

# HIV UND ANDERE SEXUELL ÜBERTRAGBARE INFEKTIONEN

▶ DIAGNOSTIK

▶ BEHANDLUNG

▶ GESPRÄCHSFÜHRUNG



# IMPRESSUM

## **Deutsche AIDS-Hilfe e. V.**

Wilhelmstr. 138  
10963 Berlin  
www.aidshilfe.de  
dah@aidshilfe.de

**Redaktion:** Steffen Taubert, Armin Schafberger, Irene Dause, Holger Sweers  
**Gestaltung/Satz:** Carmen Janiesch; Grafik S. 6 / S. 7: nach Vorlage von Paul Bieri  
**Fotos:** Andreas Schöttke, Berlin; Ithasak Archalamert/123RF (S. 14)  
**Druck:** Schöne Drucksachen, Bessemerstr. 76a, 12103 Berlin

## **2. Auflage, 2016**

**Bestellnummer:** 026021

## **Spenden für die DAH:**

Deutsche AIDS-Hilfe e. V.  
IBAN: DE27 1005 0000 0220 2202 20 (Konto Nr. 220 220 220, BLZ 100 500 00)  
BIC: BELADEBEXXX  
online: www.aidshilfe.de

Sie können die Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (DAH) auch unterstützen, indem Sie Fördermitglied werden. Nähere Informationen finden Sie unter [www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de).

Die DAH ist als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt. Spenden und Fördermitgliedschaftsbeiträge sind daher steuerabzugsfähig.

# INHALT

VORWORT .....	4
HIV .....	5
SYPHILIS (LUES) .....	10
GONOKOKKEN- UND CHLAMYDIEN-INFEKTIONEN .....	12
WICHTIGE IMPFUNGEN .....	14
RISIKOADAPTIERTE HIV/STI-DIAGNOSTIK .....	15
SEXUALANAMNESE UND GESPRÄCHSFÜHRUNG .....	18
HIV-POSITIVE IN DER ARZTPRAXIS .....	24
POST-EXPOSITIONS-PROPHYLAXE .....	26
WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN .....	29
ANHANG .....	30

Das Projekt „HIV/STI-Prävention und Beratung in der Arztpraxis“ wird unterstützt vom Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV). Die PKV unterstützt seit vielen Jahren die Prävention von HIV und Aids. Neben der Durchführung von Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte fördert sie die Deutsche AIDS-Hilfe e. V. bei der Umsetzung der bundesweiten Onlineberatung [www.aidshilfe-beratung.de](http://www.aidshilfe-beratung.de).



# VORWORT

HIV und andere Geschlechtskrankheiten (sexuell übertragbare Infektionen/sexually transmitted infections, STIs) werden oft nicht erkannt, weil Symptome unspezifisch sind oder Sexualität und sexuelle Gesundheit in der Arzt-Patient-Kommunikation nicht thematisiert werden.

Sie als Arzt oder Ärztin können viel dazu beitragen, das zu ändern, vor allem durch Offenheit, Akzeptanz und Respekt für verschiedene Lebensweisen.

Diese Broschüre der Deutschen AIDS-Hilfe dient als Arbeitshilfe im Fortbildungsprojekt „HIV/STI-Prävention und Beratung in der Arztpraxis“, einer Kooperation zwischen der Deutschen AIDS-Gesellschaft (DAIG), der Deutschen AIDS-Hilfe, der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter (dagnä), der Deutschen STI-Gesellschaft (DSTIG) sowie dem Kompetenznetz HIV/AIDS (→ Seite 29).



Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung

dagnä

Deutsche Arbeitsgemeinschaft  
niedergelassener Ärzte in der  
Versorgung HIV-Infizierter e.V.



DAIG  
Deutsche AIDS-Gesellschaft e.V.



# HIV

## EPIDEMIOLOGIE

Ca. 3.200 Neuinfektionen pro Jahr, davon ca. 72% bei Männern, die Sex mit Männern haben (RKI 2015)

## ÜBERTRAGUNG

- ▶ Aufnahme infektiöser Flüssigkeiten (Blut, Sperma, Vaginalsekret, Eiter), intensiver Kontakt zwischen den Schleimhäuten von Penis und Enddarm/Scheide
- ▶ Häufigstes Risiko: Anal- und Vaginalverkehr ohne Kondom
- ▶ Das Übertragungsrisiko bei Oralverkehr ist gering.
- ▶ Wirksam antiretroviral behandelte HIV-Positive sind nicht infektiös.
- ▶ Die Wahrscheinlichkeit einer Mutter-Kind-Übertragung kann durch die antiretrovirale Behandlung der Mutter während der Schwangerschaft sowie durch Verzicht aufs Stillen auf unter 1% gesenkt werden.

## KLINIK/VERLAUF DER (UNBEHANDELTEN) HIV-INFEKTION

- ▶ individuell unterschiedlich, Faktoren sind u. a. die Virulenz des Erregers, die genetische Ausstattung des Infizierten oder das Alter zum Zeitpunkt der Infektion

## AKUTE HIV-INFEKTION

- ▶ Dauer: bis 3 Monate nach Infektion
- ▶ Kurz nach der Ansteckung vorübergehend sehr starke Virusvermehrung (mit Schädigung des Immunsystems v. a. im Darm)
- ▶ Maximale Viruslast im Blut durchschnittlich zweieinhalb Wochen und im Sperma einen Monat nach der Infektion (höchste Infektiosität)
- ▶ 1–4, meist 2–3 Wochen nach der Infektion treten grippeähnliche Symptome auf, die etwa 7–10 Tage andauern. Diese werden oft als schwere Erkältung oder Influenza fehldiagnostiziert.
- ▶ Wichtigste Symptome bei Erwachsenen (eher unspezifisch): Fieber, Krankheitsgefühl, Hautausschlag, Muskel- und Gelenkschmerz, Halsschmerzen, Geschwüre im Mund, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Lymphknotenschwellungen

### AKUTE HIV-INFEKTION BEIM ERWACHSENEN

Am ehesten typisch:  
Fieber *in Kombination*  
mit Hautausschlag

Diagnostik:  
direkter Virusnachweis:  
p24 (im Ag/Ak-Kombinationstest) und/oder NAAT

## LATENZPHASE/PHASE MIT ALLGEMEINEN SYMPTOMEN

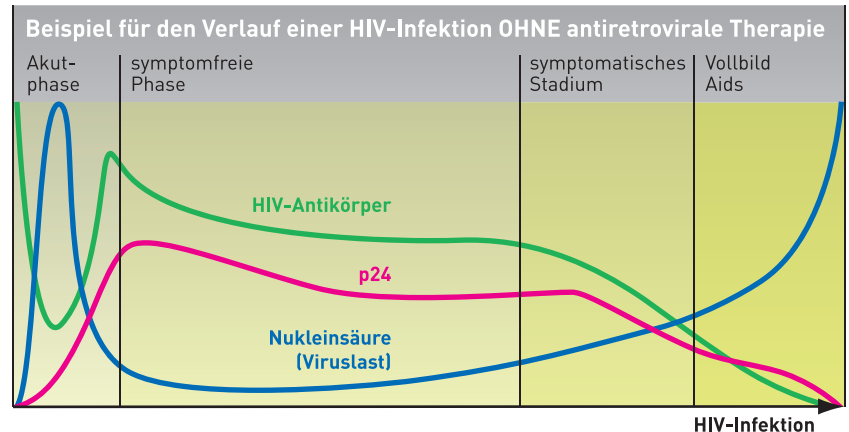
- ▶ Über Monate bis viele Jahre häufig keine oder unspezifische Symptome; trotzdem weitere Virusvermehrung und Schädigung des Immunsystems und innerer Organe (z.B. Niere)
- ▶ Ggf. Lymphknotenschwellungen, Nachtschweiß, Durchfälle

## SCHWERER IMMUNDEFEKT (AIDS)

- ▶ Bei CD<sub>4</sub>-Helferzellen < 200/μl und/oder bei Auftreten aidsdefinierender Erkrankungen

## HIV-INDIKATOR- UND AIDS-DEFINIERENDE ERKRANKUNGEN

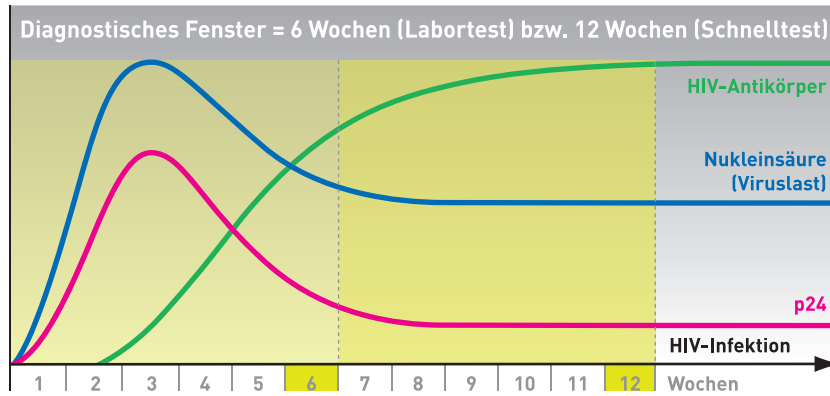
HIV-Indikatorerkrankungen (z.B. Syphilis) kommen häufig zusammen mit einer HIV-Infektion vor. Bei Indikatorerkrankungen empfehlen HIV-Experten, einen HIV-Test anzubieten – insbesondere dann, wenn in der Anamnese Risikoverhalten genannt wurde. Bei aidsdefinierenden Erkrankungen (\*) muss eine HIV-Infektion differenzialdiagnostisch abgeklärt werden.



## WICHTIGSTE HIV-INDIKATOR- UND AIDSDEFINIERENDE ERKRANKUNGEN\*

### Infektionskrankheiten

- ▶ sexuell übertragbare Infektionen (v. a. Syphilis, Gonorrhoe), Hepatitis B oder C
- ▶ Herpes zoster, Herpes-simplex\*-Infektionen innerer Organe (Lunge, Bronchien, Speiseröhre) oder Herpes-simplex\*-Erkrankung > 1 Monat, Mononukleose-ähnliche Erkrankung
- ▶ Zytomegalie\*-Virus-Infektion des Auges, zerebrale Toxoplasmose\*
- ▶ wiederkehrende bakterielle Lungenentzündungen\*, Pneumocystis-Pneumonie\*, Tuberkulose\* und andere Mykobakteriosen\*
- ▶ Candidose der Speiseröhre\*, Luftröhre\*, Bronchien\* oder orale Candidose (v. a. mit Fieber) und rezidivierende vaginale Candidosen
- ▶ Kryptokokkose\*



### Allgemeinsymptome/Labor

- ▶ Wasting (extremer Gewichtsverlust)\*, Lymphadenopathie
- ▶ chronische Diarrhö unklarer Genese
- ▶ Seborrhische Dermatitis/seborrhoisches Exanthem
- ▶ Leukozytopenie/Thrombozytopenie > 4 Wochen

### Maligne Erkrankungen

- ▶ Zervixkarzinom\*, Analkarzinom, Kaposi-Sarkom\*
- ▶ Morbus Hodgkin, Non-Hodgkin-Lymphome\*, primäre ZNS-Lymphome\*

### Erkrankungen von Gehirn und Nervensystem

- ▶ HIV-Enzephalopathie\*, periphere Neuropathie

## DIAGNOSTIK

### SUCHTEST

- ▶ Kombinationstests (Antikörpertests der 4. Generation) weisen sowohl Antikörper (gegen HIV-1 und HIV-2) als auch Antigen p24 (HIV-1) nach.
- ▶ Kombinationstests können eine HIV-Infektion ca. 1 Woche früher nachweisen als ein reiner Antikörpertest (3. Generation). Einsetzbar ist der Kombinationstest bereits ab 14 Tage nach Infektionsrisiko – dann steigt i. d. R. der p24-Spiegel an.
- ▶ p24 ist nur kurze Zeit nachweisbar. Wenn Antikörper gebildet werden, verhindern Antigen-Antikörper-Komplexe einen weiteren Nachweis von p24.
- ▶ Die „diagnostische Lücke“ zum sicheren Ausschluss einer Infektion beträgt beim reinen Antikörpertest (z.B. Schnelltest) 12 Wochen. Die in Laboren üblichen Antikörper-Antigen-Kombinationstests verkürzen die diagnostische Lücke zum Nachweis einer HIV-1-Infektion auf 6 Wochen.



## BESTÄTIGUNGSTEST

**Die Diagnose „HIV-positiv“ gilt nur nach einem Bestätigungstest als gesichert:**

- ▶ Beim Western Blot werden Antikörper gegen HIV als Fraktionen (Banden) dargestellt. Spätestens drei Monate nach der Infektion (Abschluss Serokonversion) ist der Western Blot vollständig ausgebildet.
- ▶ Der direkte Virusnachweis (Nukleinsäurenachweis/NAAT) kann auch als Bestätigungstest verwendet werden. Dies geht allerdings nur, wenn die Viruslast größer als 1000/ml ist, da das Ergebnis sonst falsch positiv sein kann. Ein NAAT-Bestätigungstest kommt v.a. bei Verdacht auf eine akute Infektion in Frage, wenn noch keine Antikörper messbar sind; er kann eine Infektion bereits ab 5–7 Tagen nach einer HIV-Übertragung nachweisen. HIV-2 (in Deutschland ca. 0,5 % aller Infektionen) wird durch den in Deutschland gängigen Nukleinsäurenachweis allerdings nicht erkannt.

## THERAPIEBEGINN UND VERLAUFSDIAGNOSTIK

- ▶ **Therapiebeginn:** Neuere Studien belegen den Nutzen eines frühen Therapiebeginns. Die Leitlinien der Deutschen AIDS Gesellschaft (DAIG) empfehlen mit der Therapie zu beginnen, wenn Symptome vorliegen oder wenn die CD4-Zellzahl unter 500 Zellen/ul. liegt. Doch auch bei über 500 CD4-Zellen/ $\mu$ l kann eine Therapie erfolgen.
- ▶ **Verlaufskontrolle:** Bei erfolgreicher Therapie sinkt die Viruslast in der Regel nach spätestens sechs Monaten unter die Nachweisgrenze, die je nach Verfahren bei 40 oder 20 Viruskopien/ml liegt. Die CD4-Zellzahl steigt über Monate und Jahre wieder an. Die Viruslast und die Helferzellzahl werden im Abstand von drei Monaten kontrolliert.



## THERAPIE

- ▶ Die antiretrovirale Therapie erfolgt i.d.R. durch HIV-Schwerpunktärzte; **Adressen finden sich unter** → [www.dagnae.de](http://www.dagnae.de).
- ▶ Zur Therapie der HIV-Erkrankung stehen zurzeit 23 Einzelsubstanzen und 10 Kombinationspräparate zur Verfügung, die das Eindringen des Virus in seine Zielzellen verhindern oder die für den HIV-Vermehrungszyklus wichtigen Enzyme hemmen.
- ▶ Standard ist heute eine Kombinationstherapie mit drei Substanzen unterschiedlicher Wirkklassen (**eine aktuelle Liste der antiretroviralen Medikamente erhalten Sie unter** → [www.hivreport.de](http://www.hivreport.de)). Empfohlene Kombinationen für einen Therapiestart sind z.B. ein Protease-Inhibitor (PI) oder ein Integrase-Inhibitor (II) oder ein Nicht-nukleosidischer Reverse-Transkriptase-Inhibitor (NNRTI) plus zwei Nukleosidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (NRTI).
- ▶ Vor Therapiebeginn sollte ein Resistenztest erfolgen, da resistente Viren übertragen werden können (in < 10 % der Fälle).
- ▶ Die HIV-Therapie muss lebenslang durchgeführt werden. Therapiepausen erhöhen die Morbidität und Mortalität.



Aktuelle Leitlinien der Deutschen  
AIDS-Gesellschaft für die  
HIV-Therapie: [www.dagnet.de](http://www.dagnet.de)

# SYPHILIS (LUES)



## EPIDEMIOLOGIE

5.722 Neuinfektionen in 2014, davon > 94% bei Männern. In den letzten Jahren ein Anstieg an Diagnosen in der Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben.

## ÜBERTRAGUNG

Infektiös ist der intensive Kontakt mit dem Primäraffekt bzw. mit den Haut- und Schleimhautveränderungen (1. und 2. Stadium). Treponemen sind gewebeständige Bakterien; sie werden beim Sex aus dem infizierten Gewebe „herausgerieben“, die Übertragung benötigt „Druck“. Neben Vaginal- und Analverkehr ist der Oralverkehr ein effektiver Übertragungsweg.

## SYMPTOME | LOKALISATION

Unbehandelt verläuft eine Syphilis typischerweise in drei Stadien, wobei die unten genannten Symptome auftreten können, aber nicht müssen.

**1. STADIUM (Primäraffekt, wenige Tage bis Wochen nach der Übertragung):** Hirsekorngroßes, schmerzloses/schmerzarmes Geschwür an

der Eintrittspforte; oft unerkannt, z.B. intravaginal, intraanal, oral. Lymphknotenschwellung. Nach 2–6 Wochen bildet sich der Primäraffekt zurück.

**Schmerzloser Primäraffekt, bleibt oft unentdeckt**

**2. STADIUM (Systemisches Stadium; meist 4–10 Wochen nach der Infektion):** Fieber mit Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Kopf- und Gelenkschmerzen, Nachtschweiß, Lymphknotenschwellungen, nicht juckender und nicht nässender, manchmal schuppender fleckiger oder linsenförmiger Ausschlag, insbesondere an Rumpf, Handflächen und Fußsohlen. Mehrfach wiederkehrende Krankheitsepisoden bis ca. zwei Jahre nach der Infektion. Spätlatenz: Phase ohne Symptome, mitunter lebenslang, manchmal aber auch nur wenige Monate. In etwa 30 % der Fälle Spontanheilung.

**3. STADIUM (Jahre oder Jahrzehnte nach der Infektion):** Am und im Körper auftretende, gummiartig verhärtete Knoten (Gummen), Befall von Leber, Herz und Magen, Blutgefäßen, Skelett und Gelenken sowie des zentralen Nervensystems. Entwicklung einer Neuro-Lues (geistiger Verfall).

## DIAGNOSTIK

- ▶ **Suchtest:** Serologisch (z.B. TPHA, TPPA), reagiert auch nach Ausheilung positiv (Serumnarbe)
- ▶ Bei sichtbarem Ulcus oder anderen Epithelläsionen ist auch ein Abstrich und NAAT (Nukleinsäurenachweis) möglich.
- ▶ **Bestätigungstest:** Erfolgt im Labor aus gleicher Blutprobe (z.B. FTA-Abs, IgM/IgG Elisa oder IgM/IgG Western Blot).
- ▶ **Aktivitätstest:** Lipoidantikörper und/oder treponemenspezifisches IgM. Die Unterscheidung, ob eine behandlungsbedürftige (aktive) Syphilis oder eine alte (ausgeheilte oder austherapierte) Syphilis vorliegt, wird i.d.R. vom Labor vorgenommen und kann v.a. bei Reinfektionen schwierig sein. Aktivitätstests dienen auch zur Beurteilung des Therapieerfolgs bzw. Therapieverlaufs.
- ▶ Bei neurologischen/psychiatrischen Symptomen und Verdacht auf NeuroLues: **Lumbalpunktion.**
- ▶ Da Syphilis-Erreger und HIV häufig gemeinsam übertragen werden, sollte bei einer Syphilis-Diagnose auch ein HIV-Test angeboten werden (und vice versa).

**Bei Syphilis auch an HIV denken**

## THERAPIE

**FRÜHSYPHILIS (< 1 Jahr):** Benzathin-Penicillin für eine Woche, einmalig 2,4 Mio I.E. gluteal. Alternativen bei Allergie: Ceftriaxon i.v. über 10 Tage oder Doxycyclin über 14 Tage.

**SPÄTSYPHILIS (> 1 Jahr oder unbekannte Dauer):** Benzathin-Penicillin, 2,4 Mio I.E. für 3 Wochen an den Tagen 1, 8 und 15. Alternativen bei Allergie: Ceftriaxon 10–14 Tage oder Doxycyclin 28 Tage oder Erythromycin 28 Tage.

# GONOKOKKEN- UND CHLAMYDIEN- INFEKTIONEN



„Rachentripper“:  
Eine GO-  
Übertragung  
ist auch beim  
Oralverkehr  
möglich

## EPIDEMIOLOGIE

**CHLAMYDIEN (CT):** Häufigste bakterielle STI, vermehrtes Vorkommen bei Frauen und Männern unter 25 Jahren. Generell verursacht durch *Chlamydia trachomatis* der Serotypen D–K. Eine Besonderheit ist *Chlamydia trachomatis* der Serotypen L1, L2 und L3, hier spricht man vom Lymphogranuloma venereum (LGV). Diese bislang extrem seltene Tropenkrankheit ist in den letzten Jahren gehäuft in Europa bei Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern sowie bei Männern nachzuweisen, die Sex mit Männern haben.

**GONORRHÖ (GO):** Nach den Chlamydien die zweithäufigste bakterielle STI. Gehäuftes Vorkommen bei Sexarbeiterinnen und Männern, die Sex mit Männern haben. Infektion im Rachen ist selbstlimitierend (max. 8 Wochen), Dauer der Infektion im Rektum wahrscheinlich Monate. In ca. 10–50% der Fälle liegt zusätzlich zur Gonorrhö eine Chlamydien-Infektion vor.

## ÜBERTRAGUNG

Eine Infektion ist bei allen sexuellen Praktiken möglich, bei denen es zu direktem Kontakt mit infektiösen Schleimhäuten kommt (Vaginal-, Anal- und Oralverkehr). Auch eine Übertragung vom Rachen auf die männliche Harnröhre beim Oralverkehr ist möglich (und vice versa), ebenso eine Infektion der Bindehaut mit Gonokokken.

## SYMPTOME UND LOKALISATION

- ▶ Besiedelt werden Schleimhäute von Rachen, Harnröhre, Scheide und Enddarm.
- ▶ Im Rachen und Rektum fast immer symptomlos (Ausnahme LGV), beide Lokalisationen sind daher stille Reservoirs für die Erreger. Urethral verlaufene Chlamydieninfektionen beim Mann zu ca. 50 %, bei der Frau zu ca. 75 % symptomlos.
- ▶ Lediglich Gonokokkeninfektionen führen beim Mann in den meisten Fällen nach wenigen Tagen zu den „klassischen“ Symptomen Brennen, Jucken, Schmerzen beim Wasserlassen; bei der Frau häufiger symptomlos.

## DIAGNOSTIK

Erststrahlurin und/oder Abstrich (rektal/anal, pharyngeal, urethral, vulvovaginal): Die sensitivste Methode ist der Nukleinsäurenachweis (kombinierte NAAT für CT/GO). Ergänzend Kultur und Resistenzbestimmung.

Chlamydien-Screening (1 x jährlich) als GKV-Leistung für junge Frauen bis zum vollendeten 25. Lebensjahr

## THERAPIE

**GONORRHÖ:** Kombinationstherapie Ceftriaxon 1,0 g (i.v./i.m.) + Azithromycin 1,5 g per os einmalig. Die GO-Therapie wirkt somit auch gegen Chlamydien (Azithromycin).

**CHLAMYDIEN:** Doxycyclin 100 mg 2 x tgl. p.o. für 7 Tage, bei LGV für 21 Tage. Alternativ Azithromycin 500 mg p.o. für 3 Tage bzw. bei LGV 1,5 g über 3 Wochen (Tag 1, 8 und 15) oder Erythromycin.

Therapiekontrolle mit NAAT bei Gonokokken zur Vermeidung falsch positiver Befunde frühestens 2 Wochen und bei Chlamydien (intrazellulär) frühestens 6 Wochen nach Therapiestart (hoch sensitive NAAT weist sonst abgestorbene Bakterienreste als positiven Befund nach).

**Bei der  
Behandlung  
von STIs auch  
an die Partner  
denken!**

Weiterführende Informationen:  
Leitfaden STI-Therapie  
der Deutschen STI-Gesellschaft  
([www.dstig.de](http://www.dstig.de))

# WICHTIGE IMPFUNGEN



Im Kontext sexuell übertragbarer Infektionen sind folgende Impfungen zu empfehlen:

## HPV

### STIKO-Empfehlung:

- ▶ Mädchen von 12–17 Jahren sowie (nach Indikationsstellung) junge Frauen, die bislang keine HPV-Impfung erhalten haben. In den USA, Australien und Österreich wird bereits eine Impfempfehlung für junge Männer ausgesprochen.

## HEPATITIS A

### STIKO-Empfehlung (Auszug):

- ▶ Personen mit Sexualverhalten mit hoher Infektionsgefährdung
- ▶ Personen mit beruflichem Risiko

## HEPATITIS B

### STIKO-Empfehlung (Auszug):

- ▶ Personen mit Sexualverhalten mit hoher Infektionsgefährdung
- ▶ Personen, bei denen wegen bestehender oder zu erwartender Immundefizienz bzw. -suppression oder wegen bestehender Erkrankung ein schwerer Verlauf einer Hepatitis-B-Erkrankung zu erwarten ist, z.B. HIV-Positive, Hepatitis-C-Infizierte
- ▶ Personen mit beruflichem Risiko
- ▶ Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko, z.B. intravenös Drogen Gebrauchende, Gefängnisinsassen, ggf. Patienten psychiatrischer Einrichtungen

# RISIKOADAPTIERTE HIV/STI-DIAGNOSTIK



**1/3 aller  
HIV-Infektionen  
werden erst  
im Stadium Aids  
diagnostiziert**

- ▶ In Deutschland lebten Ende 2014 mehr als 83.400 Menschen mit HIV. Das Robert-Koch-Institut schätzt, dass ca. 13.000 Menschen von ihrer HIV-Infektion noch nicht wissen. (RKI, 2015)
- ▶ Von den Nichtdiagnostizierten waren rund die Hälfte schon länger als drei Jahre infiziert, 7,2% sogar zehn Jahre oder länger.
- ▶ Bei „Late-Presentern“ ist die HIV-Behandlung aufgrund begleitender Infektionen/Immundefizienz oft kompliziert und weniger erfolgreich. Aufgrund zu später Diagnose erkranken und sterben auch heute noch Menschen an Aids. Außerdem besteht für die Sexualpartner/innen ein Infektionsrisiko.
- ▶ Da HIV-Infektionen und andere STIs oft symptomarm verlaufen, sollte bestimmten Patienten einmal jährlich eine Routineuntersuchung angeboten werden:



## JÄHRLICHER ROUTINE-CHECK

In Anlehnung an die Empfehlungen der Deutschen STI-Gesellschaft und von HIV Europe ([hiveurope.eu](http://hiveurope.eu))

### WER?

**Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)**

**sowie Heterosexuelle**

- ▶ mit > 10 Partnern/Jahr oder
- ▶ mit Partner/in aus Ländern mit hoher HIV/STI-Prävalenz oder
- ▶ Frauen mit MSM als Partner

### WAS?

- ▶ HIV-Serologie
- ▶ Syphilis-Serologie
- ▶ Chlamydien- und Gonokokken-Diagnostik (NAAT)
- ▶ Impfstatus Hepatitis A und B prüfen

Vor der Diagnostik sollte anamnestisch geklärt werden, welche Übertragungsrisiken vorliegen und wo der CT/GO-Abstrich erfolgen sollte (pharyngeal, rektal, vaginal, urethral bzw. im Urin → S. 13). Bei erhöhtem Risiko wird auch eine STI-Routineuntersuchung alle sechs oder drei Monate empfohlen (→ **Sexualanamnese und Gesprächsführung, S. 18**).

- ▶ Intravenös Drogen Gebrauchenden und Migranten aus Hepatitis-C-Hochprävalenzgebieten (z.B. Ägypten, Pakistan, zahlreiche afrikanische und asiatische Länder) sollte zusätzlich eine HCV-Serologie angeboten werden.

## TESTBERATUNG

Vor Durchführung eines HIV-Tests erfolgt ein Beratungsgespräch, in dem Sie Risikofaktoren erheben, mögliche Untersuchungen besprechen, die „diagnostische Lücke“ erläutern und die Einwilligung des Patienten einholen.

## MITTEILUNG EINES POSITIVEN HIV-TESTERGEBNISSES

Trotz der guten Therapiemöglichkeiten ist eine HIV-Diagnose oft noch eine einschneidende Erfahrung. Außerdem werden Menschen mit HIV nach wie vor diskriminiert. Dies sollten Sie bei der Mitteilung eines positiven Testergebnisses berücksichtigen, die immer persönlich und im geschützten Rahmen geschehen sollte – also ohne Anwesenheit weiterer Personen.

**Diagnose im geschützten Rahmen mitteilen**





## VERGÜTUNG DER DIAGNOSTIK DURCH DIE KRANKENKASSEN

- ▶ STI-Diagnostik: Kostenerstattung, wenn Symptome oder eine ausführliche Anamnese den Verdacht auf eine STI nahelegen – auch bei symptomarmen oder symptomlosen Krankheitsverläufen.

**HIV und Syphilis:  
Kostenerstattung  
außerhalb des  
Laborbudgets**

Nicht immer kann Ihr Gegenüber die Diagnose sofort vollständig an sich heranlassen. Es kann dann hilfreich sein, das weitere medizinische Vorgehen an einem späteren Termin zu besprechen. Sie können den Patienten fragen, ob ihn jemand abholen soll. Hilfreich ist auch, auf die Beratungsangebote der Aidshilfe zu verweisen:

- Flyer der regionalen Aidshilfe
- [www.aidshilfe-beratung.de](http://www.aidshilfe-beratung.de)

- ▶ Besonderheit bei HIV und Syphilis (nicht namentlich meldepflichtig gemäß Infektionsschutzgesetz): Diagnostische Maßnahmen wie der HIV-Antikörpertest oder ein direkter Virusnachweis (z.B. bei Verdacht auf eine akute HIV-Infektion) können über die EBM-Kennziffer 32006 außerhalb des üblichen Laborbudgets abgerechnet werden.

# SEXUALANAMNESE UND GESPRÄCHSFÜHRUNG



**Patienten  
den Kontext  
der Fragen  
erläutern**

Gespräche über Sexualität fallen in kaum einer Situation leicht. Hiervon ist auch die Arzt-Patient-Kommunikation nicht ausgenommen. Studien belegen jedoch, dass die meisten Patientinnen und Patienten einem Gesprächsanbot zu Fragen der sexuellen Gesundheit sehr

positiv gegenüberstehen. Entscheidend für die Akzeptanz einer Sexualanamnese ist, dass der Kontext der Fragen verstehbar ist. Fragen zum Sexualverhalten, zu sexuellen Funktionsstörungen oder zum HIV-Schutzverhalten sollten nie be-

drängend gestellt werden, sondern Patientinnen und Patienten eine Möglichkeit bieten, Probleme oder Sorgen in ihren eigenen Worten und in ihrem Tempo zu erläutern.

## **GESPRÄCHSANLÄSSE**

In der Regel entstehen Gespräche über Sexualität in der ärztlichen Praxis dann, wenn Patienten über spezifische Beschwerden berichten. In einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung können aber durchaus auch einmal ohne konkreten Anlass einige Basisfragen zur sexuellen Gesundheit gestellt werden.

Anlässe, die ein Gespräch über Sexualität ermöglichen:

- ▶ direkt geäußerter Patientenwunsch
- ▶ indirekt geäußerter Patientenwunsch („Ich wollte mal wegen einer Freundin fragen ...“)
- ▶ Diagnose einer HIV-Infektion oder einer anderen STI
- ▶ organische oder psychische Erkrankungen, die Auswirkungen auf die Sexualität haben (z.B. Testosterondefizit, koronare Herzkrankheit, Depression, Suchterkrankung)
- ▶ Medikamente mit unerwünschten Wirkungen, die sich auf die Sexualfunktion auswirken (z.B. Antidepressiva/SSRI, Betablocker, bestimmte Antiepileptika)

## SEXUALITÄT IST NICHT GLEICH SEXUALITÄT

**75 % aller HIV-Neuinfektionen entfallen auf Männer, die Sex mit Männern haben**

HIV und einige andere STIs kommen in bestimmten Gruppen überdurchschnittlich häufig vor – bei HIV z.B. entfallen 75% aller Neuinfektionen auf Männer, die Sex mit Männern haben, und auch von der Syphilis ist diese Gruppe besonders betroffen.

Das Wissen um die sexuelle Orientierung bzw. um das Sexualverhalten hilft, Risiken besser einschätzen zu können, aktiv HIV/STI-Diagnostik anzubieten und „an

den richtigen Stellen“ zu suchen: Ein Screening auf Chlamydien oder Gonokokken z.B. wird zielführender, wenn bekannt ist, ob Vaginal-, Anal- oder Oralverkehr praktiziert wird.

Gespräche über Sexualität funktionieren nur, wenn Sie sich als Ärztin oder Arzt Ihrer eigenen Barrieren bewusst sind und Annahmen wie z.B. folgende kritisch hinterfragen:

- ▶ Normalerweise haben Menschen etwa zwei- bis dreimal die Woche Sex.
- ▶ Ältere Frauen haben in der Regel kein Interesse mehr an Sex.
- ▶ Erektionsstörungen haben nur ältere Männer.
- ▶ Die häufigste Sexpraktik bei homosexuellen Männern ist Analverkehr.

Wenn es Ihnen gelingt, eine nicht wertende Haltung einzunehmen, werden Sie mit einer offeneren Kommunikation und oft auch einer verbesserten Arzt-Patient-Beziehung „belohnt“.

## GESTALTUNG DES WARTEBEREICHS

Viele Homo- und Bisexuelle wie auch Trans\*- und Inter\*-Menschen haben gelernt, ihre Umwelt auf Signale zu „scannen“, wie offen sie

mit „anderen“ Sexualitäten umgeht. Offenheit können Sie unter anderem durch die Auswahl der Fragen im Selbstauskunftsbogen und durch eine entsprechende Gestaltung des Wartebereichs signalisieren. Hier einige Möglichkeiten:

- ▶ Plakate von schwul-lesbischen Selbsthilfe-

**Offenheit signalisieren**

organisationen oder Beratungsstellen und Aidshilfen

- ▶ Plakate und Broschüren zu Themen, die (auch) Schwule und Lesben berühren: HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen, Safer Sex, Partydrogen, Hepatitis-Schutzimpfung, Patientenverfügung, eingetragene Partnerschaft usw.
- ▶ Aushang eines „Antidiskriminierungs-Statements“, das deutlich macht: Hier bekommen Menschen unabhängig von ihrem Geschlecht, ihrer sexuellen Orientierung, ihrer Hautfarbe, ihrer Herkunft und ihrer Religion die bestmögliche Behandlung.

## HIV/STI-RISIKOANAMNESE

Da HIV und einige andere STIs symptomlos verlaufen können, ist für eine rechtzeitige Diagnose eine Risikoanamnese wichtig. Im Groben bietet sich dabei folgende Struktur an:

- 1 SITUATIONS-CHECK
- 2 KONTEXT HERSTELLEN
- 3 HINWEIS ZUR VERTRAULICHKEIT
- 4 3 P-FRAGEN:  
PARTNER, PRAKTIKEN, PRÄVENTION
- 5 GESPRÄCHSABSCHLUSS

### 1 SITUATIONS-CHECK

- ▶ Bin ich gerade offen für das Thema?
- ▶ Habe ich/hat der Patient ausreichend Zeit?
- ▶ Ist der Ort des Gesprächs angemessen?

### 2 KONTEXT HERSTELLEN

Patienten den Hintergrund des Gesprächs erläutern (z. B. die Diagnose einer sexuell übertragbaren Infektion oder beiläufige Bemerkungen des Patienten zum HIV-Test). Beispiele für einen Gesprächseinstieg ohne aktuellen Kontext:

„Ich werde Ihnen jetzt einige Fragen rund um Ihre sexuelle Gesundheit stellen. Ich weiß, dass das sehr persönliche Angelegenheiten sind, aber sie sind wichtig für Ihre Gesundheit.“

Offene Fragen fördern die Kommunikation

„Ich stelle diese Fragen allen Patienten, unabhängig von ihrem Alter und Geschlecht und unabhängig davon, ob sie in einer Partnerschaft leben. Die Informationen, die Sie mir anvertrauen, werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Wenn Sie nicht möchten, dass ich bestimmte Angaben für Ihre Patientenakte notiere, sagen Sie mir das bitte.“

Haben Sie nur wenig Zeit, können Sie das Beratungsgespräch von vornherein begrenzen und zugleich ein vertiefendes Gespräch anbieten:

„Heute habe ich nur etwa zehn Minuten Zeit, wir können aber gerne einen weiteren Termin vereinbaren.“

## SEXUALITÄT UND SPRACHE

- ▶ Achten Sie darauf, welche Begriffe der Patient zur Beschreibung von Sexualität und Beziehungen benutzt, und versuchen Sie, offen für die Vielfalt der Sexualität zu bleiben. So versteht der eine Patient unter „Sex“ oder „Geschlechtsverkehr“ vielleicht eindringenden Vaginalverkehr, der andere Analverkehr, ein dritter gemeinsames Masturbieren, eine vierte Spiele mit Sexspielzeug.
- ▶ Ob Sie nun „Fellatio“, „Oralverkehr“, „Französisch“ oder „Blasen“ sagen: Stellen Sie sicher, dass Ihr Gegenüber versteht, was Sie meinen, aber „verbiegen“ Sie sich nicht, indem Sie Bezeichnungen Ihrer Patienten übernehmen.
- ▶ Fragen Sie nach, wenn Ihnen unklar ist, was z.B. mit „untenrum“ oder „intensiv gestreichelt“ gemeint ist, oder wenn diffus von „Rummachen“ gesprochen wird. In der Regel finden Menschen es gut, wenn ihr Gegenüber ehrliches Interesse



- zeigt. Wenn Ihr Patient hingegen nicht darüber sprechen mag, wird er es Ihnen deutlich signalisieren.
- ▶ Bei Verständigungsproblemen kann der Einsatz von Bildmaterial und Grafiken die Beratung unterstützen (Beispiel: BZgA-Präventionsmappe für die Beratung von Migrantinnen und Migranten).

### 3 HINWEIS ZUR VERTRAULICHKEIT

Den Patienten darüber informieren, dass alle Gesprächsinhalte der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und welche Informationen Sie in der Patientenakte vermerken und welche nicht. Wenn es Ihnen wichtig ist, die sexuelle Identität festzuhalten, fragen Sie Ihren Patienten, ob das in Ordnung ist.

### 4 DIE 3 P-FRAGEN

Um Risiken für eine HIV/STI-Übertragung richtig einschätzen zu können, sollten die „3 P's“ besprochen werden:

- A Partner
- B Praktiken
- C Prävention

### A Partner

*Grund:* Bei häufig wechselnden Partnern erhöht sich das Risiko für eine sexuell übertragbare Infektion.

„Sind Sie derzeit sexuell aktiv?“

oder

„Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Sexualität?“

*Hinweis:* Während die erste Frage knapp diagnostisch abklärt, eröffnet der zweite Fragetyp ein breiteres Antwortspektrum. Offene Fragen fördern die Kommunikation und werden in der Regel als Ausdruck von Interesse und Wertschätzung erlebt. Geschlossene Fragen ermöglichen eine schnelle Informationsgewinnung, werden aber oft als konfrontativ erlebt.

„Haben Sie eher Sex mit Männern oder mit Frauen?“

oder

„Leben Sie in einer Ehe oder eingetragenen Partnerschaft?“

*Hinweis:* Mit dieser Frage signalisieren Sie Ihrem Gegenüber, dass Sie sich grundsätzlich beides vorstellen können. Ihr Patient kann dann auf seine sexuelle Orientierung eingehen, muss es aber nicht – nicht jeder Mann zum Beispiel, der gelegentlich Sex mit Männern hat, versteht sich selbst als homosexuell, schwul oder bisexuell. „Da Sie Sex mit Männern haben, wäre es gut, wenn wir ...“ ist neutraler als „Für Sie als schwulen Mann kämen noch folgende Untersuchungen in Frage ...“.

„Um Ihre Gesundheitsrisiken richtig einschätzen zu können, wäre es hilfreich für mich zu wissen, ob Sie im vergangenen Jahr mit unterschiedlichen Partnerinnen oder Partnern Sex hatten.“

*Hinweis:* Wenn Sie Ihre Frage in einen Aussagesatz verpacken, ist das oft weniger konfrontativ und lässt dem Patienten die Möglichkeit, auch nicht zu antworten.

## B Praktiken

*Grund:* Bestimmte Praktiken sind mit einem erhöhten HIV/STI-Risiko verbunden, aber nicht immer verstehen Menschen z.B. unter „miteinander schlafen“ dasselbe.

„Welche Art von sexuellen Kontakten haben oder hatten Sie?“

„Was meinen Sie mit ‚nur ein bisschen rumgemacht‘?“

„Sie wünschen einen HIV-Test, weil Sie meinen, ein Risiko gehabt zu haben. Was ist denn genau passiert?“

## C Prävention

*Grund:* Risiken lassen sich nur dann richtig einschätzen, wenn man weiß, was der Patient zur Risikominderung unternimmt. Das Vorliegen einer sexuell übertragbaren Infektion kann einen Hinweis darstellen, dass es auch ein Risiko für eine HIV-Infektion gibt.

„Wie gut kennen Sie sich mit dem Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen aus?“

„Haben Sie Fragen zum Schutz vor HIV oder anderen sexuell übertragbaren Infektionen, die Sie mir gerne stellen würden?“

„Haben Sie sich schon mal auf andere sexuell übertragbare Infektionen untersuchen lassen? Würden Sie das heute gerne machen?“

„Hatte einer Ihrer Partner schon einmal eine sexuell übertragbare Infektion? Wurde die Infektion behandelt? Sind auch Sie untersucht und behandelt worden?“

## 5 GESPRÄCHSABSCHLUSS

- ▶ Beratungsinhalte am Ende des Gesprächs kurz zusammenfassen
- ▶ Emotionalen Abschluss schaffen, der Zuversicht vermittelt. Keinen Druck in Richtung Verhaltensänderung ausüben: der Patient bestimmt das Tempo.
- ▶ Weiterführende Angebote machen und/oder auf Informations- und Beratungsangebote verweisen, zum Beispiel von Aidshilfen oder Schwulen- und Lesbenberatungsstellen



# HIV-POSITIVE IN DER ARZTPRAXIS



**Menschen  
mit HIV  
werden  
immer noch  
ausgegrenzt**

Bei frühzeitiger Diagnose und Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten haben Menschen mit HIV heute eine annähernd normale Lebenserwartung bei guter Lebensqualität, und Aids lässt sich fast immer vermeiden. Ein positives Testergebnis bedeutet heute also die Diagnose einer chronischen, gut behandelbaren Erkrankung.

Geblichen ist jedoch das soziale Stigma der Infektion. Irrationale Ängste vor Ansteckung führen nach wie vor dazu, dass Menschen mit HIV ausgegrenzt werden – ob bei der Partnersuche,

am Arbeitsplatz, in der Schule oder im Kindergarten. Menschen mit HIV brauchen heute vor allem gesellschaftliche Unterstützung – durch den Abbau von Diskriminierung und individuellen Beistand bei der Bewältigung von Ausgrenzungserfahrungen. Sie als Ärztin oder Arzt können durch offenen und einfühlsamen Umgang mit HIV-positiven Patienten und Patientinnen hierzu beitragen.



## SCHUTZMASSNAHMEN, DESINFEKTION, HYGIENE

Die üblichen Maßnahmen zur Hygiene und zum Arbeitsschutz reichen zum Schutz vor HIV völlig aus, denn HIV ist im Vergleich zu anderen STIs relativ schwer übertragbar.

Für die Behandlung von HIV-positiven Patienten bedarf es also keiner gesonderten Schutz-, Hygiene- oder Desinfektionsmaßnahmen.

In der medizinischen Versorgung besteht ein HIV-Risiko nur bei Stich- oder Schnittverletzungen mit HIV-kontaminierten Instrumenten bzw. Injektionsbestecken und bei Benetzung offener Wunden und Schleimhäute mit HIV-haltigen Flüssigkeiten. In diesem Fall senken Sofortmaßnahmen sowie ggf. eine Post-Expositions-Prophylaxe das Ansteckungsrisiko.

Bei erfolgreicher HIV-Therapie ist die „Viruslast“ (Virenmenge) im Blut und den anderen Körperflüssigkeiten so gering, dass eine HIV-Übertragung auch bei Verletzungen kaum möglich ist.

### Nicht erforderlich, aber diskriminierend sind Maßnahmen wie z. B.

- ▶ Behandlung nur am Ende der Sprechzeit
- ▶ sichtbare Warnhinweise in Patientenunterlagen (dies ist ein Verstoß gegen den Datenschutz)
- ▶ Behandlung in einem eigenen Behandlungsraum
- ▶ Tragen von zwei Paar Handschuhen
- ▶ Desinfektion der gesamten Flächen im Raum einschließlich des Fußbodens
- ▶ gesondertes Reinigen von Geschirr oder Wäsche.

**HIV: Keine gesonderten Schutzmaßnahmen nötig**



Weitere Informationen für medizinisches und pflegerisches Personal (z. B. auch für Ihre Praxismitarbeiter) bietet die kostenlose Broschüre „Keine Angst vor HIV!“ der Deutschen AIDS-Hilfe.

# POST-EXPOSITIONS- PROPHYLAXE

## SITUATIONEN, NACH DENEN EINE PEP EMPFOHLEN ODER ANGEBOTEN WERDEN SOLL

Eine Post-Expositions-Prophylaxe (PEP) mit anti-retroviralen Medikamenten kann verhindern, dass es nach einer Exposition mit virushaltigem Material zu einer HIV-Infektion kommt. Eine Indikation ist nach der Leitlinie der Deutschen AIDS-Gesellschaft nur gegeben, wenn tatsächlich ein relevantes Risiko vorlag.

### VAGINAL- ODER ANALVERKEHR OHNE KONDOM

#### ► mit bekannt HIV-positivem Sexualpartner

Viruslast > 1000/ml oder nicht bekannt oder ohne ART

**PEP empfehlen**

Viruslast = 50–1000/ml

**PEP anbieten**

Viruslast < 50/ml

**Keine PEP**

#### ► mit einem Partner/einer Partnerin mit unbekanntem HIV-Serostatus

Partner/in ist MSM oder bisexuell oder aktiv i. v. Drogen gebrauchend oder aus Hochprävalenzregion (z. B. Subsahara-Afrika)

**PEP anbieten**

Heterosexuell (auch Sexarbeiterin)

**Keine PEP**

### VAGINAL- ODER ANALVERKEHR MIT KONDOM

**Keine PEP**

### ORALVERKEHR MIT ODER OHNE KONDOM

**Keine PEP**

### VERGEWALTIGUNG

**Keine generelle Indikation,  
nach individueller Risikoabschätzung**

## ABLAUF EINER POST-EXPOSITIONS- PROPHYLAXE

### RISIKOCHECK

- ▶ Klären, ob tatsächlich eine Risikosituation vorlag
- ▶ Informationen zum Sexualpartner einholen (HIV-positiv? Liegen Informationen zur HIV-Therapie oder zur Resistenzsituation vor? Ist ein freiwilliger HIV-Test beim Partner möglich?)

### DIAGNOSTIK

- ▶ Vor PEP-Beginn HIV-(Schnell-)Test, um eine bestehende HIV-Infektion auszuschließen
- ▶ Andere STIs?
- ▶ Hepatitis-Serologie bzw. Impfstatus erheben
- ▶ Laboruntersuchungen: Blutbild, Transaminasen, Kreatinin, Harnstoff, Blutzucker
- ▶ Erfassung der regelmäßig eingenommenen Medikamente und Drogen, um Wechselwirkungen mit den antiretroviralen Medikamenten auszuschließen.

### DURCHFÜHRUNG

- ▶ PEP so früh wie möglich beginnen: optimal innerhalb der ersten 2 Stunden, gut innerhalb der ersten 24 Stunden, spätestens nach 48 Stunden. Ob eine PEP bis zu 72 Stunden (drei Tage) nach dem Risiko noch sinnvoll sein kann, ist umstritten.
- ▶ Standard-Dauer: 28 oder 30 Tage (eine Monatspackung)
- ▶ Standard-Medikation: Kombinationstherapie mit Isentress® 2 x tgl. 1 Tbl. 400 mg plus Truvada® 1 x tgl. 1 Tbl.



Bei Vorliegen weiterer Informationen (z. B. negativer HIV-Test des Partners, Resistenzen beim Partner) kann eine begonnene PEP auch vorzeitig abgebrochen oder verändert werden.

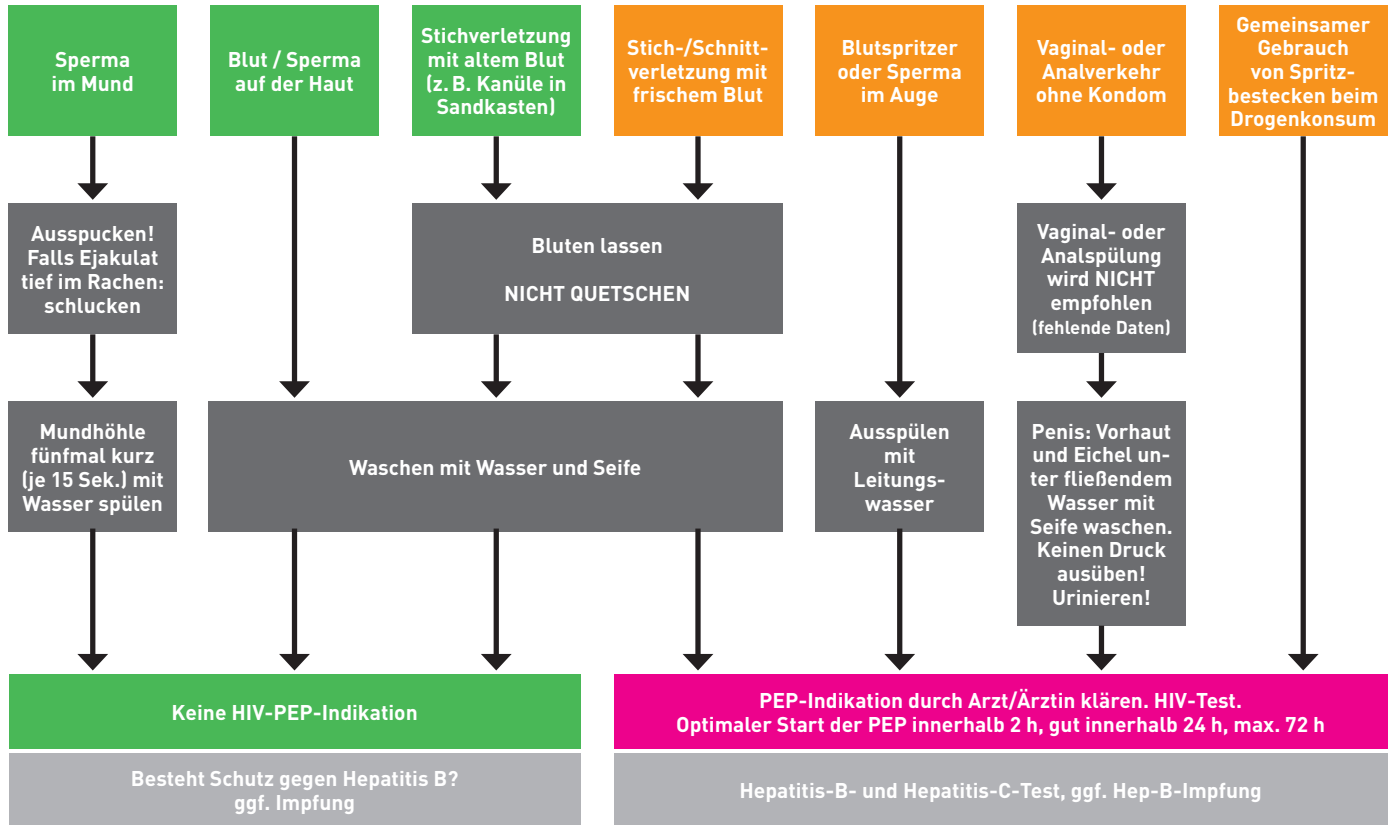
### KOSTENERSTATTUNG

Wenn eine PEP erforderlich ist, um „eine absehbare Erkrankung zu verhüten, so ist nach §23 Abs. 1 Nr. 3 in Verbindung mit §31 SGBV die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung gegeben“ (**Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses** → [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)).

PEP-Leitlinie der Deutschen  
AIDS-Gesellschaft: [www.daig.net.de](http://www.daig.net.de)

# SOFORTMASSNAHMEN NACH EINER HIV-EXPOSITION

Grundlage: Deutsch-Österreichische Leitlinie zur HIV-PEP, 2013



# WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

## HIV-SCHWERPUNKTPRAXEN

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e. V. (dagnä) vertritt einen Großteil der HIV-Schwerpunktärzte sowie eine Vielzahl der mitbehandelnden Ärzte. Eine aktuelle Ärzteliste findet sich auf → [www.dagnae.de](http://www.dagnae.de).

## ÄRZTEFORTBILDUNG „LET’S TALK ABOUT SEX“

Die Deutsche AIDS-Hilfe e. V. bietet in Kooperation mit der dagnä (Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e. V.), der Deutschen STI-Gesellschaft e. V. (DSTIG), der DAIG (Deutsche AIDS-Gesellschaft e. V.) sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ein evaluiertes Fortbildungsprogramm für Ärztinnen und Ärzte an.

Es handelt sich dabei um Inhouse-Veranstaltungen für ärztliche Qualitätszirkel, Kongresse, Kliniken und Universitäten. Dauer: 90 Minuten bis 6 Stunden, je nach Wunsch. Das Projekt wird vom Verband der Privaten Krankenversicherungen e. V. (PKV) unterstützt, die Seminare sind für die Teilnehmenden kostenlos.

## MODULE:

- ▶ Methoden der Gesprächsführung zu Fragen der Sexualität
- ▶ HIV/STI-Übertragungswege und Schutz
- ▶ Umgang mit HIV in der Arztpraxis
- ▶ Frauen, Sexualität und HIV/STI
- ▶ Sexualität im Alter
- ▶ Schwierige Diagnosen mitteilen
- ▶ Party- und Sexdrogen

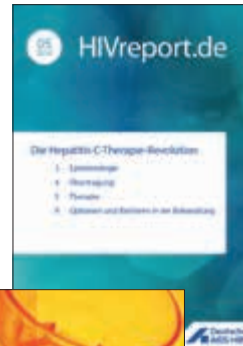


Weitere Informationen:  
[www.hiv-sti-fortbildung.de](http://www.hiv-sti-fortbildung.de)

## LITERATUR

### DEUTSCHE AIDS-HILFE E. V.

- ▶ **HIV-Report:** Das kostenlose Medium erscheint mehrmals im Jahr und fasst neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu HIV, anderen STIs und Virushepatitiden zusammen. Der Schwerpunkt liegt auf Übertragung, Prävention und Diagnostik. Mit Newsletter-Funktion, zu finden auf der Internetseite → [www.hivreport.de](http://www.hivreport.de)
- ▶ **Broschüren:** Unter → [www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de) → Infothek → **Material bestellen** können Sie sich einen Überblick über unsere Broschüren verschaffen, die zum großen Teil auch als PDF-Dateien heruntergeladen werden können.



### BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG

- ▶ **Sexuell übertragbare Krankheiten; Präventionsmappe** (Text und Bildtafeln zur Information und Beratung für Menschen verschiedener Kulturen), zu finden unter → [www.bzga.de](http://www.bzga.de)

## ANHANG

### BEISPIELMODULE FÜR EINEN SELBSTAUSKUNFTSBOGEN

Mit folgenden Fragen können Sie schon über den Selbstauskunftsbogen Ihren Patienten signalisieren, dass Sie und Ihr Praxispersonal Menschen gleich welcher sexuellen Orientierung offen begegnen. Im Weiteren signalisieren die Fragen Ihre Bereitschaft, zu sexueller Gesundheit zu beraten.

**HINWEIS:** Die folgenden Angaben sind freiwillig. Sie dienen dem behandelnden Arzt zur Vorbereitung auf das Gespräch mit Ihnen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

### Geschlecht

- männlich
- weiblich
- Transgender/Transidentität
- Anderes .....

### Beziehungstatus

- keine feste Partnerschaft
- verheiratet
- verpartnert
- ein\_e Partner\_in
- verschiedene Partner\_innen
- derzeit kein\_e Partner\_in

### Lebenssituation

- lebe alleine
- lebe mit Partner\_in
- Wohngemeinschaft
- lebe mit Eltern und/oder anderen Familienangehörigen
- lebe mit Kindern
- Anderes .....

### Sexuelle Orientierung

- auf Frauen gerichtet
- auf Männer gerichtet
- auf Frauen und Männer gerichtet
- nicht sicher/weiß nicht
- Anderes .....

### Sexualität

- aktuell keine sexuellen Kontakte
- sexuelle Kontakte nur mit dem/der festen Partner\_in
- sexuelle Kontakte mit mehr als einem/einer Partner\_in
- sexuelle Kontakte mit wechselnden Partner\_innen
- möchte dazu keine Angaben machen

### Sind Sie gegen Hepatitis A und/oder B geimpft?

- ja, gegen Hepatitis A
- ja, gegen Hepatitis B
- weiß nicht

### Sind Sie an einer Beratung zur sexuellen Gesundheit interessiert?

- ja
- nein

## LINKS

Diagnostik und Therapie  
sexuell übertragbarer Infektionen:  
Deutsche STI-Gesellschaft  
([www.dstig.de](http://www.dstig.de))

Diagnostik und Therapie  
der HIV-Infektion sowie Leitlinien  
zur Post-Expositions-Prophylaxe:  
Deutsche AIDS-Gesellschaft  
([www.daignet.de](http://www.daignet.de))

## BERATUNGS- UND SELBSTHILFEANGEBOTE

**Bundesweite Telefonberatung der Aidshilfen: 0180 33 19411\***

Montag bis Freitag von 9.00 bis 21.00 Uhr,  
Samstag und Sonntag von 12.00 bis 14.00 Uhr

\*9 Cent/Minute aus dem deutschen Festnetz, maximal 42 Cent/Minute aus deutschen Mobilfunknetzen

**Telefonberatung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):**

**01805 555 444\***

Montag bis Donnerstag von 10.00 bis 22.00 Uhr,  
Freitag bis Sonntag von 10.00 bis 18.00 Uhr

\*14 Cent/Minute aus dem deutschen Festnetz, maximal 42 Cent/Minute aus deutschen Mobilfunknetzen

**Bundesweite Onlineberatung der Aidshilfen: [www.aidsberatung.de](http://www.aidsberatung.de)**

**Informationen für Patienten/Adressen regionaler Beratungsstellen:**  
[www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de)

## SELBSTHILFENETZWERKE

[http://netzwerkplus.ahnrw.de/front\\_content.php](http://netzwerkplus.ahnrw.de/front_content.php) Menschen mit HIV, allgemein

<https://www.positiv-ev.de> Menschen mit HIV, allgemein

<http://hetero.aidshilfe.de> Heterosexuelle Menschen mit HIV

<http://www.hiv-migration.de/netzwerke> Afrikanerinnen/Afrikaner, Migranten

<http://www.jes-bundesverband.de> Substituierte, (ehemalige) Drogengebraucher