

MED-INFO

Medizinische Informationen zu HIV und Aids

Impressum

Nr. 80

Erscheinungsjahr 2012

Herausgegeben von der
Aidshilfe Köln e.V.
aidshilfe-koeln.de
in Zusammenarbeit mit der
Deutschen AIDS-Hilfe e.V.
aidshilfe.de

Text

Aktualisierung 2012:
Armin Schafberger, Berlin
Katja Schraml, Berlin

1. Auflage 2010:
Dr. Kai Schumacher, Berlin,
Rainer Rybak, Köln

Redaktion

Helga Bitzan, Heidi Eichenbrenner,
Uli Sporleder, Michael Sturmberg

V.i.S.d.P.

Heidi Eichenbrenner

Layout

neue maas 11 GmbH
Hansaring 60, 50670 Köln

Druck

schöne drucksachen GmbH
Bessemerstraße 76a
12103 Berlin

Auflage

6.000

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

Bestellnummer dieser Ausgabe: 140080

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

Aktuelle Ausgaben mit Bestellnummer:

- Nr. 67: HIV und Hepatitis C (140067)
- Nr. 68: HIV und Hepatitis B (140068)
- Nr. 69: HIV und Lymphome (140069)
- Nr. 70: Sexuelle Funktionsstörungen beim Männern mit HIV (140070)
- Nr. 71: HIV und Herz-Kreislaufkrankungen (140071)
- Nr. 72: Resistenzen (140072)
- Nr. 73: Magen-Darm- und Leberbeschwerden – Nebenwirkungen der HIV-Therapie (140073)
- Nr. 74: Opportunistische Infektion (140074)
- Nr. 75: HIV und Knochen (140075)
- Nr. 76: Neurologische Erkrankungen bei HIV und Aids (140076)
- Nr. 77: Laborwerte – und was sie bedeuten (140077)
- Nr. 78: Müdigkeit – Fatigue – Burnout bei HIV und Aids (140078)
- Nr. 79: Länger Leben mit HIV (140079)
- Nr. 81: Vitamin D (140081)
- Nr. 82: HPV-Infektion, Feigwarzen und Krebs (140082)
- Nr. 83: HIV und Reisen/Auslandsaufenthalte (140083)

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

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

MED-INFO

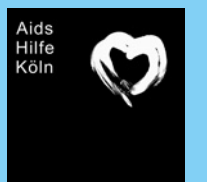
Medizinische Informationen zu HIV und Aids

Nr. 80

HIV und Partnerschaft Informationen für Menschen in serodifferenten Beziehungen

Der Begriff „serodifferente Beziehungen“ beschreibt die Paarbeziehung zwischen einer HIV-positiven und einer HIV-negativen Person. Wenn in einer Beziehung einer der beiden Partner HIV-positiv ist, kann das vor allem zu Beginn ihrer Partnerschaft viele Fragen aufwerfen. In dieser Broschüre wird geklärt, wo und wann Übertragungsrisiken bestehen und wo nicht – und wie man damit umgehen kann.

 Deutsche
AIDS-Hilfe



Serodifferente Beziehungen: HIV, Partnerschaft und Sexualität

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

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

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

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

Wenn darüber hinaus jedoch Unsicherheiten bleiben, kann es zu (unausgesprochenen) Vorwürfen und Schuldzuweisungen kommen.

Es kommt vor, dass HIV-negative Menschen ihre Partner plötzlich mit Samthandschuhen anfassen und mit ihnen umgehen, als wären sie krank, obwohl diese am liebsten ganz normal behandelt werden möchten.

Andererseits erleben HIV-positive Menschen manchmal eine Verringerung ihres „sexuellen Appetits“ (Libidoverlust) oder Männer klagen über Phasen mit Erektionsproblemen (erektile Dysfunktion). Ob es sich um Nebenwirkungen von HIV-Medikamenten handelt oder um seelische Probleme, sollte genauso ärztlich abgeklärt werden wie der Einsatz von Potenzmitteln (wie beispielsweise Viagra® oder andere so genannte PDE-5-Hemmer), da es hier zu Wechselwirkungen mit der HIV-Therapie kommen kann.

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

Wer über die vorliegenden Informationen hinaus Rat oder einer Unterstützung bedarf, kann sich zum Beispiel in einer Aidshilfe persönlich beraten lassen.

HIV-Übertragungswege

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

beispielsweise Verletzungen oder großflächige Entzündungsherde sein, aber auch ungeschädigte Schleimhäute. Besonders empfänglich für HIV sind die Schleimhäute des Enddarms, die Harnröhrenöffnung, der Gebärmuttermund und die Scheide der Frau sowie die Innenseite der Vorhaut des männlichen Gliedes.

Zu den infektiösen Körperflüssigkeiten (Flüssigkeiten, die HIV in so hoher Konzentration enthalten, dass sie für eine Ansteckung ausreichend sind) zählen Blut, Sperma, Scheidenflüssigkeit und der Flüssigkeitsfilm auf der Schleimhaut des Enddarms.

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

Bei erfolgreicher medikamentöser Behandlung sinkt die Viruslast normalerweise bis unter die Nachweisgrenze (von derzeit 20 Viruskopien/ml). Bei Werten von unter 1000 Viruskopien/ml gelten HIV-Positive beim Sex als gering bis kaum infektiös, bei einer Virusmenge von unter 50 Kopien/ml als nicht mehr infektiös.

Wie wird HIV übertragen?

Ungeschützte Sexualkontakte

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

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

Mutter-Kind-Übertragung

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

Blutkontakt

HIV wird auch über Blut-Blut-Kontakt übertragen. Daher gelten beim intravenösen Drogengebrauch und bei der Verabreichung von Medikamenten, die gespritzt werden, die Safer Use Regeln: Spritzen, Kanülen und sonstiges Zubehör nicht mit dem Partner/der Partnerin teilen.

Wie wird HIV nicht übertragen?

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

Auch Blutkontakte im Rahmen der Ersten Hilfe, zum Beispiel wenn sich der/die HIV-positive Partner/in geschnitten hat, sind in der Regel unproblematisch. Die Haut bildet eine perfekte Barriere gegen die im Blut enthaltenen Viren. Es ist völlig ausreichend, wenn die hilfeleistende Person verbleibende Blutspritzer unter fließendem Wasser entfernt. Lediglich bei großflächigen

Schädigungen an den „helfenden Händen“ (etwa bei Entzündungen oder Verletzungen) ist Vorsicht geboten. Hier bieten Einweghandschuhe einen sicheren Schutz. Vermeiden sollte man auch, dass bei solchen Hilfeleistungen Blut in die Augen gelangt, denn die Bindehaut des Auges kann von HIV leicht passiert werden.

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

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

Die Verwendung von Kondomen beim Vaginal- oder Analverkehr schützt den/die HIV-negative/n Partner/in zuverlässig vor einer HIV-Infektion, unabhängig von der Viruslast des HIV-positiven Partners.

Falls das Präservativ abrutscht, reißt oder vergessen wurde, und wenn die Viruslast des HIV-positiven Partners hoch (oder unbekannt) ist, kann der/die HIV-negative Partner/in eine so genannte HIV-Postexpositions-Prophylaxe (HIV-PEP) durchführen.

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

Wann sollte mit einer HIV-PEP begonnen werden?

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

Wann wird zu einer HIV-PEP geraten?

Eine HIV-PEP ist ratsam, wenn eine HIV-negative Person ungeschützten Vaginal- oder Analverkehr mit einem/einer HIV-positiven Sexualpartner/in hatte und deren Viruslast über 1000 Kopien/ml liegt. Im Bereich von 500 bis 1000 Kopien hängt es von zusätzlichen, anderen Faktoren ab (zum Beispiel gleichzeitig vorliegende Syphilis), ob man zu einer PEP rät. Bei Werten unter 500 Kopien/ml rät man NICHT zu einer PEP.

Bei Oralverkehr mit Aufnahme von Sperma in den Mund wird eine PEP auch bei hoher Viruslast nicht empfohlen, da das HIV-Risiko bei Oralverkehr sehr viel niedriger ist als bei Anal- oder Vaginalverkehr.

Da eine PEP meistens nachts erforderlich wird, empfehlen wir serodifferenten Paaren, bei denen der HIV-positive Partner noch keine Therapie einnimmt, sich beim HIV-Schwerpunktarzt zur HIV-PEP beraten zu lassen. Dann kann man die Frage klären, ob es sinnvoll ist, dass der negative Partner eine Notfallration HIV-Medikamente vorsorglich zuhause hat. Am nächsten Morgen sollte dann die HIV-Schwerpunktpraxis konsultiert werden. Denn die Entscheidung, ob eine PEP durchgeführt bzw. fortgeführt wird, muss ein Arzt/eine Ärztin treffen. Je früher mit der PEP begonnen wird, desto wirksamer ist sie!

Wer trägt die Kosten für eine HIV-PEP?

Die Übernahme der Kosten für den Einsatz einer HIV-PEP regelt die Schutzimpfungsrichtlinie. Die Kosten für die Behandlung werden von den Krankenkassen übernommen, wenn ein erhebliches Risiko einer HIV-Übertragung vorliegt (hohe Viruslast des HIV-positiven Partners).

Wo kann ich mich noch zur HIV-PEP informieren?

Die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) informiert auf ihrer Webseite www.aidshilfe.de über die HIV-PEP. Dort findet man auch eine Liste von Kliniken, die 24 Stunden am Tag eine PEP anbieten.

Über die PEP informiert außerdem die bundesweite Hotline der DAH unter der Telefonnummer 0180 33 19411 (9 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz, abweichende Tarife der Mobilanbieter). Erreichbarkeit: Montag bis Freitag von 9.00 bis 21.00 Uhr, am Samstag und Sonntag von 12.00 bis 14.00 Uhr.

Sicherer Sex ohne Kondom – geht das?

Eine erfolgreiche, stabile HIV-Therapie senkt die Viruslast im Blut unter die Nachweisgrenze, wodurch auch die Infektiosität gesenkt wird. Für die sexuelle Übertragung ist allerdings die Viruslast in den genitalen und rektalen Sekreten entscheidend, die sich von der im Blut gemessenen Viruslast unterscheiden kann. Nach einigen Monaten erfolgreicher Therapie gleicht sich jedoch die Viruslast in den genitalen Sekreten derjenigen im Blut an. Wenn die Viruslast im Blut mehrere Monate stabil unter der Nachweisgrenze liegt, bedeutet das in der Regel, dass die Virusmenge auch in den genitalen und rektalen Sekreten (Sperma, Scheidensekret, Flüssigkeitsfilm auf der Darmschleimhaut) gering ist. Steigt die Viruslast im Blut dagegen während der Therapie wieder an, z.B. weil die Medikamente nicht mehr wirken, dann

steigt auch die Viruslast in den genitalen und rektalen Sekreten: man wird für Sexualpartner/innen wieder infektiöser.

Die im Mai 2011 veröffentlichte Studie »HPTN 052« (HIV Prevention Trials Network) hat wissenschaftlich klar belegt, dass die HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit bei ungeschütztem Sex durch eine erfolgreiche HIV-Therapie um mindestens 96 Prozent reduziert wird. Die Therapie schützt damit in etwa genauso effektiv wie Kondome, welche die HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit um etwa 95 Prozent verringern.

Das heißt: Bei sexuellen Kontakten ohne Kondom mit einem HIV-positiven Partner/einer HIV-positiven Partnerin ist eine HIV-Übertragung unwahrscheinlich, wenn die Viruslast des HIV-positiven Partners/der HIV-positiven Partnerin seit mindestens sechs Monaten unter 40 Viruskopien/ml ist und die antiretroviralen Medikamente konsequent eingenommen werden. Bei zusätzlicher Anwendung von Kondomen nähert sich das Restrisiko gegen Null.

Weitere sexuell übertragbare Infektionen (STI) bei HIV-Positiven erhöhen das HIV-Übertragungsrisiko bei erfolgreicher HIV-Behandlung (ART) wahrscheinlich nur unwesentlich.

Dennoch sollten sich sexuell aktive HIV-Positive wie auch HIV-Negative und Ungetestete einmal, bei mehr als zehn Sexpartner/innen pro Jahr mindestens zweimal jährlich auf sexuell übertragbare Infektionen testen lassen – vor allem auf

- Syphilis und mit
- Abstrichuntersuchungen auf rektale bakterielle Infektionen (Gonorrhö und Chlamydien) und sich gegebenenfalls behandeln lassen. Dies dient nicht nur der eigenen Gesundheit, sondern ist auch ein Beitrag zur Unterbrechung von STI-Infektionsketten und zur HIV-Prävention.

Für HIV-positive schwule Männer empfehlen sich darüber hinaus regelmäßige Untersuchungen auf

- Hepatitis C.

Empfehlung für serodifferente Beziehungen

Taucht in Beziehungen zwischen HIV-Positiven mit nicht nachweisbarer Viruslast und HIV-Negativen oder Ungetesteten die Frage „Kondomverzicht – ja oder nein?“ auf, empfiehlt die DAH

- Die Beschäftigung mit dem aktuellen Wissensstand: Informationen, Beratung und Entscheidungshilfen bieten zum Beispiel Aidshilfen und HIV-Schwerpunktpraxen,

- Die Kommunikation mit dem/der Partner/in ist wichtig, damit Entscheidungen gemeinsam getroffen werden können, mit denen beide gut leben können und die Voraussetzungen für eine informierte Entscheidung gegeben sind.
- Die regelmäßige Einnahme der HIV-Medikamente sowie einmal im Quartal die Kontrolle des Therapieerfolgs durch den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin.

Wenn die Viruslast des behandelten Partners/der behandelten Partnerin trotz Therapie nicht oder noch keine sechs Monate unter dem Wert von 40 Viruskopien/ml liegt, empfiehlt die DAH die Verwendung von Kondomen.

Empfehlung für Gelegenheitskontakte

Beim Sex mit Gelegenheitspartner/innen empfiehlt sich weiterhin die Verwendung von Kondomen, insbesondere, wenn die Kommunikation und eine gemeinsame Entscheidung nicht möglich sind. Nicht zuletzt bieten Kondome auch einen guten Schutz vor anderen sexuell übertragbaren Infektionen. Da diese allerdings auch bei Verwendung von Kondomen übertragen werden können und Symptome häufig nicht auftreten oder bemerkt werden, gilt darüber hinaus zusätzlich die Empfehlung, sich mindestens einmal jährlich auf STI untersuchen und gegebenenfalls behandeln zu lassen.

Therapietreue (Compliance) ist wichtig

Die Verhinderung einer Infektion mit Hilfe der Viruslastmethode erfordert mehr Vertrauen als die Verwendung von Kondomen. Die Viruslastmessung alle drei Monate ist wichtig, reicht aber allein nicht aus. Entscheidend ist die zuverlässige und regelmäßige Einnahme der HIV-Medikamente. Denn wenn der/die HIV-positive Partner/in zum Beispiel kurz nach der letzten Viruslastmessung die Medikamente für ein oder zwei Wochen nicht mehr einnimmt, steigt die Viruslast stark an und die HIV-positive Person ist dann sehr ansteckend. Werden daraufhin die Medikamente wieder zuverlässig eingenommen und haben sich in der Zwischenzeit keine Resistenzen gebildet, dann ist bei der nächsten Messung die Viruslast wahrscheinlich wieder unterhalb der Nachweisgrenze. Im Zeitraum zwischen den beiden Messungen aber besteht für den/die HIV-negative/n Partner/in ein möglicherweise sogar sehr hohes Ansteckungsrisiko.

Wie hoch darf die Viruslast sein?

Die meisten Studien, die der Viruslastmethode zugrunde lagen, wurden durchgeführt als die technische Nachweisbarkeit von HIV im Blut bei 40 Kopien/ml oder sogar noch bei 400 Kopien/ml lag. Inzwischen gibt es genauere Tests und die Nachweisgrenze ist auf 20 Kopien/ml gesunken. Für die Viruslastmethode gilt aber nach wie vor die Grenze von 40 Kopien/ml. Wenn die Viruslast des behandelten Partners/der behandelten Partnerin trotz Therapie nicht oder noch keine sechs Monate unter 40 Viruskopien/ml liegt, sollten Kondome verwendet werden.

Kondom und Viruslastmethode

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

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

Beschneidung

Die Beschneidung der Vorhaut reduziert das HIV-Infektionsrisiko für den heterosexuellen Mann um 60%. Bei serodifferenten Paaren, bei denen die Frau HIV-positiv ist, kann die

Beschneidung des Mannes das Risiko senken. Die Beschneidung reicht als eigenständige Präventionsmethode nicht aus, sie ist jedoch eine gute Ergänzung zum Kondom oder zur Viruslastmethode. Kondom oder Viruslastmethode – richtig angewendet – reichen zwar zur Verhinderung einer HIV-Übertragung aus. Aber eine zusätzliche Methode wie die Beschneidung kann das Sicherheitsgefühl verbessern und ist nützlich, wenn es einmal Kondomunfälle gibt oder bei der Viruslastmethode die Medikamenteneinnahme vergessen wurde.

Gilt der Schutzeffekt der Beschneidung auch für schwule Männer? Zur Beschneidung bei schwulen Männern gibt es noch keine zufriedenstellende Datenlage. Man kann aber annehmen, dass die Beschneidung des HIV-Negativen einen gewissen Schutzeffekt hat, wenn der HIV-Negative ausschließlich insertiven Analverkehr praktiziert (also „aktiv“ ist). Die Beschneidung reduziert das Risiko natürlich nicht, wenn der beschnittene HIV-negative Mann rezeptiven (aufnehmenden) Analverkehr hat – und der aufnehmende Analverkehr stellt für schwule Männer das größere Risiko dar.

Zeugung, Schwangerschaft und Geburt

Das Kind kann nicht über den Vater mit HIV infiziert werden. Daher geht es bei einem HIV-positiven Mann um den Schutz der HIV-negativen Partnerin. Sind die Bedingungen der Viruslastmethode erfüllt, ist eine natürliche Zeugung möglich.

Wenn die Frau HIV-positiv ist, geht es um den Schutz des Mannes und des Kindes. Wenn die Bedingungen für die Viruslastmethode erfüllt sind, ist eine natürliche Empfängnis möglich. Zur Vorbereitung der Schwangerschaft wird der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin klären, ob die Medikamentenkombination umgestellt werden sollte. Die meisten HIV-Medikamente sind während der Schwangerschaft für die Schwangere und das Kind unproblematisch. Bei optimaler medizinischer Betreuung vor und während der Schwangerschaft ist das Risiko, dass sich das Kind infiziert, sehr gering (unter einem Prozent). HIV-positive Frauen werden also in der Regel gesunde Kinder zur Welt bringen.

Wenn die Frau trotz Kinderwunsch nicht schwanger wird, ist eine „künstliche Befruchtung“ (assistierte Reproduktion) möglich.

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

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

Schwangerschaftsverhütung

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

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

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

Impfen – (nicht nur) für Menschen mit HIV!

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

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

Für Menschen mit HIV sind Impfungen besonders wichtig

Deshalb ist es ratsam, den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut zu folgen.

Zu den besonders empfohlenen Impfungen gehören die

- **Hepatitis A- und B-Impfung (Leberentzündung)**
- **Influenza-Impfung (Grippe)**
- **Pneumokokken-Impfung (bakterielle Lungenentzündung)**

Diese Erkrankungen gilt es bei einer HIV-Infektion zu vermeiden, denn sie können schwerer verlaufen als bei Menschen, die nicht HIV-infiziert sind. Bei den virusbedingten Leberentzündungen (Hepatitis) kommt hinzu, dass sie bei Menschen mit HIV eher einen chronischen Verlauf nehmen und so auch häufiger zu einer Leberzirrhose führen können als bei HIV-negativen Personen.

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

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

Partner/innen und Angehörige von Menschen mit HIV und Aids sollten bei den Überlegungen, ob sie sich impfen lassen, bedenken, dass sie durch ihre eigene Impfung zum Schutz der HIV-positiven Person beitragen und diese weniger oft mit Grippe-, Masern- oder Röteln-Viren „anhusten“ können. Denn je nach Immunstatus kann die HIV-positive Person nicht gegen alle diese Krankheiten geimpft werden. Und die Impfungen schlagen (in Abhängigkeit vom Immunstatus) auch bei Menschen mit HIV und Aids manchmal nicht so gut an wie bei HIV-Negativen. Besonders wichtig ist die Impfung von HIV-negativen Partnern, wenn sie beispielsweise in Kindergärten oder Schulen arbeiten und häufig Infektionskrankheiten ausgesetzt sind.

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

Wichtige Impfungen im Überblick

	Menschen mit HIV	Partner/innen und Angehörige von HIV-Positiven	Erwachsene allgemein
Influenza(Grippe)	Empfohlen, jährlich	Zum Eigenschutz und zum Schutz des HIV-positiven Partners/der HIV-positiven Partnerin, jährlich	alle über 60 Jahre und Chronisch Kranke jährlich
Pneumokokken	Empfohlen, alle fünf Jahre	alle über 60 Jahre (einmalig) und chronisch Kranke (alle 5 Jahre)	
Masern Mumps Röteln	Lebendimpfung. Empfohlen bei guter Immunlage (>200 CD4-Zellen), besonders bei Kontakt mit Kindern	Kombinationsimpfstoff – alle nach 1970 Geborenen sollten zwei Masern-Impfungen, Mädchen und junge Frauen sollten zudem mind. zwei Rötelnimpfungen erhalten haben.	
Hepatitis A	empfohlen	zum Schutz des HIV-positiven Partners/der HIV-positiven Partnerin	bei Sexualverhalten mit erhöhtem Risiko, bei Arbeit mit Kontakt zu Kot (z.B. in der Pflege und im Kindergarten)
Hepatitis B	empfohlen	zum Schutz des HIV-positiven Partners/der HIV-positiven Partnerin	bei Sexualverhalten mit erhöhtem Risiko; bei i.v.-Drogengebrauch; bei Kontakt mit Blut (Gesundheitswesen)
Diphtherie Tetanus	Für alle: nach zehn Jahren Auffrischimpfung		

	Menschen mit HIV	Partner/innen und Angehörige von HIV-Positiven	Erwachsene allgemein
Keuchhusten (= Pertussis)	Für alle: Bei der nächsten Tetanus-Impfung sollte einmalig eine zusätzliche Pertussis-Impfung erfolgen. Besonders wichtig bei Frauen im gebärfähigen Alter, vor engem Kontakt mit Neugeborenen (Haushaltsangehörige) sowie für Beschäftigte im Kindergarten und in der Schule		
Poliomyelitis (Kinderlähmung)	Für alle: Auffrischimpfung bei unvollständigem Impfstatus, Besonders wichtig für Berufe, die Kontakt mit Erkrankten haben können.		
Varizellen (Windpocken)	Lebendimpfung – möglich bei guter Immunlage (>200 CD4-Zellen) – nicht möglich bei schlechter Immunlage	Zum Schutz des HIV-positiven Partners/der HIV-positiven Partnerin	Beruflich zum Eigenschutz v.a. bei Kontakt mit Kindern. Bei noch ungeimpften Jugendliche sowie seronegativen Frauen mit Kinderwunsch

Chancen und Konflikte in serodifferenten Beziehungen

Serodifferente Beziehungen bieten Chancen und schaffen für beide Partner Ressourcen, wenn sie bereit sind, voneinander zu lernen und miteinander neue Erfahrungen des Zusammenlebens zu machen möchten. Manchmal lohnt es sich dabei, gemeinsam zu klären, welche Rolle das Thema im alltäglichen Leben der Partnerschaft hat oder bekommen

soll. Wenn man sich dafür Unterstützung holen möchte, dann bieten Positivnetzwerke oder Beratungs- und Gruppenangebote dafür die nötige Hilfestellung.

Natürlich bergen serodifferente Beziehungen auch ein eigenes Konfliktpotential. Es ist nicht immer einfach, unbeschwert mit Übertragungsrisiken und Infektionsängsten umzugehen. In der Partnerschaft wird sich jeder um die Gesundheit des anderen Partners sorgen. Wenn einem die Partnerschaft wichtig ist, dann sollte man das Thema miteinander besprechen und angehen. Das kann die Partnerschaft strapazieren, und bisweilen auch entzweien. Es kann aber auch das Gegenteil bewirken: Zugehörigkeitsgefühl und Vertrauen wachsen und die emotionale Bindung wird gestärkt.

Neben der Beschäftigung mit der Viruslastmethode empfiehlt sich für die Partner auch eine Auseinandersetzung darüber, wie man mit Gelegenheitskontakten außerhalb der Beziehung umgeht. Die Herausforderung hier ist, sich über (sexuelle) Wünsche, Belastungen und Sorgen auszusprechen, nicht zuletzt, um gemeinsam einvernehmliche Vereinbarungen aushandeln zu können.

In Beziehungen geht es auch immer um Verantwortung, Eifersucht und Gewissen. In diesem Zusammenhang spielt insbesondere die Haltung und Eigenverantwortung des HIV-negativen Partners eine sehr wichtige Rolle. Bei serodifferenten Paaren gilt, dass beide Partner die gleiche Verantwortung tragen.

HIV und Strafrecht

Grundsätzlich sind juristische Aspekte bei serodifferenten Beziehungen nur dann strafrechtlich relevant, wenn der HIV-positive Partner über seinen Infektionsstatus Bescheid weiß und den mutmaßlich HIV-negativen Partner

nicht vor dem ersten sexuellen Kontakt, der eine HIV-Übertragung mit sich bringen kann, über seine HIV-Infektion informiert.

In Deutschland können HIV-Infizierte bei einer tatsächlichen Virusübertragung wegen gefährlicher Körperverletzung (§ 224 StGB) verurteilt werden. Auch der Versuch kann strafbar sein, d.h., auch wenn beim ungeschützten Sex gar keine Infektion stattgefunden hat.

Weiß der Sexualpartner um die HIV-Infektion und lässt sich trotzdem auf den ungeschützten Geschlechtsverkehr ein, willigt er/sie in die Gefahr der HIV-Übertragung ein und derjenige, der ihn/sie möglicherweise anstecken kann, macht sich nicht strafbar.

Die in dieser Broschüre beschriebene Viruslastmethode erfordert eine vertrauensvolle Beziehung, in der offen über die jeweilig anderweitige und auch gemeinsam gelebte Sexualität gesprochen wird. Wenn man den Aussagen zur Viruslast seines Partners nicht sicher vertrauen kann, dann ist zu empfehlen, auf jeden Fall für den eigenen Schutz zu sorgen. Eine pauschale Beantwortung, ob eine potentielle Strafbarkeit (nach § 224 des Strafgesetzbuches) auch bei Menschen mit HIV und Aids und unter HIV-Therapie stehenden Menschen mit einem negativen oder unbekanntem Serostatus in Betracht kommt, ist derzeit nicht möglich.