gewiss nicht leicht. Aber es ist die Realität.[4]

[4] Weitere Informationen zum Thema „AIDS-Kritik" finden sich auf den Internet-Seiten www.rki.de und www.cdc.gov

Kapitel 14

Rechtliche Aspekte

Grundlegendes

Beratung in Aidshilfe ist eingebettet in Gesetze, die in ihrem Kern vor allem den Schutz des Klienten/der Klientin betreffen und seine/ihre Rechte stärken sollen. Im Folgenden werden die für Aidshilfe relevanten gesetzlichen Regelungen kurz vorgestellt und auf ihre konkrete Bedeutung für ehren- und hauptamtliche Mitarbeiter/innen eingegangen.

Schweigepflicht, Datenschutz

Vielen Menschen fällt es schwer, sich in einem Gespräch zu öffnen und über persönliche Schwierigkeiten zu sprechen. Ist jedoch erst einmal ein Anfang gemacht, entwickeln sich oft Gespräche, in denen auch sehr persönliche und intime Dinge preisgegeben werden. Diese Offenheit ist für die meisten Ratsuchenden nur möglich, da sie davon ausgehen, dass der Berater/die Beraterin sie nicht kennt, bzw. weil sie voll darauf vertrauen, dass die Inhalte des Gespräches niemand anderem bekannt werden.

Vertraulichkeit des Beratungsgesprächs ist die wichtigste Grundbedingung für den Kontakt zwischen BeraterIn und KlientIn.

Ratsuchenden bleibt im Grunde genommen nichts anderes übrig, als darauf zu vertrauen, dass sich die Mitarbeiter von Beratungseinrichtungen an diesen Grundsatz der Vertraulichkeit halten. Aus diesem Grunde existieren hierzu auch besondere, gesetzliche Regelungen.

Für Sozialarbeiter, Psycholog/innen und Suchtberater/innen ist in diesem Zusammenhang der § 203 StGB von besonderer Bedeutung:

§ 203 StGB Verletzung von Privatgeheimnissen

(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehöriger eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,

2. Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,

3. Rechtsanwalt, Patentanwalt, Notar, Verteidiger in einem gesetzlich geordneten Verfahren, Wirtschaftsprüfer, vereidigtem Buchprüfer, Steuerberater, Steuerbevollmächtigten oder Organ oder Mitglied eines Organs einer Wirtschaftsprüfungs-, Buchprüfungs- oder Steuerberatungsgesellschaft,

4. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,

4a. Mitglied oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,

5. staatlich anerkanntem Sozialarbeiter oder staatlich anerkanntem Sozialpädagogen oder

6. Angehörigen eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherung oder einer privatärztlichen Verrechnungsstelle anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist,

wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

Schweigepflicht – Verpflichtung und Selbstverständnis

Aidshilfe informiert, berät und unterstützt Menschen mit HIV und Aids, deren Angehörige und andere Ratsuchende. Die hierfür erforderliche absolute Vertraulichkeit gehört nicht nur zum Selbstverständnis aller haupt- und ehrenamtlichen Berater/innen, sondern Aidshilfe ist als Beratungsstelle per Gesetz zum sorgfältigen Umgang mit allen Daten von Ratsuchenden und von Nutzer/innen ihrer Angebote verpflichtet.

Alle haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen der Aidshilfe sind deshalb verpflichtet, sämtliche im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit bei der Aidshilfe bekannt werdenden Informationen, Daten und Vorgänge geheim zu halten. Es ist den Mitarbeiter/innen untersagt, gegenüber Dritten Angaben zu bekannt gewordenen Informationen, Daten und Vorgängen zu offenbaren.

Auch Andeutungen oder nonverbale Gesten gegenüber Dritten können unter Umständen bereits eine Verletzung der Schweigpflicht darstellen. Wird z. B. von einem Aidshilfe-Mitarbeiter abends in der Schwulenszene durch einen bedeutsamen Gesichtsausdruck signalisiert, das ein Klient wohl HIV-positiv ist oder durch ein viel sagendes Lächeln z. B. eine Syphilis angedeutet, ist dies bereits ein schwerer Verstoß gegen die Schweigepflicht. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Informationen durch Lesen von schriftlichen Unterlagen gewonnen wurden, im Beratungsgespräch gefallen sind oder quasi im Vorübergehen „aufgeschnappt" wurden.

Die Verschwiegenheitsverpflichtung gilt im übrigen auch dann, wenn ein Klient / eine Klientin in der Aidshilfe vermeintlich „offen" mit seiner/ihrer HIV-Infektion oder privaten Problemen umgeht.

Dieses Verhalten mag sich möglicherweise nur auf den Aidshilfe-Zusammenhang beschränken und stellt keine Einwilligung zur Weitergabe von Informationen dar.

Die Verschwiegenheit gilt selbstverständlich auch für alle Informationen aus kollegialem Austausch und Supervision und sollte sich auch auf Informationen über haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter/innen und deren Angehörige beziehen.

Beachte: die Schweigepflicht gilt im Prinzip auch gegenüber Ärzten, medizinischem Personal oder Kolleg/innen aus anderen Beratungseinrichtungen. Vorraussetzung für die Kontaktaufnahme und Weiterleitung von Informationen an andere Einrichtungen ist, dass der Klient/die Klientin eine Schweigepflichtentbindung erteilen. Diese sollte immer auf konkrete Anlässe hin erteilt werden (gegenüber Dr. X, dem Amt Y usw.), niemals als Generalvollmacht (alle meine Angelegenheiten betreffend) unterschrieben werden.

Die Pflicht zur Verschwiegenheit gilt auch über das Ende der Tätigkeit in Aidshilfe hinaus.

Ein Verstoß gegen die Schweigepflicht kann mit ernsthaften Konsequenzen verbunden sein:

- **Arbeitsrechtliche Konsequenzen für angestellte Mitarbeiter(innen) bis hin zur Kündigung**
- **Strafrechtliche Folgen bei Verletzung der gesetzlichen Schweigepflicht (gilt u. a. für Sozialarbeiter, Psychologen, Ärzte, Suchtberater)**
- **Zivilrechtliche Folgen, wenn für den/die Betroffene(n) ein Nachteil daraus entsteht**
- **Beendigung der ehrenamtlichen Mitarbeit**

Häufig geschehen Verletzungen der Schweigepflicht aus Fahrlässigkeit, ohne dass den Betreffenden dies bewusst wird. Hier einige Fallbeispiele, die zeigen sollen, wie leicht es zu Verletzungen der Schweigepflicht kommen kann.

Fallbeispiel 1

Es geht um einen HIV-positiven Mann – nennen wir ihn einfach Klaus - in irgendeiner deutschen Stadt außerhalb der Metropolen. Klaus ist frisch zu jemandem gezogen, den er erst neulich kennen gelernt hat. Da er auch in der neuen Umgebung Kontakt zur AIDS-Hilfe wünscht, schaut er einfach mal vorbei. Dort angekommen, trifft Klaus auf Menschen, die zusammensitzen und miteinander plaudern. Er wird herzlich empfangen und gebeten, er solle sich doch einfach dazu setzten. Die Bitte, zu schildern, was ihn herführe, wirkt auf Klaus freundlich und interessiert. Also beginnt er, über sich zu reden und nennt dabei auch Namen von Personen, zu denen er in der Stadt Kontakt hat. Erst nach dem Gespräch wird ihm selbst bewusst, dass er sich eigentlich ein Gespräch unter vier Augen vorgestellt hatte, sich aber nicht traute, die freundliche Einladung abzulehnen. Im ersten Moment fühlte es sich für ihn ja auch ganz gut an, einfach mal frei von der Leber reden zu können, außerdem glaubte er, es mit entsprechend geschulten Berater/innen von der AIDS-Hilfe zu tun zu haben. Erst hinterher stellt sich heraus, dass es sich um eine zufällig anwesende Gruppe von Ehrenamtlichen handelte. Klaus befürchtet nun, dass ihm seine Offenheit von Nachteil sein könnte. Hatte er das Wissen um seine Infektion in der neuen Stadt bisher bewusst gehütet, hatte er nun einen Kreis ihm unbekannter Menschen „eingeweiht", ohne zu wissen, ob diese verpflichtet sind, „dicht zu halten". Als das Wissen um seine Infektion „seine Runde machte", konnte zwar kein direkter Zusammenhang zu diesem Gespräch hergestellt werden. Aber Klaus selbst vermutete, dass es so sein könnte. Klaus hatte fortan das Gefühl, sich nicht mehr sicher sein zu können, wer denn nun alles über seine Infektion Bescheid weiß und wer nicht.

Fallbeispiel 2

Eine Betreuerin geht im Rahmen einer „Weihnachtsaktion" der AIDS-Hilfe mit ihrem Betreuten zum Essen in ein schönes Restaurant. Sie ist eine gut aussehende Frau Mitte fünfzig, ihm sind die gesundheitlichen Beeinträchtigungen schon klar anzusehen. Nach einem guten und ausgiebigen Essen bittet sie den Kellner, eine Rechnung für die AIDS-Hilfe auszustellen.

Fallbeispiel 3

Heinz, ehrenamtlicher Telefonberater in der AIDS-Hilfe, geht mit seinem besten Freund Siegfried in eine schwule Kneipe. Dort trifft er auf Klaus, von dem er weiß, das er Positivensprecher in der AIDS-Hilfe ist. Heinz grüßt Klaus freundlich. Auf Siegfrieds Frage hin, woher er Klaus kenne, sagt Heinz: „Na, aus der AIDS-Hilfe, er ist unser Positivensprecher!"

Vorstellbar sind weitere Beispiele, in die man trotz guten Willens schnell mal geraten kann. Analog zum obigen Beispiel mit dem Positivensprecher sind ähnliche Begegnungen denkbar, wo man beim Spaziergang mit Freund oder Freundin auf der Straße „Klient/innen" trifft, die man aus Frühstücksangeboten etc. kennt und man sich „verplappert". Was nicht passieren sollte: Ein/e Ehrenamtler/in XY berichtet ihren Freund/innen regelmäßig von den ehrenamtlichen Kolleg/innen aus ihrem Team. So ist auch Kolleg/in AB dabei, über den/die sie ohne Nennung des Namens über HIV-Status sowie die spannende Lebensgeschichte als Drogengebraucher/in berichtet. Bei einem zufälligen Zusammentreffen auf der Straße informiert XY ihre Freund/innen: "Das war jetzt also AB, von der ich euch schon öfter erzählt habe."

Datenschutz

Um das Bekannt werden von vertraulichen Informationen zu vermeiden, sollten alle Dokumente, die mit Namen verbunden sind, wie z. B. Gesprächsnotizen, oder Teilnehmerlisten für Dritte unzugänglich aufbewahrt werden. Sollen diese Unterlagen vernichtet werden, so ist auf eine Unkenntlichmachung der Daten, z. B. durch „Schreddern" oder sorgsames Zerreißen zu achten. Keinesfalls dürfen diese Dokumente im Altpapier landen oder als „Schmierpapier" genutzt werden!

Auch auf die Sicherung von elektronischen Daten ist zu achten. Die einzelnen Computer einer Aidshilfe sollten, z. B. durch Passwörter und geschützte Bildschirmschoner, vor Zugriffen Dritter gesichert werden. Disketten mit sensiblen Daten sollten verschlossen aufbewahrt, bzw. nach Gebrauch sorgsam gelöscht werden.

Führen Mitarbeiter/innen Beratungen über Email/Internet durch, so sind den Fragen der Datensicherung und sicheren Datenübertragung besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Zwar ist eine absolute Datensicherheit im Internet kaum zu gewährleisten, Aidshilfen sollten aber bemüht sein, die vorhanden technischen Möglichkeiten im Sinne des Datenschutzes maximal zu nutzen. Näheres ist den Beratungsstandards für Internetberatung zu entnehmen. („Die Zukunft der Internetberatung – Ergebnisse der Arbeitsgruppe ‚Qualitätsentwicklung in der Internetberatung zu HIV und AIDS', zu beziehen über die DAH")

Die Regeln der Schweigepflicht und des Datenschutzes stellen wichtige Qualitätsstandards von AIDS-Hilfe dar. Zur gegenseitigen Absicherung wird sich die Aidshilfe in der Regel eine Schweigepflichterklärung von neuen ehren- und hauptamtlichen Mitarbeitern unterschreiben lassen.

Grenzen der Beratung in Aidshilfen

Sowohl die persönliche, als auch die telefonische Beratung in Aidshilfe stößt auf Grenzen, da wo sie die Arbeits- und Kompetenzfelder staatlich geregelter Berufsfelder berührt. Konkret sind das die Aufgaben von Ärzt/innen, Jurist/innen, Dipl.-Psycholog/innen, Psychotherapeut/innen und Sozialpädagog/innen.

Psychotherapie und psychosoziale Beratung

Die Behandlung und Diagnose psychischer Erkrankungen durch psychotherapeutische Verfahren darf nur von folgenden Personenkreisen erfolgen:

- Ärzt/innen mit einer Approbation als Psychotherapeut und spezifische Fachärzt/innen, wie der Facharzt für Psychotherapie oder Psychiater
- Dipl.-Psycholog/innen mit einer Approbation als Psychotherapeut
- Heilpraktiker/innen oder Personen mit einer auf Psychotherapie beschränkten Zulassung nach Heilpraktikergesetz
- Dipl.-Pädagog/innen und Dipl.-Sozialpädagog/innen mit einer Approbation als Kinder- und Jugendpsychotherapeut (dann beschränkt auf psychisch kranke Kinder und Jugendliche)

Die Gesetzliche Regelungen dazu sind im 1999 in Kraft getretenem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) sowie im Heilpraktikergesetz (HPG von 1939) niedergeschrieben.

Ein Beratungsgespräch darf danach keine „kleine Psychotherapie" werden. Nun ist es sicherlich Alltag, dass in Beratungsgesprächen auch Ängste geäußert werden oder ein Klient auch mal depressiv verstimmt wirkt. Darauf einzugehen, heißt noch nicht eine Psychotherapie zu beginnen.

Nach verschiedenen Autor/innen in der Fachliteratur (u. a. Barabas, S. 126f) ist die Abgrenzung der Beratung zur Psychotherapie u. a. durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- Beratung ist zeitlich begrenzt und von überschaubarer Dauer
- Beratung bezieht sich auf situationsgebundene Problemzusammenhänge und phasentypische Überforderungen und Krisen
- Beratung bezieht sich auf relativ reflexions- und handlungsfähige Menschen, auf weitgehend funktionierende Personen. (vgl. Nestmann[1])

Nimmt ein Berater/eine Beraterin allerdings wahr, dass ein Anrufer/eine Anruferin geistig oder seelisch erkrankt ist, (z. B. eine Angststörung entwickelt hat), muss sie auf die Grenze ihrer Kompetenz hinweisen und an einen Facharzt oder Psychotherapeuten verweisen.

[1] Nestmann, Frank, (1997), Beratung als Ressourcenförderung, in: Frank Nestmann. (Hrsg.): Beratung, Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis, Tübingen, 15

»Treten in Beratungen vonseiten der Beratungsfachkräfte Unsicherheiten auf, (...) so ist es die Pflicht der eigens dafür qualifizierten Beratungsfachkraft, entschieden zu verdeutlichen, dass die anstehende Bearbeitung der Problematik in Kooperation mit spezialisierten Fachkräften erfolgen muss und nicht mehr zu ihrem Kompetenzbereich gehört. Hier hat sie die Beratenen an die zum heilkundlichen Netzwerk gehörenden Fachkräfte der Psychiatrie, Neurologie, klinischen Psychologie bzw. Psychotherapie weiterzuvermitteln. Die Krankheitsdiagnosen und Indikationen für weiterführende Hilfen werden dann von diesen Fachkräften geleistet und somit auch professionell verantwortet«
(vgl. Straumann, 117, 137)[2].

Menschen mit schweren, psychischen Störungen (wie Depressionen, Phobien oder Psychosen) gehören in fachärztliche oder psychotherapeutische Behandlung! Möglich für Mitarbeiter in Aidshilfen sind lediglich unterstützende Beratungsgespräche, wie beispielsweise Unterstützung bei der Suche nach einem passenden Therapeuten oder Arzt.

Medizinische Beratung, Therapieberatung

Die Diagnose und Behandlung von körperlichen Erkrankungen ist in Deutschland gesetzlich streng geregelt und darf nur von Ärzt/innen und staatlich anerkannten Heilpraktiker/innen erfolgen.

Berater/innen in Aidshilfen dürfen weder mit Anrufer/innen über Diagnosen spekulieren, noch Behandlungsvorschläge machen. Selbst für Ärzt/innen ist es nicht zulässig, ausschließlich am Telefon eine Krankheitsdiagnose zu erheben oder konkrete Therapieempfehlungen auszusprechen. Zulässig ist ausschließlich, allgemeine Informationen über Krankheiten zu vermitteln, wie etwas die Übertragungswege, Krankheitsverlauf und Schutzmöglichkeiten.

Missbrauch eines Abhängigkeitsverhältnisses

§ 174c StGB Sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses

(1) Wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm wegen einer geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung einschließlich einer Suchtkrankheit zur Beratung, Behandlung oder Betreuung anvertraut ist, unter Missbrauch des Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm zur psycho-therapeutischen Behandlung anvertraut ist, unter Missbrauch des Behandlungsverhältnisses vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt.

Mit dem § 174c soll das sexuelle Selbstbestimmungsrecht des/der Ratsuchenden geschützt werden.

Die meisten Menschen, die eine Beratungsstelle aufsuchen befinden sich in einer persönlich schwierigen Situation. Berater/innen und Betreuer/innen können da mitunter als „Lichtstreif am Horizont" erscheinen und bieten sich für Idealisierungen an. Von solchen Idealisierungen kann sowohl der Leiter einer Coming-Out-Gruppe betroffen sein, als auch die Telefonberaterin „mit der so angenehmen Stimme". Wichtig ist zu wissen, dass dieses Begehren selten an de konkrete Person des Beraters/der Beraterin gerichtet ist, sondern oft eine besondere, psychische Bedürftigkeit ausdrückt. Es kann natürlich, umgekehrterweise, auch zu Verliebtheiten seitens des Beraters/der Beraterin kommen.

2 Straumann, U. (1998). Supervision auf der Grundlage fachlich bestimmter Beratung, in: Straumann/Schrödter (HRSG.): Verstehen und Gestalten, Beratung im Gespräch, 117

Kommen Ehrenamtler/innen in Konflikt, sollten sie diese Fragen in der Supervision thematisieren bzw. mit dem/der Koordinator/in der Ehrenamtlichen in der Aidshilfe besprechen. Dies ist vielleicht nicht immer ganz einfach, aber ein wichtiger Schritt, um eine sowohl für Klient/innen als auch für Berater/innen gute Lösung zu finden. Ein sexuelles Verhältnis parallel zur Beratung ist jedoch in keinem Falle mit den Beratungs- und Qualitätsstandards der Aidshilfe vereinbar und kann auch rechtliche Folgen nach sich ziehen.

Beispiel:

Der Leiter einer Gesprächgruppe nutzt die Gespräche mit einem depressiven Klienten um einen sexuellen Kontakt anzubahnen. Hier könnte Missbrauch nach § 174c StGB (siehe Kasten) vorliegen, da eine Depression als „seelische Krankheit" gilt und davon ausgegangen wird, das der Klient nicht in der Lage ist, sich angemessen gegen das Begehren des Gruppenleiters zu wehren.

§ 174c StGB stellt ein sog. Offizialdelikt dar. Das heißt, dass ein sexueller Missbrauch auch ohne Anzeige des Betroffenen verfolgt wird. Es kann sogar gegen seinen Willen zu einem Strafverfahren kommen.

Gespräche über Sexualität sind in Aidshilfen wichtiger und integraler Bestandteil der Arbeit. Gerade deshalb ist im besonderen Maße darauf zu achten, die Grenze zwischen Beratung und privater/sexueller Kontaktaufnahme einzuhalten. („Abstinenzregel")

Rechtsberatung

Eine rechtliche Beratung darf nur von ausgebildeten Jurist/innen, z. B. durch Rechtsanwält/innen erfolgen. Eine Ausnahme stellen angestellte Sozialpädagog/innen und Sozialarbeiter/innen dar, sofern es in der Beratung um sozialrechtliche Fragen geht, die den Kompetenzbereich der Einrichtung berühren. Die rechtliche Grundlage dieser Bestimmung ist das Rechtsberatungsgesetz (RberG).

§ 1 RBerG Erlaubnis

(1) Die Besorgung fremder Rechtsangelegenheiten, einschließlich der Rechtsberatung und der Einziehung fremder oder zu Einziehungszwecken abgetretener Forderungen, darf geschäftsmäßig - ohne Unterschied zwischen haupt- und nebenberuflicher oder entgeltlicher und unentgeltlicher Tätigkeit - nur von Personen betrieben werden, denen dazu von der zuständigen Behörde die Erlaubnis erteilt ist.

Haftung

Ob eine Aidshilfe für Falschinformationen und Ratschläge auch haftbar gemacht werden kann, ist von dem konkreten Beratungsfall abhängig. Sollte es zu einem Rechtsstreit kommen, wird möglicherweise geprüft, ob eine Beratung an den allgemeinen Beratungsstandards orientiert war. Eine solche Prüfung könnte z. B. der Frage nachgehen, ob die Informationen, die vermittelt wurden, den allgemeinen Wissenstand zum Thema Aids wiedergegeben hat. Geprüft werden könnte, ob eine Einrichtung eine angemessene Beratungsqualität geboten hat.

Ein Möglichkeit der Absicherung stellt hier die Orientierung an den verbandlichen Qualitätsstandards dar, wie sie von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. erarbeitet wurden (Die Zukunft der Telefonberatung 1999, Die Zukunft der Internetberatung 2003). Der Nachweis der Teilnahme von Berater/innen an qualifizierenden Seminaren (z. B. Beraterschulungen, Medizinische Rundreise) und die Verwendung aktueller Materialien (wie z. B. dieser Infomappe und des 0700-Internet-Infos) schafft zusätzliche Sicherheit für die jeweilige Aidshilfe, dass sie ihrer Sorgfaltspflicht nachgekommen ist.

Für die einzelnen Berater/innen sind im Prinzip nur drei Fälle denkbar, bei dem er/sie persönlich haftbar gemacht werden könnte:

- **bei grober Fahrlässigkeit**
- **bei Verletzung der Schweigepflicht**
- **bei sexuellem Missbrauch**

.Weitere Informationen

- Schweigepflichterklärung für AIDS-Hilfe-Mitarbeiter/innen, zu beziehen über die Bundesgeschäftsstelle der DAH
- Barabas, F.K. (2003): Beratungsrecht. Ein Leitfaden für Beratung, Therapie und Krisenintervention. Frankfurt: Fachhochschulverlag (ca. 20,- €)
- Die Zukunft der Internetberatung – Ergebnisse der Arbeits-Gruppe ‚Qualitätsentwicklung in der Internetberatung zu HIV und AIDS', zu beziehen über die DAH"

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

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

Anmerkungen und Anregungen zur Überarbeitung von Text und Gestaltung der Infomappe (evtl. entsprechende Seiten kopieren und mit Anmerkungen versehen):

§ 1 RBerG 112
§ 174c StGB 110, 111
§ 203 StGB 105

A

Abstinenzregel 111
Aids-Ängstliche 88
Aids-definierendes Stadium 9
Aids-Hypochondrie 89
Aids-Kritik 95
Aids-Leugner 95, 96, 97, 98, 99, 100, 102, 103
Aids-Phobie 86, 87, 88
Aids-PhobikerInne 87, 89
Allergien gegen Kondome 32, 37
Amylnitrit 100
Analkarzinome 6
Analverkehr 11, 16, 14, 15, 29, 35, 37, 39, 75, 79
Anilingus 1
anonymer HIVTest
  beim Labor und Gesundheitsamt 65
antiretrovirale Therapie
  Therapieentscheidung 76
  Zeitpunkt für Beginn 75
antiretroviraler Behandlung 6
Arschlecken 21, 54
asymptomatische Phase 6
Auge 74
Augenlid 29
Augenschleimhaut 29
Augenspülung 29, 74

B

Behandlungseuphorie 75
Beratung Abgrenzung zur Psychotherapie 109
Beratungsqualität 112
Beratungsstandards 109, 112
Berstvolumen 29
berufliche Exposition
  haftungsrechtliche Fragen 77
berufl. Ansteckungsrisiko 50
berufsbed. Risiken bei HIV 61
Berufsgenossenschaft 81
Berufskrankheit Anerkennung 61
Bestätigungstest 56, 58, 59, 65, 67, 98
Bluterkrankheit 13
Blut-Hirn-Schrank 6
Blut-Penis-Kontakt 15, 18
Blutplasmakonzentrat 13
Blutprodukte 13, 26
Blutspenden 14, 69
  strafrechtliche Konsequenze 69
Bluttransfusionen 13, 63

C

Candida albicans 6
CDC 15, 99
Chlamydien 11, 41, 44, 45, 41
Coitus interruptus 14, 15
Compliance 72, 77, 80
Cunnilingus 16, 19, 21, 23, 31

D

Darmerkrankungen 9, 22, 77
Darmschleimhaut 11, 14, 15, 18, 22
Datenschutz 105, 107
Daueranrufer 90, 91, 94
Dental Dam 16, 23, 52
Depressionen 79, 110
deutsch-österreich. Empfehlungen 75
diagnostische Fenster 26
diagnostische Lücke 14, 26, 56, 59, 67
Dildo 16, 31
Doppelinfektion HIV/Hep C 28
Drogenkonsum 14, 53, 63, 85
Duesberg, Peter 95
Durchfälle 6, 79
Durchgangs-Arzt 81

E

Eindringen des Virus in den Körper 15, 29
Einreise- und Aufenthaltsbestimmun-gen für Menschen mit HIV 69
Einstellungsuntersuchungen HIV-Test 67
Ejakulat 8, 13, 14, 15, 50
ELISA 56, 65, 67, 98
  ELISA-reaktiv 56
Endokarditis 82
Eradikation des HI-Virus 75

F

Feigwarzen 11, 18, 22, 42, 43, 52
  bei HIV-Positiven 18
Femidom 31, 32
Fibrinschicht 15, 29
Fisten 17, 22, 31, 36
Frühkonvertern 59
Fusionsinhibitoren 72

G

Gebärmutterhalskrebs 6, 43
Gebärmutterkrebs 43
Gebärmuttermund 15, 17
Gebärmuttermundes 11
Geburt 13, 28, 41, 54, 56, 67
Gelbsucht 53, 54
Genitalwarzen 42
Gesundheitsamt 50, 53, 63, 64
Gleitmittel auf Silikonöl-Basis 33, 40
Gonorrhoe 49, 50
Grenzen der Beratung in Aidshilfen 109

H

HAART (hoch aktive antiretrovirale Therapie) 72, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 75, 80
Haftung 112
Hämophilie 13
Hämorrhoiden 9
Harnröhre 11, 12, 15, 18, 23, 43, 44, 41, 50
Harnröhrenentzündung 41, 50
Harnwegs- und Blaseninfektionen 9
Harter Schanker 47
HEAL Berlin e.V 96
Heilpraktikergesetz 109
Heim-Tests 65
Helferzellen 5, 43, 51, 72, 75, 81, 97
Hepatitis (akuter Verlauf) 51
  Behandlungsmöglichkeiten 52
  Chronischer Verlauf 52
  HAV - das Hepatitis A Virus 54
  HBV - das Heaptitis B Virus 54
  HCV - das Heaptitis C Virus 56
  Infektiosität 82
  Kombinationsimpfung 49
  Postexpositionsprophylaxe 80
Hepatitis A 53, 51, 52
Hepatitis B 53, 49, 51, 52, 53, 82
Hepatitis C 53, 52, 82
Hepatitis D 53, 49
Hepatitis E 53
Hepatitis-B-Impfschema 49
Herpes simplex 45
Herpesviren 6, 45

Hirnleistungsausfälle 6
HIV außerhalb des Körpers 14
HIV und Reisen 69
HIV/HCV-Doppelinfektion 28, 56
HIV1 5
HIV2 5
HIV-Antikörpertest 5, 57, 56, 67, 69, 75, 97, 98
  falsch negative Testergebnisse 59
  Testergebnis HIV-negativ 56
  Testergebnis HIV-positiv 59
  Zeit zur Antikörperbildung 59
  zuverlässig HIV-negatives Testergebnis 59
  zuverlässiges HIV-positives Testergebnis 59
  Zuverlässigkeit 56
HIV-Erkrankung 18, 98
HIV-Infektionsrisiko 8, 15, 26, 77
HIV-Prävalenz 79
HIV-Übertragung 8, 75, 77, 98
HIV-Vermehrung 5, 18
  bei STD 18
HPV 43, 52
Humanes Papilloma-Virus 43

I

Ikterus 53
Immundefekt 5, 6
Immunglobuline 51, 81
Immunschwäche 5, 43, 47, 75, 97
Immunsystem 5, 6, 7, 11, 41, 43, 53, 49, 51, 72, 74, 81, 97
Impfkommission beim Robert Koch-Institut) 50
Infektionsfähigkeit 14
Infektionsgefahr 15, 74
Infektionsschutzgesetz 46, 53
Infektiosität 8, 9, 10, 15, 18, 43
informed consent 57
informierte Einwilligung 57
Injektionsbesteck 23
Insektenstiche 16
Interferontherapie 52, 56
Interferon-Therapie 43
Internetberatung 109, 113
ISO 4074 34

K

Kaiserschnitt 13, 28
Kaposi-Sarkom 6
Kinderwunsch 61
Koch'sche Postulate 102
Kokain 14, 82
Kombinationssuchtests 56, 59
Kombinationstherapie 72, 74, 75, 81, 82, 76, 79
Kondom-Allergie 36
Kondome Haltbarkeitsdatum 37
  Lagerung 37
Kondome aus Polyurethan 32, 36
Kondomgrößen 31
Kondylome 43
Kot 9, 17, 23, 54
Krätze 46
Kreuzresistenzen 72, 77

L

Langerhanssche-Zellen 11
Langzeitüberlebende 100
Latexallergiker 36
Latex-Fingerlinge 31, 36, 40
latexfrei 37
Latex-Handschuhe 17, 24, 31, 36, 38
Latextücher 31
Leberkrebs 52, 56
Lebertransplantation 54
Leberzirrhose 52, 56
Lues 47
Lusttropfen 14, 17, 18, 19, 23, 54
Lymphknotenschwellungen 6, 47, 89
Lymphogranuloma inguinale 44
Lymphome 6

M

MACS (Multicenter AIDS Cohort Study) 98
Medikamentenspiegel im Blut 77, 80
Medizinische Beratung 110
Mehrfachinfektionen 18
Meldepflicht Hepatitis 53
Menstruation 11, 15, 17, 18, 20, 41, 45
Missbrauch des Behandlungs-verhältnisses 110
Monatsblutung 11, 18, 23
Mückenstiche 26
MuM - Verein für Wissenschaft, Medizin und Menschenrechte e.V. 96
Mutationen 7, 73, 77, 100
Mutter-Kind-Übertragung 13, 41, 43, 45, 47, 50, 52, 54, 56
  bei Clamydien 41
  bei Hepatitis B 54
  bei Hepatitis C 56
  bei Herpes 45
  bei Syphillis 47
  bei Trichonomaden 52
  bei Tripper 50
Muttermilch 8, 13, 16, 54
Muttermund 11, 18, 41, 45, 50

N

Nachtschweiß 6, 89
Nachweisgrenze 10, 74
Nadelstichverletzungen 23, 24, 67, 75
Nagelbettenzündungen 22
Nebenwirkungen Fettstoffwechsel und Blutzucker 79
Nebenwirkungsprofil 78
Needle-sharing 24, 82
Nervenentzündungen 6
NNRTI 72, 83
Nonoxynol-9 32, 36
Notfalldesinfektion 84
NRTI 72, 83

O

Occams Rasiermesser 103
offene Wunden 10, 11, 17
Offizialdelikt 111
Opportunisten 72
opportunistische Infektion 75
opportunistische Infektionen 6, 97

P

p24-antigen 56
passive Immunisierung 51
PCR 14, 26, 57, 58, 59, 60, 81, 98
PEP 24, 54, 67, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81
Phobien 88, 110
Piercing 16, 30
Pilzinfektionen 6
Ping-Pong-Infektion 43
Pneumocystis carinii Pneumonie (PcP) 6
Poppers 100, 103
Post-Expositions-Prophylaxe 73, 75, 77
  Indikationen zur PEP 77
Postexpsitionsprophylaxe 67
Primärinfekt 6
Primärinfektion 58, 60

Protease Inhibitoren 73
Psychosen 110
Psychotherapeutengesetz 109
Psychotherapie 109

Q

Qualitätsvorschriften für Kondome 34

R

Rachenhöhle 18
Rechtsberatung 69, 112
Rechtsberatungsgesetz 112
Resistenzen 73, 74, 77, 80, 81, 75
  Resistenzentwicklung 74
Resistenztestung/Resistenzprofil 77
Retrovirus 72, 97
Rheumafaktoren 56
Rimming 21, 31, 54
Robert Koch Institut 44, 47, 103

S

Safer Use 14, 54, 82, 84
Scheidensekret 9, 11, 20, 23, 39
Schnell-Tests 65
Schwangerschaft 13, 28, 53, 54, 61
Schwangerschaftsvorsorge HIV-Test 5
Schweigepflicht 65, 67, 105, 106, 107, 109, 113
  Entbindung von 65, 106
  Fahrlässigkeit 107
  Fallbeispiele 107
  Konsequenzen bei Verletzung 106
Schweiß 8, 9
Screening-Untersuchungen 43
Sensitivität 35, 56
Serokonkordanz 61
Serokonversion 58, 59
Sexanrufer 90, 91, 92, 93, 94
  Dokumentationtshilfe 91
  Standardantwort 91
Sextoys 16, 52
Sexueller Missbrauch 110
Shigellen 44
Skabies 46
Sofortmaßnahmen nach HIV-Notfall 75
Spätkonverter 59
Speed 14
Speichel 8, 9, 18, 19, 20, 21, 23, 54
Sperma 8, 9, 15, 16, 17, 18, 19, 23, 33, 43, 54, 63, 74, 78
Spezifität des HIV-Tests 56
Spritzbestecke 14, 54, 56, 63, 84
Stich oder Schnittverletzungen 73
Stillen 13, 28
Subtypen 5, 7, 18, 84
Suchtest 56
  falsch positiv 56
Symptomatische Phase 73
Syphilis 11, 14, 18, 25, 26, 41, 47, 82, 106
  bei HIV-Positiven 18

T

T 4-Zelle 73
Tätowieren 30, 54, 56
Telefonberatung Grenzen der Telefonberatung 70
Therapieabbrüche 79
Therapiepause 81
Tränenflüssigkeit 8, 9, 54
Trichomonaden 52
Tripper 11, 18, 19, 41, 44, 49

U

Urin 9, 17, 23, 50, 53, 54

V

Vaginalsekret 8, 16, 18, 23, 30, 37, 43, 54
Vaginalverkehr 16, 15, 18, 29, 35, 37, 63
Verfolgungswahn 103
Verletzungen des Zahnfleischs 10
Versicherungen Nachweis HIV-Test 65
Verweildauer der infektiösen Flüssigkeit 10, 19
Vibrator 31
Viruslast 5, 6, 8, 9, 10, 19, 15, 18, 19, 43, 51, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 81, 98, 100
Virusmenge 8
Virusstämme 5, 77

W

wasserlösliches Gleitmittel 16, 14, 15, 18
Western-Blot 56
Wirkstoffspiegel 80
Wirtszellen 11, 12, 14, 15, 17, 18, 72
Work-Sharing 82

Z

Zahnfleischbluten 23
Zahnfleischentzündungen 18, 19
zukünftige Therapiechancen 81
Zwangstests 61

Deutsche
AIDS-Hilfe e.V.
Infomappe
Für die Telefonberatung in AIDS-Hilfen
2004/2005