HIV-Infektion und Infektiosität 1

HIV-Übertragungswege 2

Schutz vor HIV 3

HIV-Übertragungswahrscheinlichkeiten 4

HIV-PEP 5

Sexuell übertragbare Infektionen (STIs) 6

Hepatitis 7

HIV-Test 8

Therapie der HIV-Infektion 9

Leben mit HIV 10

Safer Use 11

Rechtliche Aspekte der Beratung 12

Antidiskriminierungsberatung in Aidshilfen 13

Aids-Ängstliche, Aids-Phobiker*innen, Aids-Hypochonder*innen 14

Geschlechtliche Vielfalt in der Beratung: trans* und non-binär 15

Impressum

© Deutsche Aidshilfe e. V.
Wilhelmstraße 138
10963 Berlin
Tel. (030) 69 00 87-0
Fax (030) 69 00 87-42
www.aidshilfe.de
dah@aidshilfe.de

13., aktualisierte Auflage
(Überarbeitung von Kapitel 4 und 8; neu: Kapitel 15), 2023
Bestellnr.: 117108

Inhaltlich verantwortlich: Werner Bock

Autor*innen und Mitarbeitende an der Aktualisierung 2023:
Carlo Kantwerk, Luca Siemens, Holger Sweers, Steffen Taubert,
Claudia Veth, Nadin Wildt

Mitarbeitende an der Auflage 2019: Jan-Pieter Cordes,
Silke Eggers, Heike Gronski, Kerstin Mörsch, Olaf Rothe,
Armin Schafberger, Dirk Schäffer, Tom Scheel, Claudia Veth

Gestaltung und Satz: Carmen Janiesch, Berlin
Druck: PIEREG Druckcenter Berlin, Benzstr. 12, 12277 Berlin

Spenden für die DAH: Deutsche Aidshilfe e. V.,
IBAN: DE27 1005 0000 0220 2202 20, BIC: BELADEBEXXX;
online: www.aidshilfe.de

Sie können die DAH auch unterstützen, indem Sie Fördermitglied werden.
Nähere Informationen unter www.aidshilfe.de und bei der DAH.

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

HIV-Infektion und Infektiosität

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.

Ursache für Aids ist die Infektion mit HIV („Human Immune Deficiency Virus", = „menschliches Immundefekt Virus"). Virus HIV-1 wurde 1983/84 entdeckt, drei Jahre später auch HIV-2, ein weiterer Virustyp, der hauptsächlich in Westafrika vorkommt, in Deutschland aber so gut wie keine Rolle spielt. Von HIV-1 gibt es verschiedene Gruppen (M, N und O) und Subtypen (A, B, C, D...) sowie Mischformen. HIV-Antikörpertests weisen HIV-1 und HIV-2 lückenlos nach.

Die Ansteckung

Gelangt HIV bei sexuellem Weg durch die Schleimhaut, braucht es einige Tage, bis HIV im Blut „angekommen" ist. Denn es infiziert erst Immunzellen in der Schleimhaut, gelangt dann über die Lymphbahnen in Lymphknoten, vermehrt sich dort und erreicht nach einigen Lymphknotenstationen das Blut. Es kommt zu einer geradezu explosionsartigen Vermehrung. In dieser Phase treten dann Krankheitssymptome einer akuten Infektion auf.

Gelangt HIV durch Drogenkonsum direkt in die Blutbahn, ist die Phase bis zum explosionsartigen Anstieg der Viruslast kürzer – der lange Weg durch Schleimhautgewebe und Lymphbahnen entfällt.

In den ersten 48 bis max. 72 Stunden nach einem Risikokontakt kann man durch den Einsatz einer PEP (s. dort) ein „Angehen" der HIV-Infektion noch verhindern (sowohl nach sexueller, als auch nach intravenöser Exposition).

Wie verläuft eine HIV-Infektion?

HIV befällt vor allem Immunzellen (sog. CD4-Zellen oder Helferzellen) und führt somit zu einer Schädigung des Immunsystems. Die möglichen Folgen sind weitere Infektionen und die Entstehung von Tumoren.

Gleichzeitig kommt es zu einer Überstimulation des Immunsystems: es läuft auf Hochtouren, um die HIV-Infektion zu bekämpfen. Dadurch kommt es zu mehr Allergien und Hautausschlägen und entzündlichen Prozessen (z. B. in den Gefäßen). Letztendlich erfolgt eine Erschöpfung des Immunsystems.
Der Verlauf einer HIV-Infektion wird in die akute und die chronische Phase eingeteilt.

Akute Phase

Bei Infektion auf sexuellem Wege erfolgt der starke Anstieg der Viruslast in der Regel nach 2 bis 3 Wochen. Manchmal ist der Viruslastanstieg allerdings verzögert – bis zu 6 Wochen nach Risikokontakt.

In den ersten 4 Tagen nach sexueller Exposition ist im Blut normalerweise noch kein Virus nachweisbar, der_die Infizierte ist dann noch nicht infektiös – dies ändert sich allerdings geradezu schlagartig, wenn dann die Viruslast innerhalb weniger Tage auf extrem hohe Werte (Hunderttausende oder Millionen Viren pro Milliliter Blut) „in die Höhe schießt".

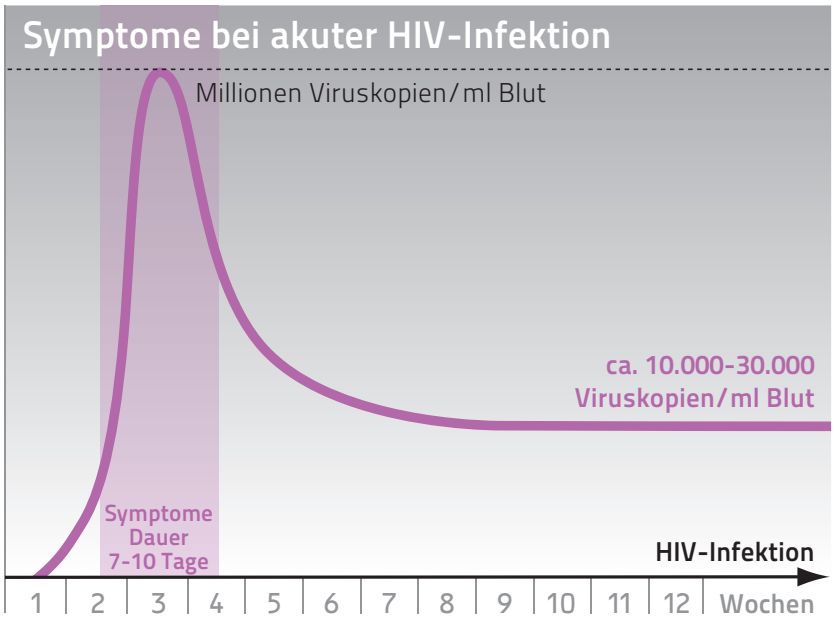
Die Viruslast im Sperma bzw. den genitalen Sekreten folgt der Entwicklung im Blut um 1,5 bis 2 Wochen verzögert.

In dieser Phase ist die HIV-infizierte Person besonders infektiös!

Die Sympome der akuten Infektion sind Fieber, Abgeschlagenheit, Hautausschlag, Appetitverlust, Gliederschmerzen. Daher wird oft schon ein grippaler Infekt als akute HIV-Infektion fehlgedeutet. Bei der Kombination von Fieber und Hautausschlag beim Erwachsenen nach einem Risikokontakt sollte jedoch an eine HIV-Infektion gedacht werden und ein HIV-Test mit dem_der Ratsuchenden erörtert werden.

Ein Rückschluss auf eine HIV-Infektion aufgrund von Symptomen ist aber nicht möglich. Die Symptome halten nur 7–10 Tage an und verschwinden dann wieder.

In der akuten Phase der Infektion wird das Immunsystem des Körpers bereits stark geschädigt. In den ersten zwei bis drei Wochen gehen im Darm (größtes Immunorgan des Körpers) massenhaft Immunzellen und vor allem das immunologische Gedächtnis (memory-Zellen) zugrunde.



Die Symptome: Fieber, Hautausschlag, Kopfschmerz, Gelenkschmerz, Lymphknotenschwellung

Wenn Antikörper in messbarer Menge gebildet werden (meist zwischen Woche 3 und 6 nach Infektion, bei annähernd 100 % aller Infizierten spätestens nach 3 Monaten) hat der Körper dem Virus etwas entgegenzusetzen: die Viruslast im Blut geht wieder zurück und pendelt sich in der chronischen Phase auf Werte meist in einem Bereich zwischen 10.000 und 30.000 Viren pro Milliliter Blut ein.

Die chronische Infektion

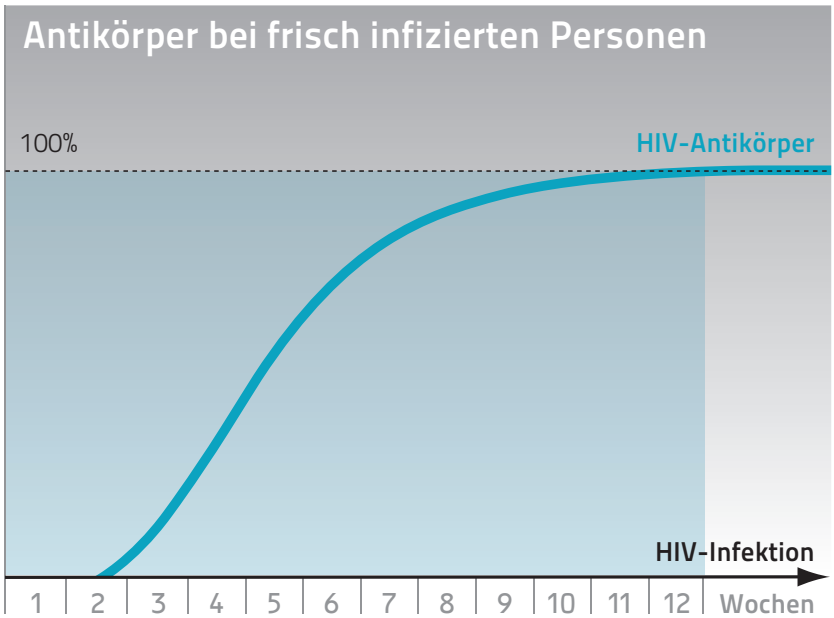
Die chronische Phase der Infektion beginnt nach ca. 3 Monaten und dauert lebenslang an. Der Verlauf einer HIV-Infektion ist individuell verschieden und lässt sich nur begrenzt als eine festgelegte Abfolge beschreiben. Man unterscheidet zwischen der asymptomatischen Phase, der symptomatischen Phase und Aids.

Asymptomatische Phase

Es treten keine Symptome auf. Diese Phase kann einige Monate oder Jahre andauern. Die in der akuten Phase stark reduzierten Helferzellen haben sich etwas erholt, erreichen aber nicht die Werte vor der Infektion.

Die Viruslast im Blut ist in dieser Zeit normalerweise moderat hoch, unterliegt aber Schwankungen: sie steigt an beim Vorliegen von anderen Infektionskrankheiten wie Grippe oder Syphilis. Entsprechend steigt in dieser Zeit die Infektiosität.

Auch wenn die Infizierten selbst nichts von der HIV-Infektion merken: das Virus vermehrt sich weiter und schädigt kontinuierlich das Immunsystem und innere Organe (Niere, Nerven, etc.). Die Zahl der Helferzellen nimmt kontinuierlich ab.



Nach 12 Wochen sind bei allen Infizierten (100 %) Antikörper nachweisbar

Im Mittel wird der Wert von 500 Helferzellen ein Jahr nach Infektion erreicht, der Wert von 350 Helferzellen nach 4 und der Wert von 200 Helferzellen nach 8 Jahren – manchmal jedoch deutlich früher, manchmal auch erst Jahre später.

Weniger als 1 % der Infizierten sind sog. „Elite-Controller", ihr Immunsystem kann die HIV-Infektion so weit in Schach halten, dass sie über viele Jahre asymptomatisch bleiben und die Helferzellen nicht entscheidend abfallen.

Symptomatische Phase

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, lang anhaltende Durchfälle, Nervenschädigungen (Polyneuropathie) oder häufigere Infektionen wie z. B. Pilzinfektionen des Mundes, der Scheide oder des Penis.

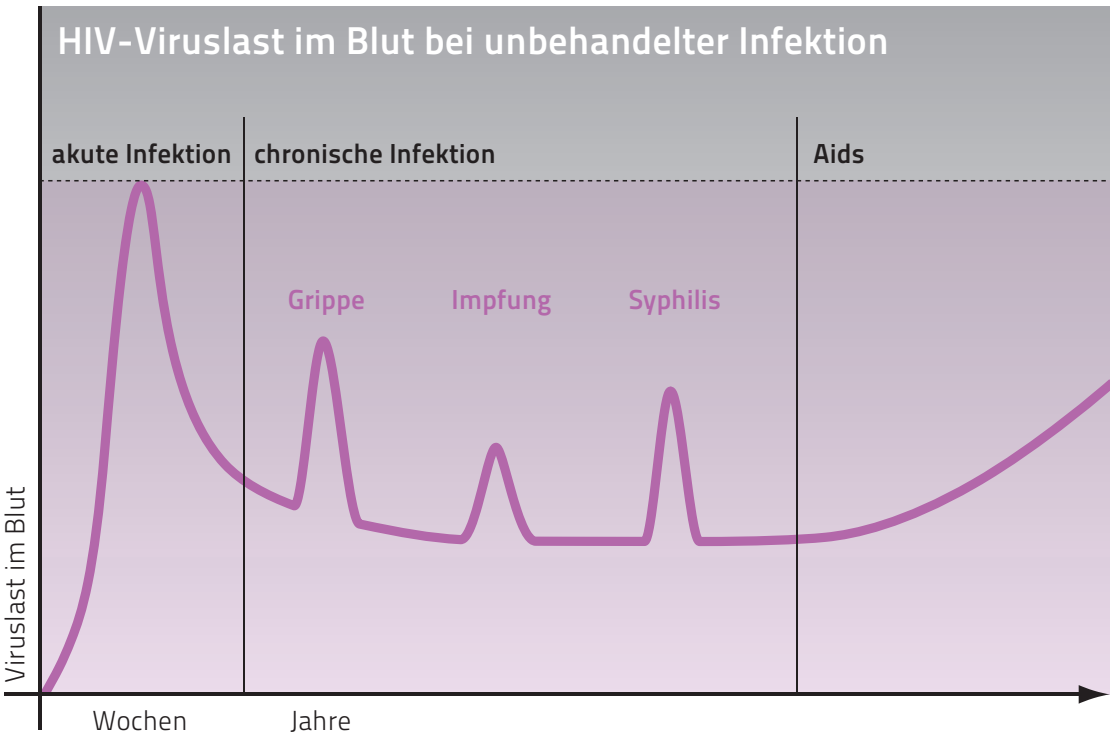
Die Krankheitszeichen sind unspezifisch. Aus diesem Grund kann es sein, dass ein Arzt eine HIV-Infektion über die Symptome nicht erkennt und keine entsprechende Untersuchung (HIV-Test) empfiehlt.

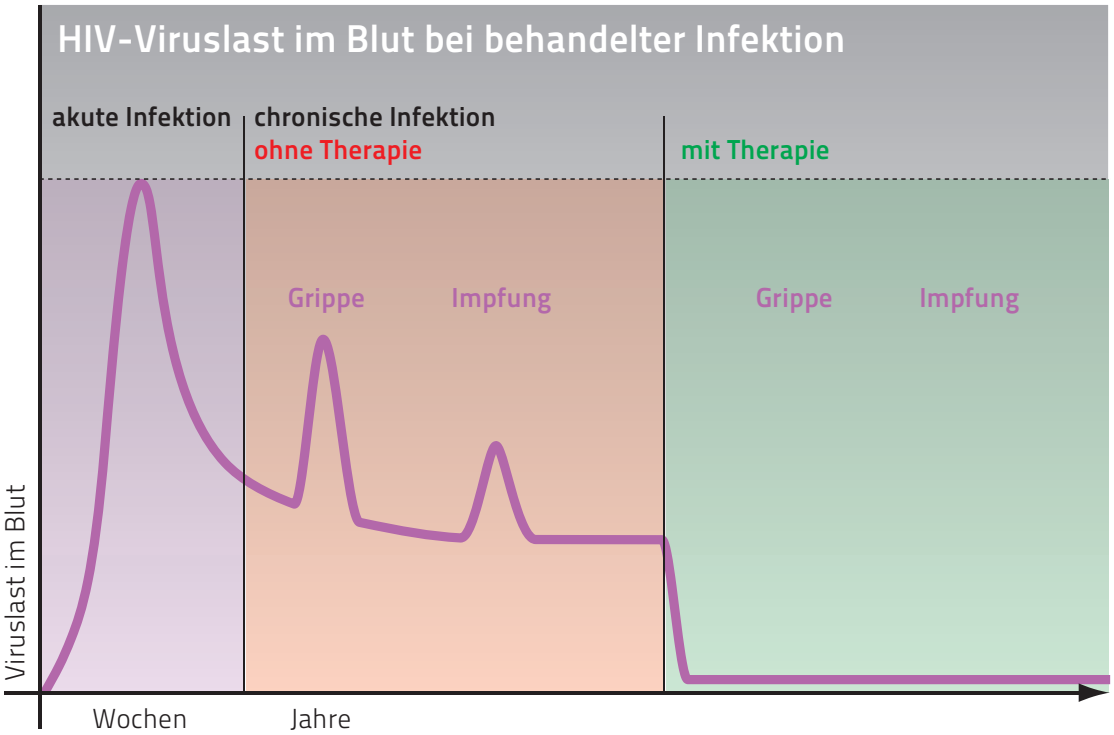
Aids

Im letzten Stadium ist das Immunsystem stark beeinträchtigt, die Zahl der Helferzellen ist in der Regel unter 200/µl gesunken und die Viruslast steigt an. Opportunistische Infektionskrankheiten (z. B. Pneumocystis-Lungenentzündung, Pilzbefall der Speiseröhre) und Tumore (Kaposi-Sarkom, Gebärmutterhalskrebs, Lymphome) können sich entwickeln. Im Mittel tritt das Stadium Aids bei einer unbehandelten HIV-Infektion nach 8 Jahren auf, manchmal allerdings schon wenige Monate nach der Infektion, manchmal erst nach ein bis zwei Jahrzehnten.

Infektiosität

Die Infektiosität ist dann hoch, wenn die Viruslast hoch ist, also v. a. in der akuten Phase der Infektion. Zusätzliche Infektionen, die den ganzen Körper betreffen (sog. Systemische Infektionen) wie Grippe, Malaria, Syphilis (ab 2. Stadium), Masern, aber auch Impfungen erhöhen kurzzeitig die HIV-Viruslast im Blut. Denn die Belastung des Immunsystems führt auch dazu, dass die Zahl der Immunzellen, die von HIV infiziert werden, erhöht wird. Bei erfolgreicher Behandlung (Viruslast stabil unter der Nachweisgrenze) tritt dieser Effekt nicht oder kaum mehr auf. *(→ dazu Kapitel 9 „Therapie")*


HIV-Viruslast im Blut bei unbehandelter Infektion
akute Infektion
chronische Infektion
Aids
Grippe
Impfung
Syphilis
Viruslast im Blut
Wochen
Jahre

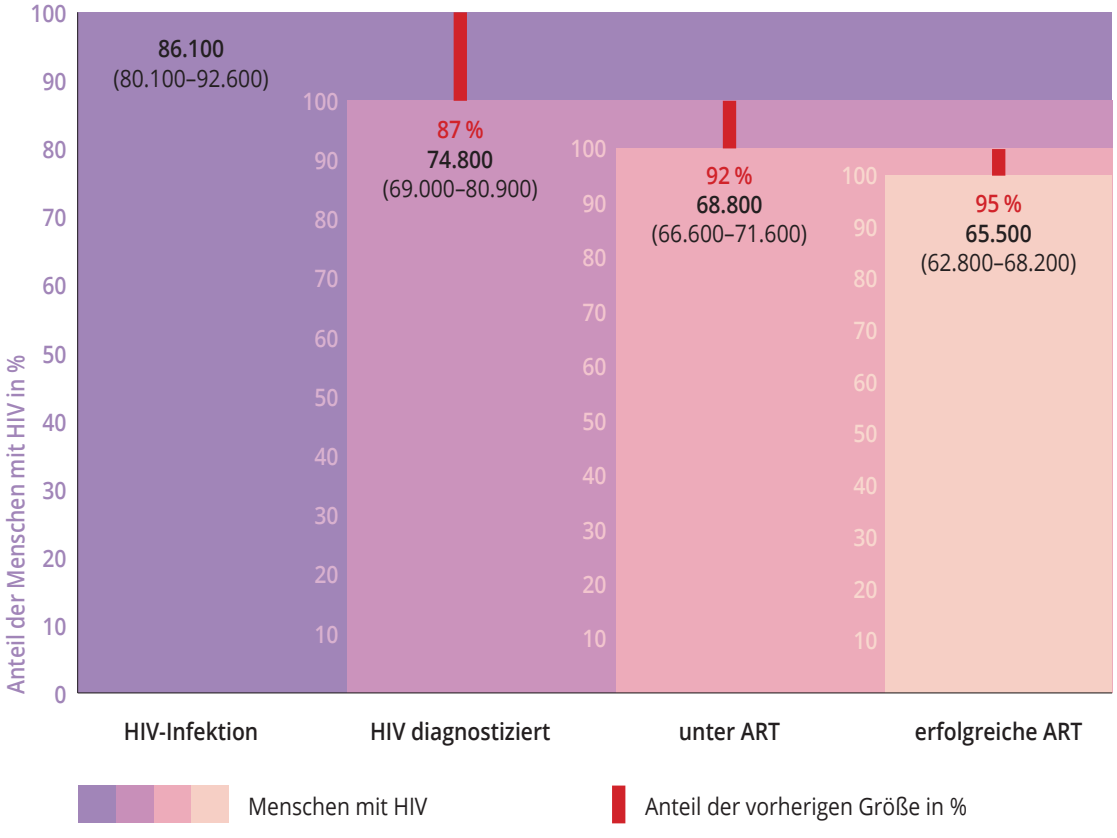

HIV-Viruslast im Blut bei behandelter Infektion
akute Infektion
chronische Infektion
ohne Therapie
mit Therapie
Grippe
Impfung
Grippe
Impfung
Viruslast im Blut
Wochen
Jahre

Übertragungswege

Das Wichtigste in Kürze:

- HIV wird in Deutschland v. a. auf sexuellem Weg (ca. 88 % bzw. 2.380 Infektionen / Jahr) oder über intravenösen Drogenkonsum (ca. 12 % bzw. 320 Infektionen) übertragen. Weniger als 0,4 % (<10 Infektionen) entfallen auf die Mutter-Kind-Übertragung.
- Eine Ansteckung mit HIV in Alltagssituationen ist nicht möglich.
- HIV ist ein schwer übertragbares Virus. Längst nicht jeder ungeschützte Sexkontakt führt auch zu einer Infektion.
- Menschen mit HIV unter wirksamer Therapie (Viruslast unter der Nachweisgrenze) können das HI-Virus nicht weitergeben.
- Von den rund 86.100 Menschen mit HIV in Deutschland kennen 87 % (74.800) nach Schätzungen des Robert-Koch-Instituts (RKI) ihre Diagnose. Davon sind 92 % (68.800) unter Therapie, davon wiederum sind 95 % (65.500) erfolgreich behandelt, d. h. die Viruslast ist unter der Nachweisgrenze (RKI-Schätzung für das Jahr 2017).

HIV-Diagnosen und Behandlung in Deutschland



Faktoren für eine HIV-Übertragung

HIV ist ein Virus, das schwer übertragbar ist. Damit es zu einer HIV-Infektion kommen kann, muss HIV in ausreichender Zahl in den Körper gelangen. Dazu braucht es eine Eintrittspforte und eine ausreichende Menge infektiöser Körperflüssigkeiten.

Faktoren sind:

- Blut
- Sperma (Ejakulat)
- „Flüssigkeitsfilm“ auf der Darmschleimhaut
- Vaginalsekret (Scheidenflüssigkeit)
- Muttermilch

Die Anzahl der Viren in diesen Flüssigkeiten ist unterschiedlich hoch: Blut, Sperma und Vaginalsekret haben bei unbehandelten Menschen mit HIV eine hohe Viruslast.

Die Darmschleimhaut ist nicht trocken, sondern mit einem Flüssigkeitsfilm belegt. Darin befinden sich HI-Viren. Beim ungeschützten Analverkehr kommt es zum Kontakt der Schleimhäute des Penis mit diesem Flüssigkeitsfilm. Eintrittspforte für diese Viren in den Körper sind die Schleimhäute des Penis. Auf diesem Weg kann es zu einer Ansteckung kommen.

Über Muttermilch kann eine Ansteckung über das Stillen eines Säuglings erfolgen. Stillen ist deshalb eine höhere Gefahr als Oralverkehr, weil das Baby über Monate viele Liter Muttermilch trinkt und der Magen-Darm-Trakt von Babies nicht so widerstandsfähig gegenüber Viren ist wie der Magen von Erwachsenen.

Andere Körperflüssigkeiten, wie z. B. Speichel, Urin, Schweiß oder Tränen spielen bei einer HIV-Übertragung keine Rolle. Sie können zwar HIV enthalten, aber nicht in einer Menge, die für eine Ansteckung ausreicht.

Eintrittspforten für das HIV-Virus

Damit es zu einer HIV-Infektion kommen kann, muss das Virus in den Körper gelangen. Das ist gar nicht so einfach. Die menschliche Haut ist eine gute Barriere und schützt vor HIV. Selbst frische Verletzungen schließen sich in der Regel schnell wieder und es bildet sich eine Kruste, die ebenfalls eine ausreichende Barriere für HIV darstellt. Das erklärt auch, warum eine HIV-Infektion durch „alltägliche Verrichtungen“ ausgeschlossen ist.

Eintrittspforten sind:

Schleimhäute
Schleimhäute sind im Gegensatz zu „normaler“ Haut dünner, feucht und durchlässiger für HIV. Schleimhäute sind z. B. im Darm, an der Scheide, am Muttermund, auf der Vorhaut des Penis oder im Mund. Verschiedene Schleimhäute sind unterschiedlich beschaffen. So kann die Darmschleimhaut HIV sehr leicht aufnehmen, die Mundschleimhaut dagegen ist viel robuster. Deswegen ist eine Übertragung von HIV über die Mundschleimhaut nur schwer möglich. Beim Vorliegen von sexuell übertragbaren Infektionen ist die Schleimhaut

entzündet und damit verletzlicher. So wird auch eine Übertragung von HIV viel wahrscheinlicher. Das Risiko ist dadurch um ein Mehrfaches höher.

Spritzen
Beim intravenösen Drogengebrauch kann HIV auf direktem Weg in die Blutbahn gelangen.

Übertragungswege von HIV

Sexuelle Übertragung

In Deutschland ist die sexuelle Übertragung mit ca. 88 % der mit Abstand häufigste Übertragungsweg.

Analverkehr
Die Sexpraktik mit der größten Übertragungswahrscheinlichkeit für eine HIV-Übertragung ist Analverkehr. Die Darmschleimhaut ist äußerst empfindlich. Wenn im Darm ejakuliert wird ist die Übertragungswahrscheinlichkeit für den_die aufnehmenden Partner_in doppelt so hoch als ohne die Aufnahme von Sperma.

Die Darmschleimhaut kann HIV nicht nur aufnehmen, sondern auch abgeben. Deshalb ist bei Analverkehr auch für den aktiven Partner ein Risiko vorhanden.

Vaginalverkehr
Die Schleimhaut der Scheide ist zwar widerstandsfähiger als die Schleimhaut des Darmes, bei der Penetration entstehen aber häufig kleine Verletzungen, die dem HI-Virus eine Eintrittspforte bieten. Eine HIV-Übertragung kann schon erfolgen, ohne dass Ejakulat aufgenommen wird. Bei Aufnahme von Ejakulat ist die Übertragungswahrscheinlichkeit aber deutlich höher. HIV kann sowohl vom Mann auf die Frau übertragen werden, als auch von der Frau – über Vaginalflüssigkeit – auf den Mann.

Oralverkehr
Die Übertragungswahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion über Oralverkehr ist im Vergleich zu Anal- und Vaginalverkehr sehr gering. Die Mundschleimhaut ist robust, außerdem wird die Virusmenge durch den Speichel verdünnt. Selbst wenn Sperma oder Menstruationsblut in den Mund gelangt, ist das Übertragungsrisiko sehr gering. Es gibt nur wenige Fälle, bei denen es durch Oralverkehr zur Infektion kam.

Hierarchie von Infektionswahrscheinlichkeiten

1. **sehr hohes Risiko**
Gemeinsame Verwendung von Injektionsutensilien

2. **hohes Risiko**
Aufnehmender Analverkehr

3. **Risiko**
Eindringender Analverkehr, aufnehmender Vaginalverkehr, eindringender Vaginalverkehr

4. **sehr geringes Risiko**
Oralverkehr mit Aufnahme von Sperma

Spritzen von Drogen

Ca. 12 % aller Neuinfektionen in Deutschland werden beim Spritzen von Drogen („Fixen“) übertragen, wenn Spritzbestecke (Kanüle und Spritzen) gemeinsam verwendet werden (Stand 2017).

Mutter-Kind-Übertragung

Dank Schwangerschaftsvorsorge gibt es pro Jahr in Deutschland nur weniger als 10 Übertragung von der Mutter auf das Kind.

HIV-positive Frauen können das Virus in der Schwangerschaft, bei der Geburt und durch Stillen auf das Kind übertragen. Das größte Risiko besteht dann, wenn die HIV-Infektion in der Schwangerschaft nicht bekannt ist – weil z. B. kein HIV-Test angeboten wurde – oder wenn sich die Schwangere nach dem negativen Test im weiteren Verlauf der Schwangerschaft noch infiziert.

Wird die HIV-Infektion in der Frühschwangerschaft diagnostiziert, reicht die Zeit in der Regel noch aus, um bis zur Geburt die Viruslast medikamentös unter die Nachweisgrenze zu bringen. Denn während der Schwangerschaft gibt es nur relativ wenige Infektionen, die meisten Infektionen ereignen sich bei der Geburt und beim Stillen.

Wenn die Viruslast unter der Nachweisgrenze liegt, ist eine natürliche (vaginale) Geburt möglich, ansonsten sollte ein Kaiserschnitt durchgeführt werden.

Ist die Viruslast unter der Nachweisgrenze und die Mutter hat keine Probleme mit der Adhärenz (das kann z. B. durch eine Kindbett-Depression der Fall sein) kann das Neugeborene auch gestillt werden.

Das wichtigste: Im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge ist jede Ärztin / jeder Arzt verpflichtet, eine schwangere Frau bezüglich HIV-Test zu beraten und den Test zu empfehlen.

Blut und Blutprodukte

Die Übertragung von HIV durch Blut- und Blutprodukte ist in Deutschland extrem selten (ca. eine Übertragung alle zwei Jahre). Blutspenden werden in Deutschland sowohl mit dem Kombinationstest, als auch mit der PCR auf HIV getestet. Allerdings bleibt ein diagnostisches Fenster von einigen Tagen – daher wird bei allen Blutspendern zusätzlich auch ein Risiko-Fragebogen eingesetzt.

Wie lange „überlebt“ HIV außerhalb des Körpers?

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. Sobald infektiöse Körperflüssigkeiten – auch Blut und Sperma – ange-

trocknet sind, besteht keine Infektionsgefahr.

Unter optimalen Umgebungsbedingungen (z. B. kühl, feucht und dunkel) kann HIV, auch außerhalb des Körpers, seine Infektiosität lange behalten (z. B. Blut in Spritzen). Durch hohe Temperaturen (abkochen) wird das Virus inaktiviert, durch Einfrieren kann es seine Infektionsfähigkeit über viele Jahre behalten.

In der Beratung gibt es immer wieder Anfragen wegen herumliegender Spritzen (z. B. auf Spielplätzen). Hier kann man in Bezug auf HIV Entwarnung geben. Bislang hat sich noch niemand auf diesem Wege mit HIV infiziert (allerdings mit Hepatitis B und C).

(→ dazu Kapitel 4 „Übertragungswahrscheinlichkeiten“, S. 12 „Nadelstichverletzungen“)

Die Rolle der Viruslast

Viruslast im Verlauf der HIV-Infektion

Die Viruslast ist zu Beginn einer HIV-Infektion, in der sog. akuten Phase, am höchsten *(→ Grafik Kapitel 1)*. Ca. sechs Wochen nach der Infektion nimmt die Viruslast wieder stark ab und pendelt sich auf einem niedrigeren Level ein. Faktoren wie z. B. andere sexuell übertragbare Infektionen (vor allem die Syphilis) führen dazu, dass bei HIV-Positiven ohne Therapie auch die Zahl der HI-Viren wieder ansteigt.

Antiretrovirale Therapie und Viruslast

Durch die Behandlung von Menschen mit HIV mit antiretroviralen Medikamenten (antiretrovirale Therapie = ART) wird die Viruslast, also die Anzahl der HI-Viren bzw. Viruskopien, erheblich gesenkt. Ziel der Behandlung ist die Senkung der Viruslast unter 20–40 Viruskopien pro Milliliter Blutserum. Mit einer geringen zeitlichen Verzögerung sinkt dann auch die Viruslast im Sperma sowie in den genitalen und rektalen Sekreten (Vaginalflüssigkeit, Flüssigkeitsfilm auf der Darmschleimhaut).

Wenn die Viruslast im Blut unter der Nachweisgrenze liegt, sind Menschen mit HIV auf sexuellem Wege nicht mehr infektiös. Dies ist durch zahlreiche Studien, v. a. aber durch die Partner-Studie sowohl für Heterosexuelle als auch für MSM zweifelsfrei belegt. In der Partner-Studie galt dieser Beleg für eine Viruslast unter 200/ml. Falls in der Therapiekontrolle die Viruslast einmal schwankt und leicht über der Nachweisgrenze liegt, bedeutet dies nicht gleich eine Infektionsgefahr für die Partner.

Der Schutz wird auch durch gleichzeitig auftretende STI nicht beeinträchtigt.

Achtung: Bei einem Absetzen der Therapie oder einer mehrtägigen Unterbrechung der Medikamenteneinnahme steigt die Viruslast nach wenigen Tagen steil an: der_die HIV-Positive ist dann in kurzer Zeit wieder so infektiös wie in der akuten Infektion. „Schutz durch Therapie“ verlangt daher eine hohe Compliance („Therapietreue“) aufseiten des_der HIV-Positiven.

Schutz vor HIV

In der Beratung geht es immer um eine individuelle Abwägung von zwei Gütern: Lustvolle Sexualität auf der einen Seite und Schutz vor HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen auf der anderen Seite.

Die Rolle der Berater_innen ist es, Ratsuchende mit den notwendigen Informationen zu versorgen, damit sie selbst für sich eine Strategie finden, welchen Stellenwert sie welchem Gut geben wollen. Theoretisch reicht die Bandbreite von „Ich verzichte vollkommen auf Sex“ bis „Ich verzichte vollkommen auf Schutz“. Die große Mehrheit der Ratsuchenden wird für sich aber einen Weg irgendwo dazwischen wählen.

Safer Sex

Unter Safer Sex versteht man Methoden, die eine Übertragung von HIV wirksam verhindern. Übersetzt bedeutet es „Sex, der sicherer ist“ (als Sex ohne diese Schutzmethoden.)

Um Safer Sex zu praktizieren stehen heute drei Methoden zur Verfügung, die wirksam vor einer HIV-Übertragung schützen, wenn sie richtig angewendet werden:

- Kondome
- PrEP
- Schutz durch Therapie

Kondome & Co.

Kondome sind bei Vaginal- und Analverkehr ein wirksamer Schutz vor HIV. Zudem verringern sie auch das Risiko, sich mit anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen anzustecken. Kondome sind auch ein Schutz vor ungewollten Schwangerschaften.

Das passende Kondom

Ein Kondom muss passen und „richtig sitzen“. Kondome werden in verschiedenen Größen und Formen angeboten. Das Motto lautet hier: Ausprobieren!

Neben Unterschieden in der Größe gibt es auch unterschiedlich dicke Kondome. Grundsätzlich sind alle Kondome für Vaginal- und Analverkehr geeignet, wenn man ausreichend Gleitgel verwendet.

Für Menschen mit einer Latex-Allergie gibt es Latexfreie Kondome. Diese sind vor allem in Apotheken und im Internet erhältlich.

Eine andere Alternative sind Kondome aus Polyurethan. Sie sind fettunempfindlich, können also auch mit fetthaltigem Gleitmittel oder mit Massageöl in Kontakt kommen.

Kondome bekommt man in Apotheken, Drogerien, Supermärkten, Sexshops und im Internet.

Die Qualität von Kondomen

- Bei der Auswahl von Kondomen sollte man unbedingt auf das Qualitätssiegel achten. Geprüfte Kondome sind mit „CE“ gekennzeichnet, Diesen Aufdruck findet man auf der Verpackung.
- Kondome sind Naturprodukte und haben ein Verfallsdatum. Bei abgelaufenen Kondomen besteht die Gefahr, dass sich schneller Risse bilden oder dass sie spröde werden. Deswegen ist es wichtig, auf das Haltbarkeitsdatum zu achten.
- Scherzkondome oder Leuchtkondome sind für den Schutz vor HIV nicht geeignet.

Hinweise zur Kondombenutzung

- Die 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.
- Niemals Gleitmittel, Öl oder Salben zwischen Penis und Kondom. Das Kondom kann beim Zurückziehen leichter abrutschen und beim Geschlechtsverkehr leichter platzen.
- Niemals zwei Kondome übereinander verwenden.
- Vor jedem erneuten Eindringen kurz mit der Hand überprüfen, ob das Kondom noch richtig sitzt.
- Nach dem Samenerguss Penis und Kondom zusammen rausziehen. Dabei das Kondom mit festhalten.
- Kondome so aufbewahren, dass sie vor zu viel Druck, Reibung, Hitze oder scharfen Gegenständen geschützt sind. So wird verhindert, dass Kondome beschädigt werden.
- Kondome vertragen sich nicht mit einigen Vaginalzäpchen und Salben. Auf Packungsbeilage achten.

Das Femidom

Das Femidom, auch „Kondom für die Frau“ genannt, ist ein Verhütungsmittel, das zugleich einen Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten bietet.

Ein Femidom ist 17 bis 18 cm lang und besteht aus dünnem, reißfestem Kunststoff (Polyethylen oder Polyurethan). Es ist mit zwei Ringen ausgestattet, von denen der äußere außerhalb der Scheide vor den großen Schamlippen liegt und der innere wie ein Pessar (Diaphragma) in die Scheide eingeführt wird. Femidome sind rezeptfrei in Apotheken oder über das Internet erhältlich.

Latexhandschuhe

Latex-Handschuhe bieten Schutz beim Eindringen mit dem / den Finger(n) bzw. mit der Hand / Faust in die Vagina oder den After (Fingern, Fisten).

Zu Latex-Handschuhen gibt es Alternativen, die unempfindlich gegenüber Ölen und Fetten sind, z. B. Handschuhe aus Nitril.

OKT | 2020

Handschuhe sind in Apotheken, Drogerien und Kaufhäusern und im Internet erhältlich.

Latex-Handschuhe sollten – wie Latex-Kondome – immer nur mit wasserlöslichen Gleitmitteln verwendet werden.

Gleitmittel

Gleitmittel verringert beim Anal- oder Vaginalverkehr die Reibung. Es erleichtert so das Eindringen des Penis und von Sexspielzeug in Vagina bzw. Anus. Zudem gleicht es eine trockene Schleimhaut aus und verhindert damit Schmerzen.

- Auf keinen Fall öl- oder fetthaltige Substanzen wie Hautcreme, Vaseline, Speiseöle und Bratfette verwenden. Diese greifen das Kondom an. Ausnahmen sind Kondome aus Polyurethan – diese sind unempfindlich gegenüber Öl und Fett.
- Mit Latexkondomen nur fettfreie und wasserlösliche Gleitmittel verwenden.
- Gleitgele auf Wasser- oder Glyzerin-Basis sind preiswerter, aber trocknen schneller aus.
- Gleitmittel auf Silikon-Basis behalten ihre Gleitfähigkeit länger, sind ergiebiger, sind dafür aber teurer.
- Gleitmittel gibt es in Apotheken, Drogerien, Sexshops oder im Internet.

PrEP (Prä-Expositions-Prophylaxe)

PrEP (auch HIV-PrEP) ist die Abkürzung für "Prä-Expositions-Prophylaxe", auf deutsch: Vorsorge vor einem Risikokontakt. Bei dieser Schutzmethode nehmen HIV-negative Menschen entweder täglich oder vor und nach sexuellen Kontakten („anlassbezogen") ein HIV-Medikament ein, um sich vor einer Ansteckung mit HIV zu schützen.

Wie funktioniert die PrEP?

Zur PrEP wird ein Medikament aus der HIV-Behandlung eingesetzt. Es hindert HIV daran, sich zu vermehren. Die beiden Wirkstoffe im PrEP-Medikament (Tenofovir, Emtricitabin) gelangen unter anderem in die Zellen der Schleimhäute (zum Beispiel im Darm oder in der Vagina), die beim Sex mit Körperflüssigkeiten oder Schleimhäuten des Partners oder der Partnerin in Kontakt kommen. Wenn HIV dann in diese Zellen eindringt, können sich die Viren nicht vermehren. Eine HIV-Infektion wird verhindert.

Dazu muss jedoch eine ausreichende Menge der Wirkstoffe im Blut und in den Schleimhäuten vorhanden sein. Wird das Medikament abgesetzt, verschwinden die Wirkstoffe im Körper und somit auch die Schutzwirkung.

In extrem seltenen Fällen sind die übertragenen Viren schon gegen das PrEP-Medikament resistent. Dann kann es trotz korrekter PrEP-Anwendung zu einer Ansteckung kommen. Weltweit sind bisher aber nur eine Handvoll solcher Fälle bekannt geworden.

Für wen wird die PrEP empfohlen?

Die Deutsch-Österreichischen PrEP-Leitlinien empfehlen die PrEP für Menschen ab 16 Jahren mit erhöhtem „substanziellem“) HIV-Risiko. Dazu gehören zum Beispiel:

- Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), und trans* Personen, die in den letzten drei bis sechs Monaten Analverkehr ohne Kondom hatten und/oder voraussichtlich in den nächsten Monaten Analverkehr ohne Kondom haben werden
- MSM und trans* Personen, die in den letzten zwölf Monaten eine Geschlechtskrankheit hatten
- Partner_innen von Menschen mit HIV, die keine HIV-Therapie machen, bei denen die HIV-Therapie nicht richtig wirkt oder bei denen die HIV-Therapie noch nicht mindestens sechs Monate lang wirkt
- Menschen, die Sex ohne Kondom mit Partner_innen haben, bei denen eine undiagnostizierte HIV-Infektion wahrscheinlich ist
- Drogen injizierende Personen, die keine sterilen Spritzbestecke verwenden.

Bezug und Kosten

Auf Kassenrezept verschreiben lassen kann man sich die PrEP bei Ärzt_innen, die sich mit der Behandlung von HIV-Patient_innen und/oder mit der PrEP auskennen. HIV-Schwerpunktärzt_innen findet man zum Beispiel auf der Seite der dagnä, erfahrene PrEP-Begleiter_innen auch auf ▶ prep.jetzt.

Die Ärzt_innen führen zunächst ein Beratungsgespräch zur HIV-PrEP und anderen Methoden zum Schutz vor HIV beim Sex. Wenn ein erhöhtes („substanzielles“) HIV-Risiko vorliegt, können sie die PrEP verschreiben.

Die Kosten für die PrEP-Medikamente und die Untersuchungen werden dann von den gesetzlichen Krankenkassen für Menschen ab 16 Jahren übernommen. Bezahlen muss man für das Medikament nur den üblichen gesetzlichen Eigenanteil (derzeit 10 Euro bei einer 3-Monats-Packung).

Die privaten Krankenkassen haben eigene Regelungen. Nachfragen lohnt sich.

PrEP auf Privatrezept

Wer die HIV-PrEP nicht von seiner Krankenversicherung finanziert bekommt, kann sie sich auf Privatrezept verschreiben lassen. Der Arzt oder die Ärztin geht dafür eine Checkliste durch und händigt eine Informationsbroschüre für Patient_innen aus.

Verschrieben werden kann jedes in DeutschLand zur PrEP zugelassene Medikament. Einen Überblick über die Kosten für unterschiedliche Präparate und Abgabeformen sowie die Bezugsmöglichkeiten bietet die Seite prep.jetzt.

PrEP aus dem Ausland

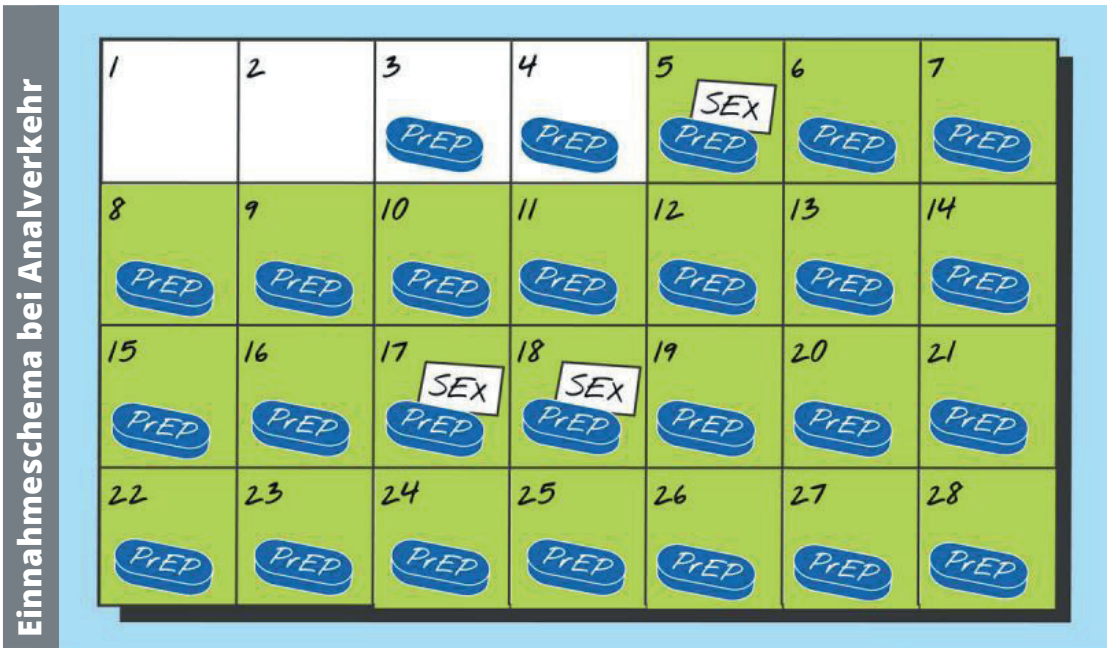
Andere Wege, sich PrEP-Medikamente zu besorgen (z. B. im Ausland oder auf dem Schwarzmarkt), können mit Risiken verbunden sein. Auch hier bietet die Seite prep.jetzt wichtige Informationen.

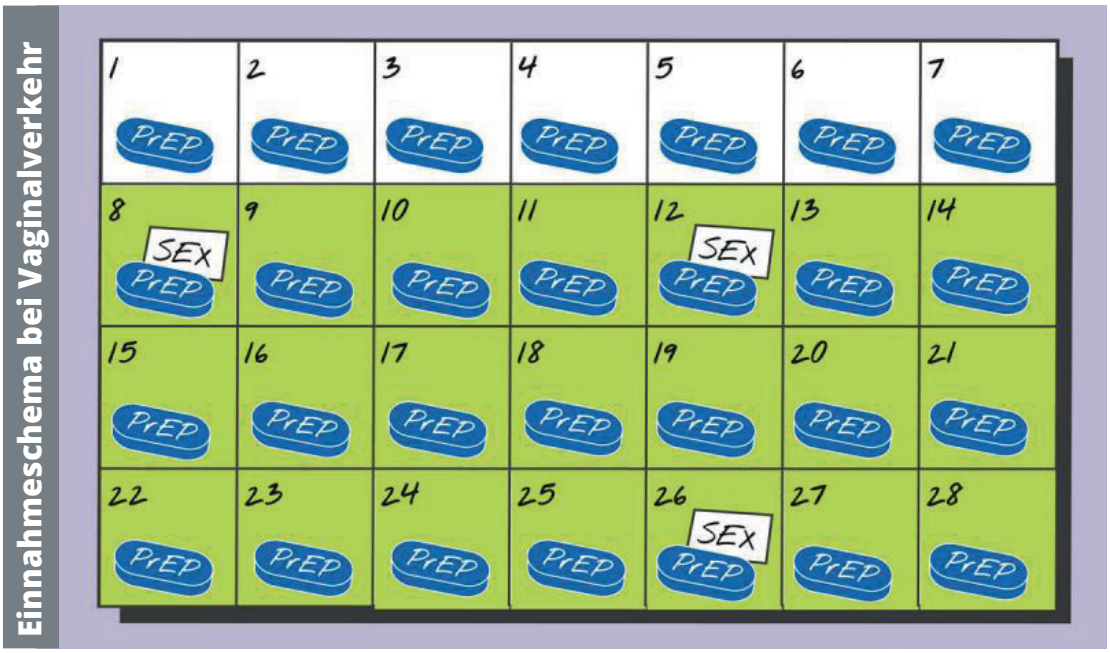
Wichtig sind auf jeden Fall eine gute ärztliche Beratung, Vorbereitung und Begleitung der PrEP. Von Selbstversuchen ist dringend abzuraten.

Wie nimmt man die PrEP ein?

Damit eine PrEP funktioniert, muss sie korrekt eingenommen werden. In Deutschland wird die PrEP zur täglichen Einnahme empfohlen. Dabei nimmt man über einen längeren Zeitraum eine Tablette täglich, um sich vor HIV zu schützen. Für Männer, die Sex mit Männern haben, gibt es auch die anlassbezogene PrEP, bei der man rund um den Sex Tabletten einnimmt. Beide Varianten schützen bei richtiger Einnahme zuverlässig vor HIV.

Das PrEP-Medikament reichert sich unterschiedlich schnell und gut in verschiedenen Schleimhäuten im Körper an (zum Beispiel Vaginal-, Penis- und





Darmschleimhaut) und wird unterschiedlich schnell dort abgebaut. Bei den beiden Varianten tägliche und anlassbezogene PrEP müssen daher die beim Sex beteiligten Schleimhäute und Gewebe berücksichtigt werden.

Hinweis: Der Oralverkehr wird hier nicht angesprochen, weil das HIV-Risiko beim Oralverkehr verschwindend gering ist – deshalb wird nach Oralverkehr mit einer mutmaßlich HIV-infizierten Person auch keine Post-Expositions-Prophylaxe (PEP) angeboten.

Tägliche PrEP

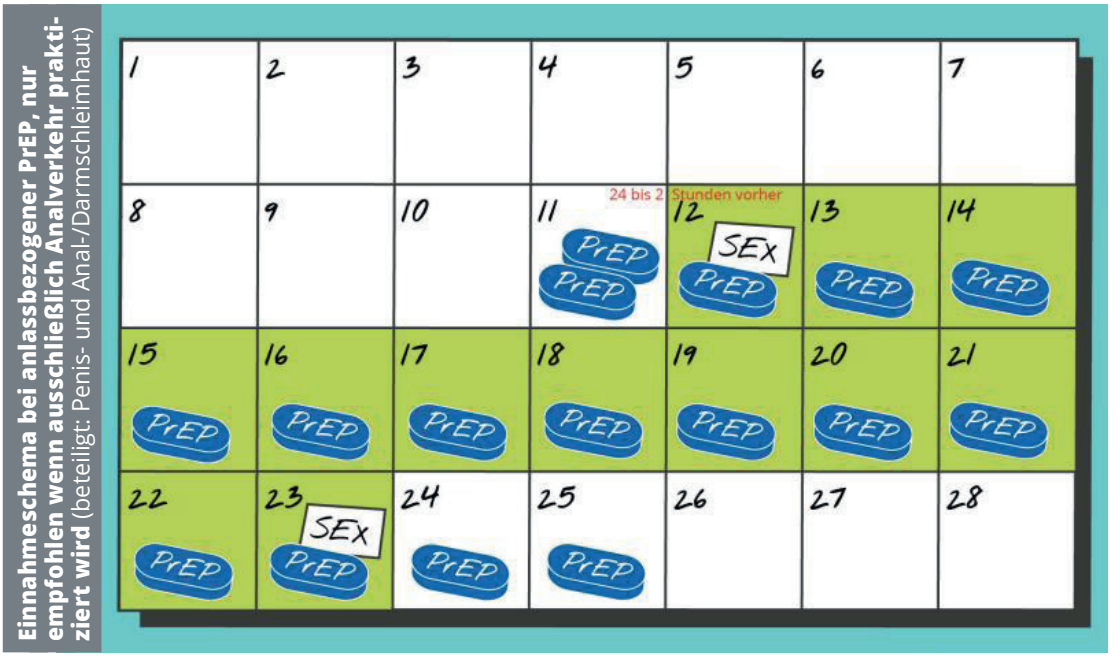
Bei einer dauerhaften PrEP nimmt man täglich eine Tablette ein. Diese PrEP-Form wird in den Deutsch-Österreichischen Leitlinien empfohlen.

Damit genügend Wirkstoff in den beim Sex beteiligten Schleimhäuten und Geweben ist, gelten folgende Empfehlungen zur Dauer der PrEP-Einnahme vor dem ersten Sex:

In der Anal- und Darmschleimhaut reichern sich die PrEP-Wirkstoffe sehr gut an: Zwei Tage nach Beginn der täglichen PrEP ist ein ausreichender Schutz aufgebaut.

Die Konzentration in der Penisschleimhaut ist nicht bekannt. Die Erfahrungen zeigen aber, dass hier der Schutz wohl ebenfalls zwei Tage nach Beginn der täglichen PrEP gegeben ist. Entscheidend ist dafür wohl die Konzentration in den benachbarten Lymphknoten, weil HIV sich hier vermehren würde, wenn es über die Penisschleimhäute in den Körper gelangt.

In der Vaginalschleimhaut reichern sich die PrEP-Wirkstoffe nicht so gut an und werden auch schneller wieder abgebaut. Aus diesem Grund dauert es länger, bis ein schützender Wirkstoffspiegel aufgebaut ist. Man geht davon aus, dass sieben Tage nach Beginn der täglichen PrEP ein ausreichender Schutz besteht.



Einnahmeschema bei anlassbezogener PrEP, nur empfohlen wenn ausschließlich Analverkehr praktiziert wird (beteiligt: Penis- und Anal-/Darmschleimhaut)

Daraus leiten sich folgende Empfehlungen ab:

- Aufnehmender und einführender Analverkehr (beteiligt: Penis- sowie Anal-/Darmschleimhaut): Beginn der täglichen PrEP zwei Tage vor dem ersten Sex
- Aufnehmender Vaginalverkehr (beteiligt: Vaginal- sowie Penisschleimhaut): Beginn sieben Tage vor dem ersten Sex
- Einführender Vaginalverkehr (beteiligt: Penis- sowie Vaginalschleimhaut): Derzeit keine Empfehlung; Plausibel scheint, dass analog zum einführenden Analverkehr für die einführenden Partner_innen zwei Tage nach Beginn der täglichen PrEP ein ausreichender Schutz aufgebaut ist. Besprochen werden sollte die PrEP-Einnahme auf jeden Fall mit der Ärztin oder dem Arzt.

PrEP für Trans*Menschen

Für trans* Menschen gibt es derzeit keine konkreten Empfehlungen, weil bisher zu wenig Daten vorliegen. Wer auf Nummer sicher gehen will, sollte sieben Tage vor dem Sex mit der täglichen Einnahme beginnen. Nach derzeitigen Kenntnisstand gibt es keine relevanten Wechselwirkungen der PrEP bei Hormonbehandlung. Besprochen werden sollte die PrEP-Einnahme auf jeden Fall mit der Ärztin oder dem Arzt.

Anlassbezogene PrEP

Studien haben gezeigt, dass beim Analverkehr (beteiligt: Penis- und Darmschleimhaut) auch eine anlassbezogene PrEP zuverlässig schützt. Dabei nimmt man das PrEP-Medikament nur vorübergehend ein, zum Beispiel rund um eine Sexparty.

Man beginnt am besten 24 bis spätestens 2 Stunden vor dem Sex mit zwei Tabletten auf einmal, um schnell einen schützenden Wirkstoffspiegel zu erreichen. Die Einnahme nur zwei Stunden vorher gilt allerdings als sehr knapp. Anschließend nimmt man dann eine Tablette täglich und setzt die Einnahme nach dem letzten Sex noch zwei Tage fort.

PrEP absetzen

Nach dem letzten Sex muss die PrEP noch eine Zeit lang weiterhin täglich eingenommen werden. Wie lange genau, dazu gibt es keine Daten. Häufig wird Folgendes empfohlen:

- Empfehlung,wenn ausschließlich Analverkehr (beteiligt: Penis- und Anal-/Darmschleimhaut) praktiziert wird: nach dem letzten Sex noch zwei Tage lang tägliche Einnahme
- Empfehlung für Personen, die nicht nur Analverkehr praktizieren: nach dem letzten Sex noch sieben Tage lang tägliche Einnahme.

Manche Ärzt_innen können auch andere Ausschleichphasen empfehlen.

PrEP-Checks & medizinische Begleitung

Eine gute medizinische Begleitung gehört zur PrEP unbedingt dazu. Dazu gehören regelmäßige PrEP-Checks, vor allem Tests auf HIV sowie die Überprüfung der Nierenfunktion, aber auch Untersuchungen auf weitere Geschlechtskrankheiten. Mit dem Arzt oder der Ärztin kann auch über Nebenwirkungen und Wechselwirkungen (z. B. mit Drogen) gesprochen werden.

Vor dem Beginn einer PrEP

Vor Beginn der PrEP muss ein HIV-Test sicherstellen, dass man HIV-negativ ist. Wenn man HIV-positiv ist und die Infektion nur mit den zwei Wirkstoffen des PrEP-Medikaments behandelt, kann HIV sich vermehren und resistent, also unempfindlich gegen die Wirkstoffe und auch einige andere HIV-Medikamente werden.

Vor dem PrEP-Start muss auch die Nierenfunktion überprüft werden. Wer an einer Nierenerkrankung leidet, sollte keine PrEP machen.

Außerdem wird untersucht, ob eine Hepatitis-B-Infektion vorliegt. Sollte das der Fall sein und man setzt die PrEP irgendwann ab, kann sich die Hepatitis B verschlimmern. Gegen Hepatitis B kann man sich impfen lassen. Die Krankenkasse bezahlt die Impfung zum Beispiel für schwule Männer.

Die Deutsch-Österreichischen PrEP-Leitlinien empfehlen außerdem, sich vor Beginn einer PrEP auf Hepatitis C, Syphilis, Tripper und Chlamydien untersuchen zu lassen.

Während einer PrEP

Vier Wochen nach Beginn einer PrEP und anschließend alle drei Monate ist einHIV-Test erforderlich.

Die Deutsch-Österreichischen PrEP-Leitlinien empfehlen außerdem Untersuchungen auf Hepatitis C (alle sechs bis zwölf Monate),Syphilis (alle drei Monate), Tripper (alle drei bis sechs Monate) und Chlamydien (alle drei bis sechs Monate).

Auch die Nierenfunktion soll regelmäßig überprüft Werden (je nach Risikofaktoren alle drei bis zwölf Monate).

Nach Beendigung einer PrEP

Nach Ende einer PrEP werden Untersuchungen auf HIV (sechs Wochen nach der letzten PrEP-Einnahme) sowie auf Syphilis empfohlen.

Wo kann man die PrEP-Untersuchungen durchführen lassen?

- In der Arztpraxis sind alle PrEP-Checks möglich, allerdings nicht anonym.
- Tests auf HIV, Geschlechtskrankheiten und Hepatitis B können auch in vielen Aidshilfen, Checkpoints und Gesundheitsämtern durchgeführt werden. Die Tests sind dort anonym.

  Hier die Teststellen im Überblick:
  ▶ https://www.aidshilfe.de/adressen?f-type=12

- Einige Checkpoints bieten auch Untersuchungen der Nierenfunktion an.

Was kosten die Untersuchungen?

Arztpraxis

- Bei einer PrEP auf Kassenrezept werden die Kosten für die PrEP-Checks von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen.
- Bei einer PrEP auf Privatrezept muss man die Kosten für die PrEP-Untersuchungen grundsätzlich selbst übernehmen. Die Tests können dann anonym durchgeführt werden.
- Nierenwerte: etwa 3 Euro
- HIV, Geschlechtskrankheiten, Hepatitis B: unterschiedlich hohe Kosten bei Privatzahlung, unbedingt vorher abklären. Eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse ist unter bestimmten Voraussetzungen möglich:

1. Wenn man ein Risiko hatte, sich mit einer Geschlechtskrankheit zu infizieren – zum Beispiel, wenn ein_e Sexpartner_in eine Geschlechtskrankheit hat oder wenn man in der letzten Zeit häufig wechselnde Sexpartner_innen hatte;
2. Wenn man Symptome einer Geschlechtskrankheit hat, z. B. wenn folgende Anzeichen auftreten: Brennen beim Wasserlassen, Jucken oder Ausfluss im Genital-, oder Analbereich, Hautausschläge.

Welche Nebenwirkungen hat das PrEP-Medikament?

Die meisten Menschen vertragen das PrEP-Medikament gut. Manche klagen in der ersten Zeit über Übelkeit, Durchfall, Kopf-, Bauch- und Gelenkschmerzen sowie Müdigkeit oder Schlafstörungen.

Die Einnahme des PrEP-Medikaments verringert die Leistungsfähigkeit der Niere. Wer an einer Erkrankung der Niere leidet, sollte keine PrEP einnehmen.

Wichtig ist, die Nierenwerte bei einer PrEP regelmäßig kontrollieren zu lassen. Die Nierenfunktion kehrt in der Regel wieder zu ihren Normalwerten zurück, wenn man das Medikament absetzt.

Die PrEP-Medikamente können die Knochendichte leicht senken. Das Thema ist besonders für trans* Frauen wichtig, bei denen eine Orchiektomie (Entfernung der Hoden) vorgenommen wurde. Sie sollten mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt über ihre Knochengesundheit sprechen.

Was weiß man über Wechselwirkungen?

Trans* Frauen können weibliche Sexualhormone unbedenklich zusammen mit der PrEP einnehmen. Der Wirkstoffspiegel einer der beiden PrEP-Wirkstoffe sinkt zwar leicht, doch gefährdet dies offenbar nicht die Schutzwirkung der PrEP.

Trans* Männer können Testosteron unbedenklich zusammen mit der PrEP nehmen.

Eine Übersicht über Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Sexualhormonen und verschiedenen HIV-Medikamenten bietet die Seite
▶ hiv-druginteractions.org
(auf Englisch).

Wechselwirkungen zwischen dem PrEP-Medikament und Drogen – einschließlich „Partydrogen“ wie Ecstasy, Ketamin oder Mephedron – sind nicht bekannt und nicht zu erwarten.

Zwischen der PrEP und anderen Medikamenten, zum Beispiel einigen Entzündungshemmern, Schmerzmitteln oder Antibiotika, kann es zu Wechselwirkungen kommen. Wenn man die PrEP nimmt oder nehmen möchte, sollte man mit dem Arzt oder der Ärztin auch über die anderen Medikamente sprechen, die man einnimmt.

Mögliche Wechselwirkungen kann man auch über die „Interaction Checkers“ auf hiv-druginteractions.org herausfinden (links unter HIV Drugs „Emtricitabine/Tenofovir-DF (FTC/TDF, PrEP“ anklicken, dann unter „Co-medications“ entweder Medikament anklicken oder eingeben

und in der rechten Spalte „Check HIV/ HIV drug interactions“ anklicken).

Was ist mit Resistenzen?
Ein wichtiges Thema rund um die PrEP sind Resistenzen. Gemeint sind HIV-Virusstämme, die gegen das PrEP-Medikament unempfindlich sind, sodass das Medikament nicht mehr richtig wirkt und HIV sich wieder vermehren kann.

Zu solchen Resistenzen kann es kommen, wenn man eine PrEP nimmt, obwohl man schon HIV-infiziert ist. Das ist zum Beispiel zu Beginn einer PrEP möglich, denn die HIV-Tests schlagen nicht an, wenn man sich gerade ganz frisch infiziert hat.

Außerdem kann es zu Resistenzen kommen, wenn man die PrEP nicht nach einem der beiden Einnahmeschemen nimmt und sich deswegen infiziert.

Es ist deshalb sehr wichtig, vor Beginn der PrEP, vier Wochen nach Beginn der PrEP und anschließend alle drei Monate während der PrEP einen HIV-Test zu machen.

Viren, die gegen das PrEP-Medikament resistent sind, können auch übertragen werden. Dann kann es trotz PrEP zu einer Infektion kommen. Das geschieht aber extrem selten. Weltweit sind bisher nur eine Handvoll solcher Fälle bekannt geworden.

Schutz durch Therapie

Schutz durch Therapie verhindert beim Sex eine HIV-Infektion, wenn ein_e Partner_in HIV-positiv und der_die andere HIV-negativ ist.

Die Methode beruht darauf, dass der HIV-positive Mensch eine gut funktionierende HIV-Therapie einnimmt und dass in seinem Blut seit mindestens einem halben Jahr keine HI-Viren mehr nachweisbar sind. Dann befinden sich nämlich auch in Körperflüssigkeiten wie Sperma und Scheidenflüssigkeit kaum noch Viren. Eine HIV-Übertragung findet dann nicht mehr statt.

Auf ein Kondom kann man unter diesen Bedingungen verzichten und ist trotzdem vor HIV geschützt. Die Medikamente müssen allerdings regelmäßig eingenommen und der Erfolg der Therapie regelmäßig überprüft werden. Die Methode sollte man nur nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin anwenden.

Wie funktioniert Schutz durch Therapie?

Die HIV-Medikamente verhindern im Körper eines HIV-positiven Menschen die Vermehrung des Virus. Nach einiger Zeit ist bei einer gut wirksamen Therapie im Blut kein HIV mehr nachweisbar. Man spricht dann von einer „Viruslast unter der Nachweisgrenze“. Kurz darauf sind auch in Sperma, der Scheidenflüssigkeit, in anderen Körperflüssigkeiten und in den Schleimhäuten keine oder nur noch sehr wenige HI-Viren nachweisbar. Eine Übertragung von HIV beim Geschlechtsverkehr findet dann nicht mehr statt.

Wie sicher ist der Schutz durch die Medikamente?

Studien haben ergeben, dass eine gut wirksame HIV-Therapie mindestens genauso zuverlässig vor der Übertragung von HIV schützt wie Kondome. In den Studien wurden Hunderte HIV-positiv-negativ-gemischte Paare über Jahre begleitet – sowohl heterosexuelle als auch homosexuelle Paare. Sie hatten in dieser Zeit Zigtausende Sexualkontakte ohne Kondom. Dabei kam es zu keiner einzigen HIV-Übertragung. Wenn man Schutz durch Therapie praktiziert, ist also auch Sex ohne Kondom Safer Sex. Absolute Sicherheit gibt es nie, auch beim Kondomgebrauch nicht. Aber beide Methoden haben eine sehr hohe Schutzwirkung.

Wenn die Medikamente nicht regelmäßig eingenommen werden kann die Viruslast wieder ansteigen – und damit wieder die Möglichkeit der Übertragung entstehen. Die Einnahme muss aber nicht minutengenau erfolgen, sondern verträgt durchaus gewisse Abweichungen vom Zeitplan. Wenn einzelne Einnahmen verzögert erfolgen oder vergessen werden, gefährdet das nicht gleich den Therapieerfolg und es entsteht auch kein höheres Übertragungsrisiko. Vergisst man die Einnahme aber häufiger, kann die Viruslast wieder steigen.

Bei HIV-positiven Menschen unter einer gut wirksamen Therapie haben andere Geschlechtskrankheiten nach allen vorliegenden Studien keinen Einfluss auf das Übertragungsrisiko. Schutz vor HIV durch Therapie funktioniert auch dann.

Weitere Strategien zu Safer Sex

Schutz durch einen Bilanztest und „ausgehandelte Sicherheit“

Besonders in einer festen Partnerschaft kann ein „Bilanztest“ sinnvoll sein: Beide Partner machen einen HIV-Test, nachdem sie sechs Wochen keine Risiken eingegangen sind. Sind dann beide HIV-negativ und haben keinen Sex mit anderen Partnern, können sie innerhalb der Partnerschaft auf Kondome oder PrEP verzichten.

Manche Paare erweitern diese Regel: Sie leben eine offene Beziehung und machen außerhalb der Beziehung nur Safer Sex, damit sie innerhalb der Beziehung auf Kondome oder PrEP verzichten können. Dafür sind sehr klare Absprachen nötig. Deswegen nennt man diese Strategie „Ausgehandelte Sicherheit“.

Bilanztest und „Ausgehandelte Sicherheit“ verlangen großes Vertrauen zum_zur Partner_in: Hat er_sie tatsächlich keinen ungeschützten Sex mit anderen Partner_innen? Wenn es doch einmal passiert, muss er_sie darüber sprechen, um den_die feste Partner_in nicht zu gefährden.

Schutz durch Diagnose von Symptomen

„Bei Symptomen zum_zur Ärzt_in“: Diese Botschaft wird bei Symptomen, die auf eine HIV-Infektion oder sexuell übertragbare Infektion hinweisen, aus Scham oft nicht umgesetzt. Hier gilt es, in der Beratung die Bedeutung einer rechtzeitigen Diagnose und Therapie sowie der Benachrichtigung der letzten

Sexpartner_innen zu klären, damit auch diese sich untersuchen und ggf. behandeln lassen können.

Hingewiesen werden sollte auch darauf, dass STIs häufig ohne Symptome verlaufen oder dass diese nicht bemerkt werden.

Schutz durch regelmäßige HIV- und STI-Tests

Wer häufig Sex mit unterschiedlichen Partner_innen hat, sollte sich regelmäßig auf HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen testen lassen.

(→ Empfehlungen dazu im Kapitel 6 „STIs“ S. 7, „Wer sollte sich auf welche Geschlechtskrankheiten wie oft testen lassen?“)

Was gibt es beim Oralverkehr zu beachten?

Beim Oralverkehr (Lutschen oder Lecken des Penis, der Scheide, des Afters) gibt es praktisch kein HIV-Risiko, denn die Mundschleimhaut ist sehr stabil. Selbst wenn Sperma oder Menstruationsblut in den Mund gelangt, ist das Übertragungsrisiko sehr gering – weltweit sind nur wenige Fälle beschrieben worden, in denen es dadurch zu einer Infektion kam.

Um das geringe Risiko noch weiter zu verringern, sollte man das Sperma schnell wieder ausspucken, bei „Deep Throat“ und Abspritzen im Rachen ist wahrscheinlich Schlucken besser, da die Verweildauer im Mund dann kürzer ist.

HIV-Übertragungs-wahrscheinlichkeiten

HIV in Deutschland

In den meisten Anfragen wollen Ratsuchende von uns wissen, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, dass sie sich bei einem sexuellen Kontakt mit HIV angesteckt haben könnten. Um das einschätzen zu können, spielt neben dem Übertragungsweg und den umgesetzten Schutzmaßnahmen auch die statistische Wahrscheinlichkeit eine Rolle, auf eine nicht behandelte Person mit HIV zu treffen, sodass eine sexuelle Übertragung möglich ist.

Hierzu sind einige Fakten wissenswert:

- Deutschland hatte Ende 2021 gut 83 Millionen Einwohner*innen.
- Ende 2021 lebten ca. 91.000 Menschen in Deutschland mit HIV – etwa 9.000 von ihnen, ohne es zu wissen.
- Von den rund 91.000 Menschen mit HIV, die Ende 2021 in Deutschland lebten, hatten sich schätzungsweise 55.000 beim Sex zwischen Männern, 11.000 bei heterosexuellen Kontakten und fast 9.000 beim intravenösen Drogengebrauch infiziert. Das heißt: Die HIV-Prävalenz und damit letztendlich das potenzielle HIV-Risiko ist in bestimmten Gruppen deutlich höher.
- Ende 2021 nahmen rund 79.000 Menschen HIV-Medikamente, bei etwa 96 % davon lag die Zahl der Viruskopien im Blut unter der Nachweisgrenze der üblichen Verfahren.
- Ungefähr 1.800 Menschen infizierten sich im Jahr 2021 neu mit HIV, davon etwa 1.000 beim Sex zwischen Männern, 440 bei heterosexuellen Kontakten und 320 beim intravenösen Drogengebrauch.

Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung

Ob es zu einer HIV-Infektion kommt, hängt von vielen Faktoren ab. Deswegen ist es 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 Schutzverhalten 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.

Grundsätzlich sind Angaben zu HIV-Risiken statistische Werte. So kann bei einer Person ein einziger Kontakt zu einer Infektion führen, während bei anderen auch mehrfache Kontakte folgenlos bleiben. Je nach Übertragungsweg kann das statistische Risiko bei ungeschütztem Sex zum Beispiel zwischen etwa einer Infektion pro 100 Kontakten und einer Infektion pro 1000 Kontakten liegen.

Beispiele für Faktoren, welche die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion beeinflussen

Safer Sex: Wurde Safer Sex (Kondome, PrEP oder Schutz durch Therapie) praktiziert und ist somit eine HIV-Übertragung weitestgehend auszuschließen?

Wahrscheinlichkeit, dass der*die Partner*in HIV-infiziert ist: Gehört der*die Partner*in zu einer Gruppe, in der HIV stärker verbreitet ist (z. B. MSM, Drogengebraucher*innen)? Diese Klärung ist besonders notwendig, falls noch eine PEP in Erwägung gezogen wird.

Menge der übertragenen Viruskopien: Die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung steigt mit der übertragenen Virusmenge.

Voraussetzungen für Schutz durch Therapie: Falls der*die Sexpartner*in HIV-positiv ist – gibt es Informationen, ob er*sie eine medikamentöse Therapie macht und ob HIV dank der Therapie nicht übertragen werden kann?

Art der Sexualpraktik/welche Schleimhäute und Körperflüssigkeiten waren beteiligt?

- Sperma, Vaginalflüssigkeit (Scheidenflüssigkeit) und Menstruationsblut enthalten bei einer unbehandelten HIV-Infektion sehr viele Viren.
- Die Schleimhäute im Enddarm, am Gebärmutterhals und in der Vagina sind sehr empfindlich und können HIV leicht aufnehmen, ebenso die Schleimhäute an der Innenseite der Vorhaut der Harnröhre und am Bändchen des Penis.
- Da Vaginal- und Darmschleimhaut viele Viren enthalten können, gibt es beim Vaginal- und Analverkehr auch ein HIV-Risiko für die eindringende („aktive“) Person.
- Beim Oralverkehr gibt es praktisch kein HIV-Risiko, denn die Mundschleimhaut ist sehr stabil. Selbst wenn Sperma oder Menstruationsblut in den Mund gelangt, ist das Übertragungsrisiko sehr gering.

Liegen begleitende Geschlechtskrankheiten wie z. B. eine Chlamydien-Infektion, eine Syphilis oder eine Gonorrhö vor? Dadurch kann sich die HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit erhöhen.

Beschneidungsstatus: Menschen mit einem beschnittenen Penis haben beim Vaginalverkehr und wahrscheinlich auch beim Analverkehr eine geringere Wahrscheinlichkeit, sich mit HIV zu infizieren.

Anzahl der Sexualkontakte und der Sexualpartner*innen: Statistische Risiken häufen sich mit der Zahl der ungeschützten Sexkontakte bzw. der Zahl der Sexualpartner*innen an.

Menge bzw. Konzentration der aufgenommenen HIV-haltigen Sekrete und Dauer des „Einwirkens“: Bei geringer Menge und kurzer Dauer ist das Risiko, sich mit HIV zu infizieren, niedriger.

Dauer und Intensität des Sexualakts: Je länger der Geschlechtsverkehr dauert und je „heftiger“ er ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung.

Checkliste für das Beratungsgespräch

- ☐ Wurde das Thema HIV mit dem*der Sexpartner*in angesprochen?
- ☐ Gab oder gibt es die Möglichkeit, Partner*innen nach ihrem HIV-Status zu fragen? Wäre das sinnvoll?
- ☐ Welche Faktoren gibt es, die die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion beeinflussen?
- ☐ Was folgt aus der Einschätzung der HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit?
- ☐ Ist eine PEP angezeigt?
- ☐ Ist ein HIV-Test sinnvoll, um eine mögliche Infektion auszuschließen?
- ☐ Ist ein HIV-Test sinnvoll, um die Psyche des*der Ratsuchenden zu entlasten?
- ☐ Sollte das Thema HIV in der Beziehung besprochen werden?
- ☐ Hat der*die Ratsuchende ein realistisches Bild vom Leben mit HIV heute?

HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit ohne Schutzmaßnahmen und bei Sexpartner*innen mit infektionsrelevanter HIV-Menge im Blut und in den Schleimhäuten

Die im Folgenden genannten HIV-Übertragungswahrscheinlichkeiten beziehen sich auf Situationen ohne Schutzmaßnahmen mit Sexpartner*innen mit HIV, bei denen eine Übertragung möglich ist.

Mit den folgenden Schutzmaßnahmen kann man das Risiko einer HIV-Übertragung bzw. -Infektion minimieren *(→ Kapitel 3)*:

- Kondome/Femidome
- Schutz durch Therapie
- HIV-Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP).

Falls es zur Übertragung einer infektionsrelevanten HIV-Menge kam, kann außerdem eine

- HIV-Post-Expositions-Prophylaxe (PEP)

in den meisten Fällen verhindern, dass sich HIV im Körper „einnistet" und es so zu einer HIV-Infektion kommt *(→ Kapitel 5)*.

Um sich vor Infektionen mit anderen sexuell oder durch Blut übertragbaren Erregern zu schützen, sind außerdem ggf. Impfungen (vor allem gegen Hepatitis A, B sowie HPV) sinnvoll sowie Sofortmaßnahmen nach einer Exposition.

Analverkehr aufnehmend „passiv"/rezeptiv

Kontakt zwischen den Schleimhäuten von Darm und Penis

Sexpraktik mit hoher HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

Aufnehmender Analverkehr ist die Sexualpraktik mit der höchsten HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit pro ungeschütztem Kontakt – das Infektionsrisiko ist statistisch deutlich höher als bei eindringendem Analverkehr.

- Die Schleimhaut des Darms ist empfindlich und dünn, die Zellen der Darmschleimhaut sind auf die Aufnahme von Stoffen spezialisiert und können HIV direkt aufnehmen.
- Es gibt außerdem eine hohe Anzahl von Immunzellen in der Darmschleimhaut, die Viren aufnehmen und weitergeben können.
- Die Darmschleimhaut wird bei Analverkehr fast immer verletzt.

Mit Aufnahme von Ejakulat

Wenn Ejakulat aufgenommen wird, ist die HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit höher, als wenn kein Ejakulat aufgenommen wird.

- Infektiöse Flüssigkeit (Ejakulat) ist im Körper deponiert, hat also viel Zeit, an Wirtszellen anzudocken.

Ohne Aufnahme von Ejakulat

- Auch kleine Mengen infektiöser Flüssigkeit, z. B. Lusttropfen, eitriges Sekret bei einem Harnröhren-Tripper oder aus einem Geschwür in der Vorhaut, können im Darm zu einer HIV-Infektion führen.

- HIV-Übertragungen sind auch durch direkten intensiven Kontakt zwischen den Schleimhäuten von Enddarm und Penis möglich, also ohne Aufnahme von Körperflüssigkeiten.

Schutzmöglichkeiten

- Kondome (externe oder interne) und reichlich wasserlösliches Gleitmittel verwenden
- PrEP
- Schutz durch Therapie: Bei dem*der HIV-positiven Sexualpartner*in ist die Zahl der HIV-Kopien im Blut und den Schleimhäuten so gering, dass eine sexuelle Übertragung nicht möglich ist.

Analverkehr eindringend „aktiv"/insertiv

Kontakt zwischen den Schleimhäuten von Penis und Darm

Sexpraktik mit hoher HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

Eindringender Aginalverkehr ist nach aufnehmendem Analverkehr die Sexualpraktik mit der zweithöchsten HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit pro ungeschütztem Kontakt. Die Schleimhäute am Penis sind etwas stabiler als die Darmschleimhaut, aber auch sie enthalten HIV-Zielzellen. Haupteintrittspforten sind die Vorhaut, das „Bändchen" (Frenulum) und der Eingang der Harnröhre *(→ S. 8 in diesem Kapitel)*. Zu bedenken ist aber, dass viele Männer, die Sex mit Männern haben, sowohl eindringenden als auch aufnehmenden Analverkehr haben.

- Am Penis befinden sich am inneren Blatt der Vorhaut, am Bändchen und am Harnröhreneingang viele oberflächlich liegende HIV-Zielzellen *(→ Grafiken S. 8)*. Diese Schleimhäute kommen mit dem stark virushaltigen Flüssigkeitsfilm auf der Darmschleimhaut der aufnehmenden Person in Kontakt.
- Manchmal kommt es zusätzlich zu Penis-Blut-Kontakt.
- Beschneidung: Für Analverkehr gibt es bisher nur wenige Daten. Wenn die eindringende Person beschnitten ist, reduziert sich das statistische Pro-Kontakt-Infektionsrisiko aber nach jetzigem Wissen deutlich.
- Neopenis: Wie hoch die Übertragungswahrscheinlichkeit nach einer geschlechtsangleichenden Operation ist, lässt sich aufgrund unzulänglicher Datenlage nicht sicher sagen. Wie viel Schleimhaut vorhanden ist, um mögliche Viren aufzunehmen, hängt von der jeweiligen OP-Methode ab. Ist das vorhandene Narbengewebe nach der OP noch nicht ganz ausgeheilt, besteht eine höhere Übertragungswahrscheinlichkeit.

Schutzmöglichkeiten

- Kondome (externe oder interne)
- PrEP
- Schutz durch Therapie

Vaginalverkehr aufnehmend „passiv“/rezeptiv

Kontakt zwischen den Schleimhäuten von Vagina/Gebärmutterhals und Penis

Sexpraktik mit hoher HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

Aufnehmender Vaginalverkehr ist nach aufnehmendem Analverkehr und einführendem Analverkehr die Sexualpraktik mit der dritthöchsten HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit pro ungeschütztem Kontakt. Die aufnehmende Person hat beim ungeschützten Vaginalverkehr ein höheres Risiko als die eindringende Person.

- Zielzellen in der Vaginalschleimhaut und der empfindlicheren Schleimhaut der Zervix (Gebärmutterhals) können HIV aufnehmen.
- Neovagina: wie hoch die Übertragungswahrscheinlichkeit nach einer geschlechtsangleichenden Operation ist, lässt sich aufgrund unzulänglicher Datenlage nicht sicher sagen. Wie viel Schleimhaut vorhanden ist, um mögliche Viren aufzunehmen, hängt von der jeweiligen OP-Methode ab. Ist das vorhandene Narbengewebe nach der OP noch nicht ganz ausgeheilt, besteht eine höhere Übertragungswahrscheinlichkeit. Da in der Vagina Narbengewebe vorhanden ist, das weniger dehnbar ist als andere Haut, kann es zu Mikroverletzungen durch die Penetration kommen.

Mit Aufnahme von Ejakulat

Ungeschützter aufnehmender Vaginalverkehr ist riskanter, wenn Ejakulat aufgenommen wird.

- Eine größere Menge infektiöser Flüssigkeit (Ejakulat) ist im Körper deponiert, hat also viel Zeit, an Wirtszellen anzudocken.

Ohne Aufnahme von Ejakulat

- Auch kleine Mengen infektiöser Flüssigkeit (z. B. Lusttropfen, eitriges Sekret einer STI) können für eine Infektion ausreichen.
- HIV-Übertragungen sind auch durch direkten intensiven Kontakt zwischen den Schleimhäuten von Vagina/Gebärmutterhals und Penis möglich, also ohne Aufnahme von Körperflüssigkeiten.

Schutzmöglichkeiten

- Kondome (interne oder externe)
- PrEP
- Schutz durch Therapie

Vaginalverkehr eindringend „aktiv“/insertiv/penetrativ

Kontakt zwischen den Schleimhäuten von Penis und Vagina/Gebärmutterhals

Sexpraktik mit hoher HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

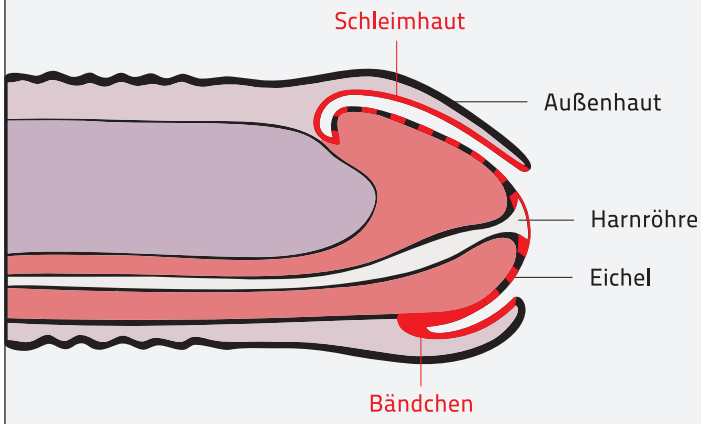
Eindringender Vaginalverkehr ist nach aufnehmendem Analverkehr, einführendem Analverkehr und aufnehmendem Vaginalverkehr die Sexualpraktik mit der vierthöchsten HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit pro ungeschütztem Kontakt.

- Am Penis befinden sich am inneren Blatt der Vorhaut, am Bändchen und am Harnröhreneingang viele oberflächlich liegende HIV-Zielzellen *(→ Grafiken S. 8)*. Diese Schleimhäute kommen mit virushaltigen Schleimhäuten in Kontakt.
- Manchmal kommt es zusätzlich zu Penis-Blut-Kontakt.
- Neopenis: Wie hoch die Übertragungswahrscheinlichkeit nach einer geschlechtsangleichenden Operation ist, lässt sich aufgrund unzulänglicher Datenlage nicht sicher sagen. Wie viel Schleimhaut vorhanden ist, um mögliche Viren aufzunehmen, hängt von der jeweiligen OP-Methode ab. Ist das vorhandene Narbengewebe nach der OP noch nicht ganz ausgeheilt, besteht eine höhere Übertragungswahrscheinlichkeit.
- Neovagina: wie hoch die Übertragungswahrscheinlichkeit nach einer geschlechtsangleichenden Operation ist, lässt sich aufgrund unzulänglicher Datenlage nicht sicher sagen. Wie viel Schleimhaut vorhanden ist, um mögliche Viren abzugeben, hängt von der jeweiligen OP-Methode ab. Ist das vorhandene Narbengewebe nach der OP noch nicht ganz ausgeheilt, besteht eine höhere Übertragungswahrscheinlichkeit. Da in der Vagina Narbengewebe vorhanden ist, das weniger dehnbar ist als andere Haut, kann es zu Mikroverletzungen durch die Penetration kommen.
- Beschneidung: Das innere Blatt der Vorhaut wird bei der Erektion nach außen verlagert und gestreckt. Dadurch bietet der unbeschnittene Penis im erigierten Zustand eine größere Schleimhautfläche mit Zielzellen für HIV *(→ Grafiken S. 8)*. Durch die Beschneidung (Entfernung von großen Teilen der Vorhaut) reduzieren sich die Eintrittspforten für HIV. Menschen mit beschnittenem Penis haben daher bei ungeschütztem eindringendem Vaginalverkehr ein deutlich geringeres HIV-Risiko als Menschen mit unbeschnittenem Penis.

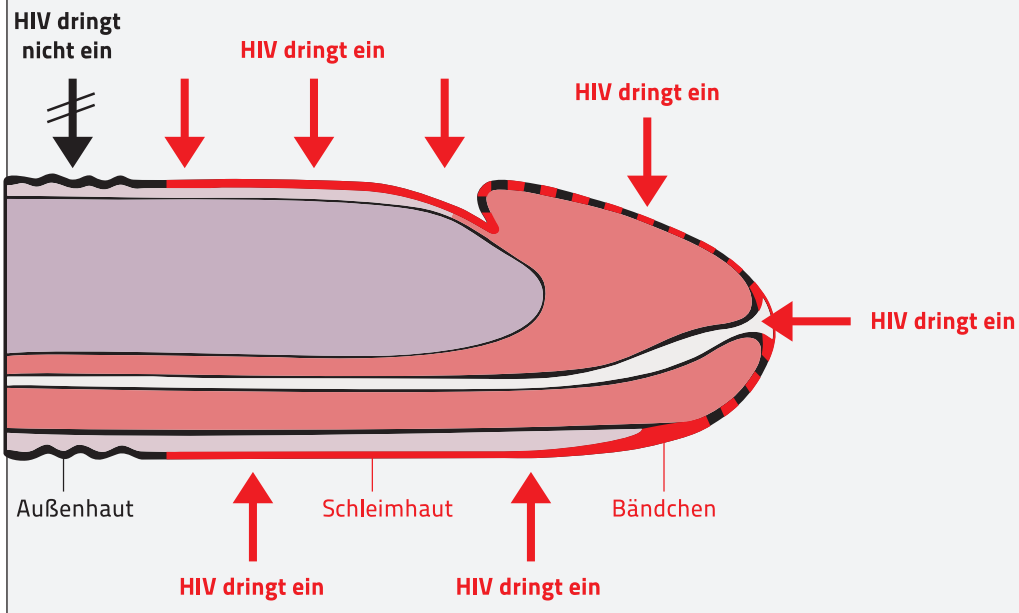
Schutzmöglichkeiten

- Kondome (interne oder externe)
- PrEP
- Schutz durch Therapie

Unbeschnittener Penis (mit Vorhaut)



Eintrittspforten am unbeschnittenen erigierten Penis mit zurückgezogener Vorhaut



Orale Stimulation des Penis aufnehmend/rezeptiv

Fellatio | „Blasen“ | „Französisch“

Kontakt zwischen den Schleimhäuten von Mund/Rachen und Penis

Sexpraktik mit vernachlässigbar geringer HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

Weltweit sind seit Beginn der HIV-Epidemie nur Einzelfälle beschrieben worden, in denen es bei aufnehmender Fellatio (einer Person „einen blasen“) zu HIV-Übertragungen kam – in wissenschaftlichen Studien wurden keine Fälle dokumentiert. Laut den Deutsch-Österreichischen Leitlinien zur HIV-PEP soll bei Oralverkehr keine PEP angeboten werden – unabhängig davon, ob es sich um aufnehmenden oder eindringenden Oralverkehr handelte und ob Ejakulat aufgenommen wurde.

- Im Unterschied zu Vaginal- und Analverkehr stellen kleine Mengen infektiöser Flüssigkeit (Lusttropfen) kein nennenswertes Infektionsrisiko dar.
- Die Mundschleimhaut ist robuster als Vaginal- und Darmschleimhaut, der Speichel verdünnt infektiöse Flüssigkeiten.
- Selbst wenn Sperma in den Mund gelangt, ist die Übertragungswahrscheinlichkeit sehr gering. Weltweit sind nur wenige Fälle beschrieben worden, in denen es dadurch zu einer HIV-Infektion kam.
- Man kann diese sehr geringe Übertragungswahrscheinlichkeit noch weiter senken, wenn man das Sperma ausspuckt oder herunterschluckt – damit das Sperma nur kurz im Mund-/Rachenraum bleibt.
- Fazit: Beim Oralverkehr gibt es praktisch keine HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit.
- Neopenis: nach einer geschlechtsangleichenden Operation ist keine Ejakulation möglich, es besteht daher kein nennenswertes Infektionsrisiko.

Schutzmöglichkeiten

- PrEP
- Schutz durch Therapie
- *In der Sexarbeit gelten Kondome beim Oralverkehr als Standard – vor allem zum Schutz vor anderen sexuell übertragenen Infektionen.*

Orale Stimulation des Penis eindringend/insertiv

Fellatio | „Geblasen werden“ | „Französisch“

Kontakt zwischen den Schleimhäuten von Penis und Mund/Rachen

Sexpraktik ohne HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

- Es besteht lediglich Kontakt mit Speichel, selbst Blut (aus Zahnfleischbluten) wird durch den Speichel verdünnt.

Schutzmöglichkeiten

- keine erforderlich

Orale Stimulation der Vulva „aktiv“ – Cunnilingus | „Lecken“ | „Französisch“

Kontakt zwischen den Schleimhäuten von Zunge/Mund und Vulva

Sexpraktik mit vernachlässigbar geringer HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

Weltweit sind seit Beginn der HIV-Epidemie nur Einzelfälle beschrieben worden, in denen es bei Oralverkehr zu HIV-Übertragungen kam. In wissenschaftlichen Studien wurden keine HIV-Übertragungen beim Cunnilingus dokumentiert. Laut den Deutsch-Österreichischen Leitlinien zur HIV-PEP soll bei Oralverkehr keine PEP angeboten werden – unabhängig davon, ob es sich um aufnehmenden oder eindringenden Oralverkehr handelte. Auch die Aufnahme von Menstruationsblut stellt kein relevantes Risiko dar.

- Die Mundschleimhaut ist robuster als Vaginal- und Darmschleimhaut, der Speichel verdünnt infektiöse Flüssigkeiten.
- Es werden nur geringe Mengen Vaginalsekrets/Menstruationsbluts aufgenommen, die Aufnahme geschieht nach und nach und nicht in kürzester Zeit.
- Neovulva: Ein Menstruationszyklus ist nach einer geschlechtsangleichenden Operation nicht vorhanden, weshalb es nicht zu einem Kontakt mit Menstruationsblut kommen kann.

Schutzmöglichkeiten

- keine erforderlich
- *Ein sogenanntes Dental Dam („Lecktuch“) kann über die Vulva gelegt werden, um Kontakt mit sexuell übertragbaren Erregern zu vermeiden. Diesen Schutz bieten auch ein aufgeschnittenes Kondom oder Frischhaltefolie.*

Orale Stimulation der Vulva „passiv“ – Cunnilingus | „Geleckt werden“|„Französisch“

Kontakt zwischen den Schleimhäuten von Vulva und Zunge/Mund

Sexpraktik ohne HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

- Speichel ist nicht infektiös.

Schutzmöglichkeiten

- keine erforderlich

Orale Stimulation des Anus „aktiv“ – Anilingus | „Arschlecken“ | Rimming

Sexpraktik mit vernachlässigbar geringer HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

- Die Mundschleimhaut ist relativ robust.
- Selbst bei leicht blutenden Verletzungen oder Erkrankungen des Anus (Hämorrhoiden) nimmt die stimulierende Person nur geringe Mengen an Blutbeimischung auf, die Aufnahme geschieht nach und nach und nicht in kürzester Zeit, das Sekret vermischt sich im Mund mit Speichel, dieser Verdünnungseffekt senkt das Risiko.

Schutzmöglichkeiten

- keine erforderlich

Orale Stimulation des Anus „passiv“ Anilingus | „am Arsch geleckt werden“ | Rimming

Sexpraktik ohne HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

- Speichel ist nicht infektiös

Schutzmöglichkeiten

- keine erforderlich

Fisten einführend/„aktiv“/insertiv Einführen der Hand / Faust in den Darm / die Vagina

Sexpraktik mit vernachlässigbar geringer HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

Beim Fisten kann leicht die empfindliche Darm- oder Vaginalschleimhaut verletzt werden. Eine HIV-Übertragung auf die einführende Person ist theoretisch bei offenen Wunden an den Fingern möglich, aber unwahrscheinlich.

Schutzmöglichkeiten

- Beim Fisten kann die eindringende Person Latexhandschuhe zusammen mit wasserlöslichem bzw. fettfreien Gleitmittel benutzen (für jede Person einen neuen Handschuh und ihr eigenes Gleitmittel), um sich vor dem Kontakt mit Krankheitserregern aus dem Darm oder der Vagina oder mit Blut der aufnehmenden Person zu schützen.

Fisten aufnehmend/„passiv“/ rezeptiv
Einführen der Hand / Faust in den Darm / die Vagina

Sexpraktik mit vernachlässigbar geringer HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit
Beim Fisten kann leicht die empfindliche Darm- oder Vaginalschleimhaut verletzt werden. Eine HIV-Übertragung von der eindringenden Person ist unwahrscheinlich, solange sie keine blutenden Verletzungen an den Fingern hat. Beim Gruppensex kann ein Risiko bestehen, wenn die einführende Person vorher eine andere Person gefistet und den Handschuh nicht gewechselt bzw. die Hände nicht gewaschen hat – dann kann infektiöses Darm-/Vaginalsekret oder Blut durch die fistende Person übertragen werden.

Wird nach dem Fisten aufnehmender ungeschützter Analverkehr praktiziert, ist das HIV-Übertragungsrisiko erhöht.

Schutzmöglichkeiten
- Darauf achten, dass ausreichend wasserlösliches bzw. fettfreies Gleitmittel verwendet wird, um die Verletzungsgefahr zu senken.
- Darauf achten, dass die einführende Persson kurz geschnittene und nicht scharfkantige Fingernägel hat und Schmuck abgelegt hat.
- Bei Gruppensex für jede*n Partner*in einen neuen Handschuh verwenden bzw. darauf achten, dass der*die Partner*in einen neuen Handschuh überstreift.

Bei Analverkehr nach dem Fisten Schutzmaßnahmen verwenden (Kondome intern oder extern, PrEP, Schutz durch Therapie).

Tribadie
Reiben von Vulven aneinander

Sexpraktik ohne HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit
- Es findet kein relevanter Austausch von infektiöser Flüssigkeit statt.

Schutzmöglichkeiten
- keine erforderlich

Fingerspiele „aktiv“ und „passiv“
Einführen von Fingern in den Darm / die Vagina

Sexpraktik ohne HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit
Weltweit wurde keine einzige HIV-Übertragung bei Fingerspielen beschreiben. Selbst bei kleinen Verletzungen oder Wunden besteht kein Risiko.

- Es findet kein relevanter Austausch von infektiöser Flüssigkeit statt.

Schutzmöglichkeiten
- keine erforderlich
- *Die eindringende Person kann Latex-Fingerlinge nutzen, um den Kontakt mit anderen sexuell übertragbaren Erregern zu vermeiden.*

Küssen

Sexpraktik ohne HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit
- Speichel ist nicht infektiös.
- Bei Zahnfleischbluten wird infektiöse Flüssigkeit (Blut) durch Speichel verdünnt.
- Die Mundschleimhaut ist robust und widerstandsfähig gegenüber HIV.

Schutzmöglichkeiten
- keine erforderlich

Urinspiele
„Anpissen“ |„Natursekt“ | „Golden Shower“ und
Kotspiele
„Scat“ | „Dirty“ | „Kaviar“

Sexpraktik ohne HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit
- Selbst bei leichten Blutbeimengungen in Kot oder Urin ist durch den Verdünnungseffekt keine HIV-Übertragung möglich.

Schutzmöglichkeiten
- keine erforderlich

Kontakt der Augenschleimhaut mit infektiösen Körperflüssigkeiten

Unbekannte HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit
- Die Augenschleimhaut kann HIV zum Beispiel aus Sperma aufnehmen, die Bindehaut ist eine mögliche Eintrittspforte. Allerdings schützt das Augenlid und wischt infektiöse Flüssigkeiten in Bruchteilen einer Sekunde weg. Die Tränenflüssigkeit sorgt für eine Verdünnung und einen Spüleffekt. Somit ist die Kontaktzeit kurz.
- Das saure Prostatasekret im Sperma verursacht rasch Brennen und Schmerzen, sodass die Personen die Augen schon alleine aufgrund des Brennens ausspülen – und somit die HIV-Übertragungswahrscheinlich reduzieren.

Sofortmaßnahmen
- Auge mit Wasser ausspülen.

HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit bei weiteren Expositionswegen

Gemeinsames Benutzen desselben Spritzbestecks bei i.v. Drogengebrauch
„Needle Sharing“

Hohe HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit
Das HIV-Übertragungsrisiko beim gemeinsamen Benutzen von Spritzbesteck (auch beim Chemsex) ist sehr hoch, weil HIV hier direkt in die Blutbahn gelangt und sich sofort im ganzen Körper verteilen kann.

- In feuchten Blutresten im Spritzenkolben können HI-Viren mehrere Tage oder sogar Wochen aktiv bleiben.

Schutzmöglichkeiten
- Safer Use: Nadeln und Spritzen sowie sonstige Utensilien (z. B. Löffel, Filter, Tupfer) nicht mit anderen teilen, möglichst immer nur das eigene, sterile Spritzbesteck und Zubehör verwenden.

Verletzungen an kontaminierten Instrumenten und Injektionsbestecken in Medizin und Pflege

Hohe HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit
Auch bei Verletzungen an kontaminierten Instrumenten und Spritzbestecken kann HIV unter Umständen direkt in die Blutbahn gelangen. Die Höhe der Übertragungswahrscheinlichkeit hängt ab von der Schnitt- bzw. Stichtiefe, der übertragenen Blutmenge und der Zahl der HIV-Kopien im Blut.

Sofortmaßnahmen
- Stelle mit Wasser und Seife oder Antiseptikum spülen.
- Spontanen Blutfluss nicht sofort unterbinden – so kann potenziell infektiöses Material ausgespült werden.
- Stelle nicht quetschen oder drücken!

Eine Verletzung an HIV-kontaminierten Instrumenten/Spritzbestecken ist eine klare Indikation für eine PEP.
(→ Kapitel 5)

Schutzmöglichkeiten
- Latex-Handschuhe tragen
- Aufmerksamkeit bei der Arbeit

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

Keine HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

Es gibt bislang keinen bekannten Fall einer Infektion mit HIV durch herumliegende Spritzen.

- Außen an der Nadel anhaftendes, eingetrocknetes Blut ist in der Regel schon alt (meist Stunden) und mit Sauerstoff (Luft) in Kontakt gekommen, HIV ist dadurch „inaktiv".
- Auch das Blut in der in der Regel sehr dünnen Kanüle trocknet rasch ein und ist dann nicht mehr infektiös.
- Kontakt mit dem (besser geschützten) Blut im Spritzenkolben erfolgt bei einer Stichverletzung nicht.

Weitere Informationen:
https://magazin.hiv/magazin/praevention-wissen/wie-gross-ist-das-infektionsrisiko-bei-verletzungen-durch-gebrauchte-spritzen/, Kurzlink https://t1p.de/7rcs5

Bluttransfusion

Vernachlässigbar geringe HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit in Deutschland

Blut wird sowohl auf Antikörper gegen HIV als auch auf andere Infektionskrankheiten getestet, z. B. Hepatitis B, C und Syphilis. Laut Robert-Koch-Institut sind in Deutschland seit 2004 nur zwei HIV-Infektionen durch Bluttransfusion bekannt geworden – bei ca. 4 Millionen Transfusionen pro Jahr.

Schutzmöglichkeiten

- keine erforderlich
- *Bei lange im Voraus geplanten Operationen kann die Möglichkeit einer Eigenblutspende genutzt werden.*

Blutprodukte,Gerinnungspräparate

Keine HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit in Deutschland

Blutprodukte und Gerinnungspräparate werden Verfahren zur Virusinaktivierung unterzogen.

Schwangerschaft, Geburt und Stillen

Hohe HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit bei nicht behandelter HIV-Infektion (hohe HIV-Menge im Blut)

Das Risiko einer HIV-Übertragung auf das Baby während der Schwangerschaft, bei der (vaginalen) Geburt und beim Stillen liegt ohne Schutzmaßnahmen wie eine HIV-Behandlung bei etwa 20 %.

Sehr geringe HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit bei Vorbeugemaßnahmen und Betreuung durch ein erfahrenes medizinisches Team

Unter optimalen Bedingungen beträgt das HIV-Übertragungsrisiko in der Schwangerschaft, bei der Geburt und beim Stillen weniger als 1 %.

Schutzmöglichkeiten

- Allen schwangeren Personen in Deutschland soll ein HIV-Test angeboten werden *(→ Kapitel 8)*.
- Am besten ist ein möglichst frühzeitiger Beginn einer HIV-Behandlung.
- Bei weniger als 50 HIV-Kopien/ml Blutplasma und Betreuung durch ein erfahrenes medizinisches Team ist eine vaginale Entbindung möglich. In einigen Fällen sollte eine Kaiserschnittentbindung erfolgen.
- Bei wirksamer antiretroviraler Behandlung der austragenden Person schon vor der Schwangerschaft, die ganze Schwangerschaft hindurch und bei der Geburt kann auf eine vorbeugende antiretrovirale Behandlung des Neugeborenen verzichtet werden. Ansonsten bekommt das Baby in der Regel zwei bis vier Wochen ein antiretrovirales Medikament.
- Liegt die Zahl der HIV-Kopien im Blut unter 50, ist Stillen in der Regel möglich. Wichtig dafür sind eine gute Beratung und eine engmaschige Begleitung durch eine*n HIV-Ärzt*in.

Mückenstiche

Keine HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

- Mücken saugen, sie pumpen nicht.
- Mögliche Blutreste am Rüssel sind zu gering, um eine Übertragung zu ermöglichen.
- Die Mücke ist kein „Zwischenwirt" von HIV (anders als z. B. bei Malaria).

Schutzmöglichkeiten

keine erforderlich

Tätowieren und Piercen

Vernachlässigbar geringe HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

Weltweit sind nur einzelne Fälle (wahrscheinlicher) HIV-Übertragungen durch Tätowieren oder Piercen beschrieben worden. Ein Risiko besteht, wenn nicht mit sauberen Materialien (Nadeln, extra Farbbehälter für jede*n Kund*in) gearbeitet wird und die allgemeinen Hygienevorschriften nicht eingehalten werden.

Schutzmöglichkeiten

- Grunsätzlich sollte man Tätowierungen und Piercings nur von Profis anfertigen lassen, die mit neuen und sterilen Materialien arbeiten (Nadeln, extra Farbbehälter für jede*n Kund*in).

PEP

Adressen für den Notfall am Wochenende

Klinik 1:

Straße:

Telefon:

Name der Schwerpunktstation:

Klinik 2:

Straße:

Telefon:

Name der Schwerpunktstation:

PEP = Post-Expositions-Prophylaxe

Es kann vorkommen, dass beim Safer Sex etwas schiefgeht. Kondome können zum Beispiel reißen oder abrutschen. Manchmal werden sie im Rausch der Gefühle auch einfach vergessen. Wenn einer der Partner HIV-positiv und nicht behandelt ist, besteht die Möglichkeit, dass HIV übertragen wird.

Sofortmaßnahmen nach „Sexunfällen“

Nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr mit einem oder einer HIV-positiven Partner_in lässt sich die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung durch folgende Maßnahmen etwas reduzieren:

- Nach eindringendem ungeschützten Anal- / Vaginalverkehr: Urinieren und damit Harnröhre ausspülen. Penis unter fließendem Wasser mit Seife waschen. Dazu Vorhaut zurückziehen und Eichel sowie Innenseite der Vorhaut vorsichtig (ohne Druck auf die Schleimhaut auszuüben) reinigen.
- Bei Aufnahme von Samenflüssigkeit in den Mund: sofort ausspucken und mit Wasser vier- bis fünfmal kurz nachspülen. Bei Aufnahme tief im Rachen ist schlucken schneller durchführbar als spucken.
- Wenn Samenflüssigkeit ins Auge gelangt: mit Wasser ausspülen.

- Man kann nicht zu einer Scheiden- oder Darmspülung raten. Es gibt keine Daten dazu, d. h. man weiß nicht, ob eine Spülung günstig ist oder sogar die HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit erhöht.

Post-Expositions-Prophylaxe (PEP)

bedeutet „Nach-Risiko-Vorsorge“. Dazu werden für 4 Wochen HIV-Medikamente eingenommen. Die Medikamente hindern HIV daran, sich im Körper festzusetzen. Eine PEP ist identisch mit einer einmonatigen medikamentösen HIV-Therapie. Da eine solche Therapie kein unwesentlicher Eingriff in den Körper ist, ist eine PEP nur in ganz bestimmten Fällen angebracht.

Wann ist eine PEP indiziert?

Nach sexueller Exposition

Eine PEP wird klar empfohlen, wenn
- ungeschützter Geschlechtsverkehr (anal oder vaginal) mit einem Partner oder einer Partnerin stattgefunden hat, der_die bekannt HIV-positiv ist und keine HIV-Therapie einnimmt bzw. dessen_ deren Viruslast mehr als 1000 Kopien / ml beträgt.

Eine PEP kann angeboten werden, wenn
- die Viruslast des Partners_der Partnerin zwischen 50 und 1000 / ml liegt oder
- der Partner_die Partnerin anonym ist, aber einer Gruppe angehört, die von HIV häufiger betroffen ist (MSM, i.v.-Drogengebraucher, Personen aus Hochprävalenzländern)

Bei medizinischem Personal

Falls sich medizinisches Personal mit einer Spritze oder einem anderen Instrument verletzt, das zuvor mit dem Blut eines HIV-infizierten Patienten in Kontakt gekommen ist.

Nach intravenösem Drogengebrauch

Wenn ein mit HIV-haltigem Blut in Kontakt gekommenes Spritzbesteck von mehreren Drogengebrauchenden benützt wird.

Wann ist eine HIV-PEP nicht indiziert?

- bei einem ungeschützten analen und vaginalen Sex mit einer Person, deren HIV-Status unbekannt ist, aber nicht einer Gruppe mit hoher HIV-Prävalenz angehört (z. B. auch Sexarbeiterinnen in Deutschland).
- bei kondomlosem Sex mit einer HIV-positiven Person, die antiretroviral therapiert wird und deren Viruslast < 50 / ml liegt.
- bei versehentlicher Stichverletzung an einer herumliegenden, gebrauchten Spritze (z. B. Spielplatz)

Zeitpunkt für eine PEP

Mit einer PEP muss so schnell wie möglich nach dem HIV-Infektionsrisiko begonnen werden. Am besten innerhalb von zwei Stunden, sonst möglichst binnen 24 Stunden, maximal bis zu 72 Stunden. Ob Beginn in einem Zeitraum nach 48 Stunden noch sinnvoll ist, ist strittig Je länger man wartet, desto geringer ist der Schutz der PEP.

Wo gibt es die PEP?

Nur spezialisierte Krankenhäuser und Arztpraxen kennen sich mit der PEP aus.

Informationen zur PEP gibt es auf der DAH-Homepage: ▶ https://www.aids-hilfe.de/PEP

Über diesen Link gelangt man auch an eine Liste mit Namen und Adressen von geeigneten Anlaufstellen.

Die genannten Ambulanzen haben rund um die Uhr geöffnet. Leider machen wir manchmal die Erfahrung, dass sich Ärzt_innen nicht gut mit dem Thema PEP auskennen. Eine Hilfe kann deswegen das Blatt „Wegweiser zur PEP“ geben. Es enthält sowohl Hinweise für Menschen, die überlegen, ob eine PEP angebracht wäre als auch für Ärzt_innen. Man kann das Blatt hier herunterladen ▶ https://www.iwwit.de/sites/default/files/pep-wegweiser[1].pdf und dann ins Krankenhaus mitnehmen. Tagsüber ist die PEP auch in HIV-Schwerpunktpraxen erhältlich.

Ablauf in der Praxisrealität

Für die PEP nach sexuellem Risiko ist die Praxis oft folgende: die PEP wird nachts oder am Wochenende von eher unerfahreneren Assistenzärzt_innen (vorübergehend) angesetzt. Am nächsten Morgen folgt die Untersuchung durch eine erfahrene Schwerpunktpraxis. Dort wird die Indikation dann entweder bestätigt, oder die PEP wird dann – da doch keine Indikation vorlag – wieder abgesetzt.

HIV-Tests im Rahmen einer PEP

- Vor Beginn der Therapie wird ein HIV-Test durchgeführt, um eine ggf. früher erfolgte HIV-Infektion auszuschließen. Bei beruflicher Exposition mit HIV ist der Test auch bedeutsam, falls es später zu einer Klärung von haftungs- und versicherungsrechtlichen Fragen geht.
- Durch zwei weitere HIV-Tests wird überprüft, ob eine Infektion stattgefunden hat. Der Zeitpunkt der Kontroll-HIV-Tests beträgt 6 und 12 Wochen nach dem Risikoereignis, wenn keine PEP durchgeführt wurde bzw. 10 und 16 Wochen nach dem Risikoereignis, wenn eine PEP durchgeführt wurde. Die empfohlene Dauer der PEP beträgt 28 Tage.

Andere Tests im Rahmen einer PEP

Zusätzlich werden in der Ausgangsuntersuchung und im Verlauf der PEP Tests auf Hepatitis B und C empfohlen, bei sexuellem Risiko auch auf Syphilis, Gonokokken und Chlamydien.
Um Nebenwirkungen der PEP zu erfassen werden Nieren- und Leberwerte kontrolliert.

Fortbestehende Risiken

Personen, die zukünftig weiterhin HIV-Risiken haben werden sowie HIV-diskordante Paare, bei denen der_die HIV-positive Partner_in nicht behandelt ist, sollten darüber aufgeklärt werden, dass ein Schutz des negativen Partners möglich ist durch:

- Schutz durch Therapie (U=U bzw. N=N)
- eine PrEP des HIV-negativen Partners
- die konsequente Verwendung von Kondomen

Welche Medikamente werden eingesetzt?

Es wird über den Zeitraum von 28 Tagen eine in der ART übliche Dreifachkombination aus zwei NRTI und einem Integraseinhibitor eingesetzt:

Tenofovir (TDF)
+ Emtricitabin
+ Raltegravir

oder

Tenofovir (TDF)
+ Emtricitabin
+ Dolutegravir

Bei Schwangerschaft bzw. bei Frauen, die schwanger werden könnten, sollte die Kombination mit Raltegravir verwendet werden. Als Tenofovir wird TDF und nicht TAF eingesetzt. Alternativ zu dem Integraseinhibitor kann auch der Proteaseinhibitor Darunavir (geboostet) eingesetzt werden.

Die Nebenwirkungen entsprechen denen der jeweils gegebenen Medikamente z. B. Kopfschmerzen, Übelkeit. Eine PEP mit TDF, Emtricitabin und Istentress ist – verglichen mit anderen HIV-Therapien – sehr gut verträglich.

Kostenübernahme

Die Kostenübernahme war lange Jahre strittig. Durch eine Klarstellung des Gemeinsamen Bundesausschuss ist die außerberufliche PEP als Maßnahme der Sekundärprävention (Frühbehandlung) zu sehen und damit eine Leistung der Gesetzlichen Krankenkassen. Die Kosten der beruflichen PEP trägt die Unfallversicherung.

Wirksamkeit der PEP

Über die Wirksamkeit einer PEP gibt es keine zuverlässige Datenlage, bei frühzeitigem Einsatz ist sie hochwirksam. Die Wirksamkeit ist geringer bei spätem Therapiebeginn und schlechter Adhärenz.

Weitere Informationen

- *Ausführliche Informationen zur PEP werden in den Deutsch-Österreichischen Empfehlungen (Postexpositionelle HIV-Prophylaxe) formuliert. Diese werden federführend von der Deutschen AIDS-Gesellschaft unter Mitwirkung anderer Institutionen und Gesellschaften (RKI, DAH, DAGNÄ) verfasst und auf der Webseite der DAIG veröffentlicht: www.daignet.de*

Sexuell übertragbare Infektionen, STI

(sexually transmitted infections)

STIs sind Infektionskrankheiten, die beim Sex übertragen werden können. Weit verbreitet sind zum Beispiel Herpes, Chlamydien- oder HPV-Infektionen. Aber auch Tripper und Syphilis kommen heute – zumindest bei bestimmten Gruppen – wieder häufiger vor. Die möglichen Folgen reichen vom lästigen Jucken bis zur lebensbedrohlichen Erkrankung.

Eine sexuell übertragbare Infektion zu haben, ist für viele Menschen oft mit Scham- und Schuldgefühlen verbunden. Gegen manche Infektionen kann man sich gut schützen oder zumindest das Ansteckungsrisiko minimieren, zum Beispiel durch Kondome oder eine Impfung. Es gibt aber auch STIs, gegen die man sich kaum schützen kann.

Allgemeine Hinweise zur Beratungssituation

- Keine Diagnosen stellen oder Therapieempfehlungen geben, eine eindeutige Diagnose ist nur durch spezifische Untersuchungen möglich, z. B. Blutuntersuchung oder Abstrich
- Von Selbstbehandlung ist abzuraten
- Ratsuchende zum Arztbesuch ermutigen, wenn der Verdacht auf eine Infektion naheliegt.
- Die Sexualpartner_innen sollten über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten informiert werden, damit es nicht zu weiteren Infektionen kommt.

Zur Bedeutung von STIs in der HIV-Beratung

Kondome bieten zwar einen guten Schutz vor HIV, aber meist nicht in gleichem Maße vor anderen STIs. Deswegen müssen in der Beratung die unterschiedlichen Übertragungswege und Schutzmöglichkeiten differenziert betrachtet werden. Folgende Punkte sind dabei zu beachten:

STI ist nicht gleich STI

- STIs müssen differenziert betrachtet werden, denn sie sind unterschiedlich in ihrer Infektiosität, Behandelbarkeit und den gesundheitlichen Folgen.
- Zudem gibt es STIs, gegen die man sich schützen kann (Impfung, Kondome) und andere, gegen die es kaum einen Schutz gibt.
- Das Vorhandensein einer STI kann das Risiko einer Infektion mit HIV erhöhen
- Bei HIV-positiven Menschen – v. a. ohne Therapie – können STI schwerer verlaufen und es kann leichter zu Chronifizierungen kommen.

Passgenaue Information

Grundsätzlich geht es in der Beratung darum, die Ratsuchenden nicht mit Informationen zu überschütten, sondern sie individuell und auf die Situation angepasst mit Informationen zu versorgen.

Positive Effekte betonen

Man sollte Bemühungen zur Gesunderhaltung würdigen und positive Aspekte betonen, z. B. Impfungen oder Gesundheits-Checks. Nach einer Impfung gegen Hepatitis A+B muss man sich diesbezüglich keine Sorgen mehr machen. Andere STIs sind in der Regel gut behandelbar, wenn sie rechtzeitig erkannt werden.

Syphilis (auch Lues)

Erreger
Treponema pallidum (Bakterien)

Epidemiologie
- In Deutschland ca. 7.500 Infektionen pro Jahr.
- Betroffen sind hauptsächlich schwule Männer.
- Bei Heterosexuellen in Deutschland selten.

Hauptübertragungswege
- Eine Übertragung ist bei allen sexuellen Kontakten möglich!
- Intensiver Schleimhaut-Schleimhaut-Kontakt
- Blut / infizierte Körpersekrete
- Kontakt mit Geschwür / nässendem Ausschlag

Schutzmöglichkeiten
Kondome reduzieren die Übertragungswahrscheinlichkeit.

Symptome, Verlauf, Auswirkungen
Der Verlauf ist variabel. In der Regel gibt es drei Stadien, dazwischen symptomlose Phasen.

1. Stadium: Einige Tage nach Ansteckung bildet sich ein schmerzloses Geschwür (Primäraffekt) an der Eintrittsstelle (genital, rektal oder oral). Dieses wird oft übersehen.

2. Stadium: Nach ca. 9 Wochen Fieber, Haut- und Schleimhautveränderungen (Ausschlag an Rumpf, Handflächen, Fußsohlen).

3. Stadium: Nach Jahren schwere Organschäden an Gefäßen, Nerven, Skelett und Gehirn möglich.

Diagnose
- Blutuntersuchung: Durch Einsatz verschiedener Tests kann zwischen akuter, chronischer und ausgeheilter Syphilis unterschieden werden. Allerdings ist die Unterscheidung manchmal knifflig.
- Schnelltest möglich, wenn vorher noch keine Syphilis vorlag.

Therapie
- Im 1. und 2. Stadium gut behandelbar und heilbar durch Einsatz von Antibiotika (Penicillin), in der Regel als Spritze.
- Partnerinformation und Partnerbehandlung

Besonderheiten bei HIV
- Syphilisgeschwüre erhöhen das Risiko für HIV-Übertragungen.
- Bei Menschen mit unbehandelter HIV-Infektion sind schnellere und untypische Verläufe häufig.

Chlamydien

Erreger

- Chlamydia trachomatis (Bakterien)
- Lymphogranuloma venereum (LGV)

Epidemiologie

- Clamydia trachomatis: Häufigste bakterielle STI. Vor allem junge Menschen zwischen 15 und 25 Jahren und schwule Männer
- LGV: In Deutschland selten, aber bei schwulen Männern häufiger.

Hauptübertragungswege

Genital, rektal, oral:
Schleimhaut-Schleimhaut-Kontakt

Schutzmöglichkeiten

- Kondome reduzieren die Übertragungswahrscheinlichkeit erheblich
- Jährliches Chlamydien-screening für junge Frauen bis 25 Jahre ist Kassenleistung

Symptome, Verlauf, Auswirkungen

Genital:

- Bei Frauen meistens symptomlos, sonst teils wässriger, teils eitriger Ausfluss, Juckreiz und Brennen beim Wasserlassen
- Bei Männern zu ca. 50 % asymptomatisch, Symptome sind Brennen beim Wasserlassen oder (meist klarer) Ausfluss aus der Harnröhre.

Rektal:
meist ohne Symptome, sonst Ausfluss, Juckreiz

Pharyngeal (Rachen):
keine bzw. kaum Symptome.

- Chronischer Verlauf und Aufsteigen der Infektion mit Folgeschäden möglich (z. B. Unfruchtbarkeit)
- LGV: schwerere Verläufe möglich, befällt auch Gewebe und Lymphknoten.

Diagnose

- Urinuntersuchung (Nukleinsäurenachweis)
- Abstrich aus Harnröhre, Gebärmutterhals, Rektum oder Rachen,
- LGV: Abstrich Spezielle Diagnostik zur Unterscheidung von „normalen“ Chlamydien erforderlich.

Therapie

- Einwöchige Therapie mit Antibiotika (oral)
- Partnerinformation und Partnerbehandlung
- LGV: Antibiotika über mindestens drei Wochen

Besonderheiten bei HIV

Eine entzündliche Chlamydieninfektion erhöht das Risiko für eine HIV-Übertragung (vor allem bei Infektion des Rektums.)

Tripper (auch Gonorrhö)

Erreger
Neisseria gonorrhoeae / Gonokokken (Bakterien)

Epidemiologie
Nach Chlamydieninfektion die zweithäufigste bakterielle STI.

Hauptübertragungswege
genital, rektal, oral: Schleimhaut-Schleimhaut-Kontakt

Schutzmöglichkeiten
Kondome reduzieren die Übertragungswahrscheinlichkeit erheblich

Symptome, Verlauf, Auswirkungen

Genital:
- bei Frauen zu mehr als 50 % symptomlos.
- Bei Männern treten meist drei Tage nach Kontakt Symptome auf: Brennen beim Wasserlassen, eitriger Ausfluss.

Rektal:
meist ohne Symptome / lange unerkannt; Jucken und Brennen, evtl. Schleim / Eiter im Stuhl.

Pharyngeal (Rachen):
keine bzw. kaum Symptome.

Kann von allein abheilen, aber auch chronisch werden: bei Frauen mit Unterleibsentzündung, bei Männern mit Prostata- / Nebenhodenentzündung; Folgeschäden bis zur Unfruchtbarkeit möglich.

Im Rachen heilt die Gonorrhö nach ein bis drei Monaten von selbst aus.

Diagnose
- Urinuntersuchung (Nukleinsäurenachweis)
- Abstrich aus Harnröhre, Gebärmutterhals, Rektum oder Rachen, dann Erregeranzucht (mit Resistenzbestimmung)

Therapie
- Therapie mit Antibiotika; Gonokokken sind gegen viele Antibiotika resistent.
- Partnerinformation und Partnerbehandlung.

Besonderheiten bei HIV
Eine entzündliche Gonorrhö erhöht das Risiko für eine HIV-Übertragung (vor allem bei Infektion des Rektums.)

Herpes

Erreger
Herpes-simplex-Virus (HSV) mit zwei Typen (HSV-1 und HSV-2)

Epidemiologie
- Von HSV-1 (als Lippenherpes) sind fast alle Menschen betroffen.
- Genitaler Herpes (meist HSV-2) bei ca. 20% der Bevölkerung, bei schwulen Männern und Menschen mit HIV häufiger.

Hauptübertragungswege
Genital, rektal, oral:
Schleimhaut-Schleimhaut-Kontakt
Tröpfchen- oder Schmierinfektion: Kontakt mit infektiöser Flüssigkeit aus den Bläschen

Schutzmöglichkeiten
Kondome reduzieren die Übertragungswahrscheinlichkeit nur begrenzt. HSV wird auch „am Kondom vorbei" übertragen – beim Küssen, beim Oralverkehr, durch Berührung (über die Finger) Kontakt mit Bläschen / Geschwüren meiden.

Symptome, Verlauf, Auswirkungen
Genital, rektal, oral:
Brennende, schmerzende, juckende Bläschen

Keine Ausheilung möglich: Die Herpesviren bleiben in Nerven „versteckt", deshalb können sie an der gleichen Stelle wieder auftreten, vor allem bei Stress

Bei Immunschwäche schwere Verläufe mit Organbefall und Gehirnbeteiligung möglich

Diagnose
- Blickdiagnose
- Abstrich aus Bläschen / Geschwür

Therapie
- Bei leichtem Verlauf: lokale Therapie mit Salbe
- Bei schwerem Verlauf: Virustatika als Tablette oder intravenös

Besonderheiten bei HIV
- Eine Herpes-Infektion (Bläschen / Geschwüre) erhöht das Risiko für eine HIV-Übertragung.
- Immunschwäche begünstigt Herpes-Infektionen; außerdem kommt es häufiger zu schweren Verläufen

HPV-Infektion

Erreger
Humane Papilloma-Viren (HPV) Mit mehr als 100 Subtypen

Epidemiologie
HPV-Infektionen gehören zu den häufigsten STIs. Fast alle sexuell aktiven Menschen kommen im Laufe des Lebens mit mindestens einem HPV-Subtyp in Kontakt.

Meist heilt die HPV-Infektion von selbst aus, manchmal führt sie zu Feigwarzen, selten zu Krebs.

Hauptübertragungswege
Eine Übertragung ist bei allen sexuellen Kontakten möglich, vor allem bei ungeschütztem Anal- und Vaginalverkehr

Schutzmöglichkeiten
- Eine Impfung ist der einzige zuverlässige Schutz. (für Männer wie Frauen erhältlich, Kassenleistung nur für Mädchen / Jungen).
- Es gibt Impfstoffe gegen einige Subtypen.
- Kondome reduzieren die Übertragungswahrscheinlichkeit nur mäßig.
- Für Frauen ab dem 20. Lebensjahr gehört die Früherkennungsuntersuchung zum Leistungskatalog der Krankenkassen.

Symptome, Verlauf, Auswirkungen
- Meist symptomlos. Einige Subtypen verursachen Feigwarzen, andere können Karzinome verursachen (v. a. an Gebärmutterhals und Anus, aber auch an Schamlippen und Penis)
- Die meisten Infektionen heilen von selbst wieder aus.
- Feigwarzen: Oft Spontanheilung; ohne Therapie großflächige Ausbreitung möglich. Häufig auch nach Therapie wiederkehrend.

Diagnose
- Feigwarzen: Blickdiagnose, dann histologische Untersuchung
- Karzinome: Früherkennung wichtig zur Erkennung von Vorstufen: PAP-Test und Abstrich aus Gebärmutterhals / Analkanal

Therapie
- Feigwarzen: Operation, Vereisung, Laser oder Creme (Je nach Lokalisation oder Größe)
- Karzinom-Vorstufen (sind noch kein Krebs) sind gut behandelbar (deswegen Früherkennung wichtig!)
- Karzinome: Operation, Chemo- und Strahlentherapie

Besonderheiten bei HIV
Menschen mit HIV sollten sich einmal im Jahr auf Vorstufen von Karzinomen untersuchen lassen.

Wer sollte sich auf welche Geschlechtskrankheiten wie oft testen lassen?

Für Alle Menschen gilt:

1. Wenn Symptome vorliegen (wenn es juckt, brennt oder unangenehm riecht, wenn Bläschen oder Geschwüre vorliegen) zum Arzt!
2. Wenn ich die Mitteilung bekomme, dass ein_e Sexpartner_in eine Geschlechtskrankheit hat

Wer sollte sich darüber hinaus testen lassen, auch wenn keine Symptome vorliegen (Routinetest)?

Menschen, die die PrEP nehmen

- Alle drei Monate HIV und Syphilis
- 2 bis 4 x im Jahr Chlamydien und Tripper
- 1 bis 2 x im Jahr Hepatitis C

MSM

- 1 x jährlich HIV
- 1 x jährlich Syphilis, Tripper, Chlamydien
- Männern mit häufig wechselnden Sexpartnern empfehlen wir diese Tests zwei- bis maximal viermal im Jahr.
- Impfung gegen HPV prüfen und ggf. ergänzen (junge Männer)

Heterosexuelle Menschen

Frauen

- Einmal jährlich zur Frauenärztin/zum Frauenarzt zur Früherkennungsuntersuchung
- Impfung gegen HPV prüfen und ggf. ergänzen
- Junge Frauen bis 26: 1 x jährlich Chlamydien-Test (wird von der Kasse übernommen)
- Frauen mit häufig wechselnden Sexpartner_innen (z. B. One-night-stands, Swinger-Clubs, Besuch bei Sexarbeiter_innen): 1 x jährlich HIV, Syphilis, Chlamydien und Tripper.

Männer

- Männer mit häufig wechselnden Sexpartner_innen (z. B. One-night-stands, Swinger-Clubs, Besuch bei Sexarbeiter_innen): 1 x jährlich HIV, Syphilis, Chlamydien und Tripper.
- Impfung gegen HPV prüfen und ggf. Ergänzen (junge Männer)

Sexarbeiter_innen

- Alle drei Monate Tests auf HIV, Syphilis, Chlamydien und Tripper
- Impfungen gegen Hepatitis A, B und HPV prüfen

Migrant_innen

- Einmal im Leben Test auf Hepatitis B und Hepatitis C
- Impfstatus prüfen

Menschen mit HIV

- Einmal jährlich STI-Check

Wo kann man sich testen lassen?

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, sich auf STIs testen zu lassen:

- Bei Ärzt_innen (HIV-Schwerpunktärzt_innen, Hausärzt_innen, Urolog_innen, Gynäkolog_innen, Hautärzt_innen)
- In Gesundheitsämtern (vorher abfragen, welche Tests angeboten werden) Verweis auf Internet-Liste:
  ▶ https://www.aidshilfe.de/adressen
- In Checkpoints der Aidshilfen (vorher abfragen, welche Tests angeboten werden) Verweis auf Internet-Liste:
  ▶ https://www.aidshilfe.de/adressen

Hepatitis

Grundlegendes

Der Begriff „Hepatitis“ bezeichnet in der medizinischen Fachsprache allgemein alle Formen von Leberentzündung. Ursache für eine Hepatitis können neben Viren, Bakterien und Parasiten auch Medikamente, Alkohol, Drogen und giftige Substanzen sein. Auch bei Stoffwechselstörungen, Autoimmunkrankheiten 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 Erkrankungen der Leber auslösen können. Wir konzentrieren uns auf die drei wichtigsten: 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.

Oft verläuft eine Virushepatitis ohne oder mit nur schwachen Symptomen und bleibt deshalb unbemerkt. Nicht jede Hepatitis-Erkrankung verursacht z. B. eine Gelbsucht (Gelbfärbung von Haut und Augenweiß, Stuhl wird heller und der Urin dunkler).

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

Tab.: Übersicht Virushepatitiden

Name	Hepatitis A	Hepatitis B	Hepatitis C
Abkürzung	HAV	HBV	HCV
Impfung	ja	ja	nein
Akuter Verlauf und Therapie	ja	ja	ja Therapie möglich
Chronischer Verlauf und Therapie	nein	ja Therapie möglich	ja Therapie möglich
Erkrankung hinterlässt Immunität	ja	ja	nein d. h. Reinfektion möglich

Schutzimpfungen

Schutzimpfungen sind derzeit nur gegen Hepatitis A und Hepatitis B möglich, wobei die Impfung gegen Hepatitis B auch vor Hepatitis D schützt. Der Impferfolg hält etwa zehn Jahre.

Es empfiehlt sich für Viele eine Kombinationsimpfung (Hepatitis A und B). Die Kosten sind niedriger als die Gesamtkosten für eine einzeln verabreichte Hepatitis-A- und Hepatitis-B-Impfung.

Hepatitis A

- Indikation privat: Personen mit Sexualverhalten mit erhöhter Gefährdung (wechselnde Partner, Rimming), Reisen in Ländern mit schlechten hygienischen Verhältnissen.
- Indikation beruflich: Alle Berufe, die mit Kot bzw. Spuren von Kot in Kontakt kommen, z. B. Erzieherer_innen, Kanalarbeiter, Personal von Pflegeheimen, ...

Wenn dringend ein Impfschutz benötigt wird (vor einer Reise, im Epidemiefall), ist die Einfachimpfung auf Hepatitis A der Kombinationsimfung (A+B) überlegen, der Impfschutz baut sich schneller auf.

Hepatitis B

- Indikation Kinder: seit 1995 wird allen Säuglingen (ab 3. Monat), Kindern und Jugendlichen eine Hepatitis-B-Impfung empfohlen. Ca. 90 % der Kinder sind bei Einschulung geimpft.
- Indikation privat: Personen mit Sexualverhalten mit erhöhter Gefährdung (wechselnde Partner_innen), HIV-Positive
- Indikation beruflich: Alle Berufe, die mit Blut oder anderen Körpersekreten in Kontakt kommen, z. B. Ärzt_innen, Krankenpfleger_innen, Mitarbeiter_innen von HIV-Testprojekten, MitarbeiterInnen von Drogeneinrichtungen, Inhaftierte

Kostenträger

- Arbeitgeber: Bei beruflichem Ansteckungsrisiko (z. B. medizinisches Personal) muss der Arbeitgeber die Kosten übernehmen.
- Privat: Reiseschutzimpfungen müssen privat beglichen werden, doch übernehmen einige Kassen diese Kosten auf freiwilliger Basis.
- Krankenkasse: Übernimmt die Kosten, wenn die „Indikationsimpfung“, die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut empfohlen und in die vom Gemeinsamen Bundesausschuss veröffentlichten Schutzimpfungsrichtlinien aufgenommen worden ist (im Internet unter ▶ www.g-ba.de).

Besonderheiten bei HIV-Positiven

Häufiger als bei HIV-Negativen baut sich kein ausreichender Impfschutz auf. 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.

Meldepflicht

Nach dem seit Januar 2001 gültigen Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist der Verdacht auf, die Erkrankung und der Tod durch Virus-Hepatitis namentlich meldepflichtig. Die Meldung wird in der Regel durch das Labor ausgelöst, 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 geht an das zuständige Gesundheitsamt, welches die Daten dann anonymisiert an das Robert Koch-Institut in Berlin weiterleitet.

Weitere Informationen

- *Info+: Virushepatitis, DIN A5, 92 Seiten, Bestellnr.: 026032, https://www.aidshilfe.de/shop/virus-hepatitis-2017*
- *Arbeitsschutz in der Drogen- und Aidshilfe, DIN A5, 56 Seiten; Bestellnr.: 022011, https://www.aidshilfe.de/shop/arbeitsschutz-drogen-aidshilfe*
- *Med-Info: HIV und Hepatitis B, DIN A5, 24 Seiten, Bestellnr.: 140006, https://www.aidshilfe.de/shop/medinfo-06-hiv-hepatitis-b*
- *Med-Info: HIV und Hepatitis C, DIN A5, 24 Seiten, Bestellnr.: 140003, https://www.aidshilfe.de/shop/medinfo-03-hiv-hepatitis-c*

Alle Broschüren können beim Versand der Deutschen Aidshilfe www.aidshilfe.de/shop kostenlos angefordert werden. Auch vergriffene Exemplare können online gelesen und ausgedruckt werden.

Hepatitis A

Übertragungswege

Hauptübertragungsweg ist fäkal-oral.

- Meist wird Hepatitis A über verunreinigte Lebensmittel, Trinkwasser oder Muscheln übertragen.
- Beim Sex kann jeder Kontakt zwischen Anus und Mund (auch mittelbar über Finger oder Faust) ein Ansteckungsrisiko bergen. Bei 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.

Schutzmöglichkeiten

Eine Impfung ist der beste Schutz.
weitere Schutzmöglichkeiten:

- Händewaschen nach jeder Toilettenbenutzung
- Bei Reisen in Ländern mit niedrigem Hygienestandard sind besondere Schutzmaßnahmen für Nahrung und Trinkwasser erforderlich

Inkubationszeit

meist 3–4 Wochen

Krankheitsverlauf

Die Infektion verläuft häufig ohne typische Symptome.
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

Krankheitsbeschwerden klingen in der Regel nach zwei bis sechs Wochen wieder ab, es gibt keine chronischen Verläufe, die Hepatitis heilt aus.

Therapie

- keine ursächliche Therapie möglich
- empfohlen werden Bettruhe, Diät, kein Alkohol

Hepatitis B

Übertragungswege

Hauptübertragungswege sind Blut und Sex.

Das Hepatitis-B-Virus (HBV) ist in der Umwelt wesentlich robuster als HIV und leichter übertragbar. Daher reichen Kondome 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, (seltener über Speichel, Tränenflüssigkeit, Kot, Urin)
- beim Sex bei allen Sexualpraktiken, bei hoher Viruslast sogar beim Küssen. Bei niedriger Viruslast (<10.000 IE / ml) z.B infolge Therapie ist eine Übertragung beim Sex unwahrscheinlich.

- gemeinsamer Gebrauch von Spritzbestecken
- unhygienisches Tätowieren
- Stichverletzungen im medizinisch-pflegerischen Bereich

Mutter-Kind-Übertragung möglich
- während Schwangerschaft und Geburt sowie beim Stillen

Schutzmöglichkeiten

Eine Impfung ist der beste Schutz. Nach einem Risikokontakt (oder bei Neugeborenen nach der Geburt) kann eine Post-Expositions-Prophylaxe mit Immunglobulinen (passiver Schutz, wirkt sofort für wenige Wochen) und einer Hepatitis B-Impfung (aktiver Schutz, wirkt nach wenigen Wochen) eine Infektion verhindern.

Weitere Schutzmöglichkeiten:
- Kondome (nur begrenzt wirksam)
- Safer Use

Inkubationszeit

meist 2–3 Monate

Krankheitsverlauf

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

Chronischer Verlauf
Bei ca. 90 % der bei Geburt infizierten Neugeborenen und bei 5–10 % der Erwachsenen mit intaktem Immunsystem entwickelt sich ein chronischer Verlauf. Langzeitfolgen können Leberzirrhose und Leberkrebs sein.

Therapie

Akute Infektion
- keine ursächliche Behandlung möglich
- Schonung bei Krankheitsgefühl

Chronische Infektion
Entweder nebenwirkungsarme Therapie mit Nukleosidanaloga (z. B. Tenofovir) über Jahre (Ziel: Viruslastsenkung, Verhinderung der Leberzirrhose) oder nebenwirkunsreiche Therapie mit Interferon über mehrere Monate mit dem Ziel der Heilung (sog. Serokonversion). Bei HIV-Positiven mit Tenofovir (oder / und Lamivudin, Emtricitabin) in der HIV-Therapie wird die Hepatitis B automatisch „mitbehandelt“

Hepatitis C

Übertragungswege

Übertragung über Blut-Blut-Kontakt.

Geringe Mengen Blut reichen bereits für eine Übertragung aus. Häufigste Übertragungswege sind:
- bei Drogengebraucher_innen: gemeinsamer Gebrauch von Spritzbestecken und Zubehör! *(→ Kap. 11, „Safer use“)*
- bei Schnupfdrogen gemeinsame Verwendung des Röhrchens (Blutstropfen aus der Nase)
- gemeinsames Benutzen von Rasierer (die mit Blut in Kontakt gekommen sind)
- unsauberes Piercen, Tätowieren, Ohrlochstechen
- Stichverletzungen des Personals bei medizinischen Prozeduren

Sexuelle Übertragungen sind selten, in bestimmten Fällen jedoch möglich, insbesondere:

- bei Sexualpraktiken, bei denen es härter zugeht und es zu Blut-Blut-Kontakt kommen kann.
- wenn Blut (mit Hepatitis C Viren) z. B. bei Gruppensex beim Fisten von einem Gefisteten auf den anderen Gefisteten über den Handschuh des aktiv Fistenden übertragen wird.

Übertragungen beim Sex sind bei HIV-Positiven häufiger als bei HIV-Negativen

Mutter-Kind-Übertragung bei der Geburt möglich

- Übertragungsrate: 2–7 %

Schutzmöglichkeiten

- keine Impfung möglich
- Vermeidung von Blut-Blutkontakten
- Safer Use
- Eigenes Röhrchen beim Sniefen
- Latexhandschuhe und Kondome beim Sex nach jedem Partner wechseln

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

Inkubationszeit

1–6 (meist 1,5) Monate

Krankheitsverlauf

- häufig (75 %) ohne Symptome
- ansonsten die bei Hepatitis A genannten Symptome
- bei bis zu 20 % heilt die Hepatitis C nach der akuten Phase von selbst aus, bei > 80 % wird die Erkrankung chronisch.

Bei chronischem Verlauf nach Jahrzehnten Entwicklung einer Leberzirrhose und Risiko für Entstehung von Leberkrebs

Therapie

Die Behandlungsmöglichkeiten der HCV-Infektion haben sich seit 2015 deutlich verbessert. Neue und nebenwirkungsärmere Medikamente ermöglichen eine Heilung innerhalb von 8–12 Wochen bei über 95 % der Hepatitis-C-Infizierten.

HIV-Test

„Kann ich mich mit HIV infiziert haben?“ – diese Frage stellen sich viele Menschen, die Kontakt zur Aidshilfe aufnehmen. Ein HIV-Test kann Klarheit schaffen. Wenn man tatsächlich infiziert ist, bringt es große gesundheitliche Vorteile mit sich, darüber Bescheid zu wissen. Durch eine möglichst früh begonnene HIV-Therapie hat man nämlich gute Chancen auf ein langes und gutes Leben mit HIV und kann Aids dauerhaft verhindern. Außerdem ist HIV bei wirksamer Therapie sexuell nicht übertragbar. Wird eine Infektion hingegen erst spät erkannt, hat das Virus dem Körper oft schon schweren Schaden zugefügt.

Gründe für einen HIV-Test

- Wunsch nach Gewissheit angesichts einer befürchteten Ansteckung mit HIV
- Abklären von Symptomen, die auf eine HIV-Infektion hindeuten
- Wunsch, so früh wie möglich die Vorteile der Therapiemöglichkeiten zu nutzen
- Wunsch, künftig innerhalb einer Partnerschaft auf das Kondom/die PrEP zu verzichten, falls beide Partner*innen entweder HIV-negativ oder HIV-positiv sind
- 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.

Gründe gegen einen HIV-Test

- Das Wissen um die eigene Infektion kann eine große psychische Belastung sein, die in der momentanen Situation nicht verarbeitet werden könnte.
- Es gibt – nicht nur bezogen auf HIV – ein Recht auf Nichtwissen.

Die Frage, ob ein HIV-Test durchgeführt werden sollte, ist abhängig von der individuellen Risikosituation und setzt eine freiwillige Entscheidung voraus. Wichtig ist, den Ratsuchenden Hilfestellung und aktuelle Informationen zu geben, damit sie sich unabhängig für oder gegen einen Test entscheiden können.

Eine Entscheidung gegen einen Test oder ein Aufschub der Entscheidung kann ebenso selbstverantwortlich sein wie eine Entscheidung für einen Test!

HIV-Tests im Detail

Grundsätzlich kann der Nachweis einer HIV-Infektion direkt oder indirekt erfolgen:

- Bei **direkten** Nachweisen wird nach dem Virus oder nach Virusbestandteilen gesucht. Dies ist beim Antigennachweis (p24) und beim Nukleinsäurenachweis (z. B. PCR) der Fall.
- **Indirekte** Nachweise sind der Antikörpersuchtest (z. B. ELISA, Schnelltests, Selbsttest) und der Antikörperbestätigungstest, da hier nicht nach HIV direkt, sondern nach Antikörpern gegen HIV gesucht wird.

HIV-Antikörpersuchtest und p24/Antigen-Antikörper-Kombinationstest

Der HIV-Antikörpertest ist das gebräuchlichste Verfahren zum Nachweis einer HIV-Infektion. Er weist HIV-1 und HIV-2 nach (alle Gruppen und Subtypen).

Zurzeit werden Suchtests der sogenannten vierten und fünften Generation eingesetzt. Diese weisen zusätzlich zu HIV-Antikörpern auch Virusbestandteile (p24-Antigen) nach und werden deswegen Kombinationstests genannt. Die Kombinationstests der fünften Generation zeigen an, ob p24-Antigen oder HIV-Antikörper nachgewiesen wurden, Kombinationstests der vierten Generation machen diese Unterscheidung nicht.

- Der Antikörper-Anteil des Tests besteht aus einem ELISA (Enzyme-linked Immunosorbent Assay) und sucht nach Antikörpern gegen HIV-1 und HIV-2.
- Der Antigen-Anteil des Tests sucht nach dem Protein p24, einem Bestandteil der Kernhülle (Kapsid) des HIV-1-Virus. (Virusproteine werden nach ihrem Molekulargewicht benannt, entsprechend heißt dieses Protein p24.)

Charakteristisch für einen Suchtest ist die hohe **Sensitivität**. Das ist die Fähigkeit, HIV-positive Proben als solche zu erkennen. Idealerweise muss so ein Test also immer reagieren, wenn Antikörper oder Antigene im (Blut-)Serum vorhanden sind.

Der Preis dieser hohen Empfindlichkeit ist, dass der Test in wenigen Fällen „überreagiert", das heißt, er reagiert, obwohl keine HIV-Infektion vorliegt, etwa auf andere Antikörper wie z. B. Rheumafaktoren. Deswegen muss jedes positive (reaktive) Ergebnis eines Suchtests mit einem Bestätigungstest kontrolliert werden.

HIV-PCR

PCR steht für *Polymerase Chain Reaction*. Mit dieser Nachweismethode wird Nukleinsäure des HI-Virus erfasst, vervielfältigt und gemessen. Die PCR wird normalerweise nach einem positiven Antikörpertest zur Bestimmung der Zahl der Viruskopien („Viruslast") sowie später zur Therapiekontrolle eingesetzt.

Eine PCR als HIV-Test ist bei speziellen Fragestellungen sinnvoll, z. B. bei Verdacht auf eine akute HIV-Infektion oder bei unklaren Antikörpertestergebnissen.

Die in Deutschland gängigen PCR-Tests weisen nur HIV-1 und nicht HIV-2 nach. Auch bei seltenen HIV-1-Subtypen hat

APR | 2023

die PCR ihre Schwierigkeiten. Da es sich in Deutschland aber fast ausschließlich um HIV-1-Infektionen handelt, würden mit der PCR nur etwa 0,5 % der Infektionen nicht erfasst.

Keine Methode, auch nicht die PCR, ermöglicht den sofortigen Nachweis einer HIV-Infektion. Die PCR kann eine Infektion aber ca. 5 Tage früher als die modernen Kombinationstests nachweisen (etwa 11 Tage nach der Ansteckung).

Liegt keine medizinische Indikation (z. B. typische Krankheitszeichen einer akuten HIV-Infektion) vor, muss der*die Ratsuchende die Kosten (35–130 €) dafür meist privat tragen.

HIV-Bestätigungstest

Ein reaktives Ergebnis eines Suchtests gilt erst nach der Durchführung eines Bestätigungstests als gesichert. Zusammen mit der äußerst sorgfältigen Durchführung (Beratung, Sicherung vor Verwechslungen, adäquate Interpretation usw.) macht dies den HIV-Test sehr zuverlässig.

Antikörperbestätigungstest

In der Regel wird der sog. Western Blot (auch Immunoblot genannt) zur Bestätigung eingesetzt. Im Western Blot werden die verschiedenen Antikörper gegen HIV dargestellt.

PCR-Bestätigungstest

Alternativ zum Antikörperbestätigungstest auch eine PCR als Bestätigungstest eingesetzt werden. Bei der Diagnose in einer frühen Phase einer Infektion (wenn nur Antigen vorhanden ist und noch keine Antikörper gebildet wurden) muss die Bestätigung des Suchtests immer mit einer PCR erfolgen. Der Western Blot würde dann erst nach einigen Tagen die ersten HIV-Antikörper nachweisen können.

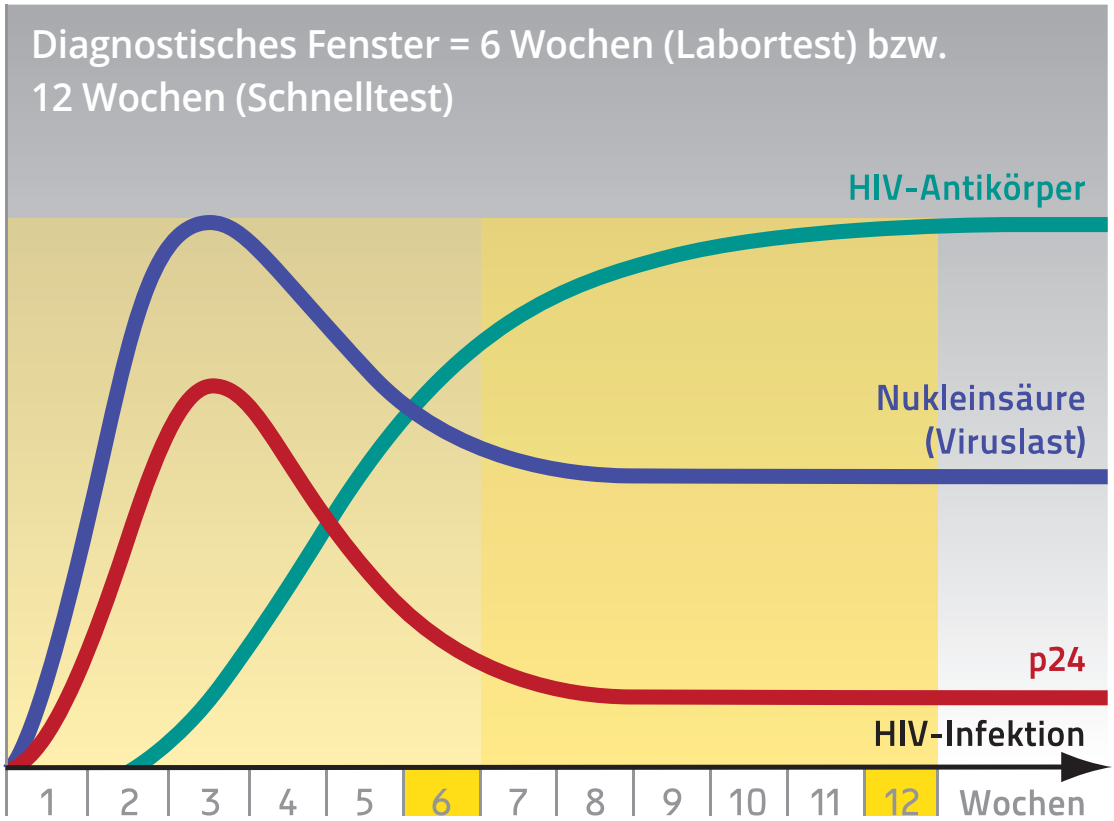
HIV-Schnelltest

Schnelltest bedeutet, dass das Ergebnis von der Blutentnahme bis zum Ergebnis schnell, d. h. schon nach wenigen Minuten vorliegt. HIV-Schnelltests sind in den meisten Fällen reine Antikörpertests, es gibt aber auch Antikörper-Antigen-Kombinationstests als Schnelltests. Ein Vorteil der Schnelltests liegt darin, dass negative Ergebnisse sofort mitgeteilt werden können, was normalerweise auf ca. 99 % der Klient*innen zutrifft. Wenn die Klient*innen in den letzten drei Monaten vor dem Test keine Risiken eingegangen sind, ist das negative Ergebnis sicher.

Ein reaktives (positives) Ergebnis muss auch bei Schnelltests immer bestätigt werden (Western Blot oder Nukleinsäurenachweis). Dazu muss man sich Blut abnehmen lassen und wenige Tage auf das Ergebnis des Bestätigungstests warten.

Zuverlässigkeit der HIV-Tests

Die modernen HIV-Antikörpertests bzw. Antigen-Antikörper-Kombinationstests gehören zu den zuverlässigsten medizinischen Untersuchungsverfahren überhaupt. Ihre Sensitivität (Fähigkeit, positive Proben als positiv zu erkennen) liegt bei über 99,5 %.



ANTIKÖRPERBILDUNG:

Nach 6 Wochen: Antigen (p24) und / oder Antikörper sind im Labortest bei allen Infizierten nachweisbar.
Nach 12 Wochen: Antikörper (AK) sind 12 Wochen nach Risiko im Schnelltest bei allen Personen nachweisbar.

Das diagnostische Fenster

Sowohl Antikörper als auch Virusbestandteile sind erst einige Zeit nach der Ansteckung nachweisbar. Die „diagnostische Lücke“ bezeichnet den Zeitraum zwischen dem Eintreten der Infektion und dem frühestmöglichen Nachweis.

Für die HIV-Testung relevante Zeitpunkte

- der frühestmögliche Zeitpunkt, ab dem man eine HIV-Infektion sicher ausschließen kann
- der frühestmögliche Zeitpunkt, ab dem man eine HIV-Infektion nachweisen kann

APR | 2023

Frühestmöglicher *Ausschluss* einer HIV-Infektion

Um eine HIV-Infektion auszuschließen, nutzt man meist einen HIV-Antikörpertest, da er das zuverlässigste Testverfahren ist und alle HIV-Typen und -Subtypen abdeckt.

Sind bei einem Labortest 6 Wochen und bei einem Schnelltest oder Selbsttest 12 Wochen nach der Exposition keine HIV-Antikörper (und kein HIV-Antigen) nachweisbar, hat man ein zuverlässiges HIV-negatives Testergebnis.

Ausnahme beim Labortest sind Infektionen mit HIV-2: In diesem Fall kann ein HIV-Antikörpertest erst nach 12 Wochen eine Infektion sicher ausschließen. Hintergrund ist, dass eine HIV-2-Infektion häufig mit einer geringeren Viruslast und einer langsameren Antikörperbildung verbunden ist; auch wird HIV-2 nur unsicher durch den Antigen-Anteil des Labortests erkannt. Zwar liegt HIV-2 in Deutschland bei insgesamt weniger als 0,5 % aller HIV-Infektionen vor, der „blinde Fleck" spielt aber dann eine Rolle, wenn sich Menschen aus Ländern mit einer höheren HIV-2-Prävalenz (Westafrika, Angola, Mosambik, Kapverden, Frankreich und Portugal) oder nach einem Risikokontakt mit Menschen aus diesen Ländern testen lassen wollen.

Frühestmöglicher *Nachweis* einer HIV-Infektion

Wenn man eine HIV-Infektion möglichst früh nachweisen will, kann man eine PCR schon ab etwa 11 Tagen nach einer mutmaßlichen Ansteckung durchführen. Ein negatives Ergebnis eines solchen Tests schließt aber eine HIV-Infektion nicht aus.

Auch einen Antigen-Antikörper-Kombinationstest kann man schon ab zwei Wochen (14 Tage) nach dem HIV-Risiko einsetzen. An Tag 17 wird man bei etwa 50 % aller Infizierten mit dem Test ein positives Ergebnis haben, denn wenn die Viruslast hoch ist, ist auch p24 im Blut hoch – und das wird vom Kombinations-Test gemessen.

Bei Symptomen einer HIV-Infektion und hohem HIV-Risiko in den letzten ein bis drei Wochen sollte ohne Zeitverzug ein Nukleinsäurenachweis (zum Beispiel PCR) und ein Antikörper-/Antigen-Antikörper-Kombinationstest durchgeführt werden.

Für alle Tests gilt: Ein positives Ergebnis ist erst sicher, wenn es durch einen Bestätigungstest verifiziert wurde. Ein positives Ergebnis im Labortest oder Schnelltest ist lediglich ein „Zwischenergebnis", denn diese Tests können in seltenen Fällen „überreagieren" und deshalb falsch positiv ausfallen.

Wo kann man sich testen lassen?

Der Test im Gesundheitsamt

In Gesundheitsämtern wird der Test kostenlos oder gegen eine geringe Gebühr (meist etwa 10–15 €) angeboten, das ist von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich. Durchgeführt wird er nach einer Beratung und anonym. Es gibt gute Gründe, sich anonym testen zu lassen, denn ein „aktenkundiges" positives Testergebnis kann Konsequenzen haben, z. B. bei späteren Versicherungsabschlüssen.

Der Test in den Checkpoints der Aidshilfen

Auch in ca. 70 Checkpoints von Aidshilfen wird der Test anonym und kostenlos oder gegen eine geringe Gebühr angeboten. In manchen werden nur Schnelltests angeboten, in anderen nur Labor-Kombinationstests, wieder andere bieten das ganze Spektrum an, das heißt außer Schnelltests auch Kombinationstests und PCR-Tests.

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 in der Regel nicht lange auf das Testergebnis warten muss. Allerdings erfolgt oft keine ausführliche Beratung.

Der Test in der hausärztlichen Praxis

Grundsätzlich kann jede*r Hausärzt*in den HIV-Test durchführen.

Bei Verdacht auf eine HIV-Infektion, z. B. nach einem Risikokontakt oder wenn Symptome vorliegen, kann der HIV-Test über die Krankenkasse abgerechnet werden. Die Abrechnung über die gesetzliche Krankenversicherung ist für Ärzt*innen zusätzlich zu ihrem gedeckelten Budget möglich, weshalb eine Zahlung durch die Patient*innen z. B. als „IGeL"-Leistung oft nicht nötig ist. Der Test wird namentlich durchgeführt, das Ergebnis wird in der Patient*innenakte festgehalten.

Der selbst durchgeführte Test (Selbsttest)

Seit Herbst 2018 ist der Vertrieb von HIV-Selbsttests in Deutschland erlaubt. Auf dem Markt sind fünf qualitativ gute Tests: „Autotest VIH", „INSTI", „Simplitude ByMe", „OraQuick HIV-Selbsttest" und der „Exacto"-Selbsttest. Für die Tests wird – mit Ausnahme des „OraQuick"-Tests – als Probenmaterial Kapillarblut aus der Fingerbeere verwendet, der „OraQuick" funktioniert über einen Abstrich vom Zahnfleisch. Die mitgereichten Anleitungen sind ausführlich, im Internet stellen die Herstellerfirmen Anleitungsvideos zum Gebrauch der Selbsttests bereit. Einige Aidshilfen/Checkpoints bieten den HIV-Selbsttest auch zum Verkauf an. Im Gegensatz zum Online- oder Drogerie-Kauf kann hier eine qualifizierte Beratung stattfinden. Aidshilfen bieten auch den „begleiteten Selbsttest" an, bei dem vor allem die erste Durchführung angeleitet wird.

Der Einsendetest – selbst durchgeführte Probenentnahme plus Laboranalyse

Die Deutsche Aidshilfe koordiniert das Einsendetestprojekt s.a.m health (www.samhealth.de). Die Testkits umfassen neben einem Antigen-Antikörper-Test auf HIV auch Tests auf Chlamydien, Syphilis und Gonorrhö (Tripper). Anfang 2023 boten bundesweit 16 Checkpoints dazu die Erstberatung (telefonisch oder persönlich) an. Anschließend wird das erste Testkit an die Nutzer*innen zur Probenentnahme zu Hause versandt. Die Nutzer*innen des Angebots schicken ihre Proben an das kooperierende Labor und erhalten später direkt die Ergebnisse. Die Kommunikation mit den Klient*innen erfolgt über SMS. Negative Ergebnisse werden per SMS mitgeteilt, bei einem reaktiven oder positiven Ergebnis erfolgt ein Telefonat mit dem Checkpoint.

An den Versand weiterer Testkits kann man sich dann alle 3, 6 oder 12 Monate per SMS erinnern lassen und anschließend entscheiden, ob man ein Kit bestellen will.

Das erste Testkit kostet 75 €, die folgenden Testkits jeweils 59 €. In den Kosten sind der Versand und die Verschickung der Proben an das Labor enthalten. Bezahlt wird per Kreditkarte oder Online-Banking. Unter bestimmten Bedingungen können Menschen mit erhöhtem Risiko für sexuell übertragbare Infektionen, die diese Kosten nicht tragen können, den Service dank eines Sozialfonds für nur 10 € in Anspruch nehmen.

Neben s.a.m health gibt es weitere Anbieter von Einsendetests.

Das Testergebnis

Testergebnis: HIV-reaktiv

Reagiert ein HIV-Test, spricht man von einem reaktiven Testergebnis. Bei einem Labortest wird dieses Ergebnis nicht mitgeteilt, sondern es wird ein Bestätigungstest durchgeführt und dessen Ergebnis mitgeteilt.
Reagiert ein Schnelltest oder Selbsttest, muss ebenfalls ein Bestätigungstest durchgeführt werden.

Testergebnis: HIV-positiv

Wenn auch durch den Bestätigungstest zweifelsfrei HIV-Antikörper bzw. 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 Ergebnis „HIV-negativ“ eines Labor-Kombinationstest heißt: Eine Infektion mit HIV ist sicher ausgeschlossen, sofern frühestens 6 Wochen nach dem letzten Risikokontakt getestet wurde. Für Schnelltests und Selbsttests gilt: Das Ergebnis ist sicher, sofern der Test frühestens 12 Wochen nach dem letzten Risikokontakt durchgeführt wurde. Eine Testung zu einem früheren Zeitpunkt bringt kein sicheres HIV-negatives Ergebnis.

Rechtliches zum HIV-Test

Informierte Einwilligung

Nach § 24 Infektionsschutzgesetz gilt auch der Nachweis eines Erregers bzw. der Test als Teil der Behandlung, und wie andere medizinische Untersuchungen und Behandlungen darf auch der HIV-Test nur mit Zustimmung der betroffenen Person durchgeführt werden. Man spricht hier von „informed consent“ (informierte Einwilligung): Menschen, die auf HIV getestet werden, müssen wissen, was ein positives Testergebnis für sie bedeuten kann. Deshalb sollte einem HIV-Test eine Beratung vorausgehen.

Untersuchungen auf HIV ohne Einverständnis der betreffenden Person sind nach gegenwärtiger Rechtsauffassung verboten. Es darf nicht davon ausgegangen werden, dass Patient*innen, denen im Rahmen allgemeiner Untersuchungen Blut abgenommen wird, mit einer Untersuchung des Bluts auf HIV einverstanden sind. Ungefragt zu testen erfüllt den Straftatbestand einer Körperverletzung.

Deswegen: Keine Blutentnahme und kein HIV-Test ohne Einverständnis!

HIV-Tests bei Minderjährigen

Personen, die sich testen lassen wollen, müssen – unabhängig vom Alter – einwilligungsfähig sein. Bei Jugendlichen geht man generell davon aus, dass die Einwilligungsfähigkeit bei über 16-Jährigen meist gegeben ist. Die HIV-Testung von unter 16-Jährigen ist möglich, die Einwilligungsfähigkeit sollte aber von den Berater*innen gut dokumentiert werden.

HIV-Test bei beruflichen Einstellungen

Es gibt keine Verpflichtung, dem*der Arbeitgeber*in vor Antritt einer Arbeitsstelle mitzuteilen, dass man HIV-positiv ist. Die Frage nach dem HIV-Status darf nur gestellt werden, wenn er für die Tätigkeit relevant ist – und das trifft nur im Ausnahmefall zu. Auch verpflichtende HIV-Tests sind unzulässig. Weitere Informationen dazu finden sich im Kapitel 10 (Leben mit HIV) unter dem Punkt „HIV und Arbeit“.

HIV-Test vor medizinischen Eingriffen

Generell gilt: Ein HIV-Test ohne die Einverständniserklärung ist nicht zulässig. In einigen Kliniken wird der Test aber heimlich durchgeführt bzw. man stimmt ihm durch Unterschrift des Kleingedruckten in der Aufnahmeerklärung zu, sofern man einem HIV-Test nicht ausdrücklich widerspricht (Opt-out-Erklärung) – dieses Vorgehen ist ebenfalls nicht zulässig.

HIV-Test in der Schwangerschaft

Der HIV-Test ist Bestandteil der Regelleistungen in der Schwangerschaftsvorsorge und soll allen Schwangeren von ihren Gynäkolog*innen angeboten werden. Der Test wird in diesem Fall von der Krankenkasse bezahlt und darf

nicht als „individuelle Gesundheitsleistung“ in Rechnung gestellt werden. Zusätzlich zur ärztlichen Beratung muss ein Merkblatt zum Thema HIV-Test in der Schwangerschaft ausgehändigt werden. Dieses erläutert, warum allen Schwangeren in Deutschland ein HIV-Test angeboten wird, und enthält alle wichtigen Informationen, die Schwangere für eine Entscheidung über den Test benötigen. Der Test ist freiwillig. Im Mutterpass werden nur die Durchführung des Beratungsgesprächs und die Durchführung des Tests dokumentiert, nicht aber das Ergebnis.

Nach wie vor unzulässig – aber häufig praktiziert – ist die Durchführung eines HIV-Tests ohne Einwilligung der schwangeren Person.

Blutspenden

Der Gang zum Blutspenden ist kein Ersatz für einen HIV-Test. Wer zur Blutspende geht, sollte in der Anamnese wahrheitsgetreu Angeben zu HIV-Risiken machen. Dieser Fragebogen ist ein wichtiger Bestandteil des Sicherheitskonzepts für die Blutspende, denn jeder Test hat eine diagnostische Lücke. Blutspender*innen werden in einer zentralen Datei erfasst und namentlich registriert. Unter Umständen könnten strafrechtliche Konsequenzen drohen, wenn falsche Angaben zu einem möglichen Infektionsrisiko gemacht wurden und ein*e Empfänger*in geschädigt wird. Dies könnte z. B. der Fall sein, wenn jemand trotz eines erhöhten Infektionsrisikos Blut spendet und eine HIV-Infektion aufgrund der diagnostischen Lücke noch nicht erkannt werden kann.

Therapie der HIV-Infektion

Hinweise zu medizinischer Beratung und Therapieberatung in Aidshilfen

Die Diagnose und Behandlung von Erkrankungen ist Ärzt_innen vorbehalten. Ausnahmen gibt es nur für Hebammen (Hebammengesetz) und Heilpraktiker_innen (Heilpraktikergesetz). Die Ausnahmen gelten allerdings nicht für schwere Erkrankungen (Krebs) oder Infektionskrankheiten – diese dürfen ausschließlich von Ärzt_innen behandelt werden.

Berater_innen in Aidshilfen dürfen weder über Diagnosen spekulieren, noch Behandlungsvorschläge machen. Zulässig ist ausschließlich, allgemeine Informationen über Krankheiten zu vermitteln, wie etwa zu Übertragungswegen, Krankheitsverlauf und Schutzmöglichkeiten.

In vielen Fällen sind nicht die fehlenden medizinischen Informationen das Problem der Anrufenden. Häufig fühlen sie sich von Fachleuten mit Informationen und Broschüren überhäuft oder fragen sich, wie sie mit der durch die HIV-Infektion veränderten Lebenssituation umgehen sollen. Berater_innen in Aidshilfen können dann als Ansprechpartner_in zur Verfügung stehen. Es geht hier um psychosoziale Themen, nicht um spezielle medizinische Fragen oder um Fragen zur medikamentösen Therapie.

Alle nachfolgenden Informationen sind daher nur als Hintergrundwissen gedacht.

Die Therapie der HIV-Infektion Verlauf mit Therapie

Viruslast und Helferzellen

Die Höhe der Viruslast und die Zahl der Helferzellen werden in ärztlicher Behandlung regelmäßig überprüft. Je stärker die HIV-Vermehrung, desto höher die Zahl freier Viren im Blut (Angabe in Kopien / ml Blutserum). Bei erfolgreicher Therapie sollte die Viruslast unter der Nachweisgrenze (derzeit 20–40 Viruskopien / ml) sein.

Um den Zustand des Immunsystems festzustellen, wird die Zahl der Helferzellen (auch CD 4-Zellen genannt) im Blut gemessen. Diese Zellen koordinieren die Abwehraktivitäten des Immunsystems. Normalwerte sind 500–1.500 Helferzellen / µl Blutserum. HIV befällt vor allem die Helferzellen, vermehrt sich in ihnen und zerstört sie dadurch. Mit dem Fortschreiten der HIV-Infektion sinkt ihre Zahl.

Durch die Einnahme von Medikamenten kann die Viruslast gesenkt werden,

das Immunsystem kann sich erholen und die Helferzellen können wieder ansteigen.

Die Antiretrovirale Therapie

Die Therapie mit antiretroviralen Medikamenten wird seit Mitte der 90er Jahre angewendet und hat die Lebenserwartung von Menschen mit HIV deutlich verlängert und die Lebensqualität verbessert.

Mittlerweile stehen über 20 antiretrovirale Medikamente zur Verfügung. Da HIV gegen ein einzelnes Medikament schnell resistent wird, werden in der Regel drei Medikamente gleichzeitig eingesetzt (Kombinationstherapie). Ziel der Therapie ist es, schwere Erkrankungen, (d. h. das Stadium Aids) gar nicht erst aufkommen zu lassen. Normalerweise gelingt es, die Virusvermehrung praktisch vollständig zu unterdrücken. Zwei bis drei Monate nach Therapiebeginn sollte die Viruslast nicht mehr nachweisbar sein. Das Immunsystem kann sich dann erholen. Über Monate und Jahre steigt dann die Zahl der Helferzellen wieder an.

Wann beginnt man mit der Therapie?

Nachdem man um die Jahrtausendwende dazu tendierte, mit der Therapie (angesichts der Nebenwirkungen) eher spät zu beginnen, denkt man heute anders darüber. Die Medikamente sind besser geworden und man weiß, dass die HIV-Infektion auch in der asymptomatischen Phase Organschäden verursacht (z. B. an Nerven, Niere, Gefäßen) und auch das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöht.

Aktuelle Therapieleitlinien sehen daher vor, sofort bzw. so bald wie möglich mit der Therapie zu beginnen.

Wie lange kann man behandeln?

Schätzungen gehen davon aus, dass man heute bei rechtzeitig begonnener Therapie eine normale Lebenserwartung haben kann – allerdings muss man mit den derzeit verfügbaren Medikamenten lebenslang behandeln.

Blick in die Zukunft

Lang wirksame Medikamente:
Heute ist die einmal tägliche Einnahme bereits Standard für den Therapiebeginn. In Zukunft wird man die Therapie vielleicht nur noch einmal pro Woche einnehmen. Kurz vor der Zulassung stehen die ersten Medikamente, die per Monatsspritze (in den Gesäßmuskel) verabreicht werden können.

Weniger Medikamente:
Bisher war die Gabe von drei Medikamenten Standard. Zukünftig werden zunehmend Therapien verordnet werden, bei denen zwei Medikamente ausreichend sind.

Impfung:
Geforscht wird zudem auch an einer „therapeutischen Impfung“ für HIV-Positive: die Impfung soll bei Positiven bewirken, dass ihr Immunsystem von selbst besser mit der HIV-Infektion zurechtkommt – vielleicht dann, ohne Medikamente nehmen zu müssen.

Heilung:
Bislang gibt es kein Verfahren, um Menschen mit HIV-Infektion zu heilen. Die Heilung von zwei bzw. ggf. drei krebskranken Erwachsenen mit HIV im Rahmen einer Stammzelltransplantation (gegen die Krebserkrankung) hat jedoch gezeigt, dass eine Heilung prinzipiell möglich ist (Berlin-Patient, London-Patient und ggf. Düsseldorf-Patient). Dies hat der Heilungsforschung neue Impulse gegeben. Mehrere Wege zur Heilung werden nun intensiv erforscht.

Weitere Informationen

- *Aktuelle Liste der antiretroviralen Medikamente: www.aidshilfe.de/hiv-medikamente*
- *Med-Info-Reihe zu verschiedenen Themen zum Leben mit HIV*
- *Broschüre „Therapie?“ DIN A6, 48 Seiten, Bestellnr.: 026014, https://www.aidshilfe.de/shop/therapie*

Antiretrovirale Medikamente

Handelsname	Wirkstoff	Abk	Nebenwirkungen	Besonderheiten	Formulierung	Zulassung in EU
Nukleosidanaloge / Nukleotidanaloge Reverse-Transkriptase-Inhibitoren NRTI						
Emtriva®	Emtricitabin	FTC	kaum Nebenwirkungen	Wirkt auch gegen Hepatitis B	Kapsel Saft	2003
Epivir® *Generikum*	Lamivudin	3TC	kaum Nebenwirkungen	Wirkt auch gegen Hepatitis B Als Zeffix® zur Behandlung der Hep B zugelassen	Tablette Saft	1996
Retrovir® *Generikum*	Zidovudin	AZT	Lipoatrophie, Blutarmut, Übelkeit, Fettleber, Muskelschmerzen und Pigmentierung der Nägel, Fettstoffwechselstörung, Laktatazidose[4]	In Industrieländern bei Erwachsenen zurückhaltend eingesetzt (ungünstiges Nebenwirkungsprofil). Als Infusionslösung v. a. bei der Geburt und für Säuglinge	Kapsel Saft Infusionslösung	1987
Viread® *Generikum*	Tenofovir	TDF	Verminderte Knochendichte Verminderung der Nierenleistung (Filtrationsrate), Nierenschaden	Wirkt auch gegen Hepatitis B und ist zur Behandlung der Hepatitis B zugelassen	Tablette Saft (Granulat)	2002
Ziagen®	Abacavir	ABC	Hypersensitivitätsreaktion (HSR) mit Fieber, Hautausschlag und Atembeschwerden, Hautausschlag, Übelkeit, Durchfall	Vor Einsatz des Medikaments wird mit einem Test (HLA-B*5701) geprüft, ob eine genetische Veranlagung für eine HSR besteht, dann würde Ziagen® nicht verordnet.	Tablette Saft	1999
Nicht-Nukleosidale Reverse-Transkriptase-Inhibitoren NNRTI						
Edurant®	Rilpivirin	RPV	Hautausschlag, Leberschädigung (Hepatitis), Senkung der Nierenfunktion (Filtrationsrate), Depression, Schlafstörungen, Kopfschmerz	Wirkt nicht gegen HIV-2. Zugelassen für antiretroviral nicht vorbehandelte Patienten mit HIV-1 Viruslast von ≤100.000 Kopien / ml. Muss mit kompletter Mahlzeit eingenommen werden, ein Snack reicht nicht.	Tablette	2011
Intelence®	Etravirin	ETV	Hautausschlag	Wirkt nicht gegen HIV-2. Nur bei vorbehandelten Patienten und nur in Kombination mit geboostetem Proteaseinhibitor zugelassen.	Tablette	2008
Pifeltro®	Doravirin	DOR	Schwindel, Kopfschmerzen, abnorme Träume, Müdigkeit, Übelkeit, Durchfall, Bauchschmerzen	Kann sowohl mit als auch ohne Nahrung eingenommen werden. Doravirin hat ein im Vergleich zu anderen NNRTI ein günstigeres Resistenzprofil und ist auch noch wirksam, wenn andere NNRTI nicht mehr wirken. Auch in der Kombinationstablette Delstrigo® enthalten	Tabletten	2018

Handelsname	Wirkstoff	Abk	Nebenwirkungen	Besonderheiten	Formulierung	Zulassung in EU
Sustiva® (Deutschl.) **Stocrin®** (Österreich, Schweiz) *Generikum*	Efavirenz	EFV	Hautausschlag, Leberschädigung (Hepatitis), Depressionen, Schlafstörungen (lebhafte Träume), Kopfschmerzen, erhöhte Suizidneigung, Fettstoffwechselstörung	Wirkt nicht bei HIV-2 und HIV-1 Gruppe 0 Kann falsch-positive Ergebnisse bei Cannabinoid-Schnelltest Drogenscreening z. B. im Straßenverkehr) hervorrufen – nicht aber im Bestätigungstest (Gaschromatographie).	Kapseln Tabletten	1998
Viramune® *Generikum*	Nevirapin	NVP	Hautausschlag und Leberschädigung (Hepatitis) v. a. im Rahmen einer Hypersensitivitätsreaktion. Tritt v. a. auf bei Männern mit > 400 Helferzellen / µl und Frauen mit >250 / µl bei Therapiebeginn, wenn Viruslast >50 / ml.	Wirkt nicht gegen HIV-2 und HIV-1 Gruppe 0. In nicht retardierter Form: Einnahme 2x täglich, Als Retardtablette: Einnahme 1x täglich	Tabletten und Retardtabletten	1996
Protease-Inhibitoren PI						
Aptivus®	Tipranavir	TPV	Fettstoffwechselstörungen, Leberschädigung (Hepatitis), Gehirnblutung	Nur in Kombination mit Ritonavir (Norvir®) als Booster	Kapsel Saft	2005
Invirase® *Generikum*	Saquinavir	SQV	Fettstoffwechselstörungen	Nur in Kombination mit Ritonavir. (Norvir®) als Booster	Tabletten	1995
Kaletra®	Lopinavir+ Ritonavir	LPV	Fettstoffwechselstörungen, erhöhtes kardiovaskuläres Risiko	Enthält Ritonavir als Booster	Tablette Saft	2001
Aluvia™ (Afrika, Asien) *Generikum*						
Prezista®	Darunavir	DRV	Fettstoffwechselstörungen, Nierensteine, Hautausschlag	Nur in Kombination mit Ritonavir (Norvir®) oder Cobicistat (Tybost®) als Booster. Die feste Kombination mit Cobicistat (als Rezolsta®) wurde von der Herstellerfirma nicht auf den deutschen Markt gebracht.	Tablette Saft	2007
Reyataz®	Atazanavir	ATV	Fettstoffwechselstörungen, Erhöhung des Gallenfarbstoffs (Bilirubin) im Blut mit Gelbfärbung der weißen Augenhaut (Sklera)	Normalerweise mit Booster einzusetzen. Unter bestimmten Bedingungen (u.a.: Viruslast seit > 6 Monaten unter der Nachweisgrenze) auch ohne Booster einsetzbar.	Kapsel Saft	2004
Telzir® (Europa) **Lexiva™** (USA)	Fosamprenavir	FPV	Fettstoffwechselstörungen, Durchfall, Übelkeit, Hautausschlag, erhöhtes kardio-vaskuläres Risiko	Nur in Kombination mit Ritonavir als Booster. Einnahme der Tablette unabhängig von Mahlzeiten; Einnahme des Safts auf nüchternen Magen	Tablette Saft	2004

Handelsname	Wirkstoff	Abk	Nebenwirkungen	Besonderheiten	Formulierung	Zulassung in EU
Entry-Inhibitoren EI						
Fuzeon®	Enfuvirtide	ENF	Verhärtungen an der Einstichstelle mit erhöhter Empfindlichkeit (Hypersensitivität)	Fusionsinhibitor. Bekannt auch als T20. Medikament wird unter die Haut (subcutan) gespritzt. Selten eingesetzt.	Pulver zum Auflösen	2003
Celsentri® Selzentry™ (USA)	Maraviroc	MVC	Hepatitis mit Erhöhung der Leberwerte, erhöhtes Risiko für Infektionen, Angina pectoris2	Blockt CCR5-Korezeptor. Einsatz nur beim Nachweis von Viren, die über den CCR5- und nicht über den CXCR4-Rezeptor in Zelle eintreten (Tropismus-Test).	Tablette	2007
Integrase-Inhibitoren INI						
---	Bictegravir	BTG	s. Kombinationstablette Biktarvy	Nicht als Einzelsubstanz zugelassen, sondern nur mit TAF+FTC in der Kombinationstablette Biktavy®. Kaum Wechselwirkungen mit anderen Substanzen oder Drogen	Tablette	2018
Isentress®	Raltegravir	RAL	Übelkeit, Muskelschmerzen, Schlafstörungen, Kopfschmerzen	Kaum Wechselwirkungen mit anderen Substanzen oder Drogen	Tablette Kautabl. Saft	2007
Tivicay®	Dolutegravir	DTG	Übelkeit, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Senkung der Nierenfunktion (Filtrationsrate)	Kaum Wechselwirkungen mit anderen Substanzen oder Drogen	Tablette	2014
Vitekta®	Elvitegravir	EVG	Durchfall, Übelkeit, Senkung der Nierenfunktion (Filtrationsrate), Schlafstörungen,Kopfschmerz	In Deutschland als Einzelsubstanz nicht auf dem Markt. Muss geboostet werden. In den Kombinationstabletten Stribild® und Genvoya® enthalten.	Tablette	2013
Kombinationspräparate						
Atripla® *Generikum*	Tenofovir Emtricitabin Efavirenz	TDF FTC EFV	Nebenwirkungen: s. Einzelsubstanzen.	Antiretrovirale Therapie mit einmal täglich einer Tablette möglich.	Tablette	2008
Biktarvy®	Bictegravir Tenofovir Emtricitabin	BTG TAF FTC	Nebenwirkungen: Durchfall, Übelkeit, Kopfschmerzen	Keine Nahrungsmittelrestriktion (kann mit oder ohne Essen eingenommen werden)	Tablette	2018
Combivir® *oder Generikum*	Lamivudin Zidovudin	3TC AZT	Nebenwirkungen: s. Einzelsubstanzen.		Tablette	1997
Delstrigo®	Doravirin Tenofovir Lamivudin	DOR TDF 3-TC	Nebenwirkungen: s. Einzelsubstanzen.	Kann sowohl mit als auch ohne Nahrung eingenommen werden.	Tablette	2018

Handels-name	Wirkstoff	Abk	Nebenwirkungen	Besonderheiten	Formu-lierung	Zulassung in EU
Descovy®	Tenofovir Emtricitabin	TAF FTC	Nebenwirkungen: s. Einzelsubstanzen.	TDF (Tenofovirdisoproxil) in Truvada® wurde durch TAF (Tenofoviralafenamid) ersetzt. Bei TAF kommt es zu einer geringeren Senkung der Nierenwerte (Kreatininclearance) als bei TDF. Im Gegensatz zu Truvada® ist das Präparat zwar in der Therapie, noch nicht jedoch in der PREP zugelassen.	Tablette	2016
Eviplera® (EU) **Complera™** (USA)	Tenofovir Emtricitabin Rilpivirin	TDF FTC RPV	Nebenwirkungen: s. Einzelsubstanzen.	Zugelassen für Patienten mit HIV-1 Viruslast von ≤100.000 Kopien / ml. Mit kompletter Mahlzeit einnehmen.	Tablette	2011
Genvoya®	Tenofovir Emtricitabin Elvitegravir Cobicistat	TAF FTC EVG COB	Nebenwirkungen: s. Einzelsubstanzen.	Wie Stribild®, jedoch TDF durch TAF ersetzt.	Tablette	2015
Juluca®	Dolutegravir Rilpivirin	DTG RPV	Nebenwirkungen: s. Einzelsubstanzen.	Die Zwei-Fach-Kombination kann nach Leitlinie im Sinne einer Erhaltungstherapie als vollwertige Therapie eingesetzt werden, wenn die Viruslast durch Vorbehandlung bereits mindestens 6 Monate stabil unter der Nachweisgrenze ist.	Tablette	2018
Kivexa® **Epzicom™** (USA) *Generikum*	Lamivudin Abacavir	3TC ABC	Nebenwirkungen: s. Einzelsubstanzen.		Tablette	2004
Odefsey®	Rilpivirin Tenofovir Emtricitabin	RPV TAF FTC	Nebenwirkungen: s. Einzelsubstanzen.	Wie Eviplera®, jedoch TDF durch TAF ersetzt.	Tablette	2016
Stribild®	Tenofovir Emtricitabin Elvitegravir Cobicistat	TDF FTC EVG COB	Nebenwirkungen: s. Einzelsubstanzen.	Antiretrovirale Therapie mit einmal täglich einer Tablette.	Tablette	2013
Symtuza®	Darunavir Cobicistat Tenofovir Emtricitabin	DRV COB TAF FTC	Nebenwirkungen: s. Einzelsubstanzen.	Antiretrovirale Therapie mit einmal täglich einer Tablette.	Tablette	2017
Triumeq®	Lamivudin Abacavir Dolutegravir	3TC ABC DTG	Nebenwirkungen: s. Einzelsubstanzen.	Erste komplette Kombinations-tablette, die nicht Tenofovir+ Emtricitabin enthält.	Tablette	2014
Trizivir®	Lamivudin Zidovudin Abacavir	3TC AZT ABC	Nebenwirkungen: s. Einzelsubstanzen.	Wird kaum noch eingesetzt, da als 3-fach Medikamentenkombination zu schwach wirksam.	Tablette	2000
Truvada® *Generikum*	Tenofovir Emtricitabin	TDF FTC	Nebenwirkungen: s. Einzelsubstanzen.	In den USA seit Juli 2012, in Europa seit Oktober 2016 auch als Prä-Expositions-Prophylaxe (PREP) bei HIV-Negativen zugelassen. Mehrere Generika sind seit Juli 2017 auf dem EU-Markt. Drei Generika (Hexal, TAD und retiopharm) haben auch die Zulassung für die PREP.	Tablette (Therapie) (PrEP)	2005 2016

Handelsname	Wirkstoff	Abk	Nebenwirkungen	Besonderheiten	Formulierung	Zulassung in EU
Booster (Wirkverstärker für antiretrovirale Medikamente)						
Norvir®	Ritonavir	RTV	Senkung der Nierenfunktion (Filtrationsrate)	Blockt CYP 3A4 und weitere Leber enzyme. Proteaseinhibitor, zählt in der ART als niedrig dosierter Booster nicht als antiretrovirales Medikament. Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und Drogen.	Tablette Saft	1997
Tybost®	Cobicistat	COB	Senkung der Nierenfunktion (Filtrationsrate).	Blockt CYP 3A4 (Leberenzym). Booster für Darunavir, Atazanavir und Elvitegravir. Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und Drogen.	Tablette	2013
In Deutschland nicht erhältliche Medikamente						
Evotaz®	Atazanavir Cobicistat	ATV COB	siehe Einzelsubstanzen	In der EU zugelassen. In Österreich auf dem Markt.	Tablette	2015
Rezolsta®	Darunavir+ Cobicistat	DRV COB		Von den Herstellerfirmen aber nicht auf den deutschen Markt gebracht.	Tablette	2014
Vitekta®	Elvitegravir	EVG		Von den Herstellerfirmen aber nicht auf den deutschen Markt gebracht.	Tablette	2013

Antiretrovirale Medikamente, die nicht (mehr) auf der Liste sind:

Agenerase® (Amprenavir): Proteaseinhibitor, wurde durch die Nachfolgesubstanz Telzir® (Fosamprenavir) abgelöst.

Crixivan® (Indinavir): erster Proteaseinhibitor auf dem Markt, heute aufgrund des Nebenwirkungsspektrums (Nierensteine, Lipodystrophie) kaum mehr eingesetzt, wird voraussichtlich Ende 2019 vom Markt genommen

Fortovase® (Saquinavir): Proteaseinhibitor, wurde als ungeboostete Formulierung von Saquinavir seit 2006 nicht mehr verwendet und durch Invirase® ersetzt.

Hivid® (Zalcitabin): NRTI, wurde aufgrund des Nebenwirkungsspektrums (Nervenschäden) nicht mehr eingesetzt und 2006 vom Markt genommen.

Rescriptor® (Delavirdin): NNRTI, ist nur in den USA zugelassen und wird in Deutschland extrem selten eingesetzt (muss dann importiert werden).

Videx® (Didanosin): NRTI, seit 1991 zugelasssen, wird aufgrund des Nebenwirkungsspektrums (u.a. Nervenschäden, Pankreatitis) kaum mehr eingesetzt.

Viracept® (Nelfinavir): Proteaseinhibitor. Wurde Anfang 2013 vom Markt genommen (ungünstiges Nebenwirkungsprofil)

Zerit® (Stavudin): NRTI, seit 1994 zugelasssen, wird aufgrund des Nebenwirkungsspektrums (u.a. Lipoathrophie) kaum mehr eingesetzt.

Leben mit HIV – allgemeine Aspekte

- In Deutschland lebten Ende 2017 rund 86.100 Menschen mit HIV, davon sind etwa 74.800 Männer.

- Von diesen 86.100 HIV-Positiven bekommt die große Mehrheit (68.800 Menschen) eine medikamentöse Therapie. 11.300 Menschen mit HIV wissen nichts von ihrer Infektion.

- HIV ist eine chronische Infektion, die zwar nicht heilbar, aber gut behandelbar ist. Durch die Behandlung wird vermieden, dass es zum Ausbruch des Krankheitsbildes Aids kommt.

- Unter gut funktionierender Therapie haben Menschen mit HIV heute eine fast normale Lebenserwartung bei guter Lebensqualität.

- Die individuelle Gesundheitssituation von Menschen mit HIV kann sich unterschiedlich darstellen. Dabei spielen verschiedene Faktoren eine Rolle, z. B. der Zeitpunkt der Infektion oder der Zeitpunkt des Therapiebeginns.

- Auch in Deutschland sterben noch Menschen an Aids. Gründe sind eine zu späte Diagnose der Infektion oder Probleme bei der Tabletteneinnahme (z. B. bei psychischen Erkrankungen).

- Menschen mit HIV sind nach wie vor häufig Diskriminierungen ausgesetzt. Das Virus löst weiterhin oft (irrationale) Ängste und Verunsicherung aus. Außerdem ist die HIV-Infektion oft mit Lebens- und Verhaltensweisen verknüpft, die nicht der Norm entsprechen.

- Das in Deutschland seit 2006 geltende Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) verbietet Diskriminierung aufgrund von ethnischer Zugehörigkeit, Geschlecht, sexueller Orientierung oder Behinderung. Im Dezember 2013 hat ein Urteil des Bundesarbeitsgerichts klargestellt, dass auch eine symptomlose HIV-Infektion im Sinne des AGG als Behinderung anzusehen ist. Im Falle HIV-bezogener Diskriminierung – z. B. am Arbeitsplatz oder bei Datenschutzverletzungen – können HIV-Positive sich also auf das AGG berufen und ihre Rechte einklagen. *(→ dazu auch Kapitel 13, „Anitidiskriminierungsberatung“)*

- Im Arbeitsalltag besteht kein HIV-Übertragungsrisiko. Probleme kann es aktuell in zwei Bereichen geben: HIV-positive Ärzt_innen, deren Viruslast nicht unter der Nachweisgrenze ist und Bewerber_innen bei der Polizei. (Mehr Infos dazu unter Punkt „HIV und Arbeit“.

Leben mit HIV – rechtliche Aspekte

HIV und Sexleben

Muss der HIV-Status vor dem Sex mitgeteilt werden?

In Deutschland gibt es kein Gesetz, das HIV-Positive dazu verpflichtet, Sexpartnern zu sagen, dass sie positiv sind. Menschen mit HIV müssen aber Maßnahmen zum Schutz des_der Partner_in treffen. Dieser Pflicht ist genüge getan, wenn ein Kondom benutzt wird. Es drohen dann keine strafrechtlichen Konsequenzen – auch dann nicht, wenn trotzdem eine Infektion stattfindet, zum Beispiel, weil das Kondom reißt oder abrutscht.

Als Safer-Sex gilt auch der Schutz durch Therapie, also Sex ohne Kondom bei einer stabilen Viruslast unter der Nachweisgrenze durch die ART. Im Falle einer Anklage muss der_die Beklagte nachweisen, dass er_sie unter Therapie ist und die Viruslast stabil unter der Nachweisgrenze liegt. In der letzten Zeit kam es dann zum Freispruch bzw. wurden die Klagen erst gar nicht zugelassen. Im Einzelfall kann es aber auch heute noch zu schwierigen Prozessen kommen, da sich noch nicht alle Gerichte mit der Evidenz von Schutz durch Therapie beschäftigt haben und ggfs. der_die Beklagte in die nächste Instanz gehen muss.

Im Fall einer Anklage ist es unbedingt ratsam, vor jeglicher Aussage auch bei der Polizei, einen Rechtsbeistand einzuholen.

Ungeschützter Sex

Menschen mit HIV machen sich strafbar, wenn sie ungeschützten Sex haben und der_die Partner_in nichts von ihrer Infektion weiß. Hier ist die Rechtslage eindeutig. Ungeschützter Sex bedeutet, dass weder Kondome genutzt wurden noch die Viruslast unter der Nachweisgrenze lag und der_die HIV-Positive nachweislich von der HIV-Infektion wusste.

Die absichtliche oder fahrlässige Weitergabe von HIV wird nach deutschem Recht als Körperverletzung eingestuft. Geurteilt wird nach den Paragrafen 223 und 224 des Strafgesetzbuches. Ungeschützter Sex, der keine Infektion nach sich zieht, gilt als versuchte Körperverletzung, kann also ebenfalls zu einer Verurteilung führen.

Weiß der_die Partner_in von der Infektion und hat dennoch ungeschützen Sex mit ihm_ihr, ist dies für beide Seiten nicht strafbar. Im Zweifelsfall muss die Person mit HIV aber belegen können, dass der_die Partner_in dieses Risiko einvernehmlich eingegangen ist. Wer juristisch auf der ganz sicheren Seite sein möchte, kann eine solche Vereinbarung schriftlich festhalten oder vor

Zeugen treffen. Durch die effektiven Therapien sind solche Situationen heute äußerst selten.

HIV und Arbeit

Berufswahl, Einstellung und Ausübung eines Berufs als HIV-Positive_r:

Grundsätzlich bestehen für Menschen mit HIV keine Einschränkungen bei der Berufswahl. Bei Bewerbungsgesprächen und Einstellungsuntersuchungen muss der_die Bewerber_in den Arbeitgeber nicht über seine_ihre HIV-Infektion informieren. Der Arbeitgeber darf auch nicht danach fragen. Stellt er die Frage trotzdem, darf der_die Arbeitnehmer_in sogar lügen. Ausnahmen von dieser Regel gibt es nur in wenigen, weiter unten angeführten Fällen. Ist man berufstätig und infiziert sich mit HIV, muss man das dem Arbeitgeber ebenfalls nicht mitteilen. Eine HIV-Infektion ist auch kein Kündigungsgrund.

Berufe im Gesundheitswesen

Menschen mit HIV können grundsätzlich ohne Probleme als Arzt_Atztin oder Krankenpflerger_in arbeiten. Einschränkungen gibt es nur im Bereich der Chirurgie, wenn ein Ansteckungsrisiko für andere Menschen bestehen könnte. Dies ist bei einem kleinen Teil von Operationen der Fall, bei denen für den_die operierende_n Chirurg_in (Urologe, Gynäkologe, Zahnarzt…) selbst eine hohe Verletzungsgefahr besteht und Blut des Chirurgen in das Operationsgebiet gelangen kann und gleichzeitig die Viruslast des Operateurs nachweisbar (>50 Kopien / ml) ist. Die meisten anderen Operationen können auch von nicht antiretroviral behandelten HIV-positiven Chirurg_innen ausgeführt werden.

Seit August 2012 gibt es Empfehlungen der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) und der Gesellschaft für Virologie (GfV), die Regelungen beinhaltet, welche Tätigkeiten HIV-positive Beschäftigte im Gesundheitswesen unter welchen Bedingungen ausführen dürfen. Im HIV-Report Nr. 4 des Jahres 2012 werden die Empfehlungen zusammengefasst ▸ www.hivreport.de
Ein Problem ist, das die Empfehlungen in der Praxis teilweise falsch ausgelegt werden und dann fälschlicherweise behauptet wird, es gäbe generell im Gesundheitsbereich Einstellungseinschränkungen oder Tätigkeitsbeschränkungen.

Luftfahrtpersonal

Pilot_innen
Für Pilot_innen gelten hohe Tauglichkeitsanforderungen. Aufgrund europäischer Flugsicherheitsrichtlinien gehört ein HIV-Test daher zur Pilot_innenenausbildung. Aber nicht alle Fluggesellschaften testen! Ob Menschen mit HIV heute zur Pilot_innenausbildung zugelassen werden, hängt nicht davon ab ob sie positiv sind, sondern wie ihr allgemeiner Gesundheitszustand ist. Erhält ein_e ausgebildete_r Pilo_int während seiner_ihrer Berufstätigkeit ein positives Testergebnis, kann er_sie – solange sein_ihr Gesundheitszustand das erlaubt – als Pilot_in weiterarbeiten.

Kabinenpersonal / Flugbegleiter_innen
Auch mit HIV kann man als Flugbegleiter_in arbeiten. Die Fluggesellschaften gehen allerdings unterschiedlich mit dem HIV-Test um. Es ist schwierig, allgemeingültige Aussagen zu machen. Viele Fluglinien verlangen keinen Test. Manche verlangen den Test und knüpfen eventuell besondere Auflagen an eine Einstellung. Im Einzelfall ist es sinnvoll, sich darüber bei der DAH oder regionalen Aidshilfen zu informieren.

Das Argument, Menschen mit HIV könnten als Pilot_innen oder Kabinenpersonal nicht in alle Länder einreisen, ist kein Grund die Einstellung zu verweigern. Es ist den Fluggesellschaften möglich und zuzumuten, Menschen mit HIV für bestimmte Länder / Routen sperren zu lassen. Das ist auch in anderen Fällen schon Praxis.

Tätigkeit im Ausland / Berufe mit Reisetätigkeit

Noch immer verweigern viele Länder Menschen mit HIV die Einreise oder einen längeren Aufenthalt. Wenn Reisen oder Tätigkeiten in solchen Ländern Hauptbestandteil eines Jobs sind, werden Menschen mit HIV bei der Eignungsprüfung manchmal ausgeschlossen. Die Arbeitgeber dürfen in solchen Fällen, wenn die Tätigkeit ausschließlich oder überwiegend in einem Land mit Einreise / Aufenthaltsbeschränkung für HIV-Positive stattfinden würde, ausnahmsweise im Einstellungsgespräch fragen, ob eine HIV-Infektion besteht. Nähere Infos über die betroffenen Länder gibt es unter ▸ www.hivtravel.org

Manche Berufe setzen außerdem „Tropentauglichkeit“ voraus. Eine behandelte HIV-Infektion ist hier in der Regel kein Hindernis, da bei stabilem Immunsystem die sonst problematische Gelbfieberimpfung durchgeführt werden kann. Entscheidend ist, ob der_die einzelne Bewerber_in den Belastungen durch das Klima am Einsatzort gesundheitlich gewachsen ist.

HIV und Arztbesuch

Eine fachkundige medizinische Behandlung der HIV-Infektion ist von großer Bedeutung. Idealerweise sollte sie in einer HIV-Schwerpunktpraxis erfolgen. Grundsätzlich macht es Sinn, dass der Arzt_die Ärztin von der HIV-Infektion weiß. Zum einen hilft es ihm_ihr zu diagnostizieren, ob Symptome im Zusammenhang mit der HIV-Infektion stehen, zum anderen geht es darum, dass eine Behandlung mit der HIV-Therapie kompatibel ist.

Andererseits werden uns immer wieder Fälle berichtet, bei denen HIV-Positive beim Arztbesuch wegen ihrer Infektion diskriminiert werden. Dies reicht von der Verlegung von Zahnarztterminen auf das Ende der Sprechstunde bis hin zu Behandlungsverweigerung. Dafür gibt es keinen Grund. Deswegen sollte man sich in solchen Fällen an die örtliche Aidshilfe wenden oder direkt eine Beschwerde an die Landesärztekammer richten.

Für viele HIV-Positive stellt sich deswegen die Frage, ob sie ihren HIV-Status auch bei anderen Ärzt_innen (z. B. Zahnärzt_innen, Orthopäd_innen) offenlegen sollen oder müssen. Die überwiegende Mehrheit der Rechts-

wissenschaftler_innen ist der Meinung, dass eine bekannte HIV-Infektion gegenüber dem_der Ärzt_in zu offenbaren ist, andere halten diese Rechtsauffassung für nicht haltbar. Wenn man sich nicht als HIV-positiv outet, hat das aber keine juristischen Folgen, außer eine eventuelle Auflösung des Behandlungsvertrages mit dem Arzt_der Ärztin, d. h. der Arzt_die Ärztin kann eine weitere Behandlung ablehnen.

Eine Ausnahmesituation stellt dar, wenn die HIV-Infektion nicht angesprochen wurde, der Arzt_die Ärztin / das medizinische Personal sich aber während der Behandlung so verletzt, dass theoretisch eine HIV-Infektionsgefahr bestünde. Juristisch ist nicht geklärt, wie in einem solchen Fall entschieden würde, da es deswegen noch nie zu einem Verfahren kam. Hier raten aber auch Jurist_innen dazu, den HIV-Status zu offenbaren, damit der Arzt_die Ärztin / das medizinische Personal gegebenenfalls eine PEP einleiten kann.

Eine Möglichkeit dieses Problem zu umgehen ist, bei der Schwerpunktpraxis oder bei der Aidshilfe vor einer Behandlung nach Ärzt_innen zu fragen, für die die Behandlung von HIV-positiven Patient_innen selbstverständlich und unproblematisch ist.

HIV, Reisen und Auslandsaufenthalte

Urlaubs- und Dienstreisen sind für viele Menschen ein wichtiger Bestanteil des Lebens. Eine HIV-Infektion ist dabei in den meisten Fällen kein Hindernis. Innerhalb Europas sind Reisen in der Regel völlig unproblematisch.

Einreisebeschränkungen

Noch immer verweigern einige Länder Menschen mit HIV prinzipiell die Einreise, darunter zum Beispiel viele arabische Länder. Manche Länder dulden Kurzaufenthalte bis zu 90 Tagen, wieder andere untersagen jegliche Einreise von HIV-Positiven.

Solange eine HIV-Infektion nicht bekannt wird, gibt es in der Regel keine Probleme. Ein HIV-Test wird normalerweise nur verlangt, wenn man ein Visum für die mehrfache Einreise oder für einen längeren Aufenthalt beantragt.

Wird die HIV-Infektion bekannt, führt das allerdings in einigen Ländern zur Abschiebung. Die englischsprachige Website www.hivtravel.org gibt detaillierte Informationen über die gesetzlichen Bestimmungen und die Praxis in allen Ländern.

Wer eine Reise in ein Land mit Einreisebeschränkungen plant, sollte sich genau erkundigen, wie sie in der Praxis gehandhabt werden.

Weitere Informationen zur Reisevorbereitung, besonders auch zum Umgang mit Medikamenten gibt es im Med-Info Nr. 10.

Weitere Informationen

- *HIV und Reisen / Auslandsaufenthalte Med-Info Nr. 10, 2018, Bestellnr. 140010, https://www.aidshilfe.de/shop/medinfo-10-hiv-reisen-auslands-aufenthalte*
- *www.hivtravel.org*

Safer Use

Was ist Safer Use?

Der Konsum von Drogen ist unter den gegenwärtigen Bedingungen z. B. durch Illegalität, unbekannte Stoffqualität und Streckmittel immer mit Risiken (vor allem Überdosen und Infektionen) verbunden. Maßnahmen, die diese Risiken wirkungsvoll verringern, bezeichnet man als „Safer Use“.

Beim Spritzen von Heroin und anderen Drogen können Krankheitserreger wie HIV und Hepatitis B und C übertragen werden, wenn Konsumutensilien gemeinsam benutzt werden, oder man bereits benutzte Konsumutensilien verwendet.

Vor Infektionen beim Drogenkonsum kann man sich schützen, indem man neben der eigenen Spritze und Nadel auch alle anderen Konsumutensilien wie Filter, Löffel, Wasser nur selbst benutzt. Alternative Konsumformen wie sniefen (durch die Nase) oder inhalieren (durch den Mund) sind weniger riskant im Hinblick auf Überdosierungen und Infektionen.

Aber auch hier gilt Sniefröhrchen oder Pfeifen nur alleine benutzen und nicht weitergeben.

Grundsätzlich sollte man beim Drogenkonsum für möglichst hygienische Bedingungen sorgen. (Unterlage, Hände waschen), dass vermindert das Risiko der Übertragung von Bakterien.

Spritzen

Auch in einer entleerten Spritze können sich Blutreste an und in der Nadel sowie in der Spritze selbst befinden, die HIV und andere Viren sowie Bakterien in hoher Konzentration enthalten, auch wenn das Blut mit bloßem Auge nicht erkennbar ist.

Deswegen sollten Drogengebraucher immer nur das eigene Spritzbesteck benutzen. Das Beste ist für jeden „Druck“ neue und unbenutzte Konsumutensilien zu nutzen.

In vielen Städten gibt es Einrichtungen, die Konsumutensilien kostenlos oder für einen sehr niedrigen Preis ausgegeben. Dort werden auch alte gegen neue Konsumutensilien getauscht oder neue je nach Bedarf ausgegeben. In Spritzenautomaten, kann man viele Konsumutensilien sowie Kondome rund um die Uhr und anonym für 0,50–1€ erwerben. Siehe dazu auch ▶ www.spritzenautomaten.de

Sniefen

Manche Drogen werden durch ein Röhrchen in die Nase gezogen, vor allem Kokain und Speed. Auch Heroin kann man „sniefen“ („Schnupfen“).

Um bakterielle Infektionen und eine Infektion mit Hepatitis B und C Viren zu vermeiden sollte man nur sein eigenes, sauberes Ziehröhrchen benutzen.

Dementsprechend sind gerollte Geldscheine, die voller Krankheitserreger sind, völlig ungeeignet.

Eigens zum sniefen hergestellte Ziehröhrchen kann man im Internet finden.

Rauchen

Immer mehr Konsument_innen rauchen ihre Substanzen wie Kokain, Methamphetamin oder Heroin von der Alufolie oder aus der Pfeife. Diese Konsumform ist ebenfalls weniger riskant, da Überdosierungen nicht möglich sind. Auch hier gilt, nur das eigene Rauchzubehör verwenden und nicht an andere weitergeben.

Mischkonsum

Mischkonsum bedeutet, mehrere Drogen gleichzeitig oder zeitnah zu konsumieren, also zum Beispiel zusätzlich zu Heroin oder Kokain noch Benzodiazepine (Beruhigungsmittel), Substitutionsmittel oder Alkohol.

Mehrere Drogen gleichzeitig zu konsumieren führt zu unkalkulierbaren Risiken, da sich die Wirkungen verschiedener Drogen gegenseitig sowohl verstärken als auch abschwächen können. Mischkonsum ist die häufigste Ursache von Drogennotfällen und Drogentodesfällen!

Ausführliche Informationen über Wechselwirkungen zwischen Drogen sowie zwischen Drogen und HIV-Medikamenten gibt es unter ▶ www.hiv-drogen.de.

Notfalldesinfektion

Wenn nur Spritzen und Nadeln verfügbar sind, die bereits von anderen benutzt wurden, kann das Infektionsrisiko durch folgende Strategien verringert werden:

- auf andere Kopnsumformen ausweichen (sniefen oder rauchen) oder das gebrauchte Spritzbesteck desinfizieren. Dazu benötigt man Wasser und Bleichmittel (Bleach). Spritzbesteck mit Bleichmittel und frischem Wasser ausspülen. Die Formel hierfür lautet (1 x Wasser, 1 x Bleach, 1 x Wasser – jeweils aus einem anderen Gefäß). Danach muss mit viel sauberem Wasser nachgespült werden. Hierbei bleibt ein Restrisiko bestehen.

Weitere Informationen

- *Broschüre „Schütz dich -auch beim Sex“, DIN A 6, 44 Seiten, Bestellnummer 022106, https://www.aidshilfe.de/shop/schutz-dich-beim-sex*
- *Broschüre „Safer Use – Risiken minimieren beim Drogengebrauch“, DIN A 6, 56 Seiten, Bestellnr. 022045, https://www.aidshilfe.de/shop/safer-use-risiken-minimieren-beim-drogengebrauch*
- *Broschüre „Drogen und HIV“, DIN A 6, 32 Seiten, Bestellnr. 022051, https://www.aidshilfe.de/shop/drogen-hiv*

Rechtliche Aspekte der Beratung

Grundlegendes

Aufgabe der Beratung in Aidshilfe ist es, Ratsuchenden aktuelles Wissen zu Übertragungswegen und Schutzmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen. In der Beratung kann man auch Unterstützung bei der Abwägung von daraus resultierenden Handlungen geben (z. B.: Verwende ich Kondome oder ist die PrEP eher das Mittel der Wahl? Sollte ich einen HIV-Test machen, oder nicht?)

Wie sich der_die Ratsuchende konkret verhalten will, liegt aber in ihrer_seiner Entscheidung, nicht in der Hand der Berater_innen. Sie können informieren, die Umsetzung und damit die Verantwortung für das eigene Handeln bleibt beim Ratsuchenden.

Beratung in Aidshilfe ist eingebettet in Gesetze, die in ihrem Kern vor allem den Schutz der Ratsuchenden betreffen. In diesem Kapitel werden gesetzlich relevante Regelungen, die die Aidshilfe-Arbeit betreffen, vorgestellt und auf ihre konkrete Bedeutung für ehren- und hauptamtliche Mitarbeitende eingegangen.

Schweigepflicht und Datenschutz

Vielen Menschen fällt es schwer, sich in einem Gespräch zu öffnen und über persönliche Schwierigkeiten zu sprechen. Deshalb ist die Vertraulichkeit des Beratungsgesprächs die wichtigste Grundbedingung für den Kontakt zwischen Berater_in und Klient_in.

Ratsuchende müssen darauf vertrauen können, dass sich die Mitarbeitenden von Beratungseinrichtungen an diesen Grundsatz der Vertraulichkeit halten. Daher existieren hierzu auch besondere, gesetzliche Regelungen.

Für Sozialarbeiter_innen, 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 und Selbstverständnis

Alle haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter_innen sind deshalb verpflichtet, sämtliche im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit bei der Aidshilfe bekannt werdenden Informationen, Daten und Vorgänge geheim zu halten. Es ist den Mitarbeitenden untersagt, gegenüber Dritten darüber Angaben zu offenbaren – selbst durch Andeutungen oder nonverbale Gesten.

Die Verschwiegenheitsverpflichtung gilt auch

- wenn ein_e Klient_in in der Aidshilfe vermeintlich „offen“ mit seiner_ihrer HIV-Infektion oder privaten Problemen umgeht.
- für alle Informationen aus kollegialem Austausch und Supervision, die Klient_innen oder die haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter_innen und deren Angehörige betreffen.
- im Prinzip auch gegenüber Ärzt_innen, medizinischem Personal oder Kolleg_innen aus anderen Beratungseinrichtungen. Vorraussetzung für die

Kontaktaufnahme und Weiterleitung von Informationen an andere Einrichtungen ist, dass der_die Klien_in eine Schweigepflichtentbindung erteilt. 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.
- über das Ende der Tätigkeit in Aidshilfe hinaus. Ein Verstoß gegen die Schweigepflicht kann mit arbeitsrechtlichen, straf- und zivilrechtlichen Konsequenzen verbunden sein – auch wenn aus Fahrlässigkeit gehandelt wurde, d. h. dass die Schweigepflicht verletzt wird, ohne dass den Betreffenden dies bewusst wird.

Datenschutz

Um das Bekanntwerden von vertraulichen Informationen zu unterbinden, sind alle Dokumente, auf denen Name und andere personenbezogenen Daten vermerkt sind (z. B. Gesprächsnotizen, Teilnehmer_innenlisten), für Dritte grundsätzlich unzugänglich aufzubewahren.

Sollen diese Unterlagen vernichtet werden, ist auf eine vollständige Vernichtung der Daten z. B. durch „Schreddern" zu achten. Keinesfalls dürfen diese Dokumente im Altpapier landen oder als „Schmierpapier" genutzt werden!

Auch auf die Sicherheit elektronischer Daten und elektronischer Systeme ist zu achten. Computer sind z. B. durch geeignet starke Passwörter zu schützen. Geschützte Bildschirmschoner können bei kurzen Unterbrechungen ein geeignetes Mittel sein, die Daten vor dem Zugriff Dritter zu sichern.

Mobile Datenträger mit personenbezogenen oder gar besonders sensiblen personenbezogenen Daten, sollten prinzipiell verschlüsselt werden um sie vor unberechtigten Zugriffen Dritter zu schützen. Geht ein solcher Datenträger beispielsweise trotz aller Vorsicht verloren, sind die Daten durch die Verschlüsselung doch vor unbefugten Zugriffen geschützt.

Bei Nichtgebrauch sollten mobile Datenträger stets in verschlossenen Behältnissen aufbewahrt werden. Und natürlich müssen auch Daten auf mobilen Datenträgern nach dem Wegfall des Verwendungszwecks gelöscht werden.

Beraten Aidshilfen im Internet, so sind den Fragen der Datensicherung und sicheren Datenübertragung besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Technische Vorraussetzungen wie eine Web-Basierung und SSL-Verschlüsselung sollten gegeben sein. Eine Beratung über normale E-Mail entspricht nicht unseren Grundsätzen des Datenschutzes.

Die Regeln der Schweigepflicht und des Datenschutzes stellen wichtige Qualitätsstandards von Aidshilfe dar. Zur gegenseitigen Absicherung unterschreiben neue ehren- und hauptamtliche Mitarbeiter_innen von Aidshilfen in der Regel eine Schweigepflichterklärung.

Grenzen der Beratung in Aidshilfen

Sowohl die persönliche, die telefonische als auch die Onlineberatung in Aidshilfe stößt da auf Grenzen, wo sie Arbeits- und Kompetenzfelder staatlich geregelter Berufsfelder berührt, wie Aufgaben von Ärzt_innen, Jurist_innen, Psycholog_innen, Psychotherapeut_innen und Sozialpädagog_innen.

Psychotherapie und psychosoziale Beratung

Die Behandlung und Diagnose psychischer Erkrankungen durch psychotherapeutische Verfahren darf nur durch bestimmte Personenkreise erfolgen:

- Ärzt_innen mit einer Approbation als Psychotherapeut_in und spezifische Fachärzt_innen, wie der_die Fach_ärztin für Psychotherapie oder Psychiater_innen.
- Psycholog_innen mit einer Approbation als Psychotherapeut_in
- 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_in (dann beschränkt auf psychisch kranke Kinder und Jugendliche)

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

Ein Beratungsgespräch darf demnach keine „kleine Psychotherapie“ werden.

In Beratungsgesprächen kann ein_e Klient_in auch Ängste äußern oder depressive Züge zeigen. Darauf einzugehen, heißt noch nicht, eine Psychotherapie zu beginnen.

Die Abgrenzung zwischen Beratung und Psychotherapie kann man u. a. durch folgende Merkmale fassen:

- Beratung ist zeitlich begrenzt und von überschaubarer Dauer
- Beratung bezieht sich auf situationsgebundene Problemzusammenhänge, phasentypische Überforderungen und Krisen
- Beratung bezieht sich auf relativ reflexions- und handlungsfähige Menschen. Nimmt ein_e Berater_in wahr, dass ein_e Anrufer_in geistig oder seelisch erkrankt ist, (z. B. eine Angststörung entwickelt hat), muss er_sie auf die Grenze seiner_ihrer Kompetenz hinweisen und an eine_n Fachärzt_in oder eine_n Psychotherapeut_in verweisen.

Antidiskriminierungs-beratung in Aidshilfen

HIV-bezogene Diskriminierung

Ob der letzte Termin beim Zahnarzt, rote Punkte auf Krankenakten oder die Frage nach HIV bei Einstellungsuntersuchungen: HIV-bezogene Diskriminierung ist kein Einzelfall und hindert Menschen mit HIV an einer gleichberechtigten Teilhabe im Gesundheitswesen oder am ungehinderten Zugang zum Erwerbsleben.

Mit Fachwissen zu HIV und einer tragfähigen Positivenselbsthilfe bringen Aidshilfen vieles mit, was für eine gute Antidiskriminierungsarbeit gebraucht wird. Mit Berater_innen, die HIV-bezogene Diskriminierung als Problem ernst nehmen und bei Beschwerden kompetent unterstützen, kann es Menschen mit HIV gelingen, sich erfolgreich zu wehren.

Bei Diskriminierungserfahrungen macht es sicherlich Sinn, den einzelnen Fall genau anzuschauen und dann individuell zu überlegen, welche nächsten Schritte erfolgen können. Hierfür ist eine persönliche Beratung vor Ort wahrscheinlich die geeignetste Beratungsform. In der Telefon- und Onlineberatung kann man an regionale Aidshilfen verweisen. Auch steht die Kontaktstelle zu HIV-bezogener Diskriminierung der Deutschen Aidshilfe für Beratungen zur Verfügung Gegendiskriminierung@dah.aidshilfe.

Was ist Diskriminierung?

Diskriminierung trifft Menschen aufgrund ihrer (oder der ihnen zugeschriebenen) Merkmale, wie z. B. ethnische Herkunft, sexuelle Identität oder Hautfarbe. „Diskriminierung“ ist ein Oberbegriff für verschiedene Phänomene, denen eines gemeinsam ist: Sie ziehen bestimmte Merkmale einer Person heran und begründen damit eine Benachteiligung. Diskriminierung richtet sich dabei sowohl gegen einzelne Menschen als auch gegen Gruppen wie z. B. Menschen mit HIV. Diskriminierung kann sich dabei zum Beispiel in einer bestimmten Handlung, in der Art des Sprechens aber auch strukturell zeigen.

Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG)

Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) bietet einen umfassenden Schutz vor Diskriminierung. Dieses gilt vor allem für das Arbeitsleben, etwa bei Stellenausschreibungen oder bei Einstellungsverfahren.

Arbeitgeber_innen stehen laut AGG in der Pflicht, betroffene Mitarbeiter_innen vor Diskriminierung zu schützen und geeignete Maßnahmen zur Beseitigung von Diskriminierung zu ergreifen, etwa durch Abmahnung, Versetzung oder Kündigung diskriminierender Personen.

Relevanz des AGG für das Thema HIV

- Eine Kündigung aufgrund der HIV-Infektion verstößt gegen das AGG.
- Es ist es nicht gestattet, im Bewerbungsverfahren oder während einer laufenden Beschäftigung nach einer HIV-Infektion zu fragen.
- Ein HIV-Test im Rahmen des Einstellungsverfahrens ist nicht gestattet, weil die HIV-Infektion für die Ausübung fast aller Berufe keine Rolle spielt. HIV-Tests sind nur dann zulässig, wenn die Tätigkeit bei sachlicher Betrachtung für Dritte mit einem Infektionsrisiko verbunden sein kann, wie für Chirurg_innen, die besonders verletzungsträchtige Tätigkeiten ausüben.

Klagefrist

Bei Diskriminierungsfällen, bei denen das AGG Anwendung findet, ist es wichtig, schnell zu handeln. Die Klagefrist nach der stattgefundenen Diskriminierung beträgt nur zwei Monate. Eine Zusammenarbeit mit regionalen Antidiskriminierungsstellen oder den Antidiskriminierungsstellen des Bundeslandes oder der Antidiskriminierungsstelle des Bundes ist deshalb anzuraten. Einen guten Überblick zu Beratungsstellen bietet die Seite der Antidiskriminierungsstelle des Bundes:
▶ http://www.antidiskriminierungsstelle.de/DE/Home/home_node.html

Diskriminierung im Gesundheitswesen

Die meisten Menschen mit HIV haben schon einmal Diskriminierung im Gesundheitswesen erlebt, z. B. haben sie als Patient_innen aufgrund vorgeblicher oder tatsächlicher Hygienevorschriften nur den letzten Behandlungstermin am Tag erhalten oder ihnen ist eine Behandlung komplett verweigert worden. Auch Datenschutzverletzungen kommen immer wieder vor, so werden zum Beispiel Patientenakten für alle sichtbar mit einem roten Punkt gekennzeichnet.

Grundsätzlich gilt: Menschen mit HIV sind nicht verpflichtet, eine HIV-Infektion offenzulegen. Medizinisches und pflegerisches Personal sind generell gehalten, alle Patient_innen so zu behandeln, als wären sie infektiös – nicht nur hinsichtlich HIV. Wenn dabei die üblichen Hygiene- und Arbeitsschutzmaßnahmen eingehalten werden, etwa das Tragen von Schutzausrüstung und sachgerechte Desinfektion, besteht sowohl für Behandelnde als auch für Behandelte keine Infektionsgefahr.

Weitere Informationen

- *www.hiv-diskriminierung.de*
- *Broschüre „Keine Angst vor HIV!“ Bestellnr.: 028001, https://www.aids-hilfe.de/shop/keine-angst-hiv*

- *Broschüre „Keine Angst vor HIV, HBV und HCV“ Bestellnr.: 029003, https://www.aidshilfe.de/shop/keine-angst-hiv-hbv-hcv*

Was tun bei Diskriminierung im Gesundheitswesen?

Es gibt unterschiedliche Wege gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen vorzugehen, z. B.

- Gedächtnisprotokoll zum Diskriminierungsvorfall verfassen.
- Wenn möglich, direkt im persönlichen Gespräch mit der betreffenden Person oder deren Vorgesetzten reden
- Beschwerden bei Landesärztekammern, kassenärztlichen Vereinigungen oder Krankenkassen
- Unterstützung bieten auch die Patientenbeauftragten der jeweiligen Bundesländer.

Weitere Tipps und Hinweise

- *Broschüre „Deine Rechte im Gesundheitswesen“ Bestellnr.: 029141, https://www.aidshilfe.de/shop/rechte-gesundheitswesen*

Was tun bei Verstößen gegen den Datenschutz?

Egal ob im Krankenhaus, am Arbeitsplatz oder bei Behörden: Für den Umgang mit persönlichen Daten gibt es strikte Regeln. Diese gelten auch bei einer HIV-Infektion. Wenn jemand von der HIV-Infektion einer anderen Person weiß und diese Information an Dritte weitergibt, kann zivilrechtlich auf Unterlassung und Schadensersatz geklagt werden.

Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung gilt insbesondere im Rahmen der medizinischen Versorgung. Im Detail heißt das beispielsweise:

- Nicht alle im Krankenhaus Beschäftigte dürfen auf Patientendaten zugreifen, sondern nur diejenigen, die mit der Behandlung des Patienten betraut sind. Gesundheitsbezogene Daten, etwa Patientenakten mit Diagnosen, dürfen nicht unbeaufsichtigt im Krankenzimmer herumliegen.
- bei elektronisch erfassten Daten ist dafür zu sorgen, dass Unbefugte sie nicht einsehen können.

Beschwerdemöglichkeiten bei Datenschutzverletzungen

Liegt im Umgang mit der HIV-Infektion ein Verstoß gegen den Datenschutz vor, kann man sich an zuerst an den Datenschutzbeauftragten der Klinik wenden. Darüber steht der Datenschutzbeauftragte des Bundeslandes als Beschwerdestelle zur Verfügung.

Diskriminierung am Arbeitsplatz

Die meisten Menschen mit HIV in Deutschland sind heute erwerbstätig. Viele von ihnen können ganz selbstverständlich mit ihrer Infektion am Arbeitsplatz umgehen. Gleichzeitig gibt es immer wieder Berichte von Diskriminierung und rechtswidrigen Kündigungen.

Im Arbeitsalltag besteht kein HIV-Übertragungsrisiko. Das gilt für sämtliche Tätigkeiten, ob in Schulen und Kindergärten, in Gesundheitsberufen oder in der Gastronomie. Für Menschen mit HIV gibt es deshalb auch keine Berufsverbote: Sie können jeden Beruf ausüben.

Für HIV-positive Ärzt_innen gelten die für medizinische Maßnahmen üblichen Hygienevorschriften. Besondere Empfehlungen gibt es nur bei verletzungsträchtigen operativen Eingriffen: Diese dürfen HIV-positive Chirurg_innen nur vornehmen, wenn ihre Viruslast unter der Nachweisgrenze liegt.

Die Kontaktstelle HIV-bezogene Diskriminierung in der DAH

Sie unterstützt örtliche Aidshilfen und Menschen mit HIV bei Fragen zu Diskriminierung und bei der Fallbearbeitung. Außerdem sammelt sie Diskriminierungsfälle, um durch die systematische Erfassung und Auswertung Strategien gegen Diskriminierung weiterzuentwickeln.

Diskriminierungsfälle können mit einem Dokumentationsbogen gemeldet werden. Der Bogen kann online ausgefüllt, anschließend ausgedruckt und per Post und Fax oder als Datei per Mail an die Kontaktstelle geschickt werden.
▶ https://hiv-diskriminierung.de/dokumentation

Darüber hinaus können Menschen mit HIV ihr Diskriminierungserlebnis direkt melden ▶ https://hiv-diskriminierung.de/diskriminierung-melden

Ausführliche Informationen

… für Beratende gibt es unter https://hiv-diskriminierung.de/leitfaden-fuer-die-antidiskriminierungsarbeit-aidshilfen.

Die Seite www.hiv-diskriminierung.de richtet sich in erster Linie an Menschen mit HIV, bietet aber auch Berater_innen wichtige Informationen zum Thema Diskriminierung.

Aids-Ängstliche, Aids-Phobiker_innen, Aids-Hypochonder_innen

Die Vorstellung, sich mit HIV zu infizieren oder gar Aids zu bekommen, kann Menschen in große Ängste versetzen. Angst vor etwas Bedrohlichem zu haben, ist eine vollkommen natürliche Reaktion.

Manche Ängste entstehen, weil Menschen zu wenig Informationen über Ansteckungswege haben, manche Ängste verstärken sich, weil Menschen ein sehr altes Bild von Aids haben, das noch sehr mit Leiden und Sterben verknüpft ist. Und manche Ängste sind Ausdruck dahinterliegender tief sitzender Schuldgefühle. Das Thema Sexualität bietet sich besonders an, Schuldgefühle zu entwickeln.

Beratung ist dazu da, dass Menschen über ihre Ängste und Befürchtungen reden können. Ziel ist, dass sie ihr persönliches Risiko einschätzen lernen und dieses Risiko für sich auch in einen Kontext stellen können. Sie sollen ein Gespür dafür bekommen: Welche Risiken gehe ich in bestimmten Situationen ein.

Aids-Ängstliche

Mit Aids-ängstlich bezeichnet man Menschen, die eine sehr große Angst entwickeln, dass sie sich mit HIV anstecken könnten. Es fällt ihnen schwer, ein tatsächliches Infektionsrisiko von einem nicht relevanten oder gar nicht gegebenen Risiko unterscheiden zu können. Diese Personen melden sich bei uns und haben große Sorgen wegen einer möglichen Ansteckung. Oft sind es aber nur mangelnde oder ungenaue Informationen, die Anlass zu dieser Sorge geben.

Aids-Ängstliche sind in der Regel sachlichen Argumenten zugänglich, wenn man sich Zeit und Geduld für sie nimmt. Deswegen gelingt es oft, sie in der Beratung zu beruhigen. Manche brauchen zu ihrer Beruhigung zusätzlich ein negatives Testergebnis, sozusagen schwarz auf weiß. Sie können das Ergebnis dann aber auch annehmen und es beruhigt sie nachhaltig.

Aids-Phobiker_innen

Aids-Phobiker_innen haben vollkommen übersteigerte Ansteckungsängste, die im psychiatrischen Sinne Krankheitswert haben. Sie konstruieren oft vermeintliche Ansteckungssituationen, die vollkommen an den Haaren herbeigezogen sind. Das Ausmaß ihrer Angst steht in keinem Verhältnis zur tatsächlichen Bedrohung.

Im Gegensatz zu Aids-Ängstlichen sind Phobiker_innen mit logischen Argumenten nicht zu überzeugen. Sie haben oft sehr tiefgehende medizinische Kenntnisse und beobachten ihren Körper sehr genau. Deswegen konstruieren sie in der Beratung oft eine Unmenge an möglichen Übertragungssituationen, bei denen sie sich angesteckt haben könnten bzw. befürchten, sich in Zukunft anzustecken.

Sie leiden sehr unter ihren Ängsten, teilweise nehmen sie Symptome an sich wahr und bringen diese in Zusammenhang mit einer möglichen HIV-Infektion. Aufgrund der starken allgegenwärtigen Ängste können Symptome wie Schlafstörungen, Nachtschweiß und Erschöpfung auftreten, die dann wiederum als Vorboten einer HIV-Infektion gedeutet werden.

Eine Aids-Phobie zählt zu den sogenannten Angsstörungen, wenn das Problem mindestens seit sechs Monaten besteht. Dahinter verbirgt sich ein noch „viel schlimmeres" Problem für den Ratsuchenden. Es ist für sie_ihn einfacher, sich mit dem Thema Aids zu beschäftigen, als mit dem eigentlichen Problem – das dem_der Phobiker_in selbst gar nicht bewusst ist. Deswegen halten sie auch – gegen alle logischen Argumente – so sehr an ihrer Aids-Phobie fest. Berater_innen haben deshalb wenig Chancen, ihnen ihre Ängste „auszureden".

Aids-Hypochonder_innen

Aids-Hypochonder_innen sind auf den ersten Blick nicht so leicht von den Aids-Phobiker_innen zu unterscheiden, da sie sich mit ähnlich übersteigerten Ängsten bei uns melden. Im Gegensatz zu Aidsphobiker_innen sind Aids-Hypochonder_innen felsenfest davon überzeugt, dass sie das Virus bereits in sich haben. Von dieser Überzeugung lassen sie sich weder durch Argumente, noch durch mehrmalige negative HIV-Tests abbringen. Auch sie beobachten ihren Körper exzessiv und schildern eine Vielzahl an Symptomen. Wegen dieser Symptome gab es – oft schon mehrere – ärztliche Untersuchungen. Den Versicherungen von Ärzt_innen, dass den Symptomen keine körperlichen Ursachen zugrunde liegen, wird nicht geglaubt.

Hypochonder_innen stehen unter einem enormen psychischen Druck. Das Leben wird massiv durch die Hypochondrie bestimmt. Im Gegensatz zu der Aidsphobie, die unter die Angststörungen eingeordnet wird, zählt die Aids-Hypochondrie als „somatoforme Erkrankung", d. h. sie ist eine psychische Erkrankung unter körperlicher Beteiligung. Kennzeichnend ist auch, dass Aids-Hypochonder_innen häufig Symptome ausbilden, die in Zusammenhang mit einer HIV-Infektion stehen können. Auch der Aids-Hypochondrie liegt ein anderes Problem zugrunde, das therapeutisch behandelt werden muss. Deshalb ist es zwecklos, eine_n Hypochonder_in davon überzeugen zu wollen, dass er_sie nicht infiziert sei, weil – so sehr er_sie auch Angst vor Aids hat – die Infektion ihn_sie auch vor schlimmeren Dingen schützt.

Merkmale von Phobiker_innen/ Hypochoder_innen

- Sie hatten bereits Kontakt zu anderen Beratungsstellen.
- Sie sind Daueranrufer_innen oder stellen immer wieder Anfragen per Mail.
- Sie gehören häufig keiner der Hauptbetroffenengruppen an.
- Sie beobachten penibel ihren eigenen Körper und schildern verschiedenste Symptome
- Sie beschreiben immer wieder Situationen, in denen sie sich infizieren könnten oder in denen sie sich ihrer Meinung nach bereits infiziert haben
- Es handelt sich oft um sehr konstruierte und unwahrscheinliche Infektionswege. Das Maß der Angst steht dabei in keinem Verhältnis zur tatsächlichen Bedrohung.
- Die Ängste sind so massiv und die Gedanken kreisen nur noch um das Thema Aids, so dass ein normales Alltagsleben gar nicht mehr möglich ist.
- Sie verfügen über exzellente medizinische Kenntnisse im Zusammenhang mit HIV und Aids.

Für Hypochonder_innen gilt zusätzlich:

- Sie haben sich meist schon mehrmals bei verschiedenen Stellen testen lassen.
- Ein HIV-negatives Testergebnis verschafft nur sehr kurzfristige Beruhigung, um dann wieder in Zweifel gezogen zu werden.
- Sie sind wahnhaft von ihrer Infektion überzeugt.

Beratungsstrategien

Bei der Aids-Phobie und der Aids-Hypochondrie handelt es sich um schwerwiegende psychische Störungen, die sich durch ein Beratungsgespräch nicht nachhaltig beeinflussen lassen. Trotzdem sollten solche Ratsuchende ernst genommen werden, denn sie befinden sich tatsächlich in einer Notsituation. Im Rahmen einer Aidshilfe-Beratung kann es um folgende Aspekte gehen:

- Leidensdruck anerkennen („Ich sehe, dass Sie das enorm belastet“).
- Dem_der Ratsuchenden ermöglichen, seine_ihre Befürchtungen und Ängste auszusprechen. Das kann – zumindest kurzfristig – das Angstpotential verringern.
- Versuchen, das Gespräch zu führen, sich nicht „einlullen“ lassen.
- Nicht zu sehr auf Symptome und die körperliche Ebene einsteigen.
- Klare knappe Infos geben und es dabei belassen!
- Sich nicht in Machtkämpfe verstricken lassen („Sie wissen im Grunde schon mehr als ich“).
- Testwunsch vorsichtig hinterfragen: („Hat Ihnen das bisher wirklich weitergeholfen?“).
- Erfragen, welche anderen Hilfen bisher in Anspruch genommen wurden.
- Möglichst sensibel auf professionelle therapeutische Hilfe hinweisen.
- Gespräche zeitlich befristen. Es ist auch erlaubt, ein Gespräch von der Beratungsseite aus zu beenden.
- Für sich selber sorgen: Mit Kollegen oder in der Supervision über belastende Momente sprechen.

14

Aids-Ängstliche, Aids-Phobiker, Aids-Hypochonder

Geschlechtliche Vielfalt in der Beratung: trans* und non-binär

Dieses Kapitel soll einen kurzen Überblick geben, wie vielfältig geschlechtliche Identitäten sind, warum das für die HIV- und STI-Beratung relevant ist und wie wir die Beratung gendersensibler gestalten können.

In der Beratung geht es dabei in erster Linie um die Haltung: keine Vorannahmen treffen und verschiedene Lebensrealitäten mitdenken. Die ratsuchende Person ist Expert*in für ihre Identität. Eigene Denkmuster und Sprachgewohnheiten aufzubrechen ist ein Prozess, der Zeit und Übung braucht sowie die Bereitschaft, etwas zu ändern. Es geht nicht darum, alles richtig zu machen, und den einen richtigen Umgang in der Beratung gibt es auch gar nicht. Dafür sind Menschen zu verschieden.

Die Genderbread Person: Aspekte der Identität

Die Genderbread Person (Abb. 1) zeigt, dass die sexuelle und geschlechtliche Identität sich aus verschiedenen Aspekten zusammensetzt, die sich unabhängig voneinander entwickeln und ändern können: Die sexuelle Orientierung kann sich ändern, ohne dass das Einfluss auf die geschlechtliche Identität nimmt. Das bei der Geburt zugewiesene Geschlecht bestimmt nicht, wie eine Person sich identifiziert oder zu wem sie sich romantisch hingezogen fühlt.

Für die Beratung bedeutet diese Tatsache, dass uns das sexuelle Begehren einer Person nichts darüber verrät, wie diese Person sich identifiziert und mit welchem Körper oder welchen Körperteilen sie lebt, liebt und sexuell aktiv ist. Eine tiefe Stimme am Telefon verrät uns nichts darüber, welche Personalpronomen eine Person verwendet oder wie sie Sex hat.

Hetero- und Cis-Normativität

Häufig denken wir die unterschiedlichen Aspekte rund um sexuelle und geschlechtliche Identität, die die Genderbread Person auffächert, nicht unabhängig voneinander. Die heteronormative Gesellschaft vermittelt uns, dass Geschlechtsidentität und Begehren miteinander zusammenhingen: Wenn wir Menschen begegnen, gehen wir erst einmal davon aus, dass sie cis und heterosexuell sind – wobei in der

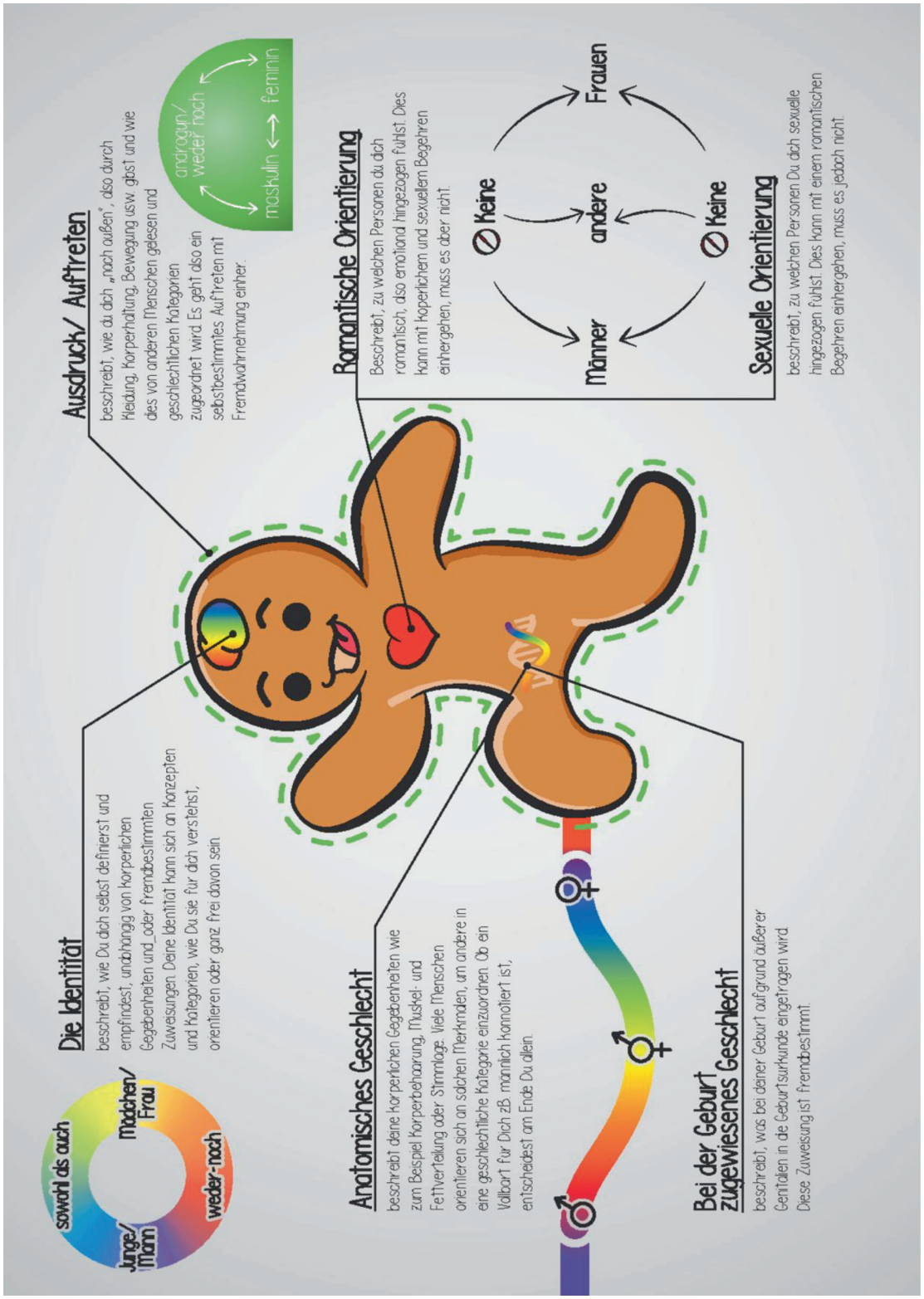


Abb. 1: Luca Siemens unter Verwendung einer Vorlage von Sam Killermann, https://www.itspronouncedmetrosexual.com/genderbread-person (creative commons/no copyright).

Aidshilfe-Arbeit schon ein Bewusstsein für sexuelle Vielfalt vorhanden ist.

Cis-Normativität ist sogar noch deutlich mehr verbreitet als Heteronormativität: Wir gehen bei einer Person zunächst davon aus, dass sie cis ist, sich also mit dem Geschlecht identifiziert, das ihr bei der Geburt zugewiesen wurde. Infrage stellen wir diese Vorannahme oft erst dann, wenn es zu Irritationen kommt, weil zum Beispiel einzelne Informationen zur sexuellen oder geschlechtlichen Identität einer Person vermeintlich nicht zusammenpassen.

Beispielbox

Eine Person, die sich mit weiblichem Namen für eine Beratung anmeldet und dann mit Vollbart und sehr tiefer Stimme bei uns auftaucht, kann eine Irritation auslösen, welche dazu führt, dass wir unsere Vorannahmen infrage stellen. Eine Person, die in der Telefonberatung mit hoher Stimme spricht und sich als lesbisch identifiziert, kann uns irritieren, wenn sie von ihrem Penis spricht.

Dass wir Menschen in Kategorien einordnen, passiert oft unbewusst und ist erst einmal gar nichts Schlimmes. Ganz im Gegenteil, wir brauchen Kategorien, um uns in unserer Umgebung zu orientieren. In der Beratung sollten wir uns bewusst sein, dass wir mit unserer Einordnung nicht immer richtigliegen, und bereit sein, die Kategorien zu wechseln oder aufzubrechen. Wenn wir darauf eingestellt sind, dass unsere Vorannahmen vielleicht nicht stimmen, stolpern wir weniger über Irritationen und können uns mehr auf die ratsuchende Person konzentrieren statt darauf, unsere eigenen Kategorien neu zu sortieren.

Binäres Geschlechtersystem[1]

Das binäre (westliche) Geschlechtersystem geht davon aus, dass es nur zwei Geschlechter, nämlich männlich und weiblich, gibt. Es lässt keine anderen Geschlechter oder Zwischenstufen zu.

Das gilt für jeden gesellschaftlichen Bereich, also z. B. die mit dem Geschlecht verknüpften sozialen Rollen, Geschlechtsidentitäten und körperlichen Geschlechter von Menschen.

Dieses System blendet vollständig aus, dass es intergeschlechtliche, nicht-binäre und andere Menschen, die nicht in dieses System passen, gibt.

Das binäre Geschlechtersystem wird im Alltag immer wieder durch Verhaltensweisen, Normen und Regeln hergestellt. Es wird im Zweifelsfall auch gewaltvoll durchgesetzt. Beispielsweise werden intergeschlechtliche Menschen unnötigen medizinischen Eingriffen ausgesetzt, damit sie einem binären Geschlechterbild entsprechen, oder Jungen erleben Gewalt, wenn sie gerne Kleider tragen oder mit Puppen spielen wollen.

[1] Quelle: https://queer-lexikon.net/2017/06/15/binaeres-geschlecht, verwendet unter der Lizenz CC BY-ND (https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/deed.de).

Cis

Cis-geschlechtlich beschreibt die Menschen, die im ihnen bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht leben und sich damit identifizieren (von lat. cis = diesseits, als Gegensatz zu lat. trans = jenseits). Der Begriff cis wurde auch entwickelt, um trans* nicht als Abweichung einer binären, stereotypen geschlechtlichen Normierung zu werten.

Trans* und non-binär

Manche Menschen identifizieren sich nicht oder nur teilweise mit dem Geschlecht, das ihnen bei der Geburt aufgrund von äußeren Geschlechtsmerkmalen zugewiesen wurde. Ein Teil dieser Menschen identifiziert sich im binären Geschlechtersystem, also als Mann oder als Frau. Ein anderer Teil identifiziert sich weder als Mann noch als Frau, verortet sich also nicht im binären Geschlechtersystem. Ein verbreiteter Begriff, der dieses Spektrum an Identitäten beschreibt, ist non-binär. Weitere Begriffe, die Menschen nutzen, um ihre non-binäre Identität zu beschreiben, sind nicht-binär, abinär, genderqueer oder enby (enby = nb = non-binär).

Non-binär zu sein bedeutet nicht unbedingt, ein androgynes Auftreten zu haben. Eine Person, die sich als non-binär identifiziert, kann manchmal von anderen als feminin oder maskulin gelesen werden. Sie ist dadurch aber nicht weniger non-binär.

Mit welchen Begriffen sich eine Person identifiziert, ist individuell und kann sich im Laufe des Lebens auch ändern – weil zum Beispiel Menschen neue, passendere Begriffe kennenlernen oder die eigene Identität sich ändert. Gleiches gilt für die Personalpronomen, die eine Person verwendet.

Wichtig für die Beratung ist, dass wir die Selbstbezeichnungen und Pronomen respektieren, anstatt sie infrage zu stellen, nur weil sie mit unseren Vorstellungen zu einem Begriff nicht zusammenpassen. Gleichzeitig kann es wichtig sein, bei einer genutzten Bezeichnung genauer zu überlegen, welche Vorannahmen zu Körperlichkeit und Sexualität wir damit verbinden, um Menschen auch hier nicht unhinterfragt in Kategorien einzuordnen.

Geschlechtsinkongruenz und Genderdysphorie/ Körperdysphorie

Wenn einzelne oder alle Ausprägungen des Körpers nicht mit dem eigenen Erleben bzw. Empfinden übereinstimmen, spricht man von Geschlechtsinkongruenz.

Ein Leidensdruck, der aus einer Geschlechtsinkongruenz entsteht, wird als Genderdysphorie oder Körperdysphorie bezeichnet. Nach der bislang in Deutschland gültigen Rechtsprechung muss ein solcher Leidensdruck diagnostiziert werden, damit Menschen einen Anspruch auf Kostenübernahme für bestimmte geschlechtsangleichende Maßnahmen haben.

Nachfrage statt Vorannahme

Wir können von der Stimmlage, dem Auftreten oder der Selbstbezeichnung einer Person nicht auf Körperlichkeiten schließen. Um eine Situation in der Beratung gut einschätzen zu können, ist es daher nötig, den Kontext und die Bedingungen zu erfragen. Wichtig ist hierbei, sensibel nachzufragen.

Beispiel

Bezeichnet sich eine ratsuchende Person als männlich und schwul, kann ich mich fragen, welche Vorannahmen zu Körperlichkeit und gelebter Sexualität ich im Kopf habe: Ob die Person zum Beispiel einen Penis hat oder nicht, kann bei der Risikoeinschätzung einer sexuellen Begegnung oder bei Fragen zur PrEP entscheidend sein.

In der Beratung können wir Menschen erklären, warum welche Informationen für uns relevant sind, nämlich für die Einschätzung von möglichen Infektionswegen. So können wir deutlich machen, dass wir nicht aus voyeuristischem Interesse fragen. Gerade trans* Personen machen in ihrem Leben häufig die Erfahrung, dass ihnen Menschen in medizinischen Kontexten oder auch im Alltag übergriffige Fragen zu ihren Genitalien stellen. Diese Erfahrungen können dazu führen, dass trans* Personen ablehnend gegenüber Fragen zu ihren Körpern reagieren, da diese verletzen oder traumatische Erlebnisse triggern können.

Als Berater*innen wissen wir, aus welchen Gründen wir bestimmte Details erfragen müssen. Die Ratsuchenden wissen das nicht immer. Was die Befragten dann von sich erzählen, bleibt natürlich immer ihnen überlassen.

Beispiel

Fragt eine ratsuchende Person, ob bei einem sexuellen Erlebnis HIV hätte übertragen werden können, dann können wir zum Beispiel erklären:

„HIV kann nur über bestimmte Wege in den Körper gelangen. Um das für deine Situation besser einschätzen zu können, kann es mir helfen, wenn du mir sagst, welche Körperteile, Schleimhäute und Körperflüssigkeiten in der Situation involviert waren. Alternativ kann ich dir allgemein etwas über die Übertragungswege von HIV erzählen und dann kannst du selbst einschätzen, was das für deine Situation bedeutet.“

Übertragungswege bei Neogenitalien

Als Neogenitalien werden Genitalien nach einer geschlechtsangleichenden Operation bezeichnet, es sind also neu gestaltete Genitalien. Mit verschiedenen operativen Techniken werden so Neovagina, Neovulva und Neopenis gestaltet. Je nach Operation haben die Genitalien unterschiedlich viel Schleimhaut und Flüssigkeitsproduktion. Für die Beratung in Aidshilfe-Kontexten kann es mit Blick auf Infektionswege

und Schutzmöglichkeiten relevant sein, ob Menschen Neogenitalien haben.

Es gibt bisher keine klare Studienlage zum HIV- und STI-Infektionsrisiko bei Narbengewebe nach geschlechtsangleichenden Operationen. In den verschiedenen Operationstechniken werden Schleimhäute unterschiedlich behandelt, sodass sich kaum pauschale Angaben machen lassen. Wie bei allen frischen Narben kann man aber davon ausgehen, dass während des Heilungsprozesses die Wahrscheinlichkeit einer Infektion höher ist.

Neogenitalien haben teilweise weniger Schleimhäute als andere Genitalien. Allgemein bedeutet weniger Schleimhaut sowohl weniger Eintrittspforten für Viren und Bakterien als auch weniger Flüssigkeit, die Viren und Bakterien weitergeben kann. Präventionsmaßnahmen sind dennoch sinnvoll. Je nach individuellem Körper können Kondome zum Überziehen oder Einführen eine Möglichkeit sein.

PrEP

Die PrEP ist eine Maßnahme, mit der Menschen sich selbstbestimmt vor HIV schützen können, ohne von Sexualpartner*innen oder Präventionsmitteln, die bestimmte Genitalien voraussetzen, abhängig zu sein. Grundsätzlich wirkt die PrEP unabhängig von der Identität und körperlichen Eingriffen (z. B. Hormontherapie, OPs). Welches Einnahmeschema zu empfehlen ist, hängt von den vorhandenen Schleimhäuten und den jeweiligen Sexualpraktiken ab und muss individuell besprochen werden (weitere Informationen zu PrEP und trans*: siehe Kapitel 3 „Schutz vor HIV“).

Schwangerschaft

Trans* Männer und non-binäre Personen mit Uterus und Eierstöcken können schwanger werden – manchmal auch dann, wenn ihre Menstruation ausbleibt – und manche trans* Frauen können Kinder zeugen. In der Beratung sollte die Entscheidung für oder gegen eine Schutzmaßnahme auch die Frage nach einer möglichen (un-)gewollten Schwangerschaft einschließen.

PEP und HIV-Therapie

Um das individuelle Risiko in einer Situation einschätzen und z. B. eine PEP-Empfehlung aussprechen zu können, ist es wichtig zu wissen, welche Körperteile, Schleimhäute und Flüssigkeiten wie in den Sex involviert waren.

Zwischen HIV-Medikamenten und den Hormonen Östrogen und Testosteron sind keine Wechselwirkungen bekannt. Daher sind weder bei der PEP-Einnahme noch bei der HIV-Therapie für trans* Personen besondere Voraussetzungen zu beachten.

Hormontherapie[2]

Eine Hormontherapie bedeutet bei trans und nicht-binären Personen, dass sie Testosteron oder Östrogen

[2] *Quelle: https://queer-lexikon.net/2020/04/29/hormontherapie, verwendet unter der Lizenz CC BY-ND (https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/deed.de).*

APR | 2023

verschrieben bekommen. Der Körper verändert sich durch diese Hormone entsprechend.

Testosteron wird oft als Gel aufgetragen oder gespritzt, während Östrogen im Normalfall als Tablette in Kombination mit einem Präparat, das die Testosteronbildung verringert, eingenommen wird. Die passende Herangehensweise und Dosis wird meistens mit dem*der Psychotherapeut*in und dem*der Endokrinolog*in abgesprochen.

Hormontherapien werden in Deutschland von Krankenkassen übernommen.

Wie leben trans* und non-binäre Personen Sexualität?

Die Sexualität von trans* und non-binären Personen ist ebenso vielfältig und individuell wie die von cis Personen. Eine Identität sagt uns noch nichts darüber, wie eine Person Sexualität (er-)lebt. Oft wird angenommen, dass trans* und non-binäre Personen keine Sexualität leben oder mit ihrer Sexualität unzufrieden sind. Das ist keineswegs so. Zwar kann ein schwieriger Zugang zum eigenen Körper dafür sorgen, dass Menschen wenig oder keinen Sex haben. Das gilt jedoch unabhängig von der geschlechtlichen Identität. Viele trans* Personen leben eine erfüllte Sexualität, sind aktiv oder passiv, haben Sex und Beziehungen mit cis oder trans* Personen.

Beispiel

Ob und wie trans* Personen mit ihren Genitalien lustvollen Sex haben, ist ganz unterschiedlich.

Manche trans* Frauen haben gern mit ihrem Penis penetrativen Sex oder lassen sich einen blasen, andere gar nicht. Manche trans* Männer bekommen beim Sex gern etwas in ihre Vagina eingeführt, andere fühlen sich damit sehr unwohl.

Begriffe für Genitalien

Trans* Personen verwenden verschiedene Begriffe für ihre Genitalien. Für die Beratung kann es hilfreich sein, nachzufragen, mit welchen Begriffen die ratsuchende Person sich wohlfühlt. Wichtig für die Beratung ist, dass wir ebenso wenig wie bei cis Personen wissen können, welche Körperteile involviert sind und welche möglichen Infektionswege somit vorhanden sind. Es kann daher wichtig sein, genauer nachzufragen, um Fragen zu Schutzmöglichkeiten oder der Übertragungswahrscheinlichkeit personenzentriert zu beantworten.

Sensibilität im Beratungssetting

Trans* und non-binäre Personen erfahren häufiger Ablehnung in sexuellen Settings als cis Personen. Das kann – muss aber nicht – dazu führen, dass es Menschen aus Angst vor Ablehnung schwerer fällt, eigene Wünsche und Grenzen zu kommunizieren. Damit kann eine höhere Risikobereitschaft in

Bezug auf Sex und Beziehungen einhergehen. Auch im Beratungssetting kann es für Menschen schwierig sein, über die eigenen Wünsche und Bedürfnisse zu sprechen.

Transitionswege

Trans* und non-binäre Personen unternehmen unterschiedliche Schritte, um ihre Identität, ihren Körper und dessen Wahrnehmung durch andere miteinander in Einklang zu bringen.

Jede Person entscheidet dabei für sich, welche medizinischen oder rechtlichen Möglichkeiten sie wahrnehmen möchte. Manche Menschen glauben, es gäbe „den einen richtigen Weg" der Transition, in Wirklichkeit gibt es so viele Wege wie trans* Menschen.

Im Laufe ihrer Transition erfahren viele Menschen sehr viel Fremdbestimmung: Die meisten medizinischen und rechtlichen Schritte sind nur dann möglich, wenn bestimmte Vorgaben erfüllt werden (z. B. eine bestimmte Menge an Therapiestunden) und Therapeut*innen sowie Mediziner*innen die Maßnahmen für richtig halten. Trans* Personen machen also die Erfahrung, dass nicht sie selbst, sondern fremde Menschen darüber urteilen, welche Identität sie haben und welche Schritte sie unternehmen dürfen.

Selbstbezeichnungen respektieren

So viel Fremdbestimmung zu erfahren, kann es umso schwerer machen, die eigenen Wünsche auch in Bezug auf Sexualität und sexuelle Gesundheit zu kommunizieren oder überhaupt wahrzunehmen. Egal, welche Schritte eine Person geht – nichts davon macht sie mehr oder weniger trans*. Dabei erleben trans* und vor allem nicht-binäre Menschen oft, dass ihnen ihre Identität abgesprochen wird, wenn sie keine oder nicht alle verfügbaren medizinischen und rechtlichen Schritte gehen wollen. Für die Beratung ist es wichtig, dass allein die Selbstbezeichnung einer Person als trans* relevant ist – unabhängig davon, welche Schritte unternommen wurden oder werden.

Besondere Bedarfe von trans* und non-binären Personen

Die Erfahrungen, die trans* und non-binäre Personen aufgrund ihrer Identität machen, bringen für die Beratung mögliche besondere Bedarfe mit sich. Nicht alle Personen machen die gleichen Erfahrungen und nicht jede Erfahrung prägt gleichermaßen. Dennoch ist es für eine sensible Beratung sinnvoll, im Hinterkopf zu haben, welche Erfahrungen die ratsuchende Person vielleicht schon gemacht hat.

Erlebte Diskriminierungen und die Angst, nicht respektiert oder falsch angesprochen zu werden, können zu Misstrauen gegenüber Hilfs- und Beratungsangeboten führen und dadurch den Zugang erschweren. Cis-normative Fragebögen (z. B. bei Testangeboten) können abschrecken, da sie unter anderem den Eindruck vermitteln, mit der eigenen Lebensrealität nicht gemeint zu sein.

Beispiel

Für ein Testangebot müssen Personen einen Fragebogen ausfüllen, auf dem sie „männlich“ oder „weiblich“ ankreuzen sollen. Je nachdem, was angekreuzt wird, bekommen sie die jeweiligen Utensilien für Abstriche etc. ausgehändigt. Das bedeutet häufig:

„männlich“ = Testutensilien für Menschen mit Penis
„weiblich“ = Testutensilien für Menschen mit Vagina.

Nun kommt ein trans* Mann mit Vagina zum Testangebot, kreuzt „männlich“ an und bekommt die Utensilien für Menschen mit Penis ausgehändigt.

Für gendersensible Beratungs- und Präventionsangebote sollte nicht der trans* Mann erklären müssen: „Ich bin ein Mann, aber ich habe eine Vagina, deshalb brauche ich andere Testutensilien.“ Stattdessen sollte das Angebot so gestaltet sein, dass von einer Identität nicht selbstverständlich auf bestimmte Genitalien geschlossen wird.

Über Körper und Sexualität sprechen

Der Zugang zum eigenen Körper kann durch traumatische Erlebnisse oder Dysphorie erschwert sein. Dysphorie bezeichnet das Unwohlsein, weil die Identität nicht mit dem eigenen Körper oder dessen Außenwahrnehmung übereinstimmt. Das Sprechen über Körper und Sexualität kann mit negativen Erfahrungen besetzt sein und aus verschiedenen Gründen schwerfallen. Je nachdem, ob eine Person durch Hormoneinnahme und/oder operative Maßnahmen körperliche Angleichungen vorgenommen hat, kann spezifisches Fachwissen nötig sein, um die Möglichkeit von Übertragungswegen richtig einschätzen zu können.

Ratsuchenden sind ihre Identität und ihre Erfahrungen ebenso wenig anzusehen wie ihre sexuelle Orientierung. Nicht alle Menschen entscheiden sich dafür, sich in einer Beratung zu outen, bei manchen ist der Prozess des inneren Outings vielleicht noch gar nicht abgeschlossen. Trans*sensibel zu beraten sollte daher nicht nur ein Anliegen sein, wenn es konkret um einen trans*spezifischen Anlass geht, sondern immer selbstverständlich mitgedacht werden.

Inklusivere Sprache in der Beratung

Sprache bietet verschiedene Möglichkeiten, inklusiv(er) zu arbeiten. Oft wird Sprache unbewusst und unreflektiert verwendet. Um möglichst gendersensibel zu beraten, ist es sinnvoll, genauer hinzuschauen, was für Bilder und Vorannahmen hinter den Wörtern stehen, die wir verwenden, und ggf. andere Begriffe zu wählen. Auch im Schriftlichen gibt es verschiedene Formulierungsmöglichkeiten.

Beispiel

Wird von Frauen* und Männern* geschrieben, bedeutet der Asterisk (Sternchen) oft, dass alle Menschen gemeint sind, die sich als Frau oder Mann identifizieren, unabhängig davon, ob sie cis oder trans* sind.

Wenn von Männern und Frauen die Rede ist, dann sind je nach Kontext unterschiedliche Personengruppen gemeint: Sprechen wir über MSM als Zielgruppe, sind alle Menschen gemeint, die sich als männlich oder nicht-binär und schwul identifizieren, unabhängig davon, ob sie cis oder trans* sind. Wird in Statistiken von MSM gesprochen, werden heterosexuelle trans* Frauen häufig mitgezählt, trans* Männer mitunter nicht. Das hängt von der jeweiligen Datenerhebung ab.

Heißt es in Angaben der Krankenkassen zum Beispiel, der Chlamydientest sei kostenlos für junge Frauen, sind alle Menschen gemeint, die bei der Geburt dem weiblichen Geschlecht zugeordnet wurden: cis Frauen, trans* Männer und viele non-binäre Personen.

Die Beispiele zeigen: Für die Beratung ist es sinnvoll, genauer hinzuschauen, wer wo gemeint ist, und gegebenenfalls bei Veranstalter*innen oder Krankenkassen nachzufragen. Auch die Aidshilfen selbst sollten ihre Angebote daraufhin prüfen, ob ihre Angebotsbeschreibungen solche Unklarheiten enthalten und diese ggf. anpassen.

Genitalien ≠ Identität

Häufig wird von bestimmten Wörtern auf eine Identität geschlossen. Bezeichnungen wie „Penis“ oder „Vulva“/„Vagina“ werden direkt mit einer männlichen bzw. weiblichen Identität verknüpft. Mit Formulierungen wie „genitaler und analer Sex“ können solche Verknüpfungen vermieden werden. Manchmal jedoch kann es bei dem Bemühen, keine Genitalien zu benennen, kompliziert und unverständlich werden, vor allem, wenn es um konkrete Übertragungswege geht. Bei Begriffen wie „Vaginalschleimhaut“ ist es daher wichtig, sich immer wieder bewusst zu machen, dass hiermit keine geschlechtliche Identität benannt wird.

In der Beratung kann es hilfreich sein, gemeinsam zu klären, welche Begriffe im weiteren Gespräch verwendet werden. Das signalisiert ein Bewusstsein dafür, dass bestimmte Begriffe nicht für alle Menschen passen. Indem wir so auf die ratsuchende Person zugehen, können wir mehr Vertrauen und Sicherheit erreichen.

Wenn in der vorliegenden Infomappe Genitalien benannt werden, beziehen sich die Begriffe nicht auf individuelle Identitäten, sondern beschreiben Körperteile unabhängig von der geschlechtlichen Identität. Wird z. B. von Vaginalverkehr gesprochen, bedeutet das nicht automatisch, dass eine Frau in diesen Sexualkontakt involviert ist. Ebenso kann beispielsweise auch ein trans* Mann ohne geschlechtsangleichende Operation in den Sex involviert sein.

Beispiele für gendersensible Formulierungen

Im täglichen Sprachgebrauch oder auch in den Medien werden immer wieder Formulierungen verwendet, die pathologisieren oder diskriminieren können und mit denen viele trans* Personen sich unwohl fühlen. Hier sind einige solcher Begriffe aufgelistet – neben alternativen Formulierungen, die stattdessen verwendet werden können.

Wichtig ist darüber hinaus, nie nach dem Deadname (also dem abgelegten Namen) zu fragen und auch beim Sprechen über die Vergangenheit immer den korrekten selbstgewählten Namen zu verwenden.

Geschlechtsumwandlung	Geschlechtsangleichung
transsexuell	trans*, trans*geschlechtlich, trans*ident
früheres Geschlecht	bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht
Biopenis/Biovagina	Genitalien ohne medizinische Angleichung
im falschen Körper geboren/ als Mädchen oder Junge geboren	bei der Geburt (fälschlicherweise) dem weiblichen/männlichen Geschlecht zugewiesen
früherer Name	Deadname
Femidom/Kondom für die Frau	Kondom zum Einführen, internes Kondom
weibliche Genitalien	Vulva (äußere Genitalien) und Vagina (innere Genitalien)
Schamlippen	Vulvalippen
Muttermund	Cervix
Gebärmutter	Uterus
Muttermilch	Brustmilch

Empfehlungen für eine gendersensible Beratung

- **Eigene Vorannahmen reflektieren**

Welche Bilder habe ich im Kopf, wenn Menschen in die Beratung kommen oder ich eine Stimme am Telefon höre? Welche Bilder habe ich im Kopf, wenn Menschen zum Beispiel von lesbisch oder heterosexuell sprechen?

- **Eigene Sprache reflektieren**

Welche Wörter verwende ich und was möchte ich damit aussagen? Gibt es weniger geschlechtlich verknüpfte Begriffe, die ich verwenden kann (z. B. „schwangere Person“ statt „schwangere Frau“ oder „penetrativer Sex“ statt „Vaginal- und Analsex“)?

- **Authentisch bleiben**

Gendersensibles Sprechen braucht Übung und nicht jede Formulierung fühlt sich auf Anhieb gut an. Es kann helfen, bestimmte Wörter und Formulierungen zu üben, damit sie in der Beratung flüssiger über die Lippen gehen, sich besser anfühlen und um auch festzustellen, welche Formulierungen sich einfach nicht passend anfühlen. Bin ich in der Beratung die ganze Zeit damit beschäftigt, zu überlegen, wie ich am besten formuliere, laufe ich Gefahr, mich gar nicht mehr auf die ratsuchende Person zu konzentrieren. Es ist wichtig, sich der eigenen Vorannahmen bewusst zu sein und auch der Tatsache, dass die Sprache, die ich verwende, nicht für alle Menschen passt. Es ist aber auch wichtig, in der Beratung authentisch zu bleiben und sich auf die Anliegen der ratsuchenden Person zu konzentrieren.

- **Ausschreibung von Beratungsangeboten inklusiv gestalten**

Wen wollen wir mit unserem Beratungsangebot ansprechen und wie inklusiv ist unser Angebotstext?

- **Eigene Pronomen nennen**

Wenn ich mich selbstverständlich mit meinen eigenen Pronomen vorstelle, erleichtere ich es der ratsuchenden Person, auch ihre Pronomen zu nennen.

- **Erklären, warum nach Genitalien gefragt wird**

Wenn wir in der Beratung nach Genitalien fragen, geht es uns meist darum, Infektionswege zu erkennen oder auszuschließen. Dass wir dafür wissen müssen, welche Schleimhäute wie involviert waren, wissen die Ratsuchenden nicht immer. Es ist daher hilfreich, den Beweggrund meiner Fragen zu erläutern.

- **Bei Unsicherheit nachfragen – und sich weiterbilden**

Es ist okay, Unsicherheiten mitzuteilen. Dabei kommt es immer darauf an, wie ich das mache: Ich sollte nicht erwarten, dass mein Gegenüber mir alles erklärt, sondern z. B. anbieten, mich für ein zweites Gespräch selbst zu informieren.

- **Bei Fehlern kurz entschuldigen**

Bei der Verwendung falscher Pronomen oder Ähnlichem reicht es, sich kurz zu entschuldigen und dann weiterzumachen, anstatt sich immer wieder zu entschuldigen und zu betonen, wie unangenehm es einem sei.

- **Kompetenzen kennen**

Wer die eigenen Kompetenzen und Grenzen kennt und erkennt, kann bei Bedarf an Beratungsstellen für trans* und inter* Personen weiterverweisen.

APR | 2023

Rückmeldebogen

zur „Infomappe für die Beratung in Aidshilfen“

Bitte kopieren und rücksenden an:

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Werner Bock
Wilhelmstraße 138
10963 Berlin
oder Fax: 030/69 00 87-42
oder Mail: Werner.Bock@dah.aidshilfe.de

◯ **Ich nutze die Infomappe hauptsächlich online**

◯ **Ich nutze die Infomappe hauptsächlich als Print-Version**

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):

04 | 2023